



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un but – Une foi

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE



DIRECTION DE LA PREVENTION

Plan Pluri Annuel Complet (PPAC 2019-2023)

Décembre 2018

PREFACE

Au Sénégal comme dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne, les maladies évitables par la vaccination sont les premières causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La politique de vaccination au Sénégal s'inspire du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui repose lui-même sur les stratégies proposées par le Document du Plan Sénégal Emergent (PSE) représentant le cadre unique d'intervention de tous les acteurs au développement au Sénégal.

Depuis 2001 le programme Elargi de Vaccination au Sénégal est un programme dynamique et performant qui couvre 14 maladies.

- En 2004 le Sénégal a introduit dans le PEV de routine le vaccin contre l'Hépatite B et en 2005 celui contre les infections à HIB sous forme de vaccin pentavalent.
- La couverture au DTC3 (penta3 à partir de 2005) est passée de 45% en 2001 à 93% en 2017.
- La couverture du vaccin contre la rougeole est quant à elle passée de 42% en 2001 à 90 % en 2017. Depuis 2004 aucun cas de décès dû à la rougeole n'a été notifié alors que le pays avait enregistré plus de 1000 cas en 2001.
- Le Sénégal a été déclaré libre de circulation du Polio Virus Sauvage autochtone en 2004.
- Tous les districts ont, en 2009 atteint l'objectif de moins d'un cas de Tétanos Néonatal pour 1000 naissances vivantes. La validation de l'élimination du TMN par le pays a été effective en 2011.
- Tous les districts ont eu à organiser des campagnes préventives ou de riposte contre la fièvre jaune entre 2002 et 2007.
- L'incidence de la méningite bactérienne à HIB chez les enfants de moins de 1 an est passée de 21,5 cas pour 100.000 à 1,4 de 2003 à 2007 suite à l'introduction du vaccin en 2005.
- Entre 2013 et 2016 le pays a introduit les vaccins contre le Pneumocoque, la rubéole, les diarrhées à rotavirus ainsi qu'une deuxième dose de rougeole et le vaccin polio inactivé dans son programme.
- Entre 2018 le vaccin contre les infections à HPV dans le cadre de la lutte contre le cancer du col a été introduit dans la vaccine de routine suite à un projet réussi de démonstration dans deux districts

Le présent Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) couvre la période 2019-2023. Son objectif est de contribuer à la réduction de la mortalité infanto juvénile et l'amélioration de la santé de la mère par la vaccination et la surveillance des maladies. Sa rédaction s'est appuyée sur une analyse situationnelle avec notamment une enquête sur la gestion efficace des vaccins en 2015, un inventaire de la logistique et une revue externe en 2017. Cette analyse situationnelle a permis de résumer les performances du PEV et de formuler des recommandations pertinentes pour son amélioration. Ce plan établit les priorités, développe les stratégies, détermine les principales activités, évalue les coûts et les sources de financement pour la période 2019 à 2023. Les coûts sur toute la durée du plan sont de de 442 426 207 de dollars (243 334 413 850 FCFA) ce qui représente une moyenne 88\$ millions (48 666 882 770FCFA) par an et est couvert à hauteur de 99% si l'État maintient ses engagements et si les partenaires confirment leurs intentions (financements assurés et probables).

L'élaboration de ce plan est le fruit d'une participation de tous les intervenants du secteur de la vaccination au Sénégal. Le Ministère de la Santé et de l'action sociale le considère comme le document de référence nationale et recommande son appropriation par tous les acteurs afin de permettre une meilleure synergie d'action pour sa mise en œuvre à travers les divers projets, programmes et autres plans de travail.

Le plan pluriannuel 2014- 2018 sera mis en œuvre avec une révision annuelle et par des plans de travail annuels. Ce processus dynamique permettra de prendre en compte d'éventuels changements.

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

LISTE DES ABREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
ACMU	Agence pour la Couverture Maladie Universelle
ANSD	Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie
AVS	Activités Supplémentaires de Vaccination
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BREIPS	Bureau Régional de l'Education, de l'Information et de la Promotion de la Santé
BRISE	Bureau Régional de L'immunisation et de la Surveillance Epidémiologique
BS	Boites de Sécurité
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCVS	Comité Consultatif sur la Vaccination au Sénégal
CDF	Chaîne De Froid
CDSMT	Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIP	Communication Inter Personnelle
CRF	Centre Régional de Formation
CV	Couverture Vaccinale
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS	District Health Information System
DoV	Décade des Vaccins
DP	Direction de la Prévention
DPES	Document de Politique Economique et Sociale
DQA	Audit de la Qualité des Données
DQS	Auto Evaluation de la Qualité des Données
DS	District Sanitaire
DSISS	Division des Statistique et de l'Information Sanitaire et Sociale
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphtherie-Tétanos-Coqueluche
ECD	Equipe Cadre de District
ECPSS	Enquête Continue sur la prestation de soins de santé
ECR	Equipe Cadre de Région
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale/Enfant Complètement Vacciné
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale
FAR	Femme en Age de Reproduction
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GVAP	Plan d'Action Mondial pour les Vaccins
HPV	Virus du Papillome Humain
JNV	Journée Nationale de Vaccination

MAPI	Manifestation Indésirables Post Immunisation
MEV	Maladies Evitables par la Vaccination
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCV	Vaccin anti pneumococcique conjugué
PDV	Perdu De Vue
Penta	Pentavalent
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PIE	Evaluation Post Introduction
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Programme National de Développement Sanitaire et Social
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PPS	Point de Prestation de Service
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal Emergent
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVDV	Polio Virus Dérivé du Vaccin
PVS	Polio Virus Sauvage
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RH	Ressources Humaine
RM	Région Médicale
Rota	Rotavirus
RR	Rougeole Rubéole
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAB	Seringue auto bloquante
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SAV	Semaine Africaine de la Vaccination
SBC	Surveillance à Base Communautaire
SE	Surveillance Epidémiologique
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SMT	Stock Management Tool
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale
SNEIPS	Service National de l'Education, de l'Information et de la Promotion de la Santé
SNV	Soutien aux Nouveaux Vaccins
TACOJO	Tableau de collationnement journalier
Td	Tétanos-diphtérie

TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
TT	Toxine Tétanique
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin anti Tétanique
VPI	Vaccin Polio Inactivé
VPO	Vaccin Polio Oral

Table des matières

I. CONTEXTE.....	11
I.1 GENERALITES SUR LE SENEGAL	11
I.2 DOCUMENTS ET POLITIQUES DE SANTE.....	13
I.2.1 PSE 2013-2035	13
I.2.2 PNDSS 2019-2028.....	14
I.3 POLITIQUE NATIONALE DE VACCINATION	14
I.4 APERÇU DU SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL	15
I.4.1 Organisation du système	15
I.4.2 Renforcement du Système de Santé	16
II ANALYSE DE SITUATION.....	17
II.1 SERVICES DE VACCINATION SYSTEMATIQUE	17
II.1.1 Couvertures vaccinales	17
II.1.2 Demande (accès et utilisation).....	20
II.1.3 Équité de la vaccination	22
II.1.4 Introduction de nouveaux vaccins	25
II.2 LUTTE ACCÉLÉRÉE CONTRE LES MALADIES.....	27
II.2.1 Poliomyélite.....	27
II.2.2 Rougeole.....	29
II.2.3 Fièvre jaune	31
II.2.4 Tétanos maternel et néonatal.....	32
II.3 ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES COMPOSANTES DU SYSTEME DE VACCINATION	33
II.3.1 Gestion du programme	33
II.3.2. Gestion des ressources humaines (RH)	38
II.3.3 Calcul des coûts et financement	40
II.3.4 Chaîne de froid	40
II.3.5 Services de vaccination	45
II.3.6 Surveillance et notification	48
II.3.7 Génération et communication de la demande.....	51
II.4 DETERMINATION DES POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES, OPPORTUNITES ET MENACES.....	53
II.4.1 couverture vaccinale.....	53
II.4.2 Lutte accélérée contre les maladies	53
II.4.3 composantes du système de vaccination.....	54
III ÉTABLISSEMENT ET FIXATION DES OBJECTIFS ET ETAPES	58
III.1 Vision BUTS, OBJECTIFS ET ETAPES	58
III.2 AXES PRIORITAIRES	59

IV OBJECTIFS, ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET ACTIVITES PRINCIPALES.....	60
V ALIGNEMENT DU PPAC.....	70
V.1 ALIGNEMENT SUR LE GVAP	70
V.2 ALIGNEMENT SUR LES CIBLES REGIONALES (AFRO)	76
V.3 ALIGNEMENT SUR LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE.....	76
VI CALENDRIER DES ACTIVITES ET D’UN CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION NATIONAL	77
VI.1 CALENDRIER POUR LE PPAC.....	77
VI.2 CADRE NATIONAL DE SUIVI ET D’EVALUATION DE LA VACCINATION	82
VI.2.1 Indicateurs d’impact Ensemble.....	82
VI.2.1 Indicateurs de résultats	83
VI.2.3 Indicateur de processus	84
VI.2.4 Indicateurs d’intrants	86
VI.3 STRATEGIES ET PLANS DE SUIVI ET D’EVALUATION	87
VI.3.1 Stratégies de suivi évaluation.....	87
VI.3.2 Plans de suivi et évaluation	88
VII ANALYSE DES COUTS, DU FINANCEMENT ET DES DEFICITS DE FINANCEMENT.....	90
VII.1 ANNEES DE REFERENCE 2018.....	90
VII.2 PERIODE COUVERTE PAR LE PPAC (2019-2023)	91
VII.3 FINANCEMENT DU PLAN	94
VII.4 ANALYSE DES ECART FINANCIERS	96
VII.5 ANALYSE DE LA VIABILITE	97
VIII. DIFFUSION, PLANIFICATION, SUIVI-EVALUATION.....	97
VIII.1 DIFFUSION DU PPAC.....	97
VIII.2 ELABORATION DE PLANS ANNUELS	98
VIII.3 INTEGRATION ET RENFORCEMENT DES ACTIVITES LORS DE MA MISE EN ŒUVRE	98
VIII.4 ÉTABLISSEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES AU PROFIT DES DISTRICTS.....	98
VIII.5 PLANIFICATION ANNUELLE ET SUIVI AUX NIVEAUX INFRANATIONAUX	98
VIII.6 PLANIFICATION ET EXAMEN DU SUIVI	99

Tableau I: Districts ayant eu des couvertures en Penta3 inférieures à 80% en 2016 et/ou 2017 selon les régions.....	23
Tableau II: Couvertures vaccinales Penta1 et Penta3 en fonction des caractéristiques socio démographiques (enquête EDS).....	24
Tableau III: Synthèse de l'analyse de la situation de la vaccination routine	26
Tableau IV: Comparaison des couvertures vaccinales avec les objectifs de PPAC.....	27
Tableau V: Taux de PFA non Polio et proportion d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant la paralysie.....	28
Tableau VI: Couvertures vaccinales des campagnes polio	28
Tableau VII: Couvertures vaccinales des campagnes rougeoles au Sénégal de 2003 à 2017	29
Tableau VIII: Evolution des principaux indicateurs de performance de la rougeole de 2006 à 2017 ..	30
Tableau IX: Evolution des indicateurs de risque/protection du TMN.....	32
Tableau X: Synthèse de l'analyse de la situation de la lutte accélérée contre les maladies.....	32
Tableau XI: Synthèse de l'analyse de la situation de la lutte accélérée contre les maladies et objectifs PPAC.....	33
Tableau XII: Synthèse de l'analyse de la situation de la gestion du programme	38
Tableau XIII: Synthèse de l'analyse de la situation pour la gestion des ressources humaines	40
Tableau XIV: Synthèse de l'analyse de la situation pour les couts et financement.....	40
Tableau XV: Besoins en CDF au niveau national (en litres).....	42
Tableau XVI: Besoins en CDF au niveau Régional (en litres)	42
Tableau XVII: Besoins en Capacité de stockage des vaccins au niveau District (en litres).....	42
Tableau XVIII: Synthèse de l'analyse situationnelle pour approvisionnement, qualité et logistique des vaccins.....	45
Tableau XIX: Calendrier vaccinal du PEV du Sénégal à actualiser.....	47
Tableau XX: Synthèse de l'analyse de la situation pour le service de vaccination	47
Tableau XXI: Principaux indicateurs de la surveillance de 2008 à 2017.....	49
Tableau XXII: Nombre de cas de MAPI et Décès de 2013 à 2017	50
Tableau XXIII: Synthèse de l'analyse de la situation pour la surveillance et la notification.....	51
Tableau XXIV: Synthèse de l'analyse situationnelle pour la génération de la demande et la communication.....	52
Tableau XXV: SERVICES DE VACCINATION	60
Tableau XXVI: GESTION DU PROGRAMME DE VACCINATION	62
Tableau XXVII: GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	64
Tableau XXVIII: FINANCEMENT.....	64
Tableau XXIX: LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS.....	65
Tableau XXX: SURVEILLANCE ET GESTION DES DONNEES.....	67
Tableau XXXI: GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION	68
Tableau XXXII: <u>Axe stratégique 1</u> : Tous les pays s'engagent à donner la priorité à l'activité de vaccination	70
Tableau XXXIII: <u>Axe stratégique 2</u> : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité	71
Tableau XXXIV: <u>Axe stratégique 3</u> : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus	73
Tableau XXXV: <u>Axe stratégique 4</u> : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement.....	74

Tableau XXXVI: <u>Axe stratégique 5</u> : Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.....	75
Tableau XXXVII: Coûts du PEV en 2018	90
Tableau XXXVIII: Répartition des coûts du PEV par poste en 2018	91
Tableau XXXIX: répartition des dépenses spécifiques du PEV par source de financement	91
Tableau XL: Besoin en ressources de 2019 à 2023	91
Tableau XLI: Évolution du financement PPAC 2019-2023 (\$ US).....	94
Tableau XLII: Structure du financement sécurisé et probable PPAC 2019-2023 (\$ US).....	94
Tableau XLV: Plan de travail pour la première année de mise en œuvre du PPAC	100

Liste des figures :

Figure 1 : carte administrative du Sénégal.....	11
Figure 2 : Tendances de la mortalité infanto-juvénile lors des dernières enquêtes (Décès pour 1000 naissances vivantes.....)	13
Figure 3: Evolution des couvertures vaccinales au Sénégal de 2001 à 2017 selon les données administratives	18
Figure 4: Proportion d'enfants vaccinés au BCG selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal	18
Figure 5: Proportion d'enfants vaccinés au DTC/Penta 3 selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal.....	19
Figure 6: Proportion d'enfants vaccinés au VAR1 selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal.....	19
Figure 7: Proportion d'enfants complètement vaccinés selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal	19
Figure 8: Couverture DTC3 et VAR selon les estimations de l'UNICEF et de l'OMS.....	20
Figure 9 : Couverture DTC1/Penta1 de 2001 à 2017 selon les données administratives et enquêtes .	20
Figure 10 : Proportion d'enfants « zéro dose » selon les enquêtes de 2000 à 2017 au Sénégal.....	21
Figure 11 : évolution du taux d'abandon DTC1 (Penta1)/DTC3 (Penta 3) de 2001 à 2017	21
Figure 12 : Taux abandon Penta1-penta3 selon les enquêtes	21
Figure 13: Taux abandon RR1 et RR2 selon les données de routine	22
Figure 14: Taux abandon Penta1/Penta3; Penta1/RR1 et Penta1/RR2 selon les données de routine .	22
Figure 15 : Performances des districts selon la couverture au DTC3/Penta3 de 2001 à 2017	23
Figure 16: couverture Penta 3 par région ECV 2017/CV admin 2017.....	24
Figure 17 : Couvertures PCV ₁₃ , Penta3, VPO3 et VPI, de 2013 à 2017 au Sénégal selon les données de routine.....	25
Figure 18: Couvertures RR1 et RR2 ainsi que le taux d'abandon RR1/RR2 de 2015 à 2017 au Sénégal selon les données de routine	26
Figure 19 : Evolution du nombre de cas, de décès et couverture VAR par an à partir de 2003	30
Figure 20: Cas et décès de fièvre jaune notifiés au Sénégal de 2001 à 2017	31
Figure 21 : Nombre de cas notifiés de tétanos néonatal de 2001 à 2017 au Sénégal.....	32
Figure 22: Organigramme fonctionnel de la DP	34
Figure 23: Promptitude et complétude des données administratives	37
Figure 24: Evolution des coûts du PEV de 2019 à 2023 (\$ US)	92
Figure 25: Besoins en ressources prévue par catégories	92
Figure 26 : Répartition des coûts en fonction des stratégies de vaccination (\$ US)	93
Figure 27 : Evolution des coûts des vaccins (million de \$ US).....	93
Figure 28 : Evolution du cofinancement des nouveaux vaccins (million \$ US)	95
Figure 29 : Evolution du financement des vaccins (million \$ US).....	95
Figure 30: Evolution de la part du gouvernement dans le financement global des vaccins.....	96
Figure 31 : Détails des écarts financiers.....	96
Figure 32 : Répartition des écarts financiers avec financements assurés et probables (million \$ US ..	97

I. CONTEXTE

I.1 GENERALITES SUR LE SENEGAL

La République du Sénégal est située à l'extrême Ouest du continent africain (comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest). Elle est limitée, au nord, par la République islamique de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest, par l'Océan Atlantique. D'une superficie de 196.722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, avec une altitude dépassant rarement 100 mètres.

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'est en ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Sine -Saloum. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau. Le climat de type soudano -sahélien se caractérise par une longue saison sèche allant de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Les précipitations annuelles sont plus abondantes dans le sud du pays avec une moyenne de 1 400 mm contre moins de 381 mm au nord.



Figure 1: carte administrative du Sénégal

La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7 % entre 2002-2013. L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,3 en 2010-2011, à 5,0 en 2012-13. Selon l'EDS-Continue de 2017, l'indice synthétique de fécondité était de 4,6 enfants.

Suivant les projections de l'ANSD la population était estimée en 2018 à 15 726 037 habitants dont 7 829 997 hommes et 7 896 040 femmes. La densité moyenne était de 80 habitants au

km² avec une grande disparité d'une région à une autre. Le taux de natalité était de 35 pour mille.

Le Sénégal est un pays d'urbanisation ancienne. Il possède l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire. En 2017, 7 089 780 individus, soient 46.5% de la population, vivaient en milieu urbain. Parmi eux 50.1% étaient des femmes. Dakar concentre 25% de la population nationale. Les grands projets structurants ont modifié le périmètre de la métropole dakaroise qui s'étend désormais jusqu'aux limites de la région de Thiès. La Banque mondiale estime qu'en 2050 les 3/4 de la population vivraient sur une ligne allant de Richard Toll, Touba à Kaolack qui sera donc soumise à une forte demande d'habitat et de services¹.

L'exode rural vers les villes constitue le mouvement le plus important et il concerne particulièrement les jeunes. L'urbanisation galopante est principalement due à l'accroissement naturel de la population. Cette urbanisation galopante sans mesures d'accompagnement pourrait avoir des conséquences néfastes sur la santé des populations qui se retrouvent dans un environnement de promiscuité et de pollutions favorable à la transmission de toutes les maladies infectieuses et parasitaires surtout dans les banlieues des grandes villes.

Au Sénégal, la pauvreté est considérée comme un paquet de manque relatif au revenu monétaire, à la nourriture, à l'habillement, au logement décent, et à l'accès à l'éducation, à la santé et à l'eau potable. L'incidence de la pauvreté indique la proportion d'individus n'ayant pas accès à ce panier minimal. La pauvreté est mesurée en fonction du quintile de bien-être économique. Selon l'EDS 2017, le bien-être économique varie selon le lieu de résidence. En effet, en milieu rural, la majorité de la population (67 %) est pauvre, voire très pauvre, contre seulement 24 % en milieu urbain. En milieu rural 35 % de la population sont classés dans le quintile le plus bas et 32 % dans le second alors qu'en milieu urbain, ces proportions sont respectivement de seulement 2 % et 5%. On constate par ailleurs qu'en milieu urbain, 39 % de la population sont classés dans le quintile le plus élevé contre environ 4 % en milieu rural. Les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou, Kédougou et Tambacounda concentrent les niveaux de pauvreté les plus élevés variant de 43% à 66% de la population classés dans les quintiles les plus bas.

Les pauvres exercent majoritairement dans le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) et accessoirement dans le commerce et l'industrie. Au Sénégal, la taille moyenne des ménages est de 8,7 personnes par ménage ; elle est de 9.9 en milieu rural et de 7.5 en milieu urbain.

Selon l'EDS 2017, 50 % des femmes contre 44 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction. Les pourcentages de femmes et d'hommes ayant complété uniquement le niveau primaire sont quasiment identiques (respectivement 2 % et 3 %).

Les proportions d'hommes et de femmes ayant fréquenté le niveau secondaire sans le compléter sont respectivement de 16 % et de 18 %. Le niveau supérieur est atteint par 2 % des femmes et 4 % des hommes.

Dans le quintile le plus bas 71.3% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction. Cette proportion est de 32.8% en milieu urbain contre 64.2% en milieu rural.

Les tendances de la mortalité des enfants au cours des vingt dernières années montrent globalement une baisse du niveau de la mortalité, cela quelle que soit la composante de la mortalité ; en effet

La mortalité néonatale est passée de 35 ‰ en 2000 à 21 ‰ en 2015 elle est de 28‰ en 2017.

La mortalité infantile, est passée de 61 ‰ en 2000 à 36‰ en 2015 et 42 ‰ en 2017.

La mortalité infanto-juvénile est passée de 121‰ en 2000 à 51 ‰ en 2015 et 56‰ en 2017.

¹Banque mondiale Revue de l'urbanisation N° ACS 14161

Globalement la mortalité infanto juvénile est plus élevée en milieu rural (63‰) qu'en milieu urbain (43‰). Celle infantile est de 45‰ en milieu rural contre 36‰ en milieu urbain. Pour celle néonatale elle est de 30‰ en milieu rural et 25‰ en milieu urbain ²

Le niveau d'instruction de la mère est l'un des déterminants le plus important de la mortalité des enfants. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 38‰ chez les mères ayant un niveau d'instruction primaire 34‰ pour celles ayant le niveau moyen secondaire ou plus et 71‰ pour les mères n'ayant aucun niveau d'instruction.

Le niveau de vie du ménage est également un indicateur important de la mesure de la mortalité chez les enfants. Ainsi, on peut remarquer que les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont plus exposés au risque de décéder que leurs homologues vivant dans les ménages les plus riches, quelle que soit la composante considérée.

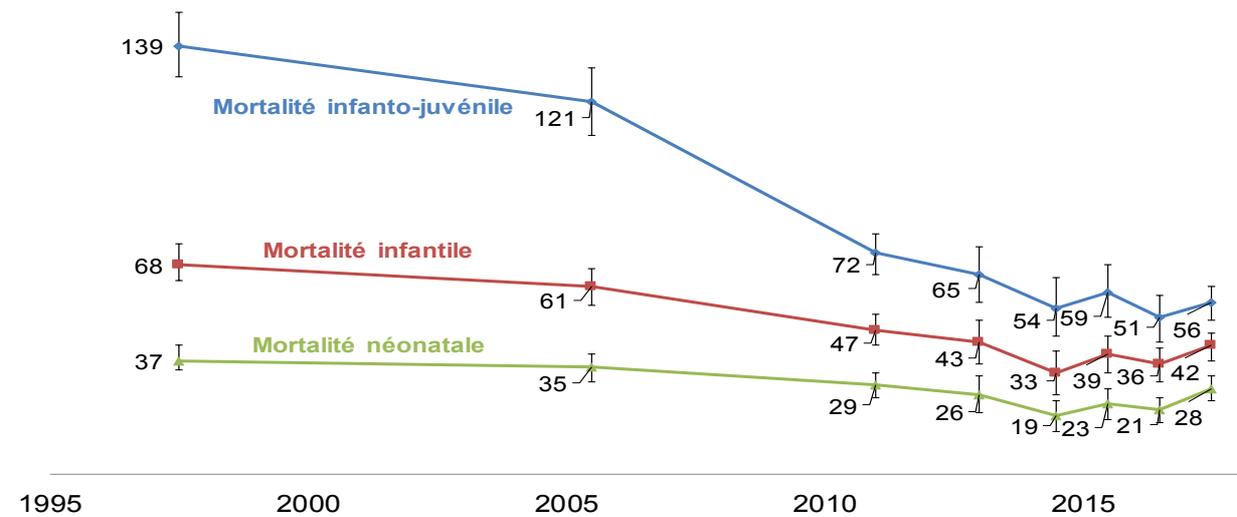


Figure 2: Tendence de la mortalité infanto-juvénile lors des dernières enquêtes (Décès pour 1000 naissances vivantes).

I.2 DOCUMENTS ET POLITIQUES DE SANTE

I.2.1 PSE 2013-2035

Dans le cadre d'une démarche inclusive, l'Etat du Sénégal a mis en place des politiques, stratégies et programmes intégrés avec comme objectif fondamental une lutte plus efficace contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique. Ces politiques ont été déclinées dans les premiers Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2003-2005, 2006-2010) puis dans le Document de Politique Economique et Sociale (DPES 2011-2015) qui a été remplacé par la Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale (SNDES 2013-2017).

La SNDES, a servi de base pour élaborer le Plan Sénégal Emergent (PSE 2013-2035) qui constitue le nouveau cadre de référence des politiques publiques. A travers ce plan, le Sénégal adopte un nouveau modèle de développement qui constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Il met l'accent sur une plus forte impulsion dans la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations en garantissant l'accès aux services sociaux de base et la protection des groupes vulnérables

² EDS continue 2017

Dans l'axe 2 du Plan Sénégal Émergent (PSE), il est inscrit que la politique de santé et de nutrition vise à assurer la délivrance de soins de santé de qualité à des coûts accessibles. Des efforts supplémentaires seront fournis pour atteindre les ODD en matière de santé. A cet effet, le système de santé accordera davantage de place à la prévention pour un accès universel aux services de vaccination afin de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile

Le PSE est décliné en plan d'action prioritaire quinquennal (PAP) et l'actuel PAP couvre la période de 2019 à 2023

I.2.2 PNDSS 2019-2028

Ce présent PPAC puise ses lignes directives dans les missions et objectifs du PNDSS dans le cadre d'une amélioration globale du bien-être de la population sénégalaise.

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif.

Le PNDSS 3 est élaboré dans un contexte où le Sénégal s'est engagé dans l'Agenda 2063 de l'Union Africaine et les réformes budgétaires et financières de l'UEMOA.

Après les OMD de 2015, le pays s'est engagé dans l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) à l'Horizon 2030. Dans l'ODD 3 relatif à la santé, le Sénégal s'est fixé pour objectif à atteindre la cible mondiale fixée en 2030 précisément dans la SRMNIA.

Pour garantir la réalisation durable des résultats de santé et de protection sociale au cours de la prochaine décennie, le PNDSS 2019-2028 a retenu trois orientations stratégiques, à savoir :

1. Amélioration de la gouvernance du secteur
2. Amélioration de l'offre de services de santé et d'action sociale
3. Renforcement de la protection sociale dans le secteur

Les activités relatives à la vaccination des enfants et de la femme en âge de procréer sont prises en considération dans la ligne 6 de la 2ème orientation stratégique. Ces activités sont les suivantes :

- Améliorer la couverture nationale en planification familiale
- Renforcer les soins intégrés pour le développement de la petite enfance
- Contribuer à l'amélioration de l'enregistrement des naissances à l'état civil
- Renforcer la prise en charge de la malnutrition des femmes et des enfants y compris les carences en micronutriments
- Renforcer la couverture vaccinale des FAR et des enfants
- Mettre en œuvre le concept 1000 premiers jours

I.3 POLITIQUE NATIONALE DE VACCINATION

Pour contribuer à la mise en œuvre de l'orientation stratégique 2 du PNDSS 3 qui vise l'amélioration de l'offre de services de santé et d'action sociale le programme vise à atteindre et maintenir des couvertures vaccinales élevées à accentuer et consolider les acquis dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Il veille à offrir des services de qualité et à réduire les inégalités en matière de vaccination. Des vaccins de qualité sont offerts dans les

structures de santé et infrastructures communautaires (stratégies avancée et mobiles), par du personnel qualifié, qui doit être formé/recyclé et supervisé régulièrement. Une attention particulière est accordée à la qualité de conservation des vaccins, à la sécurité des injections, à la maintenance des équipements et à la gestion des déchets piquants.

Le PEV, initié au Sénégal depuis 1979, vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. Jusqu'en 2004 le programme ciblait 7 maladies chez les enfants de moins de 1 an auxquelles vont s'ajouter progressivement 6 autres maladies. En 2014, l'introduction de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole/rubéole élargie la cible aux enfants de 12- 23 mois. Dans le cadre de lutte contre les cancers du col de l'utérus, le programme a introduit la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) chez les filles de 9 ans. Au total en 2018, le programme cible 13 maladies évitables par la vaccination que sont :

1. La tuberculose
2. La diphtérie
3. Le tétanos
4. La coqueluche
5. La poliomyélite
6. La rougeole
7. La fièvre jaune
8. L'hépatite b
9. Les infections à l'Haemophilus influenzae b
10. Les infections à pneumocoque
11. Les Diarrhées à rotavirus
12. La rubéole
13. Les infections à papilloma virus humain

I.4 APERÇU DU SYSTEME DE SANTE AU SENEGAL

I.4.1 Organisation du système

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central (ou national), le niveau régional (ou intermédiaire) et le niveau opérationnel (périphérique) correspondant au district.

Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Des modifications ont été introduites en 2012 pour prendre en compte l'Action Sociale, renforcer la planification et la coordination et les efforts d'accès universel à la santé. C'est ainsi qu'une Direction en charge de la Planification, de la recherche et des statistiques (PDRS) a été mise en place, de même qu'une Direction Générale de la Santé (DGS) et une cellule pour la couverture maladie universelle qui est devenue une agence pour la couverture maladie universelle (ACMU). Pour renforcer la prise en compte de la santé communautaire, une cellule dédiée rattachée à la DGS a été mis en place en 2014.

Il faut, en outre, noter que pour renforcer l'intégration, la synergie et la coordination entre les différentes entités du niveau central, il a été mis en place une plateforme de renforcement du système de santé.

Le niveau intermédiaire correspond à la région Médicale (RM) dont l'aire d'intervention est la même que celle de la région administrative. Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Même si elles ont été renforcées par des planificateurs affectés dans tous les services régionaux et des points focaux en charge des ressources humaines dans certaines régions, cet important niveau intermédiaire joue difficilement son rôle du fait de l'insuffisance des capacités, en particulier en ressources humaines et logistiques.

Le niveau périphérique correspond au district Sanitaire (DS) qui est la zone opérationnelle de la pyramide sanitaire chargée d'appliquer les soins de santé primaires et les programmes/politiques de santé. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales où exercent des agents de santé communautaire dans le cadre de l'offre de santé communautaire. Le Sénégal compte en 2018 77 districts sanitaires et 1488 postes de santé.

Ce dispositif est complété par l'offre d'un secteur privé de la santé dynamique : 3 hôpitaux, 359 cabinets médicaux, 37 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise et 111 postes de santé privés à but non lucratif, 05 unités de production et de reconditionnement, 06 grossistes répartiteurs privés et de 1250 officines privées et dépôts de médicaments³.

I.4.2 Renforcement du Système de Santé

Le renforcement du système de santé (RSS) du Sénégal, vise l'amélioration de de l'offre et l'utilisation de service de santé de qualité y compris la vaccination.

Le RSS a pour but de renforcer les capacités du système de santé en vue d'améliorer les performances des programmes de santé maternelle et infantile. Les principaux objectifs visés dans le cadre du RSS prennent en compte les piliers que sont : la gouvernance, le financement de la santé, les ressources humaines, l'information sanitaire, les technologies et infrastructures et l'offre de services. Ces principaux objectifs se déclinent comme suit :

- Améliorer la gestion du programme à tous les niveaux en renforçant les ressources humaines, logistiques, matérielles et financières
- Améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des prestations de services de base
- Soutenir la demande de services de santé de base
- Renforcer la gouvernance, en particulier la coordination et la gestion des programmes de santé
- Renforcer la gestion de l'information sanitaire et le système de suivi-évaluation des programmes de santé

³ Cartographie du secteur privé au Sénégal. Mars 2018

II ANALYSE DE SITUATION

II.1 SERVICES DE VACCINATION SYSTEMATIQUE

II.1.1 Couvertures vaccinales

Depuis 2001, il est constaté une évolution constante des couvertures vaccinales, témoignant d'un Programme Elargi de Vaccination dynamique, tant dans les données administratives que les données d'enquêtes.

Selon les données administratives

Selon la figure 3, l'évolution des couvertures peut se décline en 4 périodes depuis 2001 :

- De 2001 à 2004 avec une augmentation très importante des couvertures
- De 2004 à 2009 avec une augmentation moins forte voire une stagnation des progrès
- De 2009 à 2013 avec une absence de données administratives
- De 2013 à 2016 avec une reprise de l'augmentation des couvertures
- Une légère inflexion des couvertures à partir de 2017.

On remarque en outre :

- une baisse substantielle des couvertures en DTC3/Penta 3 en 2005 qui correspond aux difficultés d'enregistrement lors du passage du DTC au Pentavalent.
- l'absence de données de routine en 2010, 2012 et 2013 du fait d'une dégradation du climat social dans le secteur de la santé du (mot d'ordre de grève préconisant une rétention d'informations sanitaires)
- de faibles couvertures en 2013 et 2014 reflétant une timide reprise dans la transmission et dans la qualité des données par les districts du fait de la longue période de rétention avec une complétude des données intra-districts assez faibles respectivement de 76% en 2013 et 96% en 2014.
- les différences de couvertures entre le VAA et le VAR en 2004 et en 2009 sont le reflet d'une rupture de vaccins.
- Une rupture notée en VAA en 2017 explique la baisse de la performance et l'écart avec le RR1.
- La campagne de suivi Rougeole qui s'est déroulée en novembre 2017 a quelque peu influé sur les performances au RR. Un délai de 4 semaines devait être respecté avant de vacciner à nouveau un enfant lorsque celui-ci l'avait été durant la campagne. Le niveau opérationnel a eu des difficultés à organiser les rattrapages habituels avant la fin de l'année 2017.

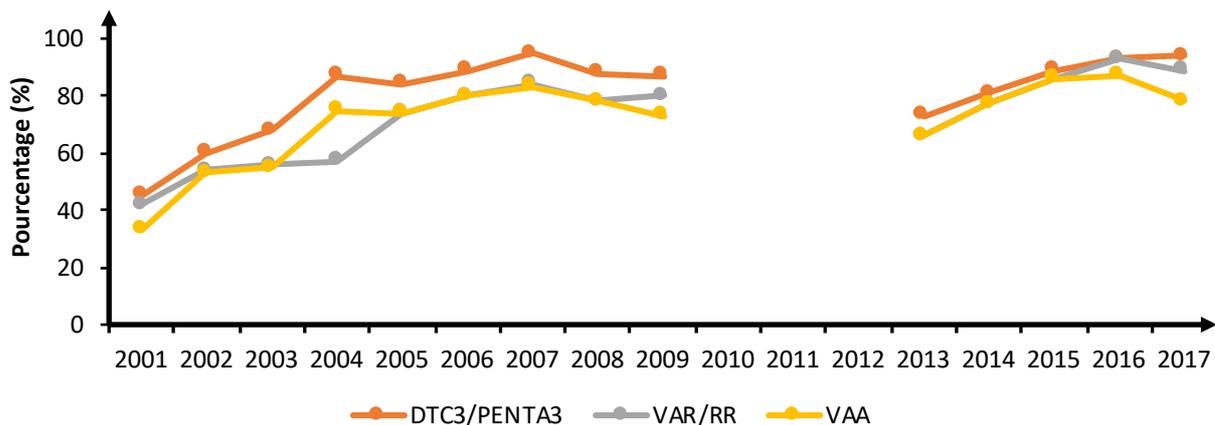


Figure 3: Evolution des couvertures vaccinales au Sénégal de 2001 à 2017 selon les données administratives

Selon les données d'enquêtes

Les figures 4, 5 et 6 montrent des progressions constantes des couvertures vaccinales pour les AG pris individuellement que sont le BCG, DTC/Penta3 et VAR1. La proportion d'enfants complètement vaccinés reste relativement stable et en dessous de 75%.

Les couvertures des données d'enquêtes ne se rapportent pas aux années de réalisation de celles-ci. Une enquête réalisée en Juin 2010 concerne les enfants nés entre juin 2008 et juin 2009. Ces enfants ont pu être vaccinés entre juin 2008 et juin 2010 (selon les AG). Les enquêtes donnent une vision rétrospective non pas d'une année mais d'une période pouvant s'étaler sur 3 ans. Leurs interprétations en fonction d'évènements connus dans la mise en œuvre du programme doit donc être très prudentes.

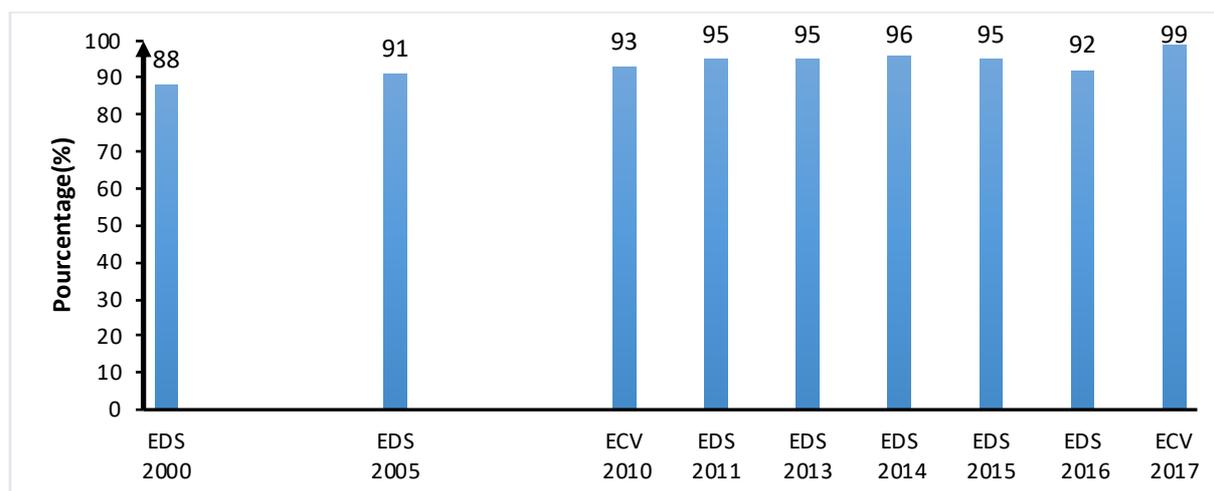


Figure 4: Proportion d'enfants vaccinés au BCG selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal

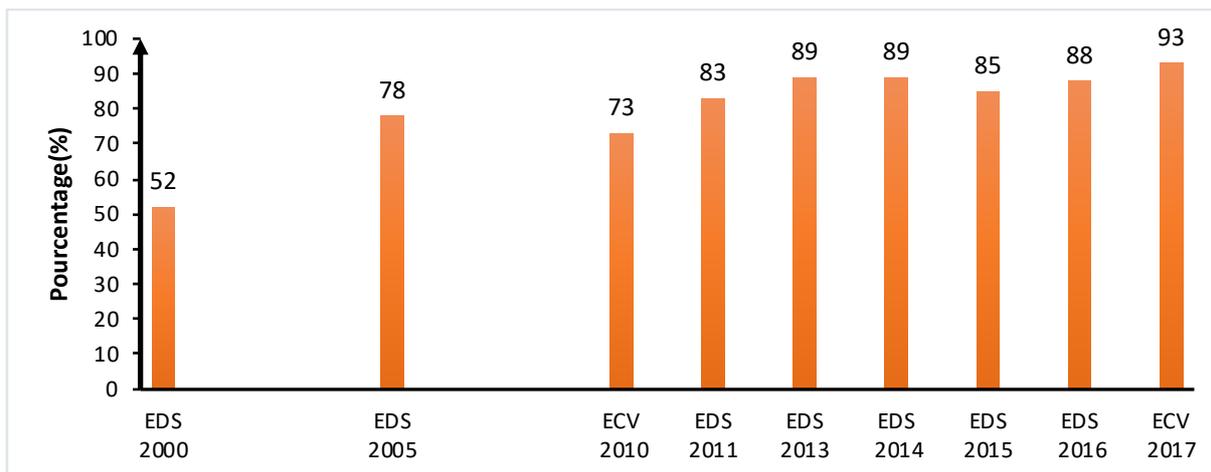


Figure 5: Proportion d'enfants vaccinés au DTC/Penta 3 selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal

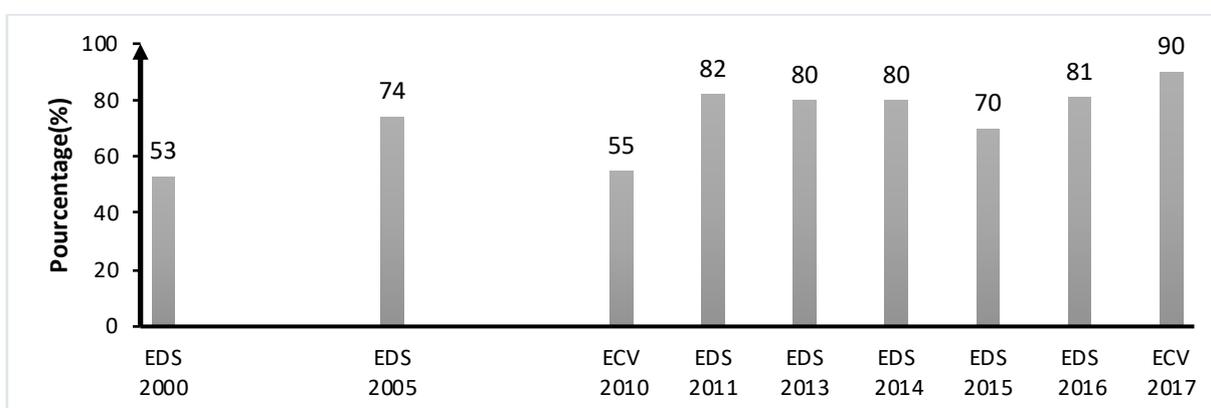


Figure 6: Proportion d'enfants vaccinés au VAR1 selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal

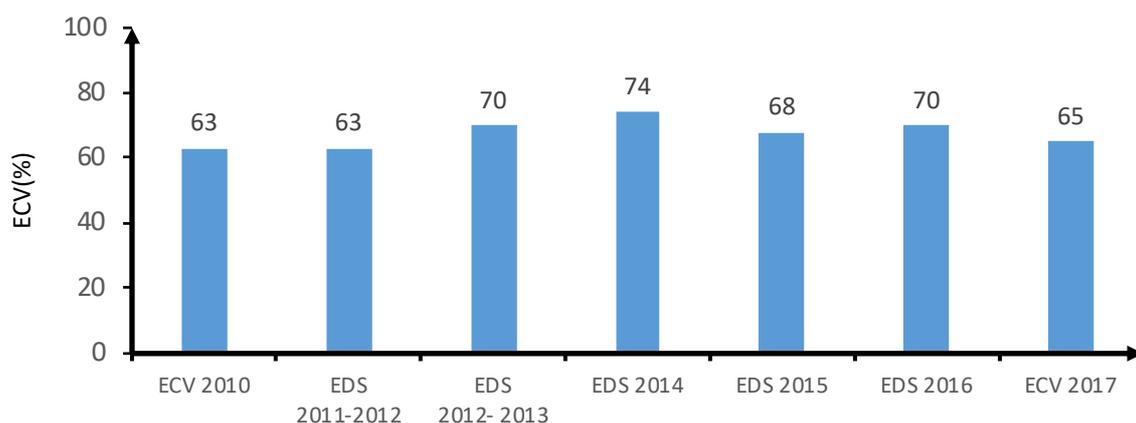


Figure 7: Proportion d'enfants complètement vaccinés selon les enquêtes de 2010 à 2017 au Sénégal

Selon les données d'estimation

L'évolution de la couverture selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF suggère pour Penta3 une stagnation légèrement au-dessus de 90% depuis 2011. Le VAR a connu une brusque augmentation en 2016 pour se stabiliser également autour de 90%. On peut tirer de

ce constat que le PEV pourrait avoir atteint une limite dans sa progression mais possède également une bonne capacité de maintien de ses acquis. On constate par ailleurs que les tendances à long termes des performances en matière de couverture vaccinales selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF sont identiques à celles des données administratives ces dernières années.

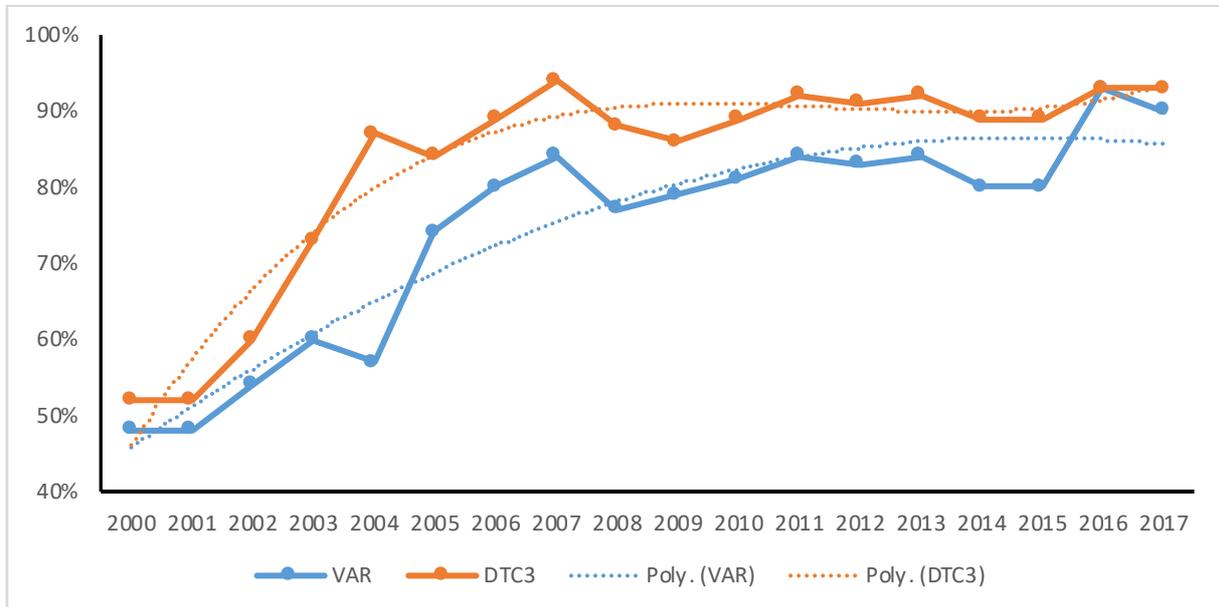


Figure 8: Couverture DTC3 et VAR selon les estimations de l'UNICEF et de l'OMS

II.1.2 Demande (accès et utilisation)

Bien que les enquêtes de couvertures vaccinales soient ponctuelles, les valeurs issues de ces enquêtes ne sont pas en très grands décalages avec les couvertures administratives ou les valeurs estimées de manière globale. Ce constat n'exclut pas l'existence de disparités au sein des districts.

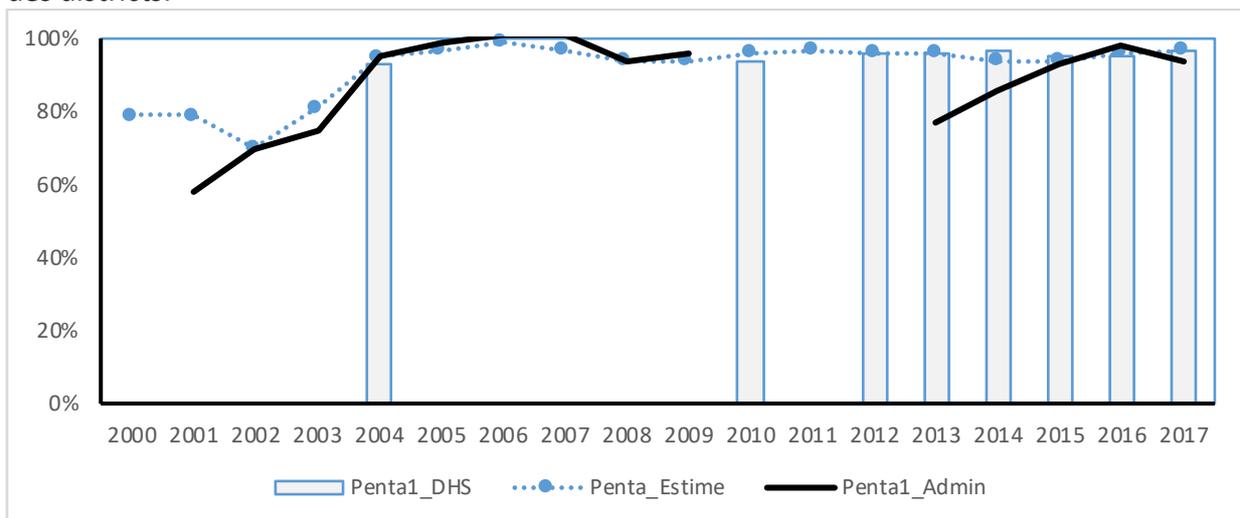


Figure 9: Couverture DTC1/Penta1 de 2001 à 2017 selon les données administratives et enquêtes

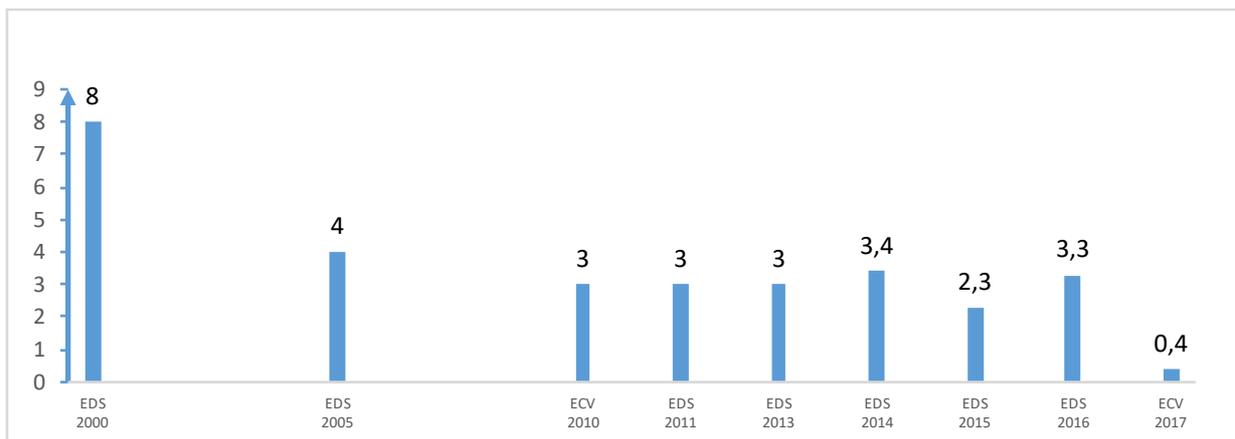


Figure 10: Proportion d'enfants « zéro dose » selon les enquêtes de 2000 à 2017 au Sénégal

En considérant l'ensemble des sources disponibles, il est possible de situer la couverture en DTC1/Penta1 à au moins à 95% depuis une dizaine d'années. Ceci est la preuve d'une très bonne accessibilité des services de vaccination suffisamment consolidée. Cette assertion est soutenue par une proportion d'enfants dits « zéro dose » (n'ayant reçu aucune dose de vaccin) fournie par des enquêtes de moins de 5% depuis 2005.

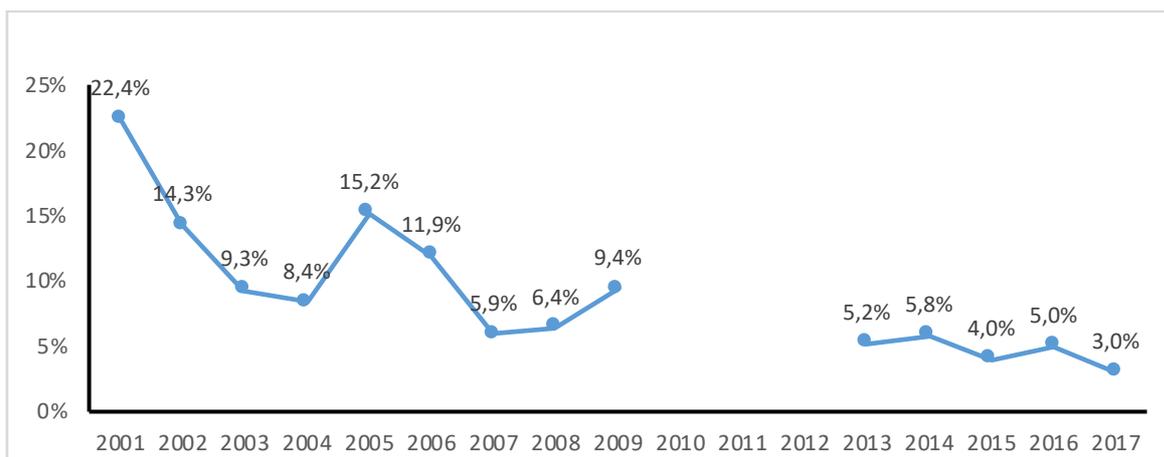


Figure 11: évolution du taux d'abandon DTC1 (Penta1)/DTC3 (Penta 3) de 2001 à 2017

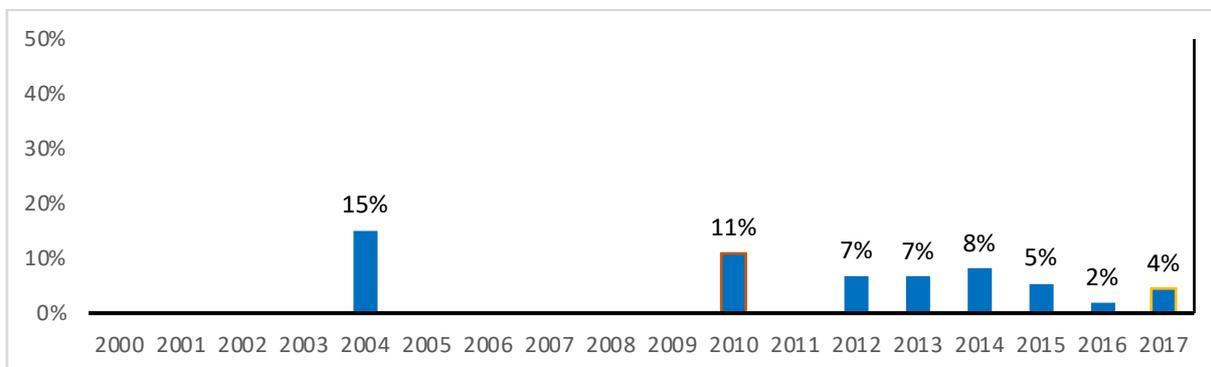


Figure 12: Taux abandon Penta1-penta3 selon les enquêtes

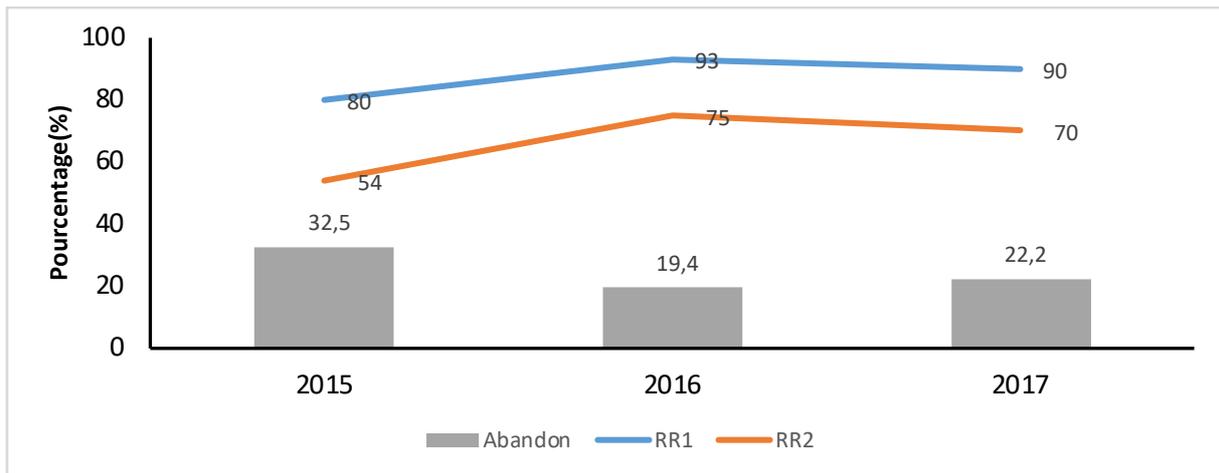


Figure 13: Taux abandon RR1 et RR2 selon les données de routine

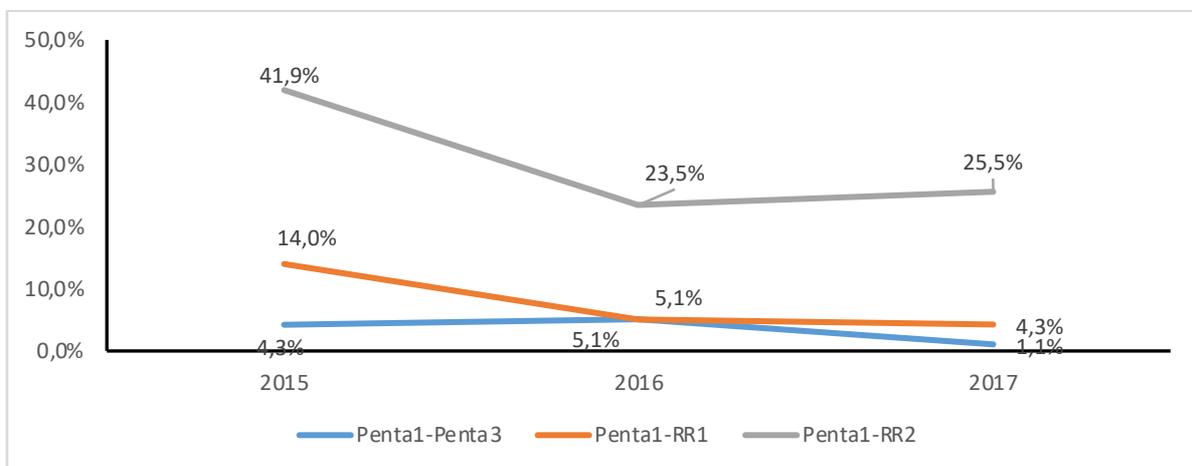


Figure 14: Taux abandon Penta1/Penta3; Penta1/RR1 et Penta1/RR2 selon les données de routine

Les données de routines et les données d'enquête, montrent une diminution soutenue du taux d'abandon entre DTC1-DTC3/Penta1-Penta3. Le taux d'abandon entre Penta1 et RR1 est en dessous de 5% en 2017. Ceci est le témoin d'une bonne utilisation des services de vaccination même si le taux d'abandon entre RR1 et RR2 reste élevé. Il est de 22% en 2017.

II.1.3 Équité de la vaccination

L'équité géographique est mesurée à partir de la proportion de districts avec une couverture au Penta 3 supérieure ou égale à 80%. L'équité par rapport au genre, aux niveaux d'instruction et de richesse sont mesurées respectivement à travers les données de vaccination ventilées suivant le sexe, le niveau d'instruction et le niveau bien être.

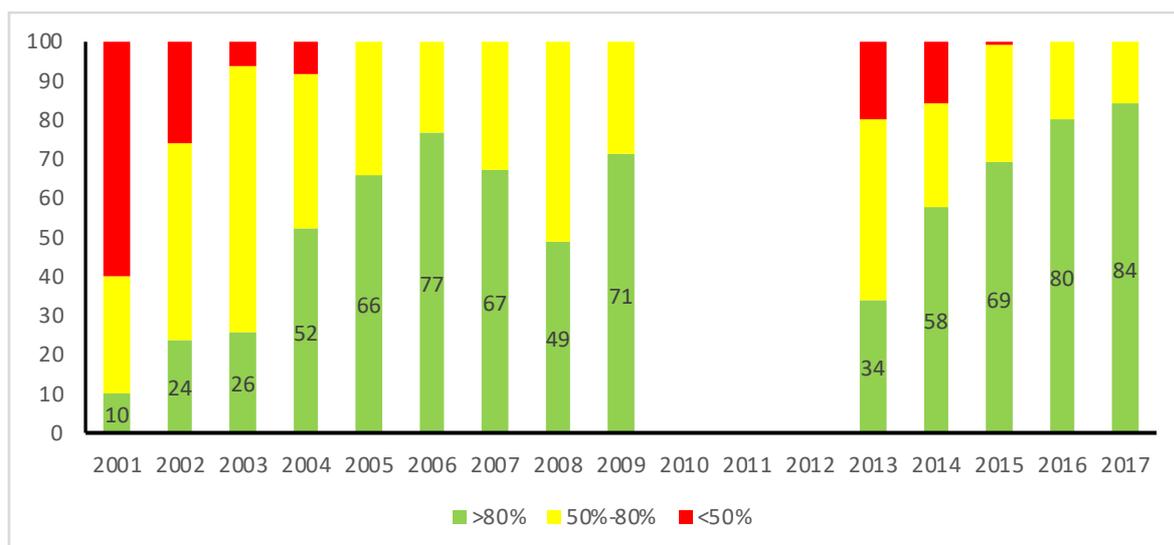


Figure 15: Performances des districts selon la couverture au DTC3/Penta3 de 2001 à 2017

On note une augmentation constante de la proportion des districts ayant une couverture DTC3/Penta3 supérieur à 80%. Cette proportion est passée de 10% en 2001 à 71% en 2009. Dans le même temps, la proportion de districts avec une couverture inférieure à 50% a fortement diminuée passant de 60% en 2001 à 0% depuis 2005 (figure 10). Les dissonances dans cette évolution des données de 2013 et de 2014 sont le fait des perturbations dues de la rétention des données de 2010 à 2012 avec une reprise assez timide en 2013 et 2014. Pour preuve, la proportion de districts ayant une couverture vaccinale en Penta3 était respectivement de 80% et 84% en 2016 et 2017 avec une absence pendant ces 2 années de districts avec une couverture en Penta3 de moins de 50%.

Tableau I: Districts ayant eu des couvertures en Penta3 inférieures à 80% en 2016 et/ou 2017 selon les régions

REGION	DISTRICT	2016 ET 2017	2017 UNIQUEMENT	2016 UNIQUEMENT
DAKAR	Keur Massar	OUI		
DAKAR	Dakar Centre	OUI		
DAKAR	Dakar Sud	OUI		
DAKAR	Rufisque	OUI		
DAKAR	Dakar Ouest		OUI	
DAKAR	Guediawaye			OUI
DAKAR	Diamniadio			OUI
FATICK	Dioffior	OUI		
KOLDA	Kolda			OUI
MATAM	Thilogne			OUI
THIES	Poponguine	OUI		
THIES	Thiadiaye		OUI	
ZIGUINCHOR	Bignona	OUI		
ZIGUINCHOR	Oussouye	OUI		
ZIGUINCHOR	Thionck Essyl	OUI		
ZIGUINCHOR	Ziguinchor	OUI		
ZIGUINCHOR	Diouloulou			OUI

Les districts ayant eu des couvertures en Penta3 inférieures à 80% en 2016 et/ou 2017 sont essentiellement ceux de Dakar (7) de Ziguinchor (5) et Thiès (2) alors que ces trois régions avaient les couvertures les plus élevées lors de la dernière enquête de couverture vaccinale en 2017. De plus, tous ces districts avaient des couvertures supérieures à 80% lors de l'ECV de 2013. Une des explications serait que la faible performance de ces districts selon les couvertures administratives serait liée à des difficultés de maîtrise de leurs dénominateurs (surestimations) qui entrainerait une sous-estimation de leurs couvertures.

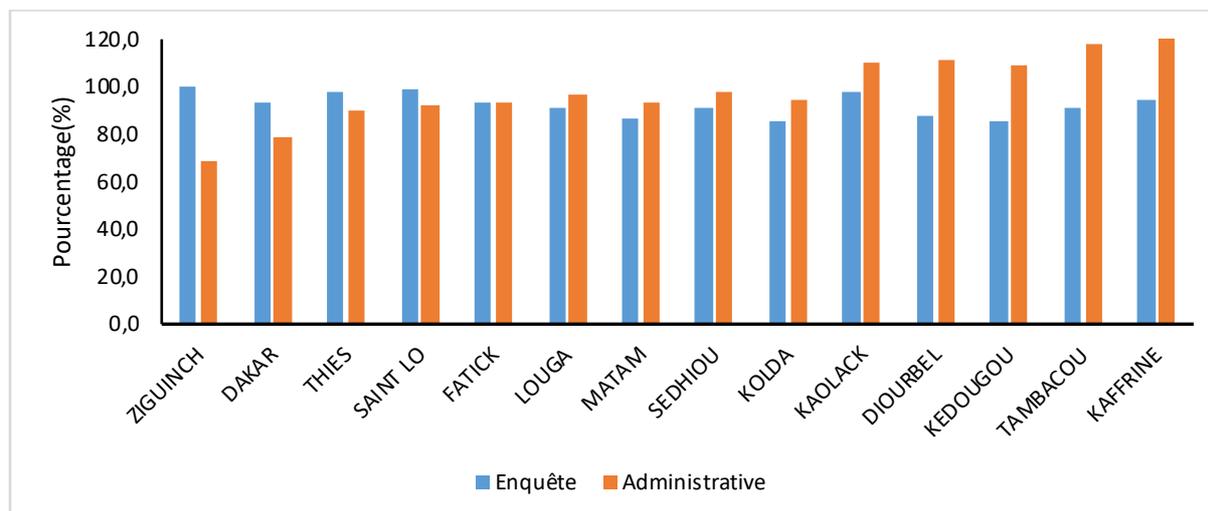


Figure 16: couverture Penta 3 par région ECV 2017/CV admin2017

Tableau II: Couvertures vaccinales Penta1 et Penta3 en fonction des caractéristiques socio démographiques (enquête EDS)

Variables	Modalités	2011		2013		2014		2015		2016		2017	
		Penta1	Penta3	Penta1	Penta3	Penta1	Penta3	Pent1	Pent3	Pen1	Pen3	Pent1	Penta3
Sexe	Masculin	94,6	84,3	96,1	96,1	95,3	89,1	95,8	86,8	95,3	88,8	96,2	92,0
	Féminin	93,2	80,7	95,6	95,6	96,0	89,6	96,9	89,7	94,4	90,2	96,8	91,9
Résidence	Urbain	94,6	83,6	97,9	92,2	96,0	89,4	98,7	94,0	96,4	94,0	98,8	95,8
	Rural	93,5	81,9	94,8	86,7	95,3	89,3	95,2	85,6	94,1	87,3	95,6	89,6
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	92,5	80,4	94,5	85,8	93,9	86,8	95,6	85,2	92,6	85,4	95,1	89,4
	Primaire	96,2	84,5	98,3	92,3	98,9	94,7	96,7	91,8	98,9	96,7	98,6	94,3
	Secondaire et +	99,7	95,3	99,2	98,9	100	95,0	99,8	99,4	99,3	97,4	98,4	97,3
Quintiles de bien-être économique	Plus pauvre	90,5	74,2	89,7	79,5	94,0	86,1	93,7	80,4	90,1	78,9	92,6	82,7
	Second	94,6	84,9	97,4	87,5	95,2	86,8	94,9	86,2	94,3	88,2	96,9	92,5
	Moyen	95,0	85,1	96,7	93,1	92,3	88,1	97,8	90,7	96,9	94,3	96,9	92,9
	Quatrième	94,2	82,6	98,7	91,2	97,9	93,9	96,9	91,1	96,2	94	97,6	95,2
	Plus riche	96,2	88,3	99,1	94,6	99,5	92,5	99,4	98,9	100	99	99,7	99,7
Pays		93,9	82,6	95,8	88,5	95,6	89,3	96,3	88,3	94,9	89,5	96,5	92,0

- Sexe : Selon le tableau 2, il ne semble pas avoir une différence significative de couverture entre les enfants selon le sexe tant pour le Penta1 que pour le penta 3.
- Résidence : Les couvertures vaccinales semblent toujours plus élevées en milieu urbain que rural excepté en 2014 pour le Penta3 dont les couvertures sont identiques pour les deux milieux. L'écart entre milieu urbain et rural est plus important pour le Penta3.
- Niveau d'instruction : Le niveau de couverture semble toujours plus élevé chez les enfants des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Ici également, les

différences seraient plus élevées pour le Penta3 que pour le penta1 montrant un taux d'abandon relativement plus élevé pour les enfants des femmes moins instruites. Néanmoins ces différences connaissent une tendance à la baisse. La différence de couverture en penta3 chez les enfants des mères n'ayant aucune éducation et celles ayant un niveau secondaire ou plus est passée de 14,9% en 2011 à 7,9% en 2017 pour le Penta3.

- Quintiles de bien-être économique : Le tableau I montre des couvertures relativement plus élevées chez les enfants des mères les plus riches. Ces différences semblent stagner dans le temps autour de 18 points entre 2015 et 2017 pour le Penta3

En conclusion : Cette analyse bien qu'uniquement descriptive et sans tests de comparaison statistiques, semblent montrer une différence plus importante dans la continuité que dans l'accès/utilisation des services de vaccination selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le Quintiles de bien-être économique.

II.1.4 Introduction de nouveaux vaccins

Depuis 2012 le Sénégal a introduit plusieurs nouveaux vaccins à savoir les vaccins contre la rubéole, les infections à pneumocoques, les diarrhées à rotavirus, le vaccin polio inactivé, la seconde dose de RR à 15 mois, la vaccination contre l'hépatite B à la naissance en 2016 et la vaccination contre le virus du papillome humain chez les jeunes filles âgées de 9 ans en novembre 2018. Les introductions des nouveaux vaccins dans le PEV se sont faites sans difficultés majeures.

Couvertures :

- La vaccination à la naissance contre Hépatite B n'a pas encore atteint les mêmes taux de couverture que le BCG (87% contre 93% en 2017).
- Les couvertures en PCV13 sont égales à celles de Penta et VPO depuis 2015 tandis que celle du VPI s'est effondrée pour atteindre 49% en 2017 à cause de la rupture en vaccins (faute de disponibilité sur le marché international).
- Les couvertures en Rota2 sont élevées et égales à celles de Penta2 et VPO2 : 83% en 2014 et 97% en 2016 et 2017
- La différence de ouvertures entre RR1 et RR2 est élevée (voir figure 18)

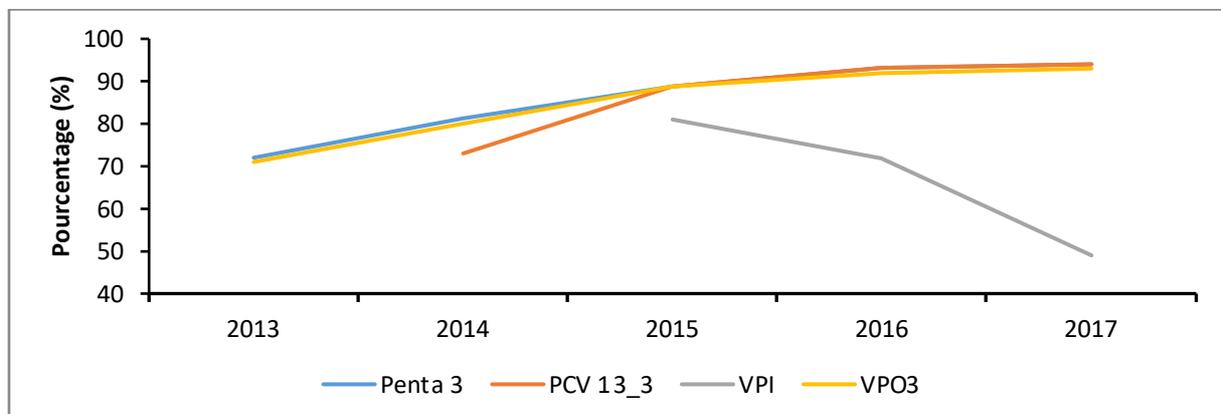


Figure 17: Couvertures PCV₁₃3, Penta3, VPO3 et VPI, de 2013 à 2017 au Sénégal selon les données de routine

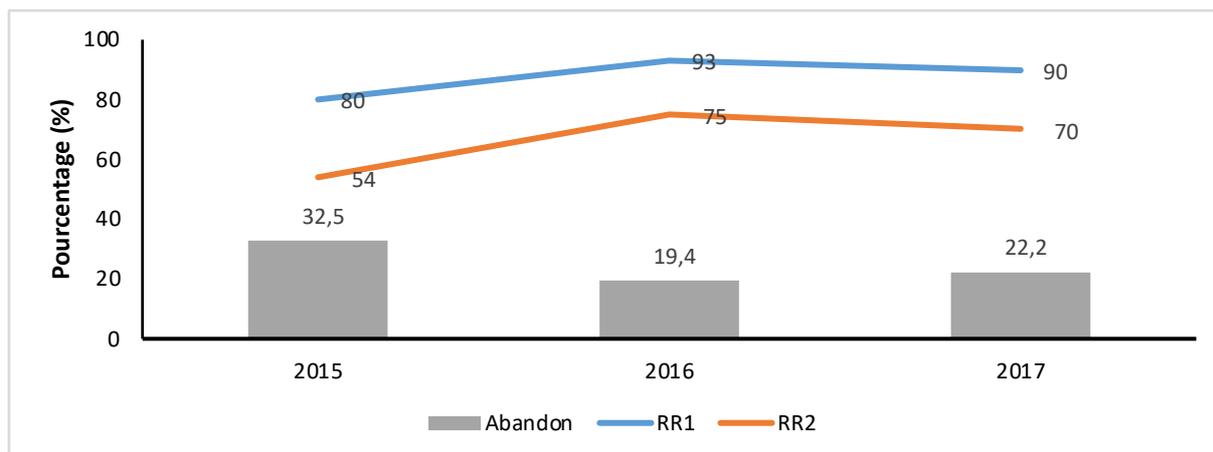


Figure 18: Couvertures RR1 et RR2 ainsi que le taux d'abandon RR1/RR2 de 2015 à 2017 au Sénégal selon les données de routine

Tableau III: Synthèse de l'analyse de la situation de la vaccination routinaire

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
Couverture vaccinale	Estimations du % de couverture officielle par DTC3	89%	93%	94%
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin contre la rougeole (RR1)	80%	93%	90%
	Autres estimations de couverture officielle pour le VPO3 par programme de vaccination	85%	92%	91%
	% de couverture par DTC3 selon l'enquête la plus récente	85%	88%	93%
	% de couverture par RR selon l'enquête la plus récente	81%	90%	
	Pourcentage des enfants complètement vaccinés	68%	70%	65%
Demande de vaccination	DTC1	94%	96%	97%
	Pourcentage d'abandon du DTC1 – DTC3	4%	5%	3%
	Pourcentage d'abandon du DTC1-RR1			
	Pourcentage d'abandon du RR1/RR2	32,5	19,4	22,2
	Pourcentage d'abandon du DTC1/RR2			
Équité de la vaccination	Écart DTC3 en pourcentage entre les quintiles socioéconomiques supérieur et inférieur	18,5%	21,9%	17%
	pourcentage des districts bénéficiant d'une couverture DTC3 supérieure à 80 %	69%	80%	84%
	Nombre des communautés à haut risque identifiés pour un programme de vaccination systématique accéléré		ND	ND
Introduction de nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée	1	1	0
	Couverture VPI	81%	72%	49%
	Couverture Rota2	83%	97%	97%
	Couverture RR2	54%	75%	70%

Par rapport aux objectifs du PPAC 2019-2023, certains indicateurs de la vaccination en 2017 ont un bon niveau voire sont au-delà des attentes c'est le cas pour la couverture officielle du vaccin contre la rougeole (RR1) ; Couverture vaccinale en Rota2. Les efforts en matière de vaccination étant continue, malgré ces niveaux de performances, il est nécessaire de continuer à faire des efforts dans le recrutement et le suivi de nouvelles cohortes.

Des efforts substantiels doivent être menés non seulement pour améliorer la couverture vaccinale en RR2 mais aussi dans le suivi des cohortes d'enfants recrutés en vue d'améliorer la proportion d'enfants complètement vaccinés ;

Tableau IV: Comparaison des couvertures vaccinales avec les objectifs de PPAC

Domaines	Indicateurs	2017	Objectifs du PPAC
Couverture vaccinale	Estimations du % de couverture officielle par DTC3	94%	95%
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin contre la rougeole (RR1)	90%	90%
	Autres estimations de couverture officielle pour le VPO3 par programme de vaccination	91%	95%
	% de couverture par DTC3 selon l'enquête la plus récente	93% (±1%)	95%
	% de couverture par RR selon l'enquête la plus récente	90% (±1%)	90%
	Pourcentage des enfants complètement vaccinés	65% (±2%)	80%
Demande de vaccination	DTC1	97%	95%
	Pourcentage d'abandon du DTC1 – DTC3	3%	5%
	Pourcentage d'abandon du BCG – vaccin contre la rougeole	17%	10%
Équité de la vaccination	Écart DTC3 en pourcentage entre les quintiles socioéconomiques supérieur et inférieur	17%	20%
	pourcentage des districts bénéficiant d'une couverture DTC3 supérieure à 80 %	84%	90%
	Nombre des communautés à haut risque identifiées pour un programme de vaccination systématique accéléré	ND	ND
Introduction de nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée	0	1
	Couverture VPI	49%	90%
	Couverture Rota2	97%	95%
	Couverture RR2	70%	90%

II.2 LUTTE ACCÉLÉRÉE CONTRE LES MALADIES

II.2.1 Poliomyélite

Le dernier cas de poliomyélite à poliovirus sauvage autochtone au Sénégal a été notifié en 1998. Le Sénégal avait été déclaré libre de circulation du PVS en 2004. Ces résultats ont été obtenus grâce à une augmentation constante de la couverture au VPO3 à plus de 80%, une surveillance active des PFA atteignant annuellement les 2 indicateurs majeurs (taux de PFA non polio et proportion d'échantillons adéquats) et l'organisation entre 1997 et 2005 de plusieurs éditions de JNV de qualité avec des taux de couverture dépassant 99%. Cependant, suite à la baisse des performances constatées en 2007 et à la circulation intense du PVS en Afrique de l'Ouest, le pays a connu une importation de PVS et 18 cas ont été enregistrés dans le pays entre janvier et avril 2010, ce qui a justifié l'organisation de six passages de JNV polio. Il n'y a pas eu de nouveau cas de PVS depuis le mois d'avril 2010.

Dans le cadre de la surveillance du poliovirus au niveau de l'environnement mise en œuvre depuis 2007 par l'Institut Pasteur de Dakar au niveau de deux sites centres d'épurations des eaux usées de Cambérène et de Pikine, un polio virus dérivé du vaccin (PVDV) de type 2 a été

isolé et notifié au pays le 1^{er} avril 2016. La souche provenait d'un échantillon recueilli dans les eaux usées du centre d'épuration de Cambérène.

Ce résultat de laboratoire a nécessité une réponse urgente et appropriée au niveau des districts de la région de Dakar. C'est ainsi que, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), avec l'appui technique et financier de ses partenaires a conduit une investigation et une riposte qui a permis de vacciner 655 520 enfants de moins de cinq dans toute la région de Dakar. L'investigation n'avait pas montré une preuve de la circulation du virus et le risque de propagation du virus a été jugé faible. Tous les prélèvements (20) effectués au sein de la communauté se sont révélés négatifs. Aucun cas de PFA non notifié n'a été retrouvé ni dans la communauté ni dans les registres de consultation des structures sanitaires lors de l'investigation. La recherche active des cas de PFA lors des AVS n'a pas permis non plus de trouver des cas.

Dans le cadre du « End game polio » le Sénégal a introduit en janvier 2015 une dose de VPI (Vaccin Polio Inactivé) dans son programme de routine et à l'instar des autres pays, a remplacé le VPO trivalent par le VPO bivalent en avril 2016. Le pays dispose de 3 comités fonctionnels qui travaillent pour évaluer les activités d'éradication de la polio. Il s'agit du comité des experts, du comité de certification et du groupe de confinement. Ces comités se réunissent régulièrement pour faire le point sur les activités d'éradication et pour statuer sur les cas de PFA et formulent des recommandations pour améliorer la qualité des activités.

Une évaluation du risque est effectuée chaque trimestre et les districts sont classés en fonction du risque. Cette évaluation permet de prioriser et de guider les activités de renforcement de la surveillance et du PEV de routine.

Tableau V: Taux de PFA non Polio et proportion d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant la paralysie

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de PFA non polio	2,8	4,0	3,9	3,0	5,1	1,9	2,6	3,3	2,7	2,4	2,2	2,6
Échantillons prélevés dans les 14 jours suivant la paralysie (%)	-	-	96,8	94,5	62,8	79,3	80,0	73,0	83,0	87,0	89,0	91,0

Au cours des cinq dernières années les principaux indicateurs de performance de la surveillance des PFA (taux de PFA non polio et proportion d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant la paralysie) avaient atteints les objectifs sauf en 2003 au cours de laquelle la proportion de selles prélevées était inférieure à 80%.

Tableau VI: Couvertures vaccinales des campagnes polio

Années	Données administratives	Monitoring indépendant
2012	ND	93%
2013	106%	92%
2014	108%	90%
2015	101%	90%

II.2.2 Rougeole

La surveillance de la rougeole basée sur le cas a permis de noter que le nombre de cas confirmés est passé respectivement de 31 cas en 2004 à zéro en 2005. Cependant en Juin 2009 le pays a connu une épidémie avec 999 cas de rougeole (confirmés par le laboratoire ou par lien épidémiologique). Une Campagne de riposte a été organisée dans 47 districts à risque en Mars 2010 et une autre de suivi à l'échelle nationale au mois de Novembre de la même année. Une campagne de rattrapage Rougeole/Rubéole a été organisée en novembre 2013 suivi de l'introduction du RR en janvier 2014. Le pays a introduit la 2^{ème} dose de vaccination contre la rougeole/Rubéole en août 2014 chez les enfants à partir de 15 mois.

De 2015 à 2017, un total 206 cas de rougeole ont été confirmés dont 70% au cours de l'année 2016. Respectivement 5 et 15 districts étaient en épidémies en 2015 et 2016 alors qu'en 2017 aucun district n'était en épidémie. Devant tout cas confirmé de rougeole, le district concerné procède à une recherche active d'autres cas dans la communauté, une évaluation du statut vaccinal des enfants de moins de 5 ans et au besoin une riposte vaccinale autour du cas est organisé.

Quelques dates clés dans la lutte contre la rougeole au Sénégal :

- 2003 : 1^{ère} campagne de rattrapage des moins de 15 ans avec CV à 98%
- 2006 : 1^{ère} campagne de suivi des moins de 5 ans avec une CV à 92,7% : objectif de réduction atteint
- 2010 : 2^{ème} campagne de suivi des moins de 5 ans avec une CV à 92,7% (ECV)
- 2013 : 3^{ème} campagne de suivi prévue transformée en campagne de rattrapage rougeole/rubéole
- 2017 : 4^{ème} campagne de suivi des moins de 5 ans avec une CV à 93% (ECV)

Tableau VII: Couvertures vaccinales des campagnes rougeoles au Sénégal de 2003 à 2017

Année	Couverture administrative	Couverture enquête
2003	95%	98%
2006	99%	90%
2010	ND	92%
2013	101%	97%
2017	109%	93%

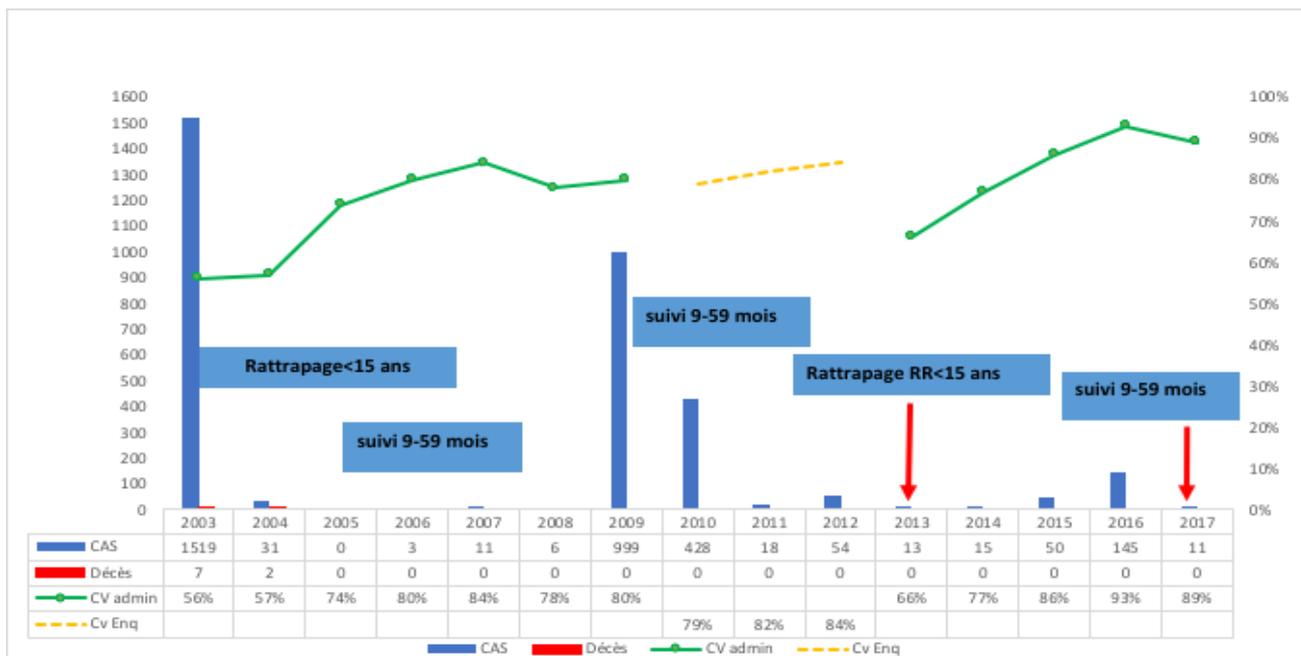


Figure 19: Evolution du nombre de cas, de décès et couverture VAR par an à partir de 2003

En absence de campagne de suivi, une augmentation de l'incidence de cas est notée après une période d'environ 3 ans du fait d'une accumulation de susceptibles dans la population (figure 19). En mode d'élimination, les campagnes de suivi sont importantes pour diminuer les susceptibles, à défaut la stratégie de riposte autour de chaque cas confirmé permet d'atténuer l'ampleur des épidémies.

Tableau VIII: Evolution des principaux indicateurs de performance de la rougeole de 2006 à 2017

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Proportion de districts avec au moins un cas suspect de rougeole investigué avec un échantillon de sang prélevé (%)	82	89	94	98	85	76	76	92	97	99	96	92
Taux d'éruptions fébriles non rougeoleuses/non rubéoleuses pour 100000 hbts									7,0	4,8	4,5	3,1

Le Sénégal fait partie des pays dits en mode élimination de la rougeole car ayant atteint les critères d'éligibilité suivants :

- Performance de la surveillance de la rougeole pendant > 3 ans
- CV RR1 \geq 80% (estimation OMS-UNICEF) pendant > 3 ans
- RR et/ou VAR2 introduits dans le PEV

Actuellement, l'objectif de la lutte contre la rougeole au Sénégal est de réaliser son élimination d'ici 2020, conformément au but de la Stratégie Régionale Africaine de l'OMS. Cette nouvelle phase nécessite les performances suivantes :

- Une couverture vaccinale >90% de à la première dose de rougeole au niveau national et plus de 80% dans tous les districts
- Une couverture vaccinale >95% lors des Campagnes de vaccination dans tous les Districts

- Une incidence de moins de 1 cas / 1 000 000 habitants / an au niveau national
- Un taux d'éruptions cutanées non rougeoleuses et non rubéoleuses >2 pour 100.000 hbts
- Proportion de districts avec au moins un cas suspect de rougeole investigué avec un échantillon de sang prélevé >80%
- Une Surveillance à Base Communautaire (SBC) atteignant les niveaux de performance requis.
- Détection précocement tout cas de rougeole pour une riposte efficace
- Une prise en charge adéquate des cas

II.2.3 Fièvre jaune

La plus grande épidémie a été enregistrée en 1965 avec 243 cas et 216 décès. En novembre-décembre 1996 une épidémie a été notifiée à Kaffrine avec 100 cas dont 60 décès. Elle a été suivie d'une riposte ayant permis de vacciner 160 000 personnes. En septembre 2002 une épidémie a eu lieu dans 16 districts sanitaires (66 cas confirmés dont 12 décès).

Tous les districts du pays ont eu à organiser des campagnes préventives ou de riposte entre 2002 et 2007. Ces campagnes ont permis de vacciner 4,5 millions de personnes. Suite à une notification de cas dans le district de Kédougou en 2011, une campagne de riposte à l'échelle de la Région a été organisée en 2012. Au niveau national, la couverture de routine du VAA est passée à 77% en 2014 selon les données administratives et de 80% selon l'enquête EDS 2014. Un cas provenant de la région de Thiès (district de Mbour) a été diagnostiqué dans le cadre du réseau 4S (Réseau de surveillance sentinelle syndromique au Sénégal) en 2015. Une investigation a été menée avec recherche des facteurs de risque et évaluation de la couverture vaccinale. Compte tenu de la couverture vaccinale relativement élevée (CV administrative de 91% pour le district de Mbour, 90% pour la région de Thiès et 85% au niveau national) et un risque de propagation limitée, aucune action spécifique supplémentaire n'avait été menée en dehors de la prise en charge du cas.

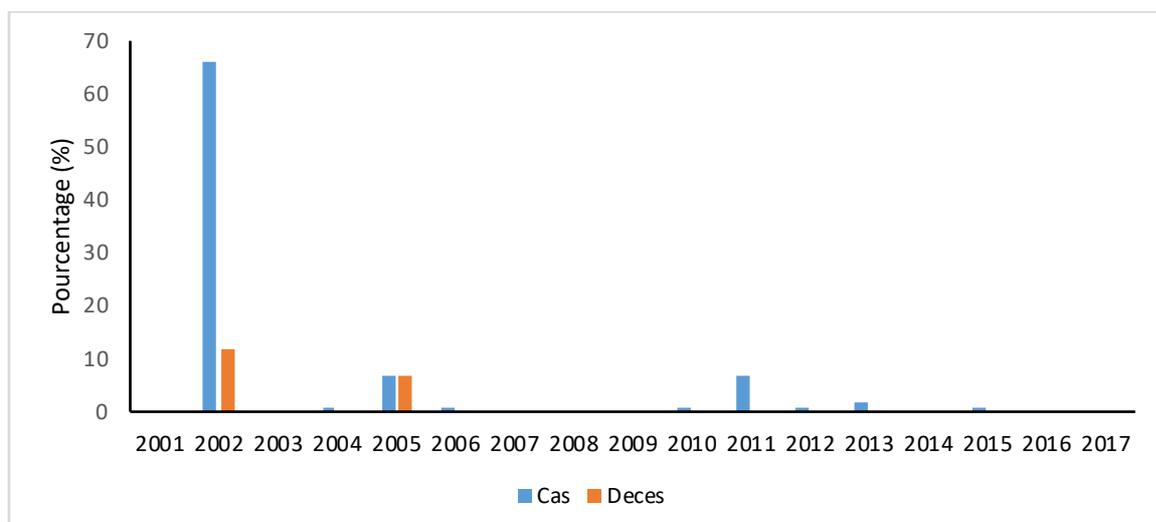


Figure 20: Cas et décès de fièvre jaune notifiés au Sénégal de 2001 à 2017

II.2.4 Tétanos maternel et néonatal

Le nombre de cas de tétanos néonatal est passé de 45 à 4 entre 2001 et 2014. Depuis 2008 aucun district n'a notifié plus d'un cas pour 1000 naissances vivantes. Ces résultats ont été obtenus grâce à l'amélioration des conditions d'accouchement, à l'amélioration des couvertures de routine et l'organisation de campagnes de vaccination des FAR dans les districts à haut risque.

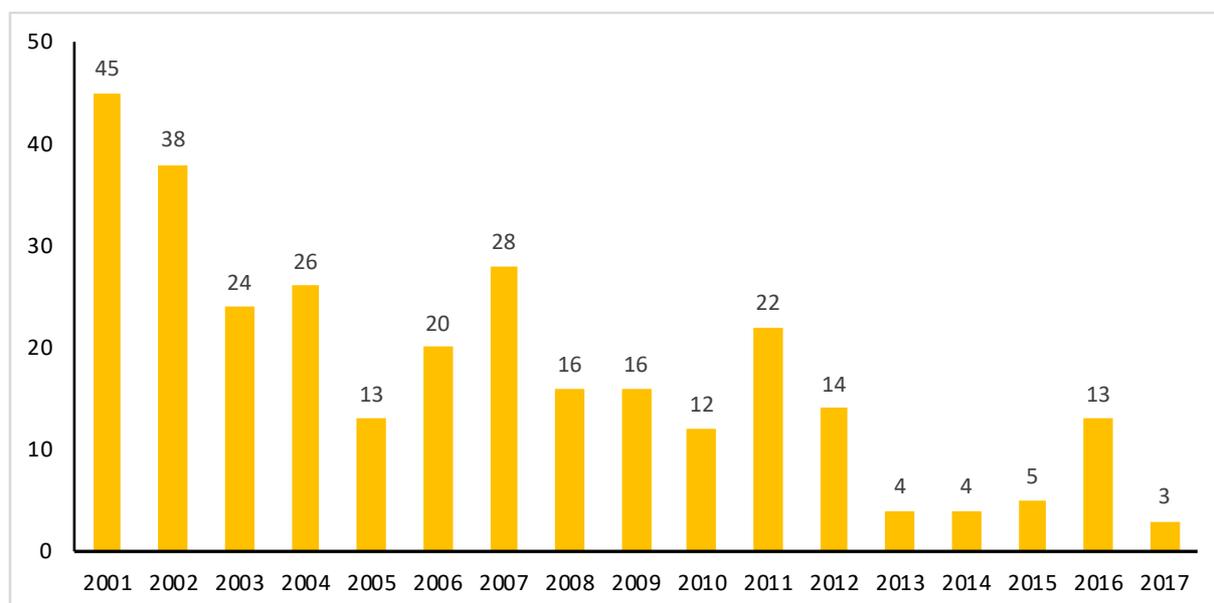


Figure 21: Nombre de cas notifiés de tétanos néonatal de 2001 à 2017 au Sénégal

Tableau IX: Evolution des indicateurs de risque/protection du TMN

Indicateurs	2015	2016	2017
Accouchement dans une structure de santé	75%	76%	78%
Accouchements assistés	53%	59%	68%
Enfants protégés à la naissance	84%	82%	83%
Proportion de districts ayant atteint l'objectif de moins d'un cas de TMN pour 1000 naissances vivantes	100%	100%	100%

Source : EDS continu 2015- 2016- 2017

Deux évaluations du risque ont été réalisées depuis l'élimination : une en 2013 et une en 2017. Ces évaluations n'ont montré aucun district à haut risque de TNN. Ceci confirme les données de surveillance de routine puisqu'aucun district n'a franchi le seuil d'élimination depuis 2011. L'évaluation du risque se fera maintenant de manière annuelle pour permettre de détecter précocement des situations pouvant compromettre les acquis.

Tableau X: Synthèse de l'analyse de la situation de la lutte accélérée contre les maladies

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
Polio	Couverture VOP3	ND	92	80
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans	2,4	2,2	2,6
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV)	1	0	0
	Couvertures (%) des JNV Passage 1	101%	NA	NA
	Couvertures des (%) JNV Passage 2	NA	NA	NA

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
TMN	Couverture par TT2+/Td2+	70%	80%	84%
	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal		82%	84%
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	0	0	0
	Y a-t-il eu des activités supplémentaires de vaccination ? (O/N)	N	N	N
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	5	4	4
	Taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	75%	76%	78%
Rougeole et rubéole	Couverture du vaccin anti-rougeole/rubéole (1ère dose)	86%	93%	89%
	Couverture du vaccin anti-rougeole/rubéole (2e dose)	54%	75%	70%
	Nombre de flambées de rougeole confirmées par laboratoire		12	0
	Nombre de district ayant connu des flambées de rougeole/confirmées par laboratoire	6	15	0
	Étendue géographique des AVS	-	-	National
	Groupe d'âge	-	-	9-59 mois
	Couverture	-	-	93%
	Nombre total de cas de rougeole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	58	162	11
	Nombre total de cas de rubéole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	15	135	7
Fièvre jaune	Couverture de vaccination anti-marielle	80%	87%	80%
	Nombre et pourcentage des districts notifiant au moins d'un cas suspect	71 (93%)	51 (67%)	64 (84%)
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ? (O/N)	N	N	N
	Couverture AVS	NA	NA	NA
Méningite épidémique	AVS vaccin méningococcique A (Régions)	0	0	0
	Couvertures (%)	NA	NA	NA

Tableau XI: Synthèse de l'analyse de la situation de la lutte accélérée contre les maladies et objectifs PPAC

Domaines	Objectifs PPAC	Situation actuelle
Polio	Atteindre les 2 indicateurs majeurs	Réalisé au niveau national et dans 12 régions
TMN	Maintenir l'élimination	réalisé
Rougeole et rubéole	Atteindre les 2 indicateurs majeurs	Réalisé au niveau national et dans 11 régions
Fièvre jaune	Contrôle des épidémies	réalisé
Méningite épidémique	Contrôle des épidémies	réalisé

II.3 ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES COMPOSANTES DU SYSTEME DE VACCINATION

II.3.1 Gestion du programme

II.3.1.1 Ancrage institutionnel

Au plan institutionnel, l'organisation et la gestion du PEV ont tiré profit de la restructuration du ministère de la santé depuis 2004 avec la mise en place d'une Direction de la Prévention Médicale devenue Direction de la Prévention.

Le programme élargi de la vaccination est logé au sein de la Direction de la Prévention qui elle-même dépend de la Direction Générale de la Santé. La direction de la prévention comprend la division de l'immunisation, la division de la surveillance épidémiologique et de la riposte

vaccinale et la division de la prévention individuelle et collective et le Programme national de lutte contre le tabac.

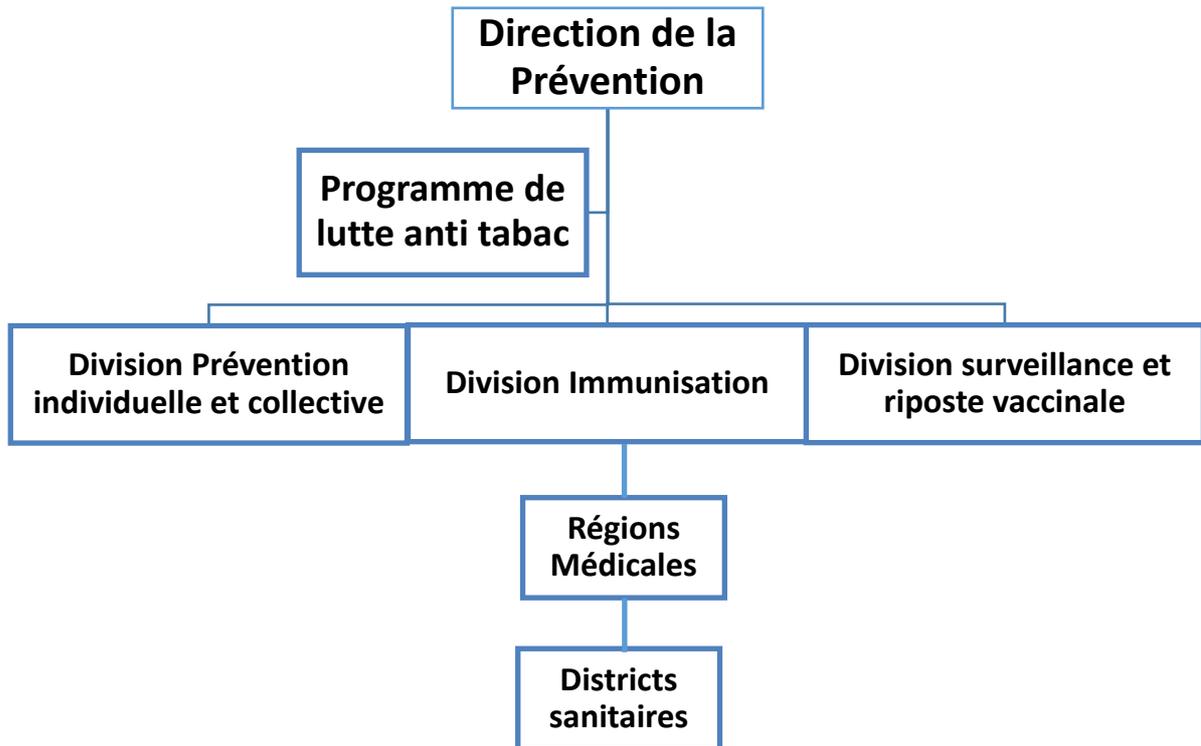


Figure 22: Organigramme fonctionnel de la DP

La division de l'immunisation :

- Définit et met en œuvre la politique nationale, les normes et protocoles de la vaccination au Sénégal ;
- Assure la mobilisation et l'allocation des ressources de la vaccination ;
- Assure l'approvisionnement en vaccins et consommables ;
- Appuie les régions médicales, les districts sanitaires, les institutions d'enseignement dans le renforcement de compétences des acteurs ;
- Appuie les régions médicales et districts sanitaires dans le suivi et l'évaluation des activités du PEV
- Assure l'organisation de la riposte vaccinale en cas d'épidémie
- Assure l'organisation des campagnes vaccinales préventives

La DSRV a pour mission de surveiller les maladies cibles de la vaccination, notamment la rougeole, la rubéole, la poliomyélite, la fièvre jaune, le tétanos néonatal, les diarrhées à rotavirus, les méningites bactériennes pédiatrique, la rubéole congénitale, grippe et faire la riposte. Elle est chargée :

- d'organiser la collecte et l'archivage des données de ces maladies;
- de veiller à l'effectivité des analyses à tous les niveaux;
- d'alerter sur la survenue d'un phénomène inhabituel dans le domaine de la vaccination;
- d'évaluer les efforts de vaccinations menées;

- de diffuser les informations à tous les concernés et
- de contribuer à l'organisation de riposte en cas d'épidémie liée à une maladie à riposte vaccinale.

II.3.1.2 politique nationale de vaccination

Les orientations du PSE et du PNDS ont été prises en compte dans le PPAC. En effet le PEV, initié au Sénégal depuis 1979, vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. En 2018 le PEV du Sénégal vaccine contre 13 maladies cibles.

II.3.1.3 Planification

Au niveau national, le programme élabore un plan stratégique national quinquennal appelé Plan Pluriannuel Complet (PPAC) soumis à la validation du Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA). Il constitue le document de référence de la politique de vaccination du pays. Ce plan est opérationnalisé chaque année à travers le plan de travail annuel (PTA). Les Régions et Districts intègrent dans les PTA les activités liées au programme de vaccination en tenant compte des orientations et directives du programme national. Le présent document couvre la période allant de 2019 à 2023.

Le Sénégal dispose depuis 2013 d'un comité consultatif pour la vaccination (CCVS) fonctionnel. Il est composé d'experts nationaux dans différentes disciplines et émet des avis ou recommandations dans le domaine des vaccins et de la vaccination. Les termes de références décrivant le mandat, les rôles et responsabilités, la composition, les réunions du comité, les aspects de confidentialité et conflit d'intérêt du comité sont en annexe du présent PPAC.

II.3.1.4 Coordination, suivi et évaluation

→ Instance de coordination

Au niveau central, la coordination, le suivi et l'évaluation du programme sont réalisés à travers les instances décrites ci-dessous :

- Comité interne de suivi : sa composition, ses missions et son fonctionnement sont régis par un arrêté. Il a lieu tous les trois mois et chaque semestre le comité est élargi aux partenaires au développement et à la société civile. La réunion du comité interne de suivi est présidée par le Ministre de Santé et de l'Action sociale
- Revue annuelle conjointe nationale (RAC) : l'objectif de la RAC est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours. L'organisation de la RAC relève de la responsabilité de la direction de la planification de la recherche et des statistiques (DPRS). La RAC est coprésidée par le Ministre de la Santé et de l'action sociale et son homologue de l'Economie, des Finances et du Plan avec la participation des directions et services techniques, des Partenaires techniques et financiers et de la société civile.

- Le CCIA politique réunissant tous les partenaires et présidé par le Ministre de la santé est planifié par semestre et chaque fois que de besoin. Il valide les documents et les décisions proposés par le CCIA technique et assure la mobilisation des ressources.
- Le CCIA technique est composé des partenaires techniques financiers du PEV, des organisations de la société civile et des membres de la direction de la prévention se réunissent chaque trimestre. Il peut être élargi aux services techniques du MSAS ou d'autres départements ministériels... Par ailleurs, la révision de l'arrêté devant prendre en compte dans sa composition d'autres institutions ou organisations impliquées dans le PEV tarde à se faire
- La Mission conjointe de supervision : Elle a pour fonction d'assurer le suivi semestriel de l'exécution des activités des programmes de santé sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle est composée des techniciens du ministère de la santé et de l'action sociale, et des autres départements ministériels, des représentants des collectivités territoriales, des membres des comités de développement sanitaire, et des représentants de la société civile. Le rapport de supervision est assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en œuvre.
- Les réunions trimestrielles de monitoring du PEV et de la surveillance des maladies cibles du PEV sont organisées par la Direction de la Prévention. Elles réunissent tous les acteurs du niveau national, régional et district ainsi que les partenaires impliqués dans la mise en œuvre des activités.
 Au niveau régional, le suivi se fait à travers les réunions de coordinations trimestrielles regroupant les services de santé, les représentants de l'administration et des collectivités territoriales les membres de la société civile ainsi que les partenaires. Une réunion annuelle conjointe régionale est présidée par le Gouverneur de Région, impliquant tous les acteurs de la santé, les OSC, autres secteurs de développement et partenaires La RAC régionale est chargée de valider les performances du secteur de la santé et de l'action sociale.
 Au niveau district, Le suivi des activités se fait lors des réunions mensuelles de coordination, des missions de supervision et de monitoring trimestriel.
- Les performances du système sont évaluées à travers les instances de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à travers les évaluations et les enquêtes (revues externes, évaluations conjointes, GEV, PIE, JEE, DQA EDS). Des évaluations des performances semestrielles de toutes les entités de la direction sont organisées depuis 2017.

→ **Gestion des données administratives de routine**

Les données de vaccination sont collectées au niveau des unités de vaccination à partir des TACOJO (tableau de collationnement journalier des données) et transmises au District à travers le rapport mensuel de la vaccination.

Le Sénégal a adopté la plateforme Web « DHIS2 » qui offre un système intégré et unifié de l'information sanitaire et qui permet d'avoir une collecte en temps réel des données. Depuis

2017, suite à la migration du DVDMT dans le DHIS2, la saisie des données de vaccination et de la surveillance épidémiologique est faite au niveau de la plateforme par les responsables des structures sanitaires. Pour la surveillance épidémiologique en plus du DHIS2 les districts et régions saisissent les données sur un fichier Excel (rapport hebdomadaire de surveillance épidémiologique). La validation est effectuée au niveau district par le MCD, au niveau région par le MCR et au niveau national par le coordonnateur du programme. Au niveau international, les données de routine sont toujours partagées à travers le DVDMT. Des estimations officielles sont élaborées par le pays chaque année et transmises à l'OMS et à l'UNICEF.

Un bulletin de rétro information hebdomadaire de la SE et mensuel de l'immunisation sont publiés. Cependant, l'année 2018 a été marquée par une longue période de rétention de données sanitaires.

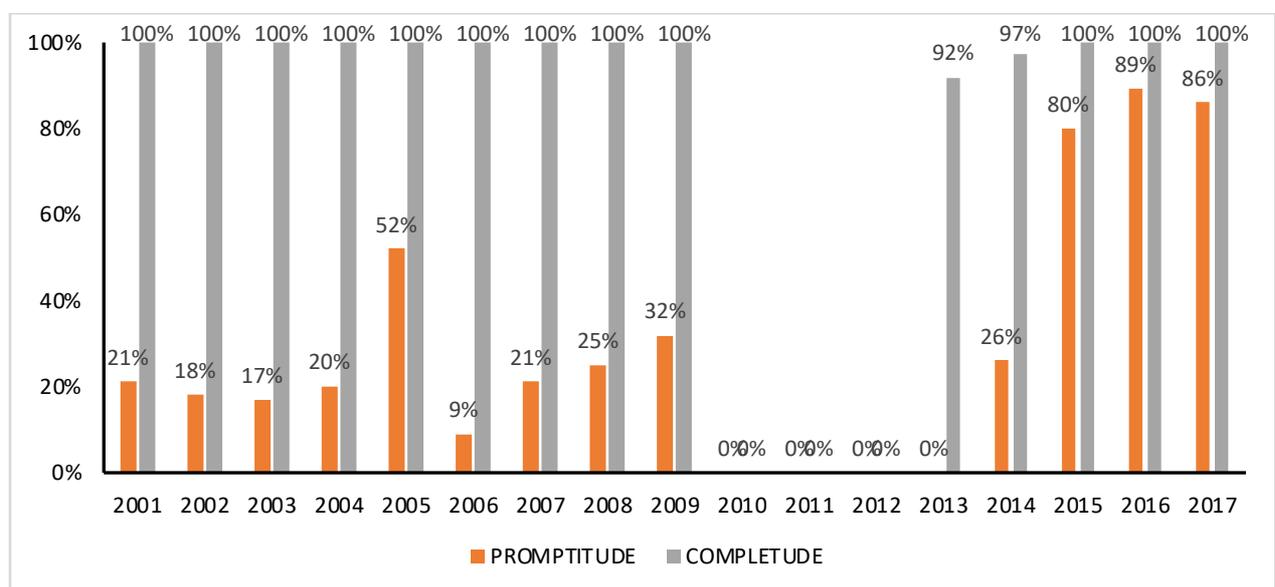


Figure 23: Promptitude et complétude des données administratives

La complétude des données de routine fournies par les districts a toujours été de 100% depuis 2001. En 2010, 2011 et 2012, suite à un mot d'ordre de grève il n'y a pas eu de transmission de données des districts vers le niveau central. La promptitude des données a toujours été faible ne dépassant 50% qu'en 2005 mais elle a connu une nette amélioration à partir de 2015 et a atteint et dépassé les 80%.

De façon générale, la gestion des données sanitaires est caractérisée par :

- la faible prise en compte des données des secteurs privé et parapublic
- L'insuffisance de système de contrôle de la qualité des données
- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées et financières

Depuis 2016 les districts organisent chaque trimestre des évaluations de la qualité des données. L'exercice consistait à vérifier la cohérence des données entre les différents supports. Ces évaluations ont permis une amélioration dans la précision et l'exactitude des données.).

En 2018, le processus d'amélioration de la qualité des données a démarré par la revue des données de vaccination et de surveillance épidémiologique. La vérification des données sur site et la rédaction du plan sont prévues après la levée de la rétention des informations sanitaires.

Tableau XII: Synthèse de l'analyse de la situation de la gestion du programme

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR ?	4	4	4
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (line item) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Non	Non	Non
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ?	Oui	Oui	Oui
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Oui	Oui	Oui
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination (PTA)	100%	100%	100%
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	4	4	3
	Nombre de supervisions du niveau national	3	4	3
	Nombre de réunions trimestrielles de monitoring tenues	4	3	3
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	1	1	1

II.3.2. Gestion des ressources humaines (RH)

II.3.2.1 Nombre de RH

La direction de la prévention a bénéficié au cours de ces deux dernières années d'un renforcement en ressources humaines de qualité. L'équipe dédiée au PEV est composée de quatre médecins spécialisés dans la vaccination, d'une pharmacienne d'un technicien supérieur en santé de deux logisticiens et d'un technicien en maintenance. En plus de cette équipe les autres techniciens de la direction apportent leur appui technique aux activités du programme. De façon générale, le système de santé est confronté à un déficit en ressources humaines et aux difficultés de maintien du personnel de santé dans les zones difficiles. L'Etat par le biais du Ministère de la Santé et de l'Action sociale et avec l'appui des partenaires, fait recours aux personnels contractuels pour éviter la fermeture de plusieurs postes de santé situés en zones difficiles. La contractualisation s'est avérée être un outil efficace de réponse rapide à une situation de fermeture de postes de santé faute de personnel.

II.3.2.2 Renforcement des compétences

→ Formation initiale

Des enseignants de la Faculté de Médecine et de l'École Nationale de Développement Sanitaire ont reçu une formation sur le PEV dans le but de l'intégrer dans la formation initiale des médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes.

Il existe un centre national de formation en maintenance hospitalière qui forme des techniciens supérieurs. La prise en compte de la maintenance des équipements de la CDF du PEV dans leurs curricula pourra permettre de prendre en charge la préoccupation du programme.

→ Formation continue

Le guide national du PEV élaboré en 2013 a été révisé en 2017 ; il donne des orientations claires sur la façon dont les activités de vaccination doivent être menées au niveau du pays, il a été mis à la disposition des districts sanitaires.

Grâce au pool national de formateurs mis en place et avec l'appui des partenaires techniques et financiers, tous les Médecins chef de district et agents responsables du PEV au niveau opérationnel ont bénéficié de formation sur le PEV et la surveillance, avec le nouveau guide du PEV, au cours des cinq dernières années. Des sessions de recyclage sont périodiquement organisées. L'introduction de nouveaux vaccins constituent des opportunités pour renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la vaccination. Le personnel du niveau opérationnel a été formé sur la gestion du PEV à plus de 90% depuis 2014.

Dans le cadre du plan national de développement des ressources humaines le MSAS a développé une plateforme de formation en ligne afin de faciliter le renforcement continu des capacités des prestataires à tous les niveaux c'est ainsi que la direction a élaboré les modules de formation sur le PEV et la SE

Au cours des deux dernières années une quarantaine de techniciens ont été formés sur la maintenance des équipements de la chaîne du froid. Il est également prévu un renforcement des compétences des prestataires et des responsables des dépôts de district et de région sur la maintenance préventive des nouveaux équipements qui seront acquis dans le cadre de la plateforme d'optimisation des équipements de la CDF.

II.3.2.3 Supervision

Les supervisions sont planifiées du niveau central vers les régions tous les six mois, des régions vers les districts tous les 3 mois et des districts vers les postes de santé tous les mois. Cependant, elles ne se font pas régulièrement, en particulier du niveau central vers les régions et districts, du fait parfois de manque de ressources humaines, logistique ou de chevauchement des activités. Néanmoins des efforts sont fournis depuis le dernier trimestre 2014, date à partir de laquelle une supervision du niveau central vers une région et district est organisée tous les trimestres. Et elle permet de visiter toutes les unités de vaccination des districts de la région. A ce jour neuf régions sur 14 ont pu bénéficier de cette supervision.

Tableau XIII: Synthèse de l'analyse de la situation pour la gestion des ressources humaines

	Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé pour une population de 10 000 habitants	4,2	4,2	4,2
	Personnel dédié au PEV et surveillance au niveau central	11	13	14
	Nombre d'agents vaccinateurs (unités de vaccination)	1312	1382	1452
Renforcement des capacités	Nombre de MCD ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM	0	0	0
	Nombre de personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination	135	327	850
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	0	0	0

II.3.3 Calcul des coûts et financement

La gestion financière du programme est assurée par la DAGE et la gestion programmatique par la DP. Les deux entités ont une expérience avérée dans la gestion des fonds de l'Etat et des partenaires. Des audits externes sont effectués annuellement depuis le début du programme, et ont tous été certifiés conformes.

Depuis l'Initiative d'Indépendance Vaccinale, l'Etat assure, à travers une ligne budgétaire sécurisée, l'achat des vaccins traditionnels (BCG VPO VAA première dose RR) et le co-financement des nouveaux vaccins mais reste dépendant des partenaires techniques et financiers (PTF) pour les coûts de fonctionnement.

Tableau XIV: Synthèse de l'analyse de la situation pour les couts et financement

	Indicateurs	2015	2016	2017
Viabilité financière	Ligne budgétaire pour l'achat des vaccins	Oui	Oui	Oui
	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	67%	67%	67%
	Quel est le financement réel de la proportion que représente la ligne budgétaire dans le budget national en faveur du programme de vaccination ?	4%	3%	9%
	Pourcentage des ressources nécessaires au programme de vaccination provenant réellement du budget national de santé (tel qu'identifié dans le plan budgétaire annuel)	60%	60%	60%
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant	3,3\$	3,8\$	4\$
	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	Oui	Oui	Oui

II.3.4 Chaîne de froid

Le dernier inventaire a été effectué en 2017, il a permis d'identifier tous les gaps en matière de chaîne de froid. Les acquisitions prévues dans le cadre de la plateforme d'optimisation de la CDF permettront de combler de manière progressive les gaps identifiés.

L'inventaire physique des ECF a été effectué sur toute l'étendue du territoire national du 10 au 19 janvier 2017. Il a concerné 1 555 structures dont 14 dépôts de régions, 76 dépôts de districts et 1465 unités de vaccination. Le nombre total d'équipements répertoriés est de

1 835 dont 1 542 dans les points de prestations de service, 249 dans les dépôts de district et 44 dans les dépôts des régions.

L'électricité est disponible en continu dans 1 247 (80%) des structures. Elle constitue la principale source d'énergie pour 1 308 équipements (71%). Le gaz et le solaire sont respectivement la source d'énergie de 394 (22%) et 133 (7%) équipements.

Mille trois cent soixante-quinze (1 375) ECF se trouvent en bon état de fonctionnement soit 75%. Ceux en arrêt pour panne (AP) et ceux qui fonctionnent mais nécessitent une maintenance curative (MR) sont respectivement de 295 (16%) et 141 (8%), soit 24% du parc et 23 (1%) ECF ont présenté un défaut à la réception (DR).

→ Situation au niveau central

Les équipements de chaîne de froid disponibles au niveau central sont constitués d'une chambre froide négative de 20 m³ et de 5 chambres froides positives dont 3 de 40 m³ et 2 de 30 m³. Ces équipements donnent une capacité de stockage positive utilisable de 60 000 litres et une capacité de stockage négative utilisable de 6 670 litres. Les capacités de stockage en positive requises en 2018 sont de 38 810 litres et va évoluer pour atteindre 43 426 en 2023. Il n'y aura donc pas de gaps en capacité de stockage positive jusqu'en 2023.

L'appui de GAVI a permis la construction d'un nouveau dépôt au niveau central et l'acquisition d'un camion réfrigéré pour le transport des vaccins.

→ Situation au niveau régional

La capacité de stockage en positive disponible et utilisable est de 94.075 litres et celle requise est 27 337 litres. Toutes les régions disposent d'une chambre froide excepté Thiès qui en a 2 soit un total de 15 chambres froides, celles-ci sont toutes fonctionnelles avec une capacité suffisante pour conserver les vaccins jusqu'en 2023.

→ Situation au niveau district

Tous les 77 dépôts de district sont dotés d'au moins un équipement de chaîne de froid homologué et fonctionnel. Malgré une capacité de stockage satisfaisante sur le plan global avec 21 471 litres disponibles sur les 20 501 litres requis, 29 districts soit 38% présentent un gap. Le nombre total d'ECF répertoriés est de 249 dont 233 réfrigérateurs et 16 congélateurs. La mise en place des 114 réfrigérateurs de grandes capacités prévus dans le CCEOP et qui seront livrés en 2019 permettra de combler le gap jusqu'en 2023.

→ Situation au niveau des Points de Prestation de Services (PPS)

L'inventaire a permis de répertorier 1 542 ECF au niveau de 1 465 PPS. Le nombre de PPS disposant d'au moins un équipement s'élève à 1 406 soit une couverture de 96%. Il y a encore 59 PPS sans aucune CDF soit 4%.

Le taux de fonctionnalité des ECF au niveau des unités de vaccination (UV) est de 83% (1 283). Deux cent trente-sept (237) sur les 1 542 soit 16% sont à l'arrêt pour panne et 21 réfrigérateurs (1%) ont présenté un défaut à la réception.

La majorité des ECF (1 021) fonctionnent à l'électricité soit 67%. Les réfrigérateurs fonctionnant au gaz sont de l'ordre de 25% (391) et les réfrigérateurs solaires sont de 8% (130).

90 réfrigérateurs ont été acquis entre 2017-2018 grâce au financement de l'Etat et de ses partenaires. Il est prévu d'acquérir 1385 réfrigérateurs dans le cadre du CCEOP et la livraison se fera à partir de janvier 2019. L'installation de ces équipements permettra de combler les gaps jusqu'en 2023.

Les volumes disponibles en entrepôts secs sont insuffisants au niveau central et dans la plupart des dépôts régionaux et de districts. C'est ainsi qu'il est prévu la construction de 14 dépôts régionaux à partir de 2019 et plus du nouveau dépôt central.

Tableau XV: Besoins en CDF au niveau national (en litres)

Années	capacités requises		Capacité disponible		Gap à combler	
	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C
2018	38 810	1 681	60 000	6 670	0	0
2019	37 665	1 798	60 000	6 670	0	0
2020	39 912	1 832	60 000	6 670	0	0
2021	41 631	1 867	60 000	6 670	0	0
2022	42 517	1 903	60 000	6 670	0	0
2023	43 426	1 939	60 000	6 670	0	0

Tableau XVI: Besoins en CDF au niveau Régional (en litres)

Années	Capacités requises		Capacité disponible		Gap à combler	
	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C
2018	20 619 litr	1 001 litr	56 662	1 940	0	0
2019	21 207 litr	1 070 litr	56 662	1 940	0	0
2020	22 471 litr	1 091 litr	56 662	1 940	0	0
2021	23 437 litr	1 111 litr	56 662	1 940	0	0
2022	23 938 litr	1 133 litr	56 662	1 940	0	0
2023	24 449 litr	1 154 litr	56 662	1 940	0	0

Tableau XVII: Besoins en Capacité de stockage des vaccins au niveau District (en litres)

Années	Capacité requise		Capacité disponible		Gap à combler	
	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C	+2°C à +8°C	-20°C
2018	12 818	0	23 812		0	
2019	13 208	0	23 812		0	
2020	13 972	0	23 812		0	
2021	14 555	0	23 812		0	
2022	14 863	0	23 812		0	
2023	15 178	0	23 812		0	

II.3.4.1 Qualité de la conservation des vaccins

Les vaccins sont conservés conformément aux recommandations de l'OMS entre +2°C et +8°C à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant pour le VPO, il peut être conservé à des températures négatives entre -15°C et -25°C au niveau régional et central. Les chambres froides sont dotées de système d'alarme sonore et/ou visuel en cas d'écart de températures. Les chambres froides du niveau central et des régions sont équipées d'un système de

monitorage à distance de la température appelée « *beyond wireless* » qui permet d'envoyer des alertes sms et mail aux responsables des dépôts de vaccins. Il produit par ailleurs un rapport hebdomadaire. En perspective le pays envisage d'étendre cette technologie à toute la chaîne d'approvisionnement aussi bien pour le stockage que le transport des vaccins.

Afin d'améliorer la qualité de la conservation des vaccins des enregistreurs continus de température de type logtag sont placés dans les réfrigérateurs et chambres froides des dépôts de vaccins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le cadre de la gestion efficace des vaccins une évaluation externe avait été faite en octobre 2015 à l'issue de laquelle un plan d'amélioration 2015-2019 a été élaboré. Le niveau d'exécution en 2017 est de :

- ☞ 74% pour le niveau central
- ☞ 53% pour le niveau régional
- ☞ 28% pour le niveau district
- ☞ 32% pour le niveau prestations services

II.3.4.2 Monitoring des pertes en vaccins

Les taux de perte semblent assez bien maîtrisés toutefois les données disponibles sont parcellaires due à un sous rapportage au niveau district et unités de vaccination ce qui ne permet pas d'avoir la situation réelle des pertes

II.3.4.3 Gestion des stocks

Beaucoup d'efforts ont été consentis pour assurer la disponibilité de l'ensemble des antigènes à tous les niveaux. Il a été noté une meilleure planification des besoins et commandes du pays grâce à l'utilisation de l'outil prévisionnel « forecast » Par ailleurs, la ligne budgétaire dédiée à l'achat des vaccins a connu une hausse régulière au cours des cinq dernières années

Cependant, le pays a enregistré des difficultés d'approvisionnement voire des ruptures sur les stocks de BCG, de VAA et de VPI. La rupture au niveau mondial du VPI en 2017 et le retard dans la mobilisation de la ligne budgétaire en sont les principales causes.

Des mises à jour régulières des outils de gestion de stocks sont effectuées pour assurer leur conformité avec le programme. Des réunions semestrielles de gestionnaires des dépôts régionaux de vaccins sont organisées pour assurer le suivi et partager les difficultés et bonnes pratiques dans la gestion des stocks.

Malgré tout, des défis persistent notamment la complétude, l'exhaustivité, la qualité des données dans la plupart des districts et l'absence de visibilité à temps réel des stocks.

II.3.4.4 Maintenance

La maintenance est une composante essentielle du programme de vaccination qu'elle soit préventive ou curative. Le plan de maintenance des équipements du PEV 2017- 2021 s'est fixé comme objectif de contribuer à l'amélioration efficace des vaccins par une prise en charge de la maintenance de la logistique PEV. A cet effet le curricula de formation du centre national en maintenance hospitalière a intégré la composante des équipements de la chaîne de froid. Sur les 14 bureaux de maintenance existants, 10 sont fonctionnels et une quarantaine

d'agents ont été capacité sur la chaîne de froid solaire et électrique. Des missions conjointes (DP –DIEM- RM) régulières de maintenance ont démarré en 2017 et ont permis jusque-là de récupérer une quarantaine d'équipements. Une contractualisation avec un privé permet de faire la maintenance préventive des chambres froides. Une ligne budgétaire a été dégagée pour l'acquisition des outillages de maintenance et pièces de rechange des ECF.

Parmi les défis nous pouvons noter : l'insuffisance la maintenance préventive, le faible nombre d'unités techniques de maintenance au niveau des districts, la généralisation des bureaux régionaux de maintenance.

II.3.4.5 Élimination des déchets

Le PEV est le premier programme de santé à avoir conduit en enquête sur la sécurité des injections et développer un plan national d'élimination des déchets. A la suite des expériences réussies et leçons apprises lors de grandes campagnes de masse les régions et districts intègrent le plan d'élimination des déchets dans leur plan PEV selon les directives du programme. La mise en place d'incinérateurs dans les 14 régions et la dotation régulière en boîte de sécurité ont été d'un apport considérable dans la gestion des déchets. Toutefois il a été noté une insuffisance dans la mise en place et la fonctionnalité des comités de gestion de ces incinérateurs

Tableau XVIII: Synthèse de l'analyse situationnelle pour approvisionnement, qualité et logistique des vaccins

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
Transport /mobilité	Pourcentage des districts disposant d'au moins 1 véhicule en bon état de marche pouvant être utilisé pour la surveillance/ activités sur le terrain du PEV	100%	100%	100%
	Pourcentage d'unités de vaccination disposant d'au moins 1 moto en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	69%	69%	36%
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours des trois dernières années au niveau national ?	Non	oui	oui
Chaîne du froid / Logistique	Gap des capacités de stockage des vaccins au niveau central	0	0	0
	Gap des capacités de stockage des vaccins au niveau des régions	0	0	0
	Gap des capacités de stockage des vaccins au niveau des districts	0	0	0
	Gap des capacités de stockage des vaccins au niveau des postes de santé	ND	ND	ND
	Evaluation GEV	Oui	NA	NA
	Inventaire de la logistique	Non	Non	Oui
	Inventaire des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets ?	non	non	oui
Élimination des déchets	Plan national de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid	Oui	Oui	Oui
	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Oui	Oui	Oui
	Régions disposant d'incinérateurs de grande capacité	2	02	14

II.3.5 Services de vaccination

II.3.5.1 Introduction de nouveaux vaccins

Le cadre conceptuel de l'introduction de nouveaux vaccins est en conformité avec le GVAP qui envisage un monde dans lequel tous les individus et les communautés jouiront d'une vie sans maladies évitables par la vaccination (MEV). Il s'inscrit dans la finalité de la Décade des Vaccins (DoV) qui est « d'étendre d'ici 2020 et au-delà, les bénéfices complets de la vaccination à tous les peuples, peu importe où ils sont nés, qui ils sont ou bien là où ils vivent ».

Le Sénégal a introduit avec succès dans son PEV de routine avec le soutien de GAVI :

- ✓ Le vaccin anti hépatite B en 2004,
- ✓ Le vaccin contre les infections à Haemophilus influenzae type b (Hib) en 2005,
- ✓ Le vaccin contre les infections à pneumocoque en 2013,
- ✓ La seconde dose du vaccin contre la rougeole rubéole et le vaccin contre les infections à rotavirus en 2014 en 2014, et

- ✓ Le vaccin polio inactivé en 2015,
- ✓ La dose de l'hépatite b à la naissance en 2016 et
- ✓ Le vaccin contre le virus du papillome humain en 2018.

Par ailleurs, le vaccin contre le tétanos est passé de la forme TT à la forme Td. Dans le cadre du plan mondial d'éradication de la poliomyélite le VPO trivalent a été remplacé par le VPO bivalent.

Les décisions se sont chaque fois appuyées sur un fort engagement des autorités sanitaires et sur les données de surveillance.

De l'évaluation de l'introduction des nouveaux vaccins on retiendra les points suivants :

- L'introduction des nouveaux vaccins a été facilitée par une planification rigoureuse qui a pris en compte toutes les composantes du système de vaccination à tous les niveaux ;
- En plus du plan national d'introduction, les régions et districts élaboraient des plans d'introduction mis en œuvre avec l'appui du niveau central
- Les supports de gestion et outils de formation étaient révisés pour intégrer les nouveaux vaccins
- La quantification des besoins de stockage ont permis de pallier aux insuffisances de stockage avant les introductions
- L'élaboration et la mise en œuvre de plan de communication permettait de disposer de messages de communication et de matériels de sensibilisation/mobilisation sociale adaptés pour préparer l'introduction respective de ces nouveaux vaccins.
- Une introduction d'emblée sur l'ensemble du territoire national ;
- Les introductions de vaccins ont été une opportunité pour renforcer la logistique chaîne du froid, renforcer la formation du personnel et les activités de supervision.
- La visibilité du programme a été améliorée grâce aux campagnes médiatiques qui ont accompagnées l'introduction des nouveaux vaccins
- L'introduction de ces nouveaux vaccins a permis de renforcer la sécurité des injections et la surveillance des MAPI
- Le programme a fait preuve d'une bonne capacité à intégrer de nouveaux vaccins sans perturbation du système de vaccination.

Au cours des prochaines années le pays envisage d'introduire le vaccin contre la méningite à méningocoque

II.3.5.2 prestation des services

Le programme offre actuellement treize antigènes aux enfants dans toutes les localités du pays. Le calendrier vaccinal actuel est présenté au tableau XIV.

Tableau XIX: Calendrier vaccinal du PEV du Sénégal à actualiser

Groupes	Dates	Vaccins administrés
Enfants de 0-23 mois	Naissance	BCG + VPO zéro + HepB zéro
	6 semaines	Penta 1 + Pneumo 1 + VPO1+Rota 1
	10 semaines	Penta 2 + Pneumo 2 + VPO2+Rota 2
	14 semaines	Penta 3 + Pneumo 3 + VPO3+ VPI
	9 mois	RR1 + VAA
	15 mois	RR2
Filles	9 ans	HPV
Femmes enceintes	Dès le premier contact	VAT1
	4 semaines après	VAT2
	6 mois après	VAT3
	12 mois après	VAT4
	12 mois après	VAT5

En 2018, Le Sénégal compte 1518 sites de vaccination. La vaccination de routine se fait en stratégie fixe (moins de 5 Km), avancée (entre 5-15 Km) et mobile (au-delà de 15 Km). Afin de réduire les iniquités dans l'offre de vaccination une stratégie dite « déplacée » a été développée au niveau des grandes villes notamment dans les quartiers péri -urbains. Cette stratégie consiste à atteindre les enfants vivant à moins de 5 km d'une unité de vaccination et ne s'y rendant pas du fait de raisons socio-économiques.

L'approche atteindre chaque enfant (ACE) a été généralisée à tous les districts...

Les données de la revue externe de 2017 ont montré que :

- ☞ La majorité des vaccinateurs (96%) sont qualifié.
- ☞ 91% des vaccinateurs interrogés ont reçu une formation sur la gestion du PEV au cours des trois dernières années.
- ☞ Plus de 70% des formations sanitaires offrent tous les jours les antigènes liquides.
- ☞ Les antigènes lyophilisés sont administrés une fois par semaine par environ 50% des structures et une fois par mois pour 20%.
- ☞ Soixante-six (66) pour cent des formations sanitaires ont déclaré avoir annulé au moins une fois dans l'année une séance de vaccination
- ☞ Les raisons de report évoquées entre autres sont : l'indisponibilité du personnel, le défaut de la logistique, la rupture d'antigène et la « minimisation des pertes »

Tableau XX: Synthèse de l'analyse de la situation pour le service de vaccination

Domaine	Indicateurs	2015	2016	2017
ACD	Nombre de districts mettant en œuvre l'approche ACD	100%	100%	100%
	Nombre de site de vaccinations	1275	1275	1312
	Cases de santé où sont menées des stratégies avancées	45%	57%	64%
	Stratégies mobile planifiées et exécutées	33%	ND	ND
	Analyse trimestrielle de risque pour la polio	Oui	Oui	Oui
	Analyse de risque pour la Tétanos	Non	Non	Oui
	Nombre de districts disposant d'une liste descriptive des communautés à haut risque	0%	0%	0%
Nouveaux vaccins	Nombre d'antigènes offerts dans le PEV de routine	9	11	12

II.3.5.3 Aspects d'intégration

Du fait de ses belles performances, le PEV sert de plateforme pour l'intégration de paquets d'activités supplémentaires pour la survie de l'enfant.

Ainsi, les stratégies avancées et mobiles organisées sont intégrées afin de prendre en compte le couple mère-enfant incluant ainsi les CPN (y compris le dépistage VIH), CPoN, PF, PCIME.

En perspective, le PEV devrait servir de porte d'entrée pour le renforcement de l'enregistrement à l'état civil et le développement intégré de la petite enfance.

La surveillance des maladies et événements dans le cadre de la SIMR est assurée par la DP.

II.3.6 Surveillance et notification

II.III.6.1 surveillance de routine

Il existe un système fonctionnel de surveillance basée sur le cas (polio, rougeole, fièvre jaune, TMN, méningite).

Des sites sentinelles sont en place pour la Méningite Bactérienne Pédiatrique, la rubéole congénitale et les diarrhées à Rotavirus au niveau du CHU Albert Royer.

En ce qui concerne la méningite, le Sénégal est passé de la surveillance de la Méningite Cérébrospinale à la Surveillance Renforcée des Méningites en routine. Ceci, pour mieux suivre l'efficacité de la campagne de vaccination avec le MenAfriVac dans le cadre de l'élimination du *Neisseria meningitidis* A en 2012 et l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en novembre 2013. La définition des cas pour la surveillance de la rougeole a été modifiée après le passage du pays en mode élimination pour la rougeole.

Au niveau des régions, districts et hôpitaux, des Points Focaux de Surveillance ont été désignés et formés. Un bulletin hebdomadaire de surveillance épidémiologique est régulièrement publié et prend en compte toutes les maladies et événements sous surveillance. La Revue externe de la Surveillance des PFA et autres maladies évitables par la vaccination en Mai 2018 a montré que:

- Le système de surveillance est bien organisé suivant la pyramide sanitaire avec des performances acceptables au niveau national et régional pour les indicateurs.
- Des efforts restent encore à faire pour améliorer les performances au niveau périphérique. Le déficit en connaissance et aptitude de certains acteurs de la surveillance, l'insuffisance en ressource humaine et la faible implication des acteurs communautaires et des structures de santé privés dans les activités de surveillance constituent également quelques-uns des défis majeurs que le pays devra relever.

En dehors des défis relevés par la revue externe, il est à noter que La surveillance fondée sur les événements est menée dans le pays de manière informelle mais devra être structurée et formalisée

Le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique souffre de la faible capacité diagnostique des laboratoires périphériques pour la confirmation des diarrhées sanglantes, du choléra et des méningites.

Tableau XXI: Principaux indicateurs de la surveillance de 2008 à 2017

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de PFA non polio	3,9	3,0	5,1	1,9	2,6	3,3	2,7	2,4	2,4	2,6
Échantillons prélevés dans les 14 jours suivant la paralysie (%)	96,8	94,5	62,8	79,3	80	73	83	87	90	91
Proportion de districts avec au moins un cas suspect de fièvre jaune investigué avec un échantillon de sang prélevé	91%	88%	71%	67%	57%	67%	78%	93,4%	85,5%	84%
Proportion de districts avec au moins un cas suspect de rougeole investigué avec un échantillon de sang prélevé	94%	98%	85%	76%	76%	92%	97%	98,7%	96%	92%
Proportion de cas de TNN ayant fait l'objet d'investigation	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	ND	100%	100%
Proportion de cas de TNN ayant fait l'objet de riposte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	ND	100%	100%

Un processus d'extension de la surveillance de routine au niveau communautaire est en cours depuis 2016 afin de permettre une détection précoce des maladies à potentiel épidémique surtout dans un contexte d'éradication de la poliomyélite.

II.III.6.2 Contrôle de la couverture

Depuis 2016 les districts sanitaires mettent en œuvre des exercices semestriels d'auto contrôle de la qualité des données. La vérification des données sur site est également effectuée lors des supervisions entreprises par le niveau central. Les principaux constats qui en découlent sont entre autres :

- ☞ Absence de remplissage du mouvement des stocks dans le TACOJO, le RMVS
- ☞ Insuffisance dans la mise à jour du registre de stocks
- ☞ Discordance des données entre les différents supports surtout pour le Penta
- ☞ Absence de mise à jour de la courbe d'auto monitoring.

En 2018, le processus d'amélioration de la qualité des données a démarré par la revue des données de vaccination et de surveillance épidémiologique. La vérification des données sur site et la rédaction du plan sont prévues après la levée de la rétention des informations sanitaires.

II.III.6.3 sécurité des injections

Soixante-dix-neuf (79) pour cent des flacons d'antigènes présents dans la chaîne du froid avaient une PCV valide,

- ☞ le bon diluant était utilisé pour la reconstitution du vaccin dans 80% des cas.
- ☞ une voie d'administration adéquate était utilisée dans 81% et
- ☞ une dose adéquate a été administrée dans 83% des cas.
- ☞ les seringues autobloquantes sont utilisées dans toutes les unités de vaccination visitées.
- ☞ le recapuchonnage a été observé auprès de 6% des prestataires.
- ☞ Quatre-vingt-seize (96) pour cent des carnets de vaccination étaient correctement remplis par les prestataires.

De manière générale la gestion des déchets et la sécurité vaccinale suivent les directives nationales en la matière c'est-à-dire : Utilisation des boites de sécurité (BS), entreposage dans un lieu sûr, incinération in situ ou transport vers un autre site d'incinération selon le cas.

La méthode d'élimination des déchets recommandée est l'incinération. Depuis 2017 elle se fait au niveau à l'aide d'incinérateurs électriques de grande capacité. Pendant les campagnes de masse, les industries locales et les hôpitaux disposant de grandes capacités sont mis à contribution pour l'incinération des BS.

II.III.6.4 Surveillance des manifestations post vaccinales indésirables (MAPI)

La surveillance des MAPI fait partie du système national de surveillance épidémiologique. Le pays dispose de plan national de sécurité vaccinale et de pharmacovigilance. Un comité national d'imputabilité est mis en place et examine régulièrement les cas de MAPI notifiés. Des directives pour la notification et la prise en charge des MAPI pour tous les vaccins existent dans le guide du PEV. Les formulaires de notification et d'investigation des MAPI sont disponibles sur le terrain. Depuis 2016 une amélioration de la notification et de la transmission des fiches MAPI a été constatée. Toutefois on note une sous notification des cas, en effet en 2015, 25 districts sur 76 soit 33% étaient silencieux à la notification des MAPI cette proportion était de . Certaines MAPI mineures sont traitées sur place et les agents n'estiment pas nécessaire de les signaler. Les cas notifiés sont, en général, des MAPI mineures non handicapantes et qui n'engageaient pas le pronostic vital. L'évolution du nombre MAPI notifiés, entre 2013 et 2017 est présentée dans le tableau XXII

Tableau XXII: Nombre de cas de MAPI et Décès de 2013 à 2017

Années	Nombre de cas	Nombre de décès
2013	58	1
2014	108	1
2015	324	2
2016	444	1
2017	524	2

→ Gestion des MAPI pendant les campagnes

Lors des campagnes de vaccination un dispositif national de prise en charge et de surveillance des MAPI est mis en place.

Ce dispositif s'articule autour de pôles régionaux de gestion avec un référent anesthésiste réanimateur ou un référent urgentiste, supervisés par une régulation 24h/24 assurée par de l'équipe médicale de coordination. De plus il existe dans chaque district un comité de gestion des MAPI, sous la responsabilité du médecin Chef de district. La formation des ECD et ECR met également un accent particulier sur la gestion des MAPI. Des fiches de déclaration et d'investigation des MAPI sont mises en place au niveau des districts et postes de santé.

Tableau XXIII: Synthèse de l'analyse de la situation pour la surveillance et la notification

Domaines	Indicateurs	2015	2016	2017
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté (exhaustivité)	100	100	99
	Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	2,4	2,2	2,6
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	100%	99,3%	98,4%
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	14	4	4
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rotavirus	Oui	Oui	Oui
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/VPH)	Oui	Oui	Oui
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard	10%	11%	12%
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100	100	100
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Oui	Oui	Oui
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	2	1	2

II.3.7 Génération et communication de la demande

L'étude CAP réalisée en 2017 dans le cadre de la revue externe du PEV a révélé un faible niveau de connaissances des femmes sur les maladies cibles et le calendrier vaccinal. Un faible niveau de formation et de motivation des ACPP est également mis en évidence par cette étude CAP. Néanmoins, les femmes ont une bonne perception vis-à-vis des effets secondaires et anticipent la PEC. En règle générale, les populations adhèrent et utilisent les services de vaccination comme le montrent les taux de Penta1 élevés. Les proportions d'abandon entre Penta1 et Penta3 et même entre Penta1 et RR1 restent assez bas (en dessous de 5%). Néanmoins la continuité de cette utilisation est faible pour RR2 avec un taux d'abandon entre RR1 et RR2 respectivement de 19,4% et 22,2% en 2016 et 2017.

On note la présence de comités de mobilisation sociale à tous les niveaux, avec un bon maillage du pays par des OCB et autres acteurs communautaires (relais communautaires, bajenu gox). De plus, les radios publiques, privées et communautaires sont bien réparties sur l'ensemble du pays. La mise en place d'une cellule de santé communautaire et un réseau de parlementaires en faveur de la vaccination sont des opportunités à prendre en compte. On a noté une amélioration dans la communication de masse en faveur du PEV à travers des émissions radios et télé. Certains districts prioritaires, en raison de leurs faibles couvertures vaccinales, bénéficient d'un appui en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des micro-plans de communication.

Certains aspects restent à améliorer notamment :

- L'insuffisance des ressources financières allouées à la communication. Seul 1% du budget du programme sont alloués à la communication

- La Communication Inter Personnel (CIP) au cours des séances de vaccination
- Insuffisance en ressources humaines au niveau central, régional et district
- Faiblesse de l'implication communautaire
- Faiblesse de l'implication des collectivités territoriales
- Insuffisance d'intégration avec les autres programmes et les autres secteurs.
- Non paramétrage des indicateurs pour les activités de communication dans DHIS2
- Structures non ouvertes aux heures de disponibilité des femmes

Un plan stratégique de communication pour le PEV a été élaboré pour la période 2018 – 2021. Ce plan constitue le cadre de référence et d'orientation des interventions de communication. Il s'appuie sur la vision, les missions et les objectifs stratégiques de relance du PEV. En outre, il prend en compte les recommandations issues de la revue externe et de l'enquête CAP conduites de 2017. Le plan intègre aussi les aspects de communication liés à l'introduction des nouveaux antigènes. La mise en œuvre du plan de communication 2018-2021 aiderait à développer des activités de communication de manière continue afin de rompre avec les activités événementielles (campagnes de vaccination, lancement de nouveaux vaccins). Pour améliorer les résultats de la vaccination, l'accent sera mis sur :

- L'amélioration de la connaissance des populations sur les maladies cibles, le calendrier vaccinal et le respect des rendez vous
- Le renforcement de l'implication des populations pour une appropriation des activités de communication
- La promotion d'activités de communication en vue de booster l'utilisation des services de vaccination
- La promotion d'activités de plaidoyer auprès des décideurs et des leaders en faveur de la vaccination et des activités de communication.
- Le développement et la mise en œuvre d'un plan de renforcement de capacités des acteurs à tous les niveaux afin d'améliorer la communication interpersonnelle (CIP)

Tableau XXIV: Synthèse de l'analyse situationnelle pour la génération de la demande et la communication

Domaine	Indicateurs	2015	2016	2017
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	Non	Non	Non
	Point focal communication au sein de la DP	Oui	Oui	Oui
Recherche	Etude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	Non	Non	Oui

II.4 DETERMINATION DES POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES, OPPORTUNITES ET MENACES

II.4.1 couverture vaccinale

Forces

- Atteinte des objectifs de couvertures pour tous les antigènes sauf le RR2 et le VAA
- Atteinte d'un niveau élevé des couvertures (>90%) pour l'essentiel des antigènes
- Niveau élevé de la demande et de l'utilisation des services de vaccination
- Consolidation depuis plus 10 ans
- Les couvertures des nouveaux antigènes suivent les mêmes tendances que les vaccins traditionnels pour le PCV 13 et le Rota

Faiblesses

- Non atteinte des objectifs de couverture pour le RR2 et le VAA au niveau national
- Plafonnement des couvertures autour de 90% avec une tendance à la stagnation
- Non identification systématique des zones/populations avec de faibles couvertures vaccinales
- Non maîtrise de la cible dans certaines zones donnant une mauvaise estimation des couvertures

II.4.2 Lutte accélérée contre les maladies

Force

- Contribution du PEV à la baisse croissante de la mortalité infantile
- Aucun cas de décès dû à la rougeole notifié depuis 2005
- Depuis 2010 aucune épidémie de rougeole plus de 18 cas
- Le pays est passé de la catégorie de contrôle à celle de pré-élimination pour la rougeole
- Arrêt de la circulation du poliovirus sauvage (PVS) autochtone
- Maintien du statut d'élimination TMN
- Absence de cas de méningite à méningocoque A depuis 2012
- Mise en œuvre de la stratégie de la surveillance au cas par cas avec atteintes des objectifs de qualité
- Organisation systématique d'une riposte autour des cas confirmés de rougeole et de tétanos néonatal
- Détection des maladies émergentes et ré émergentes grâce à la performance du système de surveillance
- Renforcement de la surveillance à base communautaire

Faiblesse

- Surveillance du syndrome de rubéole congénital (SRC) n'est pas fonctionnelle

Opportunités

- Existence de l'approche « Une Seule Santé »
- Intervention de nouveaux partenaires dans le cadre de la surveillance
- Existence de projets pour appuyer la surveillance (REDISSE, GHSA)

II.4.3 composantes du système de vaccination

IV.3.1 Gestion du programme

Forces

- Ligne budgétaire sécurisée pour l'achat des vaccins et de la logistique
- Existence d'un guide national sur le PEV
- Elaboration de PTA intégrant le PEV
- Renforcement en ressources humaines de l'équipe du niveau central
- Existence d'instances de coordination fonctionnelles à tous les niveaux (Tenue régulière des réunions du CCIA Politique et technique, ainsi que Tenue régulière des réunions trimestrielles de monitoring)
- Plaidoyer efficace et mobilisation des ressources par le CCIA
- Existence des comités d'experts fonctionnels (CCVS, groupe confirmant poliovirus, Comité de certification de la polio)
- Mise à jour régulière des documents de planification et des directives du PEV

Faiblesses

- Insuffisance dans le monitoring des indicateurs au niveau PPS

Opportunités

- Volonté politique de soutenir le PEV Expressément mentionnée dans les documents stratégiques nationaux (PSE)
- Appui des partenaires pour renforcer l'organisation et la gestion du programme

Menaces

- Tensions récurrentes du climat social dans le secteur de la santé qui gênent la gestion efficace des données

IV.3.2 Gestion des ressources humaines

Forces

- Disponibilité et mise à jour régulière du guide et des modules de formation sur le PEV
- Existence d'un Pool national de formateurs sur le PEV
- Existence d'un DIU en vaccinologie
- Révision des curricula de formation des pédiatres pour prendre en compte les aspects pratiques du PEV
- Organisation régulière de sessions de formation à l'intention des agents prestataires
- Organisation de supervision formative régulière par le niveau central
- Existence d'une plateforme de formation à distance

- Renforcement de compétences des managers sur la gestion du programme
- Recrutement de prestataires pour les régions défavorisées
- Organisation de cérémonie de reconnaissance des acteurs performants
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur le PEV

Faiblesses

- Instabilité du personnel en particulier dans les régions éloignées
- Retard dans la révision du curricula de formation des infirmiers intégrant tous les aspects du programme de vaccination
- Irrégularité de la supervision formative à tous les niveaux
- Insuffisance de la documentation des supervisions effectuées au niveau région et districts
- Insuffisance dans le renforcement des capacités des équipes cadre de district et région
- Non fonctionnalité des BRISE pour améliorer la gestion du PEV au niveau région

Opportunités

- Existence de ressources d'autres programmes pouvant être mobilisées pour une supervision intégrée au niveau district (palu, tuberculose, VIH)
- Existence d'un réseau communautaire dynamique

Menaces

- Absence de mesures incitatives pour le maintien du personnel dans les zones difficiles

IV.3.3 Calcul des coûts et financement

Forces

- Prise en compte du PEV et de la surveillance dans tous les documents de planification stratégique du secteur de la santé
- Augmentation constante de la ligne budgétaire pour l'achat de vaccins et consommables
- Contribution de la communauté aux coûts opérationnels de la vaccination à travers la participation des comités de développement sanitaire
- Développement d'une initiative pour la mobilisation des ressources domestiques en faveur de la vaccination
- Appui financier soutenu de Gavi et des partenaires pour l'achat des vaccins l'introduction de nouveaux vaccins et le renforcement du système de santé

Faiblesses

- Faible participation des collectivités territoriales au financement du PEV
- Difficulté à estimer la contribution des communautés
- Difficulté à mobiliser à temps les fonds dédiés à l'achat des vaccins et consommables
- Lenteur dans les procédures d'acquisition à partir du budget de l'Etat

Opportunités

- Appui des partenaires au développement

IV.3.4 approvisionnement, qualité et logistique

Forces

- Gestion informatisée des stocks
- Bonne maîtrise des procédures de transit et de douane des vaccins et consommables
- Disponibilité de PON GEV
- Disponibilité d'un Plan quinquennal de réhabilitation de la logistique
- Disponibilité d'un plan de maintenance de la logistique PEV
- Existence de dispositif de monitoring à distance de la température des chambres froides
- Disponibilité d'enregistreur continu de température à tous les niveaux
- Acquisition de camions frigorifiques et secs
- Mise en place d'une chambre froide dans toutes les régions
- Renforcement de la logistique roulante au niveau district région et central
- Renforcement des équipements de la chaîne de froid
- Existence d'une expertise locale sur la maintenance de la logistique PEV
- Dotation de générateurs électriques de secours à toutes les régions
- Construction d'un dépôt national de vaccins
- Accès à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid

Faiblesses

- Capacité de stockage insuffisante au niveau de certains dépôts de districts et unités de vaccination
- Absence de locaux adéquats pour la conservation des vaccins et consommables au niveau régional
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau du bureau de la logistique

Opportunités

- Développement des nouvelles technologies pour la gestion des stocks et le monitoring de la température des ECF

Menaces

- Perturbations dans le marché d'approvisionnement des vaccins et consommables

IV.3.5 Services de vaccination

Forces

- Elaboration et mise en œuvre des plans ACE dans plus de 85% des districts
- Adaptation de l'offre de services aux réalités socio-économiques
- Renforcement et amélioration des bonnes pratiques en matière de vaccination
- Mise en œuvre de l'approche équité
- Mise en œuvre d'une stratégie urbaine de renforcement de la vaccination
- Gratuité des soins pour tous les enfants de moins de 5 ans y compris la vaccination

Faiblesses

- Insuffisance de la CIP lors des séances de vaccination
- Insuffisance de la documentation des activités de recherche des PDV et des bonnes pratiques de manière générale.
- Persistance des occasions manquées par peur de pertes de vaccins

Opportunités

- Intégration des activités de santé (PECADOM plus)
- Disponibilité de la cartographie des structures du privé
- Collaboration avec le secteur de l'éducation
- Signature de convention avec les structures de santé privées pour la mise en œuvre du PEV

Menaces

- Grève récurrente dans le secteur de la santé

IV.3.6 Surveillance et notification

Forces

- Existence du réseau de surveillance sentinelle syndromique (4S)
- Existence de points focaux de surveillance dans les régions, districts et hôpitaux
- Existence de site sentinelle hospitalier pour la surveillance du Rotavirus et des méningites bactériennes pédiatriques
- Présence d'un laboratoire national de référence
- Formation des points focaux des hôpitaux (public et privé) et des garnisons de Dakar pour une intégration effective dans la surveillance
- Extension de la surveillance au niveau communautaire
- Elaboration du plan stratégique de surveillance 2017-2021
- Elaboration d'un plan d'action à l'issue de la revue externe de la surveillance
- Existence d'un laboratoire national de santé publique pour le renforcement de la surveillance des diarrhées sanglantes et méningites

Faiblesses

- Retard dans la mise en œuvre de la surveillance de la rougeole en mode élimination malgré l'existence d'un plan à jour
- Sous notification des cas de syndrome de rubéole congénitale au niveau du site sentinelle d'Albert Royer
- Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire limitée à 10% des districts du pays
- Insuffisance de réalisation de la ponction lombaire et du traitement du LCR
- Insuffisance de la documentation de l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins
- Manque d'indicateurs de performance pour la notification des MAPI
- Insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations issues de la revue externe de 2010

- Retard dans le processus d'extension du réseau 4S

Opportunités

- Appui des partenaires
- Global Health security

Menaces

- Réduction des fonds pour la surveillance des PFA

IV.3.7 Génération de la demande et communication

Forces

- Plan stratégique de communication en cours d'exécution
- Existence de structures chargées de la communication à tous les niveaux.
- Adhésion des populations à la vaccination.

Faiblesses

- Insuffisance des ressources financières allouées aux activités de la communication pour le PEV de routine
- Absence d'indicateurs pour les activités de communication
- Insuffisance des supports et autres matériels de communication pour le PEV de routine
- Mobilisation sociale uniquement lors des campagnes et introduction
- Insuffisance de la CIP
- Faiblesse dans la planification le suivi et l'évaluation des activités de communication

Opportunités

- Appui des partenaires
- Existence de réseaux communautaires
- La richesse et la diversité du paysage médiatique
- Possibilité d'intégration avec les autres programmes de santé
- Existence d'une cellule de santé communautaire
- Existence d'un réseau de parlementaires pour la vaccination

Menaces

- Emergences de groupes réticents à la vaccination
- Existence de rumeurs

III ÉTABLISSEMENT ET FIXATION DES OBJECTIFS ET ETAPES

III.1 Vision BUTS, OBJECTIFS ET ETAPES

Le PEV vise un Sénégal émergent où tous les enfants reçoivent à temps leurs vaccins dans des conditions de sécurité optimales et où les parents et les collectivités ont compris leur responsabilité dans la vaccination et la réclament comme un droit.

La vision actuelle du PEV est de contribuer au développement du capital humain, axe 2 du Plan Sénégal Émergent et cette vision est en phase avec le plan d'action mondial pour les vaccins. Elle met l'accent sur les points suivants :

- La considération de la vaccination comme cruciale pour renforcer les systèmes de santé en général et atteindre les Objectifs de réduction de la mortalité infanto juvénile et de la mortalité maternelle en partenariat avec les autres programmes de santé de l'enfant
- Un leadership national renforcé par la consolidation et l'accentuation de l'appropriation de la vaccination qui engage le pays à continuer à faire de la vaccination une priorité.
- Le passage à une vaccination motivée par la demande publique éclairée permettant la reconnaissance du droit à la vaccination ainsi que la responsabilité de l'état et des collectivités
- Le renforcement des ressources humaines en qualité et en quantité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- L'équité dans l'accès à la vaccination et dans son utilisation pour sauver des vies quel que soit le genre, leur lieu de résidence et leurs conditions socio-économiques et leur opinion
- Un système de vaccination solide faisant partie intégrante d'un système de santé performant et bénéficiant d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices en termes de recherche et développement en vue de son optimisation
- La consolidation de la bonne gouvernance à tous les niveaux dans toutes les composantes de gestion du programme
- Le but du PEV est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile et l'amélioration de la santé de la mère par la vaccination et la surveillance des maladies cibles du PEV et à potentiel épidémique.

III.2 AXES PRIORITAIRES

Les axes prioritaires du programme pour la période du PPAC vont s'aligner sur les composantes 1 et 2 du PNDSS 3 que sont le pilotage, la coordination et gestion du secteur et l'offre de services de base.

- Poursuivre l'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies cibles
- Augmenter et maintenir la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels
- Elargir la gamme des vaccins offerts
- Accroître la demande pour les services de vaccination
- Assurer l'équité dans la fourniture de services de vaccination
- Maintenir et renforcer l'engagement de l'Etat à investir dans la vaccination
- Renforcer le partenariat public- privé national pour un financement pérenne de la vaccination avec un retour de gain efficient
- Améliorer la viabilité, la prédictibilité et la mobilisation de ressources suffisantes
- Garantir des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services de vaccination de qualité
- Assurer une planification et une coordination adéquate avec des procédures de fonctionnement standards

- Conformer tous les maillons de la chaîne de froid et d'approvisionnement aux bonnes pratiques de stockage et de distribution
- Intégrer la vaccination avec les autres programmes
- Garantir une surveillance des maladies cible et une gestion des données adéquates
- Mener des recherches opérationnelles

Au vu des résultats obtenus actuellement par le PEV en termes de couvertures vaccinales qui ont atteint et dépassé les 90% pour le penta3 et la rougeole, l'accent sera mis sur les activités qui pourront permettre d'atteindre les derniers enfants. Ces activités passeront par l'identification des communautés difficiles d'accès surtout en zones péri urbaines et les goulots d'étranglement du système qui empêchent de les atteindre. L'approche de l'analyse de l'équité en immunisation sera utilisée dans ce sens afin d'identifier les districts prioritaires et les stratégies novatrices à mener au niveau de ces districts pour atteindre les derniers enfants. Cette approche sera ensuite généralisée au niveau de tous les districts pour compléter les efforts déployés dans le cadre de la mise en œuvre des plans ACE.

Ces activités seront soutenues par la mise en œuvre du plan de communication du PEV de routine qui mettra l'accent sur la communication de proximité mais aussi sur celle institutionnelle pour rendre plus visible le PEV.

IV OBJECTIFS, ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET ACTIVITES PRINCIPALES

Les objectifs, les orientations stratégiques et les principales actions par domaines sont contenus dans les tableaux XXV à XXXI

Tableau XXV:SERVICES DE VACCINATION

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Atteindre d'ici 2023 une couverture vaccinale d'au moins 97% au niveau national et au moins dans 80% des districts pour le, penta3, polio3, pneumo3, Rota2 et VPI Atteindre d'ici 2023 une couverture d'au moins 95% au niveau national et au moins dans 80% des districts pour le RR2 et le VAA	Mettre en œuvre la stratégie « Atteindre chaque enfant » dans chaque district Mettre en œuvre l'approche d'analyse de l'équité en immunisation	Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination
		Organiser une réunion avec les Médecins chefs de Région et de districts, les points focaux PEV pour échanger sur les meilleures pratiques pour atteindre chaque communauté Mettre en œuvre des plans d'action d'amélioration issus de l'analyse de l'équité dans les districts prioritaires Généraliser l'approche dans tous les districts
Atteindre d'ici 2023 une couverture d'au moins 100% au niveau national et au moins dans 80% des districts pour le BCG et le Penta1	Augmenter la demande de vaccination par le Renforcement de l'accessibilité et l'offre des services de vaccination	Identifier les districts ayant un faible taux d'accès/utilisation
		Systématiser et documenter les activités de suivi actif de la cible
Réduire le taux d'abandon du Penta1-Penta3 de 3% à 1% dans tous les districts d'ici 2023		Mettre à profit les AVS pour accentuer le suivi actif de la cible
		Renforcer les compétences agents de santé sur la CIP Insister lors des CIP pendant les vaccinations sur la nécessité de revenir prendre les autres doses/vaccins

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Réduire le taux d'abandon du BCG-RR2 à moins de 5% dans tous les districts d'ici 2023		Planifier et exécuter les stratégies avancées et mobiles
Réduire le taux d'abandon du RR1-RR2 à moins de 1% dans tous les districts d'ici 2023		Intégrer la vaccination aux autres activités de la semaine de la mère et de l'enfant
		Recherche active des perdus de vue au niveau des postes de santé
		Organisation de journées de rattrapage
Maintenir la proportion de zéro dose de à moins 1%		
Réduire le nombre de district avec une couverture de Penta3 de moins de 80% de 16% à 10% d'ici 2023	S'assurer que tous les individus de tous les ménages ont un accès équitable aux services de vaccination	Identifier les districts à faibles performances
		mettre en œuvre l'approche d'analyse de l'équité
Réduire l'écart Penta3 entre les zones urbaines et rurales à moins de 10 % d'ici 2023		Cartographier les groupes de populations vulnérables dans chaque district collaboration avec les autorités locales et les acteurs communautaires
		Initier des recherches approfondies pour appréhender le type d'offres de vaccination attendues par ces communautés
Réduire l'écart Penta3 entre les quintiles socioéconomiques les plus élevés et les plus faibles à moins de 10 % d'ici 2018		Organiser des ateliers de micro-planification dans toutes les communautés à haut risque ayant été identifiées intégrant des stratégies spécifiques pour les atteindre
	Elaborer un plan annuel PEV au niveau de tous les districts, intégrant les stratégies appropriées pour atteindre les populations d'accès difficiles	
Atteindre d'ici 2023 une proportion d'au moins 95% d'enfants protégés à la naissance	Augmenter la demande de vaccination par le Renforcement de l'accessibilité et l'offre des services de vaccination	Renforcer la collaboration avec les services de santé de la reproduction Améliorer la documentation de la vaccination des femmes en âge de reproduction
Couverture vaccinale VPH > 80 % pour les filles de 9 à 13 ans d'ici 2023		Renforcer la collaboration avec l'école
		Intégrer le HPV dans toutes les offres de vaccination de routine
Couverture vaccinale Hep B à la naissance > 90 % d'ici 2023		Améliorer la collaboration avec les maternités privées et les hôpitaux
Couverture vaccinale de MenAfrivac > 90 % pour les nourrissons de < 1 an d'ici 2023	Introduire le vaccin MenAfrivac	Rédiger un plan d'introduction du MenAfrivac Vacciner les nourrissons de moins de 2 ans dans tous les districts
Aucun cas de poliovirus sauvage	Organiser des AVS avec des couvertures d'au moins 95% dans chaque district	actualiser le plan de riposte à une épidémie de polio et le rendre opérationnel
Moins de 1 cas de rougeole pour 1 M d'habitants		Organiser une campagne de suivi contre la rougeole/Rubéole

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Moins de 1 cas de TNN pour 100.000 naissances vivantes par district	Poursuivre l'approche à haut risque	Exercice de classification des districts selon le risque
		Evaluation post élimination
		Vacciner autour des cas notifiés
100% des épidémies de fièvre jaune bénéficient d'une riposte appropriée avec des couvertures d'au moins 95% dans chaque district	Organiser une riposte adéquate aux épidémies	Vacciner dans les districts avec des cas

Tableau XXVI: GESTION DU PROGRAMME DE VACCINATION

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Maintenir la ligne sécurisée pour l'achat des vaccins dans le budget de l'Etat	Plaidoyer de haut niveau pour améliorer, maintenir et renforcer l'engagement politique	Consulter le MdS, le MdF, le parlement, le secteur public, le secteur privé et la société civile en vue de l'adoption d'une loi sur la vaccination
Augmenter le budget du programme		Informers régulièrement les parties prenantes des développements des activités de vaccination et des déficits en ressources dans le cadre de la prestation de services. Rencontrer régulièrement les représentants des ONG, des OSC et des dirigeants du secteur privé à tous les niveaux
Le niveau central dispose d'un plan quinquennal, d'un plan de travail annuel et de plans spécifiques selon les activités	Disposer de documents permettant de suivre les activités du programme	Elaborer un plan de travail annuel au niveau de la Direction de la Prévention
Tous les niveaux (régions, districts et poste de santé) disposent de plans annuels de travail		Réviser le PPAC pour l'adapter lors de l'introduction de nouveaux vaccins Elaborer des documents de mise en œuvre pour les différents AVS Elaborer des micros plans au niveau de tous les districts et des postes de santé Associer la communauté dans la planification des activités de vaccination
Toutes les réunions de coordinations sont tenues aux dates et périodités prévues et sont documentées	Faciliter et s'assurer de la tenue des réunions de coordination à tous les niveaux	Tenir les réunions du CClA politique tous les six mois Organiser et documenter les réunions trimestrielles de monitoring regroupant le niveau central, régional et district Organiser et documenter les réunions de coordination mensuelle au niveau région et district Organiser et documenter les réunions bilan annuelles du PEV
Vaccination dans toutes les structures de santé privées	Plaidoyer pour un partenariat entre la société civile et le secteur privé	Organiser une rencontre avec les responsables des structures privées
Octroi de financement de la vaccination par le secteur		Mettre en place des unités de vaccination dans les structures privées

Tableau XXVII: GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Pourvoir les postes définis selon l'organigramme révisé de la DP	Garantir des ressources humaines en nombre suffisant compétentes et motivées pour organiser et fournir des services de vaccination de qualité en utilisant le système de contractualisation en cas de besoin	Affectation de 3 techniciens supérieurs de santé, un technicien de maintenance et un spécialiste de la communication au niveau du PEV central
Tous les BRISES disposent d'un médecin de santé		Renforcer en personnel les BRISE au niveau des 14 régions médicales
Toutes les personnes à tous les niveaux impliquées dans les activités de vaccination sont dûment formées		Intégrer les modules PEV et maintenance de la CDF dans les curricula de formation de base des agents de santé
		Former et/ou recycler tout le personnel impliqué dans la gestion et la mise en œuvre du programme de vaccination
		Organiser des supervisions formatives régulières et documentées avec des feed-back écrits à tous les niveaux
Toutes les supervisions formatives programmées à tous les niveaux sont exécutées et documentées		Effectuer les supervisions formatives à tous les niveaux
Un système de motivation pour récompenser les agents de a santé est en place	Mettre en place un système de motivation et de valorisation des bonnes performances « Journée Champions de la vaccination »	

Tableau XXVIII: FINANCEMENT

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Tous les fonds assurés et probables sont effectivement mis à la disposition du programme pour l'exécution des activités planifiées	Plaidoyer de haut niveau auprès des décideurs pour maintenir et renforcer l'engagement de l'Etat et des partenaires à investir dans la vaccination	Présenter la revue annuelle du programme de vaccination avec plans budgétaires lors de revues nationales du secteur santé et lors de sessions de planification et budgétisation au niveau des régions et des districts.
		Présenter au niveau national au ministère de la Santé et au ministère des Finances, les informations sur les impacts, les budgets et les déficits de financement liés à la vaccination
	Assurer l'efficacité en adoptant une affectation des fonds basée sur la transparence et l'objectivité	Faire examiner le PPAC et les plans spécifiques par le CCIA, avant approbation
Augmenter le nombre de partenaires financiers	Diversifier les sources de financement Augmenter le nombre de partenaires financiers	Inscrire dans le budget des Collectivités locales un financement de la vaccination sur fonds propres
		Organiser des rencontre de plaidoyer auprès du secteur privé

Tableau XXIX: LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Les procédures de dédouanement et de transit sont satisfaisantes	Elaborer une PON définissant les dispositions établies avec la douane et les transitaires	Former les douaniers et les transitaires sur les PON
A chaque arrivée de vaccins et consommables, un formulaire est rempli dans un délai d'un jour et envoyé à l'UNICEF dans les 48 h	Mettre en place un système de suivi des rapports d'arrivée de vaccin et de produits	Evaluer régulièrement le nombre de rapport
Tous les vaccins et diluants sont stockés dans les plages de température recommandées par l'OMS	Mettre en place un système d'automatisation du monitoring des températures	améliorer l'utilisation des enregistreurs de température à tous les niveaux Vérifier pendant les supervisions la gestion des températures
Les gaps de capacité de stockage sec et de réfrigération du niveau national sont comblés	Mettre en œuvre le plan quinquennal de réhabilitation de la logistique en vue de renforcer les capacités de stockage à tous les niveaux	achever la construction du nouveau dépôt pour le stockage des vaccins et consommables au niveau central
Les gaps de capacité de stockage sec et de réfrigération au niveau régional sont comblés		Construire 14 dépôts régionaux
Les gaps de capacité de stockage sec et de réfrigération au niveau des districts sont comblés		Installation de 45 réfrigérateurs/congérateurs au niveau des dépôts de districts
Gaps de capacité de stockage sec et de réfrigération au niveau des postes de santé sont comblés		Mettre en place 800 réfrigérateurs dans les unités de vaccination
		Réaliser un inventaire de la chaîne de froid tous les ans
Absence de rupture de stock à tous les niveaux pour tous les antigènes	Instaurer un système d'information permettant au personnel de suivre les mouvements de l'approvisionnement disponible	Mise en place du système informatisé Inclure dans les outils de collecte de données les informations concernant la logistique Contrôler la gestion des stocks dans tous les districts et centre de santé lors des supervisions Suivre les stocks des districts dans la base de données nationale. Fournir une rétro information régulière sur la situation des stocks
Absence de vaccins détruits lors du transport	Mettre en place un système de distribution efficace	Mettre en place des supports prenant en compte l'état de la PCV et de l'indicateur de gel Mettre en place un plan de distribution à tous les niveaux
Réduire la fréquence et la durée des panes	mettre en œuvre un plan de maintenance des équipements de la CDF et de la logistique roulante	Assurer la maintenance des équipements et des bâtiments

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES PRINCIPALES
Bâtiments, matériel et équipement de transports sont aux normes de transport	Mettre en place un système de suivi des bâtiments, matériel et équipement de transport	
Toutes injections dans tous les sites de vaccination se font avec des SAB	Continuer la politique de «distribution groupée » des SAB, pour chaque vaccin	
Tous les déchets issus de la vaccination sont détruits de façon sécurisée	Elaborer et mettre en œuvre le plan de gestion des déchets	Plan de gestion des déchets au niveau de chaque district
		Assurer le fonctionnement des incinérateurs régionaux
		Suivi de la destruction des déchets (fiche d'élimination des déchets et supervision)
Tous les agents impliqués dans la gestion des vaccins à tous les niveaux sont formés et supervisés régulièrement	Renforcement des compétences	Assurer une supervision formative régulière documentée à tous les niveaux
Tous les critères de la GEV sont au moins 80%		Effectuer une évaluation GEV à tous les niveaux tous les trois ans
		Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gestion de la chaîne du froid et des vaccins, en se basant sur les résultats et constats de la GEV
		Etudier la faisabilité d'un système d'inventaire en temps réel et une base de données en ligne pour le suivi des stocks et des indicateurs de performance liés à la logistique et la chaîne de froid.

Tableau XXX: SURVEILLANCE ET GESTION DES DONNEES

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES MAJEURES
Atteindre une complétude de 100% et une promptitude de 80% dans la transmission des données des districts au niveau national	Assurer une meilleure gestion de la transmission des données	Transmission à temps des bases de données au niveau hiérarchique adéquat
		Examiner la qualité des données lors des Supervisions formatives à tous les niveaux
	Promouvoir l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux	Mettre en place les courbes d'auto monitoring au niveau de chaque unité de vaccination
		Vérifier les mises à jour des courbes d'auto monitoring au niveau de chaque unité de vaccination lors des supervisions
		Analyse des couvertures par aires de santé et stratégies au niveau de chaque district
Atteindre les indicateurs majeurs de la surveillance pour toutes les maladies	Mise en œuvre de la surveillance nationale basée sur le cas et le laboratoire	Notification des cas selon la définition adoptée (PFA, rougeole/Rubéole, fièvre jaune, tétanos)
14 sites sentinelles en milieu hospitalier sont fonctionnels	Extension des sites de surveillance sentinelle en milieu hospitalier à d'autres régions	Extension des sites sentinelles à 13 hôpitaux de régions
Tous les cas de MAPI sont notifiés et pris en charge	Renforcement de la surveillance des MAPI	Notification des cas de MAPI
Réaliser 1 DQS dans tous les districts chaque année	Amélioration et la diffusion des bulletins de rétro-information Immunisation et Surveillance épidémiologique	Diffusion du bulletin mensuel de l'immunisation et élargissement aux autorités administratives locales
	Systématiser l'audit de la qualité des données	Appuyer les districts dans la réalisation des auto-DQS

Tableau XXXI: GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION

Objectifs	Stratégies	Activités principales
Mettre en œuvre le plan de communication du PEV de routine	Coordination/Planification dans un environnement d'intégration	Redynamiser les comités régionaux et départementaux de mobilisation sociale
		Mettre en œuvre le plan de communication de routine
		Elaborer un plan de communication intégré pour chaque AVS
		Mettre en place un paquet minimum de messages engageant les secteurs clés de la survie de l'enfant
		Renforcer le bureau communication de la DP
		Etablir une collaboration entre la DP et la cellule de santé communautaire
Former au moins 80% des agents impliqués dans les activités du PEV à tous les niveaux à l'utilisation des méthodes efficaces pour susciter la demande en vaccination par la communauté	Renforcement des capacités en techniques de communication efficaces	Organiser des sessions de formation pour les agents communautaires en méthodes participatives, communication interpersonnelle sur le PEV
		Organiser des sessions de formation en communication interpersonnelle pour le personnel de santé (poste, centre et case de santé)
		Organiser des sessions de formation en concepts, méthodes et techniques pour les gestionnaires du PEV/SNEIPS/BREIPS
Informers régulièrement les leaders politiques et administratifs sur la situation du PEV	Faire un plaidoyer basé sur les évidences pour impliquer les leaders politico-administratifs au niveau central et décentralisé	Adresser un compte rendu mensuel des performances et besoins du PEV au conseil des ministres et aux Gouverneur de Région
		Prendre en compte les analyses des performances du PEV issues du monitoring dans l'élaboration de POCL-Santé
Amener au moins 80% des agents impliqués dans les activités du PEV à tous les niveaux à utiliser des méthodes efficaces pour susciter la demande en vaccination par la communauté	Organiser la communication pour le changement de comportement afin que les populations réclament la vaccination comme un droit	vulgariser les outils et supports de communication
		Doter les sources d'information en contenus de messages informationnels, persuasifs et motivationnels
		Formuler des messages clés portant sur le renforcement systématique de la vaccination
		Etablir avec les médias de masse des accords pour des programmes de promotion de la vaccination de routine
		Développer des alliances sous forme de convention avec les opérateurs de téléphonie pour favoriser l'envoi de SMS aux mères et parents sur la vaccination et le calendrier vaccinal
	Organiser la mobilisation sociale / participation communautaire pour assurer l'implication des élus locaux et leaders communautaires dans la promotion de la vaccination de routine	Organiser au moins une fois par trimestre des réunions d'information des performances et besoins du PEV avec les acteurs de changement et représentants de la communauté
		Constituer un « pool » de champions pour la promotion de la vaccination autour de chaque site de vaccination
		Impliquer les femmes qui ont entièrement fait vacciner leurs enfants lors des séances d'information sur la vaccination en tant que « promotrices » et « modèles positifs »
		Récompenser chaque année les communautés dans lesquelles des efforts particuliers ont été menés en faveur de la vaccination

	Conduire des études pour montrer les moyens de communication les plus efficaces pour s'assurer l'engagement des communautés, de répondre aux besoins des diverses communautés	Cartographier les réseaux de ressources communautaires (relais, OCB et OSC les plus représentatives)
		Mener des enquêtes d'audience/mapping des médias et identifier les plus crédibles pour la promotionnels sur la vaccination
		Valoriser et diffuser les innovations et les expériences réussies de bonnes pratiques de communication en appui au PEV
		Approfondir l'analyse des enquêtes de couverture vaccinale en mettant l'accent sur les raisons de non vaccination et les déterminants sociaux
		Effectuer une étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques) et intégrer les enseignements tirés de l'étude dans les politiques et dans la pratique.
		Solliciter la base de données des EDS continue afin d'approfondir l'analyse des déterminants sociaux par des analyses multi variées

V ALIGNEMENT DU PPAC

V.1 ALIGNEMENT SUR LE GVAP

Tableau XXXII: Axe stratégique 1 : Tous les pays s'engagent à donner la priorité à l'activité de vaccination

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité
Prendre un engagement en faveur des systèmes de vaccination et le maintenir	Garantir la présence d'une législation ou d'un cadre juridique dans tous les pays, tout en prévoyant une ligne budgétaire pour la vaccination, et pour le suivi et la notification. Élaborer des plans nationaux de vaccination exhaustifs, qui s'inscrivent dans l'ensemble des plans nationaux de la santé, par le biais d'un processus ascendant et en incluant les parties prenantes.	x			
	Fixer des cibles propres aux pays ambitieux mais non moins réalisables dans le cadre des buts de réduction de la morbidité et de la mortalité.	x			
	Examiner attentivement, défendre et étudier de plus près les budgets, les décaissements et les activités du programme de vaccination.	x			
	Encourager les organisations de la société civile et les associations professionnelles à participer aux discussions ayant pour thèmes la vaccination et la santé.	x			
Informers et convaincre les leaders d'opinion de la valeur de vaccination	Examiner des modèles pour promouvoir la collaboration entre les parties prenantes qui produisent des éléments probants sur la vaccination et celles qui l'utilisent, pour fixer des priorités et formuler des politiques.			x	
	Élaborer et diffuser la base de données factuelle sur la valeur des vaccins et de la vaccination pour la santé publique et sur la valeur ajoutée qu'apporte la garantie d'un accès et d'une utilisation équitables de la vaccination.				x
	Élaborer et diffuser la base de données factuelles aux individus, ménages, communautés et pays pour leur permettre de profiter des vastes avantages économiques qu'offre la vaccination.				x
	Intégrer la vaccination dans les ordres du jour des réunions d'organes directeurs, ce à tous les niveaux, et aussi dans les forums sociaux, sanitaires et économiques.	x			
Renforcer la capacité nationale pour formuler des politiques documentées	Instaurer ou renforcer des organes indépendants qui formulent des politiques de vaccination nationales (par exemple, les GTCV c.-à-d. Des groupes techniques consultatifs régionaux).	x			
	Mettre au point des approches plus efficaces pour encourager les ANR (Autorités nationales de réglementation), CCSS (Comité de coordination du secteur de la santé), CDSS (Comité de direction du secteur de la santé) et les CCI (Comité de coordination inter-agences) d'appuyer les programmes de	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité
	vaccination dans le cadre de programmes de lutte contre les maladies et de soins de santé préventifs.				
	Organiser la tenue de forums régionaux et des échanges d'informations, de meilleures pratiques et d'outils entre pairs.	x			
	Mettre au point des mécanismes élargis et plus transparents en vue de rassembler, de partager et d'utiliser les informations recueillies pour mieux gérer les engagements pris.				x

Tableau XXXIII: Axe stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Convaincre les individus et les communautés des bienfaits de la vaccination et être à l'écoute de leurs préoccupations	Engager un dialogue qui à la fois transmet l'information et qui répond aux préoccupations et inquiétudes évoquées.				x
	Utiliser les outils des médias sociaux et tirer des enseignements des activités de marketing tant sur le plan commercial que sur le plan social.				x
	Avoir recours aux nouvelles technologies (mobiles et internet).				x
	Intégrer la vaccination dans les programmes scolaires de base.				x
	Mener des recherches en communication	x			
Offrir des outils d'incitation pour stimuler la demande	Offrir des outils d'incitation susceptibles d'inciter les ménages et le personnel de santé à adopter les programmes de vaccination, tout en respectant l'autonomie des bénéficiaires (moyennant par exemple des transferts en espèces ou en nature fusion des services, reconnaissance médiatique).				x
	Mener des recherches sociales pour améliorer les prestations des services vaccinaux et la faculté de répondre aux besoins des diverses communautés.				
Renforcer la capacité de plaider	Recruter de nouvelles voix, entre autres celles d'éducateurs, de leaders religieux, de personnalités des médias sociaux et traditionnels, des médecins de famille, des soignants communautaires et des champions dûment formés de la vaccination (parmi d'autres).				x
	Former le personnel de santé à des techniques de communication efficace, pour avant tout convaincre les sujets qui hésitent de se faire vacciner et pour intervenir dans les cas de signalements de MAPI graves (Manifestation post-vaccinale indésirable) et ainsi maintenir un certain degré de confiance et dissiper les craintes.	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
	S'adresser aux organisations de la société civile (OSC) du pays, les inciter et les appuyer à plaider, auprès des communautés locales et des responsables politiques et au sein des médias locaux et mondiaux, en faveur des bienfaits des vaccins.	x			
	Mettre en place des plans de plaidoyer, aux niveaux national et régional, qui impliquent la participation des OSC du pays.	x			
	Associer les activités de plaidoyer mondial, national et communautaire aux réseaux professionnels et universitaires.	x			

Tableau XXXIV: Axe stratégique 3 : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élaborer et appliquer des nouvelles stratégies vers une plus grande équité	Changer « Atteindre chaque district » par « Atteindre chaque communauté » pour remédier aux inégalités au sein des districts.	x			
	S'adresser aux groupes mal desservis et marginalisés pour formuler des stratégies ciblées et adaptées à la localité, en vue de réduire les inégalités.	x			
	Introduire des nouveaux vaccins, en rapport avec les besoins des individus, dans les programmes de vaccination (voir l'axe stratégique 5).	x			
	Adopter une approche fondée sur la vie entière au moment de planifier et d'administrer les vaccins, ainsi que les nouvelles stratégies pour garantir le maintien de l'équité à tous les stades de la vie.				x
	Prévenir et faire face aux maladies à prévention vaccinale en cas d'épidémie, de crises humanitaires et dans les zones de conflit.	x			
Renforcer la base des données	Identifier le statut vaccinal de chaque individu, en se référant aux registres d'immunisation, aux bases de données électroniques et aux systèmes de numéros d'identifications nationaux.				x
Connaissances et les capacités pour une prestation équitable	Tirer parti des structures communautaires pour améliorer les communications et garantir les prestations de services (accoucheuses traditionnelles, registres des naissances).	x			
	Impliquer les OSC dans les activités de sensibilisation des communautés et de planification.	x			
	Mettre au point de nouvelles approches pour s'assurer l'engagement des communautés dans les zones urbaines et périurbaines.				x
	Former le personnel de santé et les OSC aux procédures à suivre pour encourager la participation des communautés, identifier les personnes influentes pouvant contribuer à la planification, l'organisation et le contrôle des programmes de santé et de vaccination, évaluer les besoins des communautés et œuvrer avec elles pour y répondre.	x			
	Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination.				x

Tableau XXXV: Axe stratégique 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Formuler et appliquer des nouvelles stratégies pour remédier aux inégalités	S'assurer que les programmes mondiaux de vaccination, ayant pour buts l'éradication et l'élimination, sont bien incorporés dans les programmes de vaccination nationaux.	x			
	S'assurer que la distribution des nouveaux vaccins s'accompagne de plans détaillés de lutte contre les maladies.	x			
	S'assurer de la coordination entre les secteurs public et privé lors de l'introduction de nouveaux vaccins, de la notification des maladies à prévention vaccinale, et de la qualité de la vaccination dans les secteurs public et privé.	x			
	Envisager d'inclure les vaccins dans les programmes de santé, tout au long de la vie.				x
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Améliorer la qualité de toutes les données de vaccination administratives, en promouvoir l'analyse et les utiliser à tous les niveaux administratifs pour optimiser la performance des programmes.	x			
	Mettre au point et promouvoir le recours aux nouvelles technologies aux fins de collecte, de communication et d'analyse des données sur la vaccination. .	x			
	Renforcer, améliorer la qualité et vulgariser les systèmes de surveillance des maladies pour générer des informations basées sur des cas confirmés en laboratoire, pour prendre des décisions, surveiller l'impact de la vaccination sur la morbidité et la mortalité et les changements perçus dans l'épidémiologie des maladies.	x			
	S'assurer de la capacité de mise en œuvre des activités axées sur la sécurité des vaccins, notamment la capacité de collecter et d'interpréter les données relatives à la sécurité, en prévoyant une capacité plus étendue dans les pays qui introduisent les vaccins récemment mis au point.	x			
Renforcer les capacités des administrateurs et du personnel de première ligne	S'assurer que les programmes de vaccination et tout autre programme de soins de santé primaire disposent des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services prévisibles de qualité.	x			
	Augmenter les niveaux de formation avant, en cours et après l'emploi des ressources humaines, et élaborer des nouveaux programmes pertinents pour lesquels la vaccination est une composante de la lutte exhaustive contre les maladies.	x			
	Promouvoir la formation coordonnée et la supervision du personnel de santé œuvrant au sein des communautés.	x			
Renforcer l'infrastructure et la logistique	Innover dans le but d'améliorer la capacité de la chaîne du froid et la logistique, ainsi que la gestion des déchets.	x			
	Minimiser – aussi bien à l'échelle des pays qu'à l'échelle mondiale – l'impact que peuvent avoir la consommation	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
	d'énergie, et les différentes matières et procédés qu'utilisent les systèmes d'approvisionnement de la vaccination, sur l'environnement.				
	Pourvoir en nombre suffisant les systèmes d'approvisionnement en personnel compétent, motivé et responsabilisé.	x			
	Instaurer des systèmes d'information permettant au personnel de suivre les mouvements de l'approvisionnement disponible.				x

Tableau XXXVI: Axe stratégique 5 : Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Garantir un approvisionnement de qualité	Créer et appuyer des réseaux de régulateurs et de fournisseurs pour partager les meilleures pratiques et pour améliorer les capacités d'assurance qualité et du contrôle de la qualité.			x	
	Mettre au point des outils susceptibles de renforcer la normalisation mondiale des processus de fabrication et les processus de réglementation.			x	
	Renforcer les dispositifs réglementaires et mettre en place des réglementations harmonisées à l'échelle mondiale.			x	
	Créer un forum à partir duquel les pays pourront dialoguer sur les demandes de vaccins et les différentes technologies disponibles, tout en étant capables de prodiguer des conseils aux fabricants sur les profils de produits recherchés.			x	
Accroître le montant total des fonds	Obtenir l'engagement des pouvoirs publics d'investir dans la vaccination, en fonction de leur capacité de paiement et les avantages escomptés.	x			
	Trouver des éventuels nouveaux partenaires de développement et nationaux, et diversifier les sources de financement.	x			
	Préparer la nouvelle génération de mécanismes de financement novateurs.	x			
Améliorer « l'abordabilité » (viabilité financière) des pays à moyen revenu	Examiner les différentes approches de tarification et définir des critères clairs et explicites, qui dictent l'échelle des niveaux de prix et des prix actuellement en vigueur et des futurs prix dont disposeront les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	
	Examiner les mécanismes communs de négociation ou d'approvisionnement concernant les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Améliorer l'affectation des fonds dans les pays à faible et moyen revenus	Renforcer la gestion budgétaire et financière dans le pays pour une meilleure intégration, d'une part de la planification financière et des soins de santé et, d'autre part, du processus de définition des priorités.	X			
	Coordonner le soutien financier des partenaires de développement et de la part d'autres sources extérieures.	X			
	Évaluer et améliorer les mécanismes de soutien financier en fonction de leur effectivité à atteindre les buts de la lutte contre les maladies.	X			
	Baser l'apport de fonds sur la transparence et l'objectivité, pour garantir la viabilité des programmes.	X			
	Encourager le recours à l'étude des coûts et du rapport coûts-bénéfices dans le cadre des levées de fonds, des prises de décision et de la protection du financement des programmes de vaccination.				X
	Étudier les systèmes de financement sur la base «payer selon la performance ».	X			

V.2 ALIGNEMENT SUR LES CIBLES REGIONALES (AFRO)

Le présent PPAC est parfaitement aligné sur les cibles régionales en matière de vaccination qui sont celles du GVAP.

V.3 ALIGNEMENT SUR LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE

Cf chapitre documents et politique de santé

VI CALENDRIER DES ACTIVITES ET D'UN CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION NATIONAL

VI.1 CALENDRIER POUR LE PPAC

→ SERVICES DE VACCINATION

ACTIVITES	Calendrier				
	2019	2020	2021	2022	2023
Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination				X	
Organiser une réunion avec les Médecins chefs de Région et de districts, les points focaux PEV pour échanger sur les meilleures pratiques pour atteindre chaque communauté	X	X	X	X	X
Mettre en œuvre des plans d'action d'amélioration issus de l'analyse de l'équité dans les districts prioritaires	X				
Généraliser l'approche dans tous les districts		X	X	X	X
Identifier les districts ayant un faible taux d'accès/utilisation	X		X	X	
Systématiser et documenter les activités de suivi actif de la cible	X	X	X	X	X
Mettre à profit les AVS pour accentuer le suivi actif de la cible	X	X	X	X	X
Renforcer les compétences agents de santé sur la CIP	X	X	X	X	X
Insister lors des CIP pendant les vaccinations sur la nécessité de revenir prendre les autres doses/vaccins	X	X	X	X	X
Planifier et exécuter les stratégies avancées et mobiles	X	X	X	X	X
Intégrer la vaccination aux autres activités de la semaine de la mère et de l'enfant	X	X	X	X	X
Recherche active des perdus de vue au niveau des postes de santé	X	X	X	X	X
Organisation de journées de rattrapage	X	X	X	X	X
Identifier les districts à faibles performances	X	X	X	X	X
Mettre en œuvre l'approche d'analyse de l'équité	X	X	X	X	X
Cartographier les groupes de populations vulnérables dans chaque district collaboration avec les autorités locales et les acteurs communautaires	X	X	X	X	X
Initier des recherches approfondies pour appréhender le type d'offres de vaccination attendues pas ces communautés	X	X	X	X	X
Organiser des ateliers de micro-planification dans toutes les communautés à haut risque ayant été identifiées intégrant des stratégies spécifiques pour les atteindre	X	X	X	X	X
Elaborer un plan annuel PEV au niveau de tous les districts, intégrant les stratégies appropriées pour atteindre les populations d'accès difficiles	X	X	X	X	X
Renforcer la collaboration avec l'école	X	X	X	X	X
Intégrer le HPV dans toutes les offres de vaccination de routine	X	X	X		
Améliorer la collaboration avec les maternités privées et les hôpitaux	X	X	X	X	X
Rédiger un plan d'introduction du MenAfrivac	X				
Vacciner les nourrissons de moins de 2 ans dans tous les districts	X	X	X		X
actualiser le plan de riposte à une épidémie de polio et le rendre opérationnel	X	X	X	X	X
Organiser une campagne de suivi contre la rougeole/Rubéole			X		
Exercice de classification des districts selon le risque	X	X	X	X	X
Evaluation post élimination du TMN		X			
Vacciner autour des cas notifiés	X	X	X	X	X
Vacciner dans les districts avec des cas	X	X	X	X	X

→ **GESTION DU PROGRAMME DE VACCINATION**

ACTIVITES	Calendrier				
	2019	2020	2021	2022	2023
Consulter le MdS, le MdF, le parlement, le secteur public, le secteur privé et la société civile en vue de l'adoption d'une loi sur la vaccination		x			
Informier régulièrement les parties prenantes des développements des activités de vaccination et des déficits en ressources dans le cadre de la prestation de services.	x	x	x	x	x
Rencontrer régulièrement les représentants des ONG, des OSC et des dirigeants du secteur privé à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Elaborer un plan de travail annuel au niveau de la Direction de la Prévention	x	x	x	x	x
Réviser le PPAC pour l'adapter lors de l'introduction de nouveaux vaccins				x	
Elaborer des documents de mise en œuvre pour les différents AVS	x	x	x		
Elaborer des micros plans au niveau de tous les districts et des postes de santé	x	x	x	x	x
Associer la communauté dans la planification des activités de vaccination	x	x	x	x	x
Tenir les réunions du CCIA politique tous les six mois	x	x	x	x	x
Organiser et documenter les réunions trimestrielles de monitoring regroupant le niveau central, régional et district	x	x	x	x	x
Organiser et documenter les réunions de coordination mensuelle au niveau région et district	x	x	x	x	x
Organiser et documenter les réunions bilan annuelles du PEV	x	x	x	x	x
Organiser une rencontre avec les responsables des structures privées	x	x	x	x	x
Mettre en place des unités de vaccination dans les structures privées	x	x	x	x	x

→ **GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

ACTIVITES PRINCIPALES	Calendrier				
	2019	2020	2021	2022	2023
Affectation de 3 techniciens supérieurs de santé et un spécialiste de la communication au niveau du PEV central	x				
Renforcer en personnel les BRISE au niveau des 14 régions médicales	x	x	x	x	x
Intégrer les modules PEV et maintenance de la CDF dans les curricula de formation de base des agents de santé	x				
Former et/ou recycler tout le personnel impliqué dans la gestion et la mise en œuvre du programme de vaccination	x	x	x	x	x
Organiser des supervisions formatives régulières et documentées avec des feed-back écrits à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Mettre en place un système de motivation et de valorisation des bonnes performances « Journée Champions de la vaccination »	x	x	x	x	x

→ LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS

ACTIVITES PRINCIPALES	Calendrier				
	2019	2020	2021	2022	2023
Former les douaniers et les transitaires sur les PON	x				
Evaluer régulièrement le nombre de rapport	x	x	x	x	x
améliorer l'utilisation des enregistreurs de température à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Vérifier pendant les supervisions la gestion des températures	x	x	x	x	x
achever la construction du nouveau dépôt pour le stockage des vaccins et consommables au niveau central	x				
Construire 14 dépôts régionaux		x	x	x	x
Installation de 45 réfrigérateurs/congélateurs au niveau des dépôts de districts	x				
Mettre en place 800 réfrigérateurs dans les unités de vaccination	x				
Réaliser un inventaire de la chaîne de froid tous les ans	x	x	x	x	x
Mise en place du système informatisé	x	x	x	x	x
Inclure dans les outils de collecte de données les informations concernant la logistique	x				
Contrôler la gestion des stocks dans tous les districts et centre de santé lors des supervisions	x	x	x	x	x
Suivre les stocks des districts dans la base de données nationale.	x	x	x	x	x
Fournir une rétro information régulière sur la situation des stocks	x	x	x	x	x
Mettre en place un plan de distribution à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Assurer la maintenance des équipements et des bâtiments	x	x	x	x	x
Plan de gestion des déchets au niveau de chaque district	x				
Assurer le fonctionnement des incinérateurs régionaux	x	x	x	x	x
Suivi de la destruction des déchets (fiche d'élimination des déchets et supervision)	x	x	x	x	x
Assurer une supervision formative régulière documentée à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Effectuer une évaluation GEV à tous les niveaux tous les trois ans			x		
Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gestion de la chaîne du froid et des vaccins, en se basant sur les résultats et constats de la GEV	x	x	x	x	x
Etudier la faisabilité d'un système d'inventaire en temps réel et une base de données en ligne pour le suivi des stocks et des indicateurs de performance liés à la logistique et la chaîne de froid.	x				
Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gestion de la chaîne du froid et des vaccins, en se basant sur les résultats et constats de la GEV		x			

→ **FINANCEMENT**

ACTIVITES PRINCIPALES	Calendrier				
	2014	2015	2016	2017	2018
Présenter la revue annuelle du programme de vaccination avec plans budgétaires lors de revues nationales du secteur santé et lors de sessions de planification et budgétisation au niveau des régions et des districts.	x	x	x	x	x
Présenter au niveau national au ministère de la Santé et au ministère des Finances, les informations sur les impacts, les budgets et les déficits de financement liés à la vaccination	x	x	x	x	x
Faire examiner le PPAC et les plans spécifiques par le CCIA, avant approbation	x	x	x	x	x
Inscrire dans le budget des Collectivités locales un financement de la vaccination sur fonds propres	x	x	x	x	x
Organiser des rencontre de plaidoyer auprès du secteur privé	x	x	x	x	x

→ **SURVEILLANCE ET GESTION DES DONNEE**

ACTIVITES MAJEURES	Calendrier				
	2014	2015	2016	2017	2018
Transmission à temps des bases de données au niveau hiérarchique adéquat	x	x	x	x	x
Examiner la qualité des données lors des Supervisions formatives à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Mettre en place les courbes d'auto monitoring au niveau de chaque unité de vaccination	x	x	x	x	x
Vérifier les mises à jour des courbes d'auto monitoring au niveau de chaque unité de vaccination lors des supervisions	x	x	x	x	x
Analyse des couvertures par aires de santé et stratégies au niveau de chaque district	x	x	x	x	x
Notification des cas selon la définition adoptée (PFA, rougeole/Rubéole, fièvre jaune, tétanos)	x	x	x	x	x
Extension des sites sentinelles à 13 hôpitaux de régions		x	x	x	x
Notification des cas de MAPI	x	x	x	x	x
Diffusion du bulletin mensuel de l'immunisation et élargissement aux autorités administratives locales	x	x	x	x	x
Appuyer les districts dans la réalisation des auto-DQS	x		x	x	x

→ GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION

Activités principales	Calendrier				
	2014	2015	2016	2017	2018
Redynamiser les comités régionaux et départementaux de mobilisation sociale			x	x	x
Elaborer un plan de communication et de plaidoyer global au niveau national et périphérique pour la vaccination de routine, basée sur des évidences		x			
Elaborer un plan de communication intégré pour l'introduction de chaque nouveau vaccin	x	x	x	x	x
Elaborer un plan de communication intégré pour chaque AVS	x	x	x	x	x
Mettre en place un paquet minimum de messages engageant les secteurs clés de la survie de l'enfant	x	x	x	x	x
Renforcer le bureau communication de la DP			x	x	x
Etablir une collaboration entre la DP et la cellule de santé communautaire			x	x	x
Organiser des sessions de formation pour les agents communautaires en méthodes participatives, communication interpersonnelle sur le PEV			x	x	x
Organiser des sessions de formation en communication interpersonnelle pour le personnel de santé (poste, centre et case de santé)			x	x	x
Organiser des sessions de formation en concepts, méthodes et techniques pour les gestionnaires du PEV/SNEIPS/BREIPS.			x	x	x
Adresser un compte rendu mensuel des performances et besoins du PEV au conseil des ministres et aux Gouverneur de Région			x	x	x
Réviser et adapter les outils et supports de communication		x			
Doter les sources d'information en contenus de messages informationnels, persuasifs et motivationnels			x	x	x
Formuler des messages clés portant sur le renforcement systématique de la vaccination	x	x	x	x	x
Etablir avec les média de masse des accords pour des programmes de promotion de la vaccination de routine			x	x	x
Développer des alliances sous forme de convention avec les opérateurs de téléphonie pour favoriser l'envoi de SMS aux mères et parents sur la vaccination et le calendrier vaccinal			x	x	x
Organiser au moins une fois par trimestre des réunions d'information des performances et besoins du PEV avec les acteurs de changement et représentants de la communauté			x	x	x
Constituer un « pool » de champions pour la promotion de la vaccination autour de chaque site de vaccination			x	x	x
Impliquer les femmes qui ont entièrement fait vacciner leurs enfants lors des séances d'information sur la vaccination en tant que « promotrices » et « modèles positifs »			x	x	x
Récompenser chaque année les communautés dans lesquelles des efforts particuliers ont été menés en faveur de la vaccination				x	x
Cartographier les réseaux de ressources communautaires (relais, OCB et OSC les plus représentatives)		x	x	x	x
Mener des enquêtes d'audience/mapping des médias et identifier les plus crédibles pour la promotion de la vaccination				x	x
Valoriser et diffuser les innovations et les expériences réussies de bonnes pratiques de communication en appui au PEV			x	x	x
Approfondir l'analyse des enquêtes de couverture vaccinale en mettant l'accent sur les raisons de non vaccination, les déterminants sociaux			x		x

Effectuer une étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques) et intégrer les enseignements tirés de l'étude dans les politiques et dans la pratique.				x	
Solliciter la base de données des EDS continue afin d'approfondir l'analyse des déterminants sociaux par des analyses multi variées			x	x	x

VI.2 CADRE NATIONAL DE SUIVI ET D'EVALUATION DE LA VACCINATION

VI.2.1 Indicateurs d'impact Ensemble

INDICATEURS	Données de référence			Cibles						Moyens de vérification
	Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
TMM5 (pour mille)	56	2017	EDS 2017	54	52	50	48	46	44	Rapport EDS
Incidence de la rougeole (par million)	0,90	2017	Rapport SE/DP	0,8	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	JRF

VI.2.1 Indicateurs de résultats

Objectifs	INDICATEURS	Données de référence			Cibles						Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des prestations de services de bases	Couverture du DTC3 – (% de nourrissons survivants ayant reçu les trois doses d'un vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux)	94%	2017	ECV 2017	94%	95%	96%	97%	97%	97%	Rapport d'enquête
	Couverture du vaccin antirougeoleux – (% de nourrissons survivants ayant reçu la première dose d'un vaccin antirougeoleux)	90%	2017	ECV 2017	90%	91%	92%	93%	94%	95%	Rapport d'enquête
	Équité géographique de la couverture du DTC3 – (% de districts qui ont une couverture du DTC3 supérieure ou égale à 80%)	84%	2017	admin	90%	95%	100%	100%	100%	100%	DHIS
	Équité socio-économique dans la couverture vaccinale - différence en points de pourcentage de couverture du DTC3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	17	2017	EDS Continue	15	13	11	9	7	5	Rapport d'enquête
	Taux d'abandon - différence en point de pourcentage entre la couverture vaccinale de la première et de la troisième dose du DTC	3	2017	ECV 2017	3	2	2	2	2	2	Rapport d'enquête
	Proportion d'enfants complètement vaccinés - pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins essentiels dans le programme de vaccination systématique du pays	65	2017	ECV 2017	70%	80%	82%	85%	87%	90%	Rapport d'enquête
	Proportion d'enfants protégés à la naissance contre le tétanos	91	2017	ECV 2017	92%	93%	94%	95%	95%	95%	Rapport d'enquête

VI.2.3 Indicateur de processus

But	INDICATEURS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Améliorer la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau central	44%	2015	GEV		80%				Rapport GEV
	Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau régional	0%	2015	GEV		80%				Rapport GEV
	Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau districts	12%	2015	GEV		80%				Rapport GEV
	Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau point de prestation	0%	2015	GEV		80%				Rapport GEV
Améliorer l'accessibilité, la disponibilité	Proportion de régions avec un incinérateur normé et fonctionnel	79%	2018	Rapports activités DP	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport inventaire
Renforcer le système d'information sanitaire	Taux de complétude des données intra districts	99%	2017	Rapports activités DP	100%	100%	100%	100%	100%	JRF
	Taux de promptitude des données	82%	2017	Rapports activités DP	82%	82%	82%	82%	82%	JRF
	Facteur de concordance des données	90%	2017	Rapport DQA et rapports DQS	90%	90%	90%	90%	90%	Rapport DQA/DQS
	Proportion de district utilisant le DHIS2	100%	2018	DPRS/DSIS	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2

Améliorer la demande de services de santé de base	Pourcentage des mères et des gardiens d'enfants connaissant le calendrier vaccinal	18%	2017	CAP				30%		Rapport d'enquête
	Proportion d'enfants non vaccinés par manque d'information dans les districts ciblés	ND		ECV				20%		Rapport d'enquête
	Proportion d'enfants non vaccinés par manque de motivation dans les districts ciblés	6%	2017	ECV				4%		Rapport d'enquête
	Taux de récupération des enfants irréguliers ou perdus de vue dans les districts ciblés	ND		Rapport d'activités des OSC			80%			Rapport d'activités des OSC
Renforcer la gouvernance du système sanitaire	Proportion d'audit certifiée sans réserve	100%	2017	Rapport d'audit	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'audit

VI.2.4 Indicateurs d'intrants

Objectifs	INDICATEURS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2019	2020	2021	2022	2023	
Améliorer la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Proportion d'entrepôt du niveau central, régional et district disposant de capacités suffisantes pour le stockage des vaccins	90%	2017	Inventaire	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport inventaire
	Proportion d'unités de vaccination disposant d'une chaîne de froid homologuée et fonctionnelle	65%	2017	Inventaire	95%	96%	97%	98%	99%	Rapport inventaire
	Capacité de stockage ambiante du niveau central	60 m ³	2017	Inventaire		1088 m ³	1088 m ³	1088 m ³	1088 m ³	Rapport inventaire
	Taux de disponibilité des vaccins	75%	2017	ECPSS	80%	80%	85%	90%	95%	ECPSS
Améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des prestations de services de bases	Proportion des structures offrant la vaccination selon les normes nationales	80%	2017	ECPSS		85%	90%	95%	95%	ECPSS
	Proportion de districts avec 80% de taux d'exécution des plans ACD	95%	2017	Rapports activités DP		95%	96%	97%	100%	Rapports activités DP
	Proportion de districts disposant d'un plan opérationnel de gestion des déchets	ND		Rapports de supervision	80%	100%	100%	100%	100%	Rapports de supervision
Renforcer la gouvernance du système sanitaire y compris la gestion du soutien RSS	Taux d'exécution des activités du soutien RSS	83%	2017	Rapport évaluation conjointe	90%	95%				Rapport évaluation conjointe

VI.3 STRATEGIES ET PLANS DE SUIVI ET D’EVALUATION

VI.3.1 Stratégies de suivi évaluation

Les principaux éléments de la stratégie de suivi et d’évaluation du PPAC sont : un cadre formel de suivi et d’évaluation, un système de revue, un plan de supervision formative et un document de description des liens stratégiques nationaux et mondiaux.

→ Cadre de suivi et d’évaluation

Le cadre va être développé plus tard mais dans ce présent document, les grandes lignes sont présentées avec les indicateurs d’impact, de résultats, les produits et les processus.

→ Activités de revue

Des revues périodiques vont suivre l’évolution du plan par rapport au cadre convenu de suivi et d’évaluation aux niveaux national et des districts. Il s’agit des revues trimestrielles et annuelles du PEV. Ces revues couvrent autant l’évolution des couvertures vaccinales, la surveillance et les autres domaines du programme.

→ Plan de supervision formative

Un document national précise pour différents niveaux de la pyramide sanitaire, les termes de référence, la fréquence et les procédures de la supervision systématique.

→ Programme de recherche

Les domaines choisis pour ce PPAC sont :

- Une revue externe complète du PEV
- Une enquête de couverture vaccinale
- Des EDS continues
- Des évaluations rapides du PEV dans des zones à faible couverture vaccinale
- Une étude sur les obstacles sociaux à la vaccination ainsi que les raisons pour lesquelles les communautés particulièrement à haut risque n’utilisent pas les services sanitaires
- Une évaluation de la gestion logistique et des vaccins
- Une enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques)
- Une évaluation du système de surveillance des MAPI
- Une enquête sur la qualité des données (DQS)
- Des évaluations post-introduction des nouveaux vaccins
- Une évaluation à mi-parcours et finale du PPAC.

VI.3.2 Plans de suivi et évaluation

→ Gestion du programme

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de réunion du CCIA politique tenu	Rapport d'activité DP	2			2	2	2
Nombre de réunion bilan tenu	Rapport d'activité DP	1			1	1	1
Nombre de réunion de monitoring tenu	Rapport d'activité DP	3			4	4	4
Taux d'exécution des activités du RSS/GAVI	Rapport annuel de situation	83%	90%	90%			

→ Gestion des ressources humaines

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de Médecins de santé publique affecté à la DP	Liste du personnel	7	7	8	9	10	10
Nombre de techniciens supérieurs de santé affecté à la DP	Liste du personnel	2	3	4	4	4	4
Nombre de techniciens maintenance affecté à la DP	Liste du personnel	1					
Nombre de spécialiste de la communication affecté à la DP	Liste du personnel	1	2				
Nombre de région disposant d'un médecin BRISE	Liste du personnel	4	8	10	12	14	14
Nombre de région ayant reçu une mission de supervision formative du niveau central	Rapport de supervision	3	4	4	4	4	4

→ Calcul des coûts et financement

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Taux de mobilisation des fonds de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommable	Rapport financier DP	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Contribution du secteur privée dans le financement de la vaccination	Rapport financier DP	0%			5%	5%	5%

→ **Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins**

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau central	GEV	44%		80%			
Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau régional	GEV	0%		80%			
Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau districts	GEV	0%		80%			
Proportion des critères d'évaluation de la GEV supérieure ou égale à 80% au niveau point de prestation	GEV	12%		80%			
Proportion d'entrepôt du niveau central, régional et district disposant de capacités suffisantes pour le stockage des vaccins	Inventaire	90%	95%	96%	97%	98%	99%
Proportion d'unités de vaccination disposant d'une chaîne de froid homologuée et fonctionnelle	inventaire	49%	95%	96%	97%	98%	99%
Capacité de stockage ambiante du niveau central	Inventaire	544 m ³	1088 m ³	1088 m ³	1088 m ³	1088 m ³	1088 m ³
Taux de disponibilité des vaccins	EDS continue	75%	80%	80%	85%	90%	95%

→ **Services de vaccination**

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Couverture vaccinale Penta3 au niveau national	ECV	94%	94%	95%	96%	97%	97%
Proportion de district avec couverture penta 3 >= 80%	ECV	84%	90%	95%	100 %	100 %	100%
Couverture vaccinale RR1 au niveau national	ECV	90%			90%	90%	90%
Taux d'abandon Penta1/Penta3	ECV	3%			4%	4%	4%
Couverture vaccinale RR2 au niveau national	ECV	90%	90%	91%	92%	93%	94%
Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	EDS continue	17	13	11	9	7	5

→ Surveillance et notification

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Taux de PFA non polio/100 000 enfants de moins de 15 ans	Rapport SE/DP	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Proportion de selles prélevées dans les 14 jours suivant le début de la paralysie	Rapport SE/DP	91	91	91	91	91	91
Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse non rubéoleuse/100 000 habitants	Rapport SE/DP	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Proportion de district ayant notifié un cas suspect de rougeole	Rapport SE/DP	92	92	92	92	92	92

→ Génération et communication de la demande

Indicateurs proposés	Source des données	Valeur de référence	CIBLES				
			2019	2020	2021	2022	2023
Pourcentage des mères et des gardiens d'enfants connaissant le calendrier vaccinal	ECV,CAP	18%			30%		
Proportion d'enfants non vaccinés par manque d'information dans les districts ciblés	ECV	6%			4%		
Proportion d'enfants non vaccinés par manque de motivation dans les districts ciblés	ECV	ND			5%		
Taux de récupération des enfants irréguliers ou perdus de vue dans les districts ciblés	Rapports d'activité des OSC	ND	80%	90%	100%	100%	100%

VII ANALYSE DES COÛTS, DU FINANCEMENT ET DES DÉFICITS DE FINANCEMENT

VII.1 ANNEES DE REFERENCE 2018

Tableau XXXVII: Coûts du PEV en 2018

Indicateurs de base	2018
Dépenses totales de vaccination spécifiques	\$32 963 009
Activités de vaccination supplémentaire	\$0
Vaccination systématique uniquement	\$32 963 009
Par habitant	\$2,10
Par enfant vacciné avec la DTC	\$66
% vaccins et matériels	51,2%
% ressources financières du gouvernement	33,0%
% dépenses totales en santé	3,8%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	11,9%
% PIB	0,2%
Total coûts partagés	\$7 847 735
% coûts partagés - système de santé	19,2%
Total	\$40 810 744

Tableau XXXVIII: Répartition des coûts du PEV par poste en 2018

Poste de coût	2018
Coûts récurrents de la vaccination systématique	\$29 678 597
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique	\$ 3 284 412
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	\$0
Coûts partagés du personnel	\$ 6 683 598
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien	\$ 859 591
Bâtiments partagés - Construction	\$ 363 636
Grand Total	\$40 869 834

Le coût total nécessaire du PEV et de la surveillance en 2018 était estimé à 40 810 744 US dollars soit 22 445 909 200 FCFA. Il se répartissait en deux grandes catégories : les coûts récurrents (92%) et le coût en capital (8%). Les vaccins et le matériel de vaccination représentent 45% des coûts récurrents.

Le coût total spécifique (coût total en dehors des coûts partagés du système) est de 32 599 373 US dollars soit 17 929 655 150 FCFA. Les vaccins et le matériel de vaccination représentent 51,2% des coûts spécifiques.

Tableau XXXIX: répartition des dépenses spécifiques du PEV par source de financement

Sources	US\$	
Gouvernement Total	\$10 486 501	42,9%
Gavi	\$13 924 222	46,9%
OMS	\$556 192	1,9%
UNICEF	\$443 368	1,5%
USAID	\$17 644	0,1%
Communauté	\$2 014 964	6,8%

Les principales sources de financement du PEV sont GAVI (46,9%), l'Etat (42,9%) et la communauté (6,8%). Les autres partenaires supportent les dépenses à hauteur de 3,5%.

VII.2 PERIODE COUVERTE PAR LE PPAC (2019-2023)

Tableau XL: Besoin en ressources de 2019 à 2023

	Année de prévision					TOTAL 2019 -2023
	2019	2020	2021	2022	2023	
Ressources nécessaires	\$58 358 864	\$69 328 482	\$85 947 070	\$103 195 162	\$125 596 629	\$442 426 207

Les coûts sur toute la durée du plan sont de **442 426 207\$** (243 334 413 850 FCFA) ce qui représente une moyenne 88,5 \$ millions (48 600 000 000 FCFA) par an. Sur l'ensemble des ressources nécessaires, les AVS représentent 6%. Les coûts globaux du programme varient dans le temps ; ils passeront de 43,5\$ millions en 2019 à 78,3\$ millions en 2023. Les coûts récurrents de **290 915 355 \$** sont toujours plus importants que les coûts d'investissements qui

sont de \$151 510 853 US. Sur le coût total des vaccins 88 051 170 \$, les nouveaux vaccins représentent plus de 4/5 (88%).

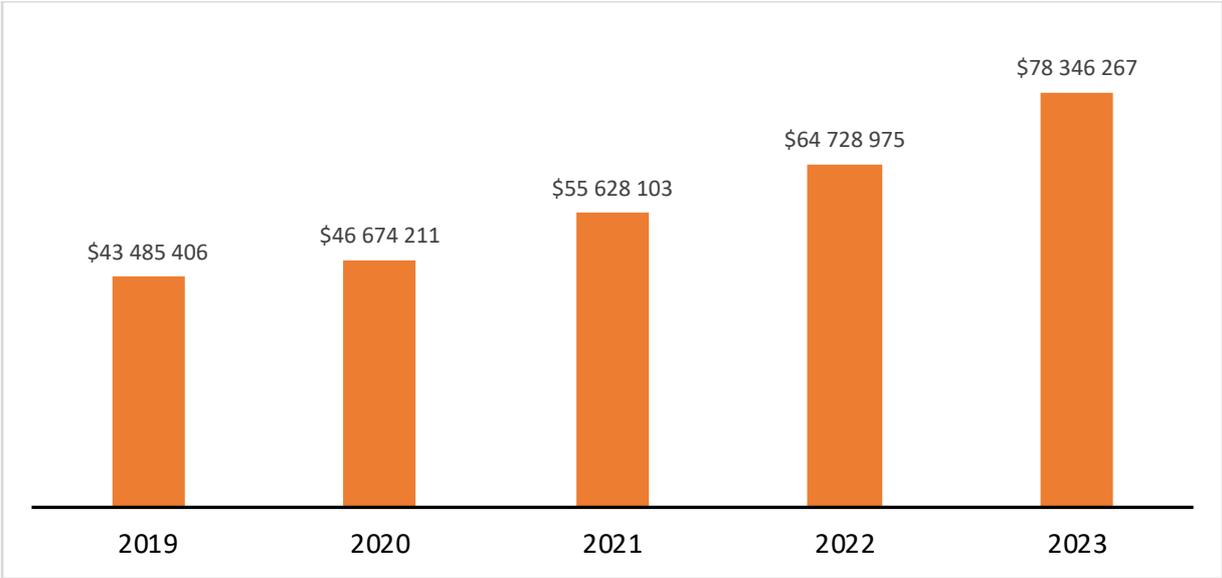


Figure 24: Evolution des coûts du PEV de 2019 à 2023 (\$ US)

Les principaux postes de dépense sont la gestion du programme (42%), l’approvisionnement en vaccins et logistique (35%), la prestation de service (11%). Dans gestion des programmes on a inclut les salaires, les frais d’entretien et de transport, la formation courte durée du personnel, la coordination et monitoring et les autres couts récurrents du programme.

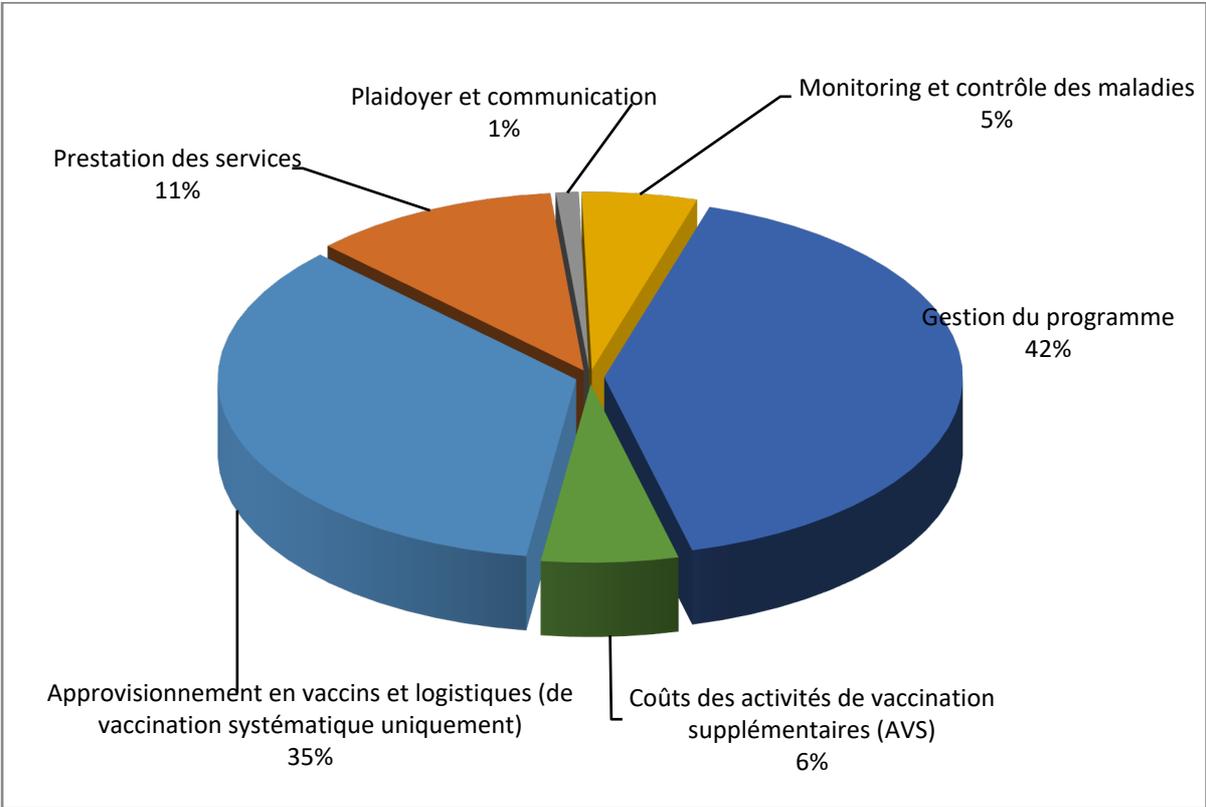


Figure 25: Besoins en ressources prévue par catégories

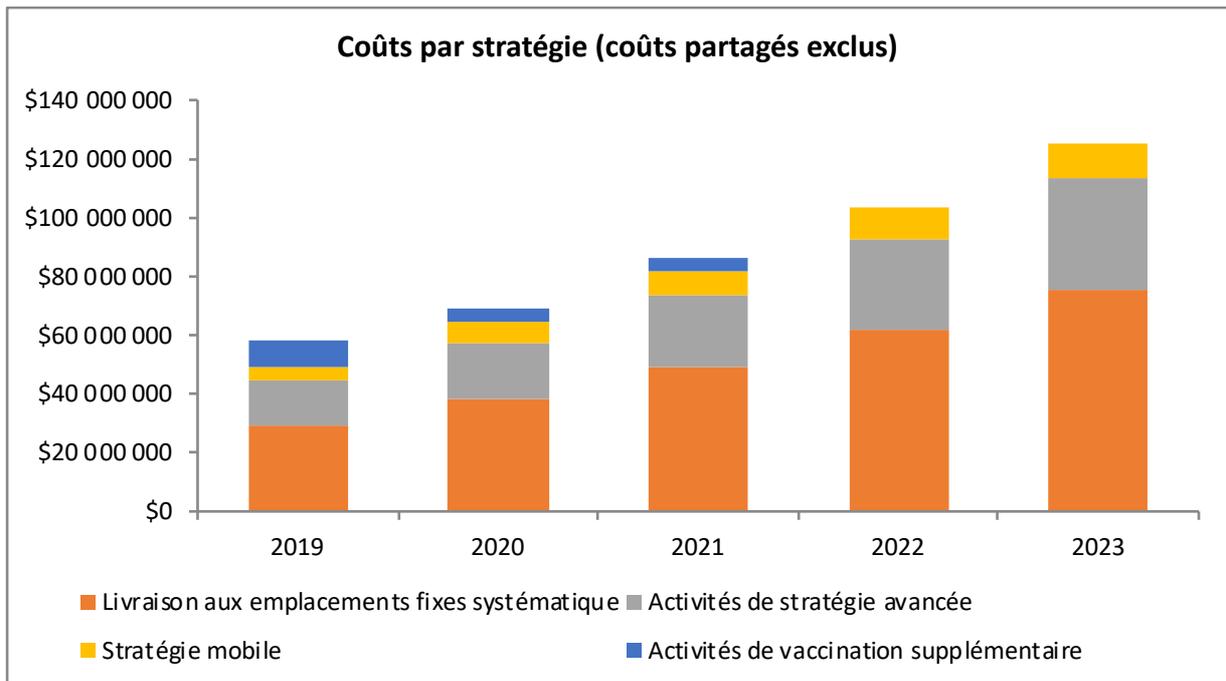


Figure 26: Répartition des coûts en fonction des stratégies de vaccination (\$ US)

La répartition des dépenses en fonction des stratégies de vaccination montre que la vaccination en stratégie fixe y compris la gestion des vaccins reste le principal poste de coût avec 58%. Les stratégies avancée et mobile représentent 39% des coûts et les activités supplémentaires, 4%.

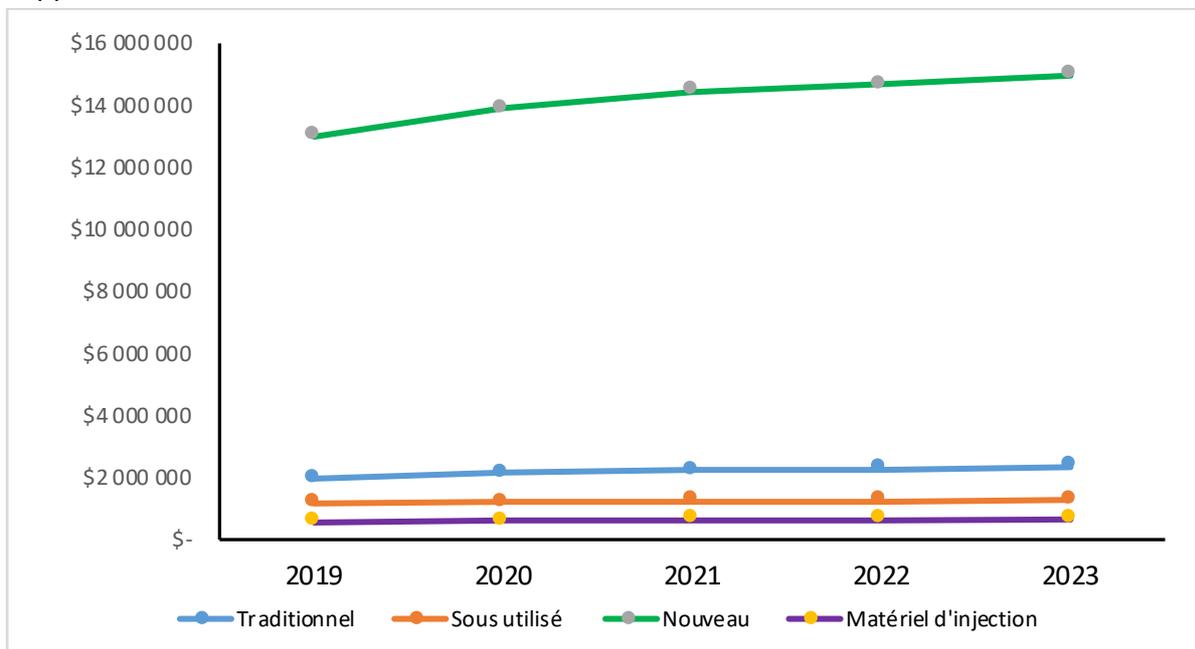


Figure 27: Evolution des coûts des vaccins (million de \$ US)

L'évolution des dépenses pour les vaccins montre une tendance régulière à la hausse au fil des années liées à l'accroissement de la population d'autant plus qu'il n'y a qu'une introduction de nouveau vaccin prévue durant la période du PPAC.

VII.3 FINANCEMENT DU PLAN

Les besoins en ressources sont évalués à près de 442 millions de dollars sur la période couverte par le plan.

Tableau XLI: Évolution du financement PPAC 2019-2023 (\$ US)

Métrique	Année de prévision					TOTAL 2019 -2023
	2019	2020	2021	2022	2023	
Total : ressources nécessaires	\$58 358 864	\$69 328 482	\$ 85 947 070	\$103 195 162	\$125 596 629	\$442 426 207
Financement sécurisé	\$58 211 388	\$68 818 711	\$83 949 979	\$101 263 046	\$122 963 605	\$435 206 729
Écart financement probable	\$147 476	\$509 771	\$1 997 091	\$1 932 116	\$2 633 024	\$7 219 478
Financement probable	\$147 476	\$84 153	\$1 562 960	\$1 341 698	\$2 030 798	\$5 167 086
Écart financier possible	\$0	\$425 618	\$434 131	\$590 418	\$602 226	\$2 052 393

Les financements croissent de façon quasi linéaire puisqu'il n'y a pas de gros investissements prévus durant la période. Le financement sécurisé représente plus de 98% des financements chaque année avec un total de 98,4%. Le financement probable est relativement faible (5 MDU) Tenant compte des financements sécurisés et probables, le déficit (écart) en financement sur l'ensemble de la période couverte par le PPAC est d'environ 5 millions de dollars soit 0.5% des besoins. Ainsi, si l'État maintient ses engagements et si les partenaires confirment leurs intentions les besoins du plan seront couverts à hauteur de 99,5%.

Tableau XLII: Structure du financement sécurisé et probable PPAC 2019-2023 (\$ US)

Sources	Montant	Proportion
Gouvernement	\$282 851 248	64,99%
Gavi	\$96 178 840	22,10%
OMS	\$2 064 318	0,47%
UNICEF	\$2 203 162	0,51%
USAID	\$88 220	0,02%
Communauté	\$51 820 941	11,91%
Total	\$435 206 729	100%

La structure du financement révèle que le financement national (Etat, et communautés) représente 76%% du financement total du plan. L'Etat assure les 65% du financement et prend en charge complètement les vaccins traditionnels, une part (6%) du financement des nouveaux vaccins (cofinancement), les salaires du personnel, la construction, la livraison des vaccins en stratégie fixe et une bonne part des investissements. La communauté accompagne les efforts de l'État à travers les comités de développement sanitaire et sociale qui contribuent à hauteur de 12% dans le financement total du plan pour assurer la maintenance de la chaîne de froid et l'entretien des bâtiments et de la logistique roulante en plus des activités avancées et mobiles.

La part des partenaires dans le financement du programme est de 24%. Ce financement est destiné à l'achat des nouveaux vaccins, des consommables et à la prise en charge des coûts opérationnels des campagnes. Le financement du GAVI est très important ; sa part est de 22%. Les autres PTF (OMS, UNICEF et USAID) contribuent à hauteur de 2% au financement et soutiennent entre autre la supervision, le contrôle et surveillance des maladies, le

renforcement des capacités des ressources humaines et des services de vaccination, la mobilisation sociale et interviennent également dans le financement des coûts opérationnels lors des campagnes.

Le gouvernement achète la totalité des vaccins traditionnels et paie le cofinancement pour les nouveaux vaccins. La part de l'Etat représente 10% pour les nouveaux et 20% pour l'ensemble des vaccins contre 90 et 80% pour GAVI.

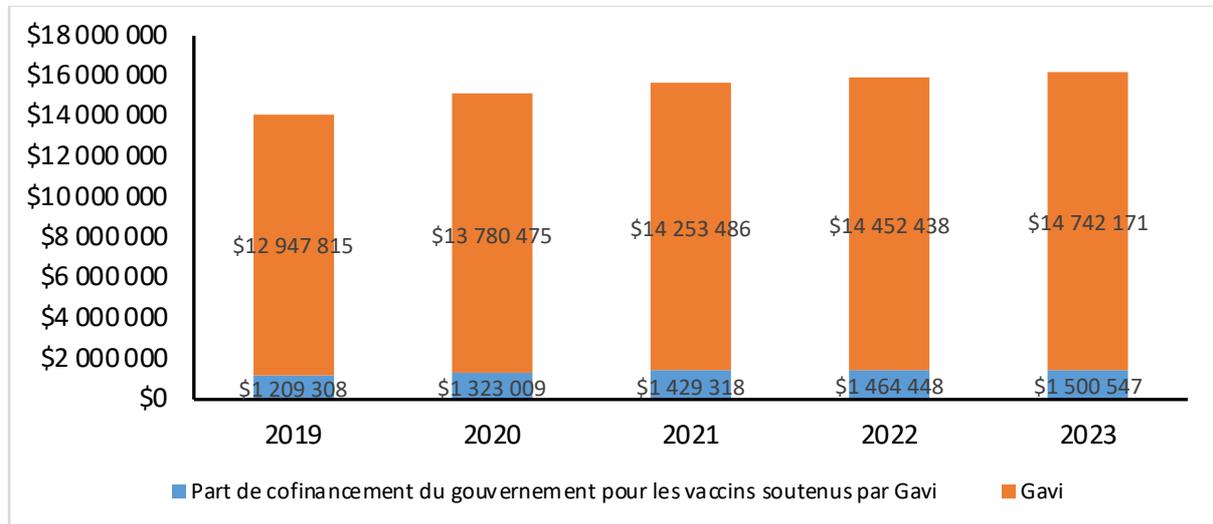


Figure 28: Evolution du cofinancement des nouveaux vaccins (million \$ US)

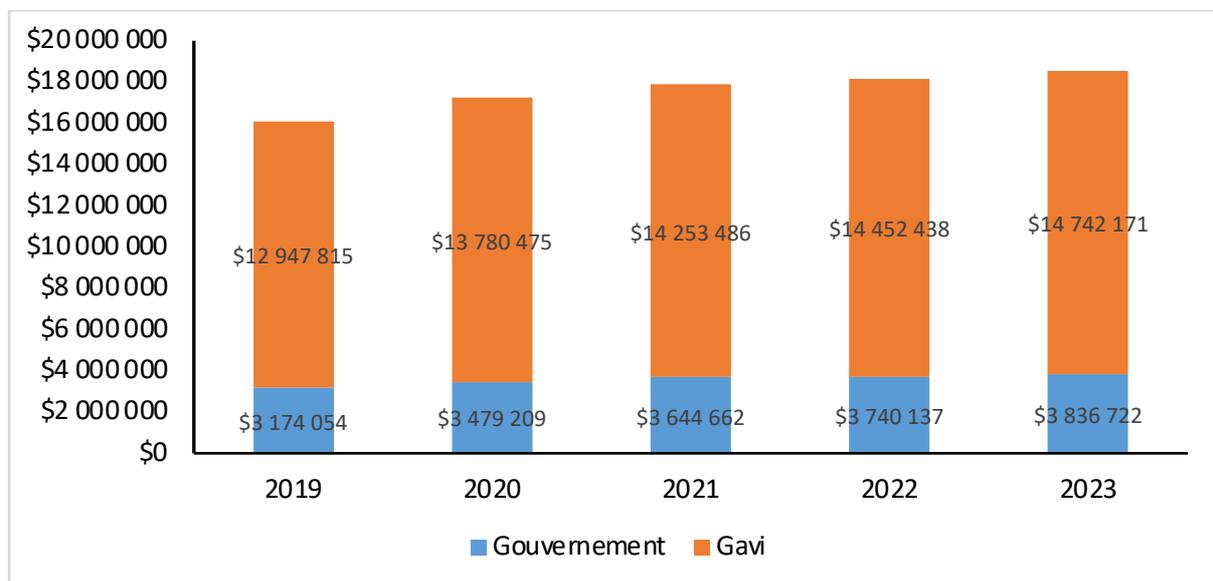


Figure 29: Evolution du financement des vaccins (million \$ US)

Le montant attendu du gouvernement en 2019 est de 3 174 054 \$ et doit passer à 3 836 722\$ en 2023.

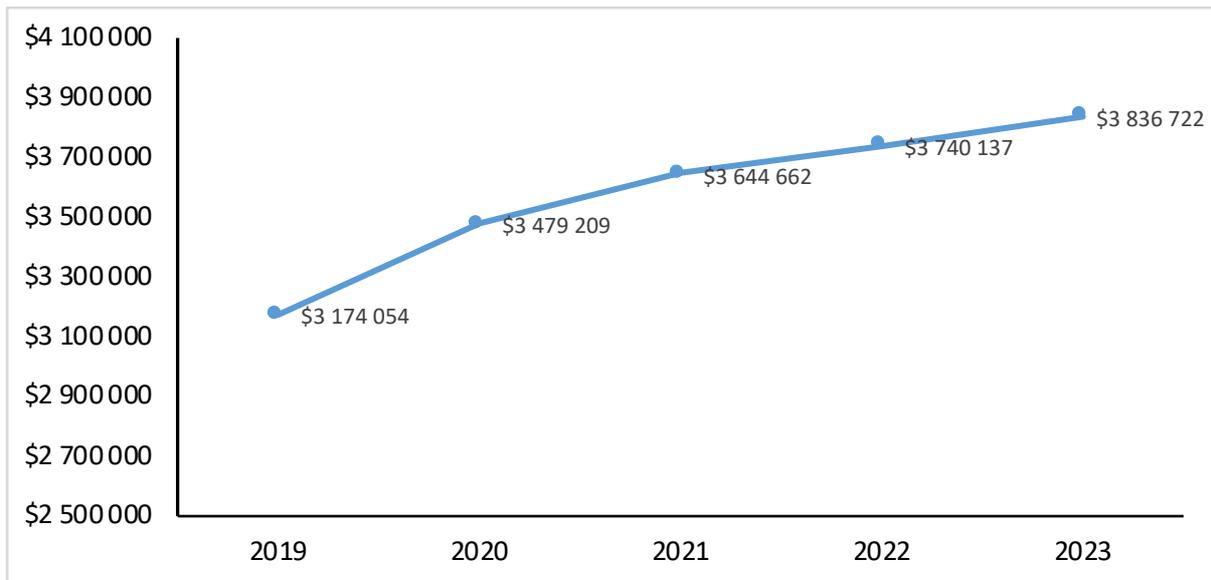


Figure 30: Evolution de la part du gouvernement dans le financement global des vaccins

VII.4 ANALYSE DES ECART FINANCIERS

L'écart financier total sur la période des 5 ans du PPAC est d'un total de 2,05 MDU. Il n'y a pas d'écart financier pour les vaccins et le matériel d'injection ainsi que pour le transport. L'écart financier concerne la logistique (véhicules, chaîne du froid et autre équipement), les autres coûts récurrents et les pertes du personnel pour les stratégies avancées et mobiles ainsi que la supervision et le monitoring des activités. Ces coûts étaient en grande partie supportés par le RSS/GAVI qui s'achève en 2019 avec possibilité d'extension jusqu'en 2020 avant un autre cycle de mise en œuvre. Il y a donc une très forte probabilité que ces coûts soient pris en charge dans le prochain RSS.

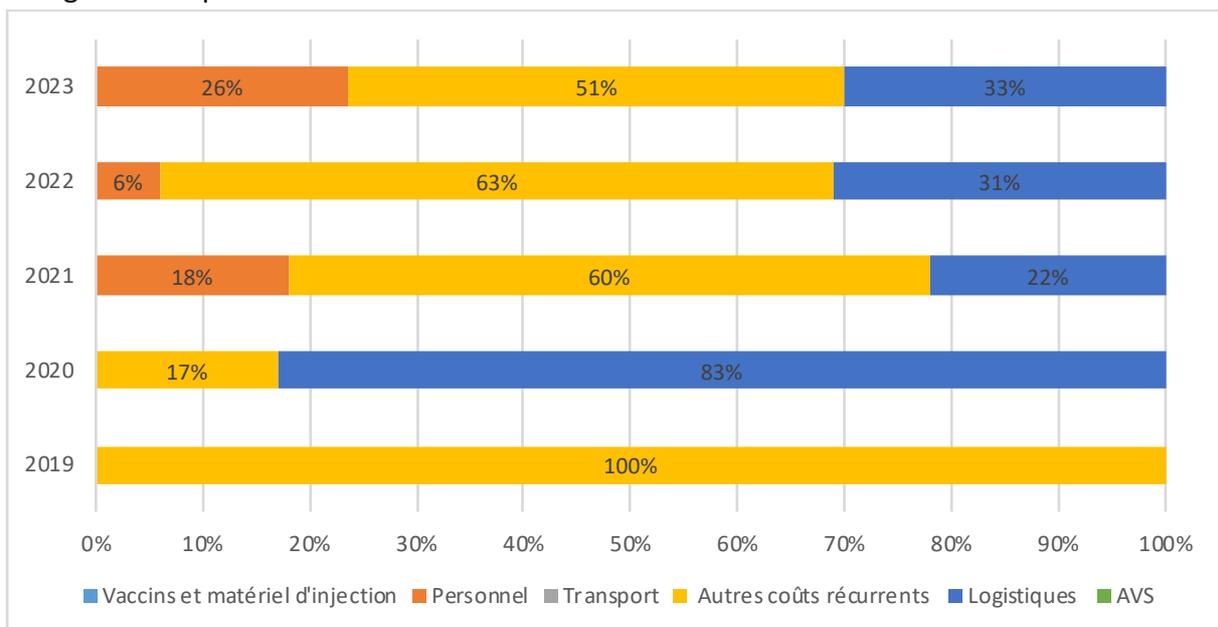


Figure 31: Détails des écarts financiers

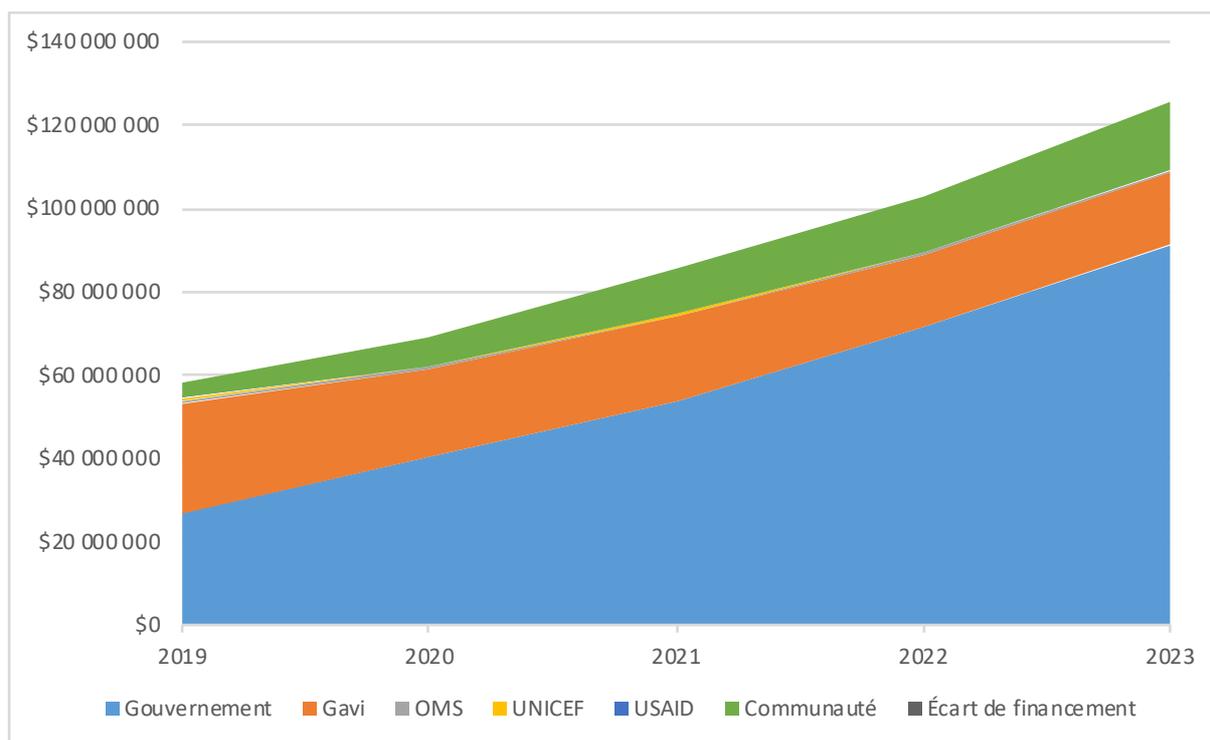


Figure 32: Répartition des écarts financiers avec financements assurés et probables (million \$ US)

VII.5 ANALYSE DE LA VIABILITE

Au total le PEV est financièrement viable. Les besoins futurs en ressources varient de 6,5% à 12,5% des dépenses totales de santé. L'écart financier reste inférieur à 0,5% des dépenses totales de santé. Alors que les dépenses de santé par habitant sont en moyenne de 55\$ US durant le plan. Les besoins en ressources pour le PEV par habitant seront de 5 \$US et représentent 0,4% de la richesse nationale (produit intérieur brut).

VIII. DIFFUSION, PLANIFICATION, SUIVI-EVALUATION

VIII.1 DIFFUSION DU PPAC

Le plan d'approbation et de diffusion du PPAC est le suivant :

- Avant sa finalisation, le plan sera présenté au CCIA et aux partenaires
- Le plan sera ensuite présenté au Ministre de la Santé et le au Ministre des Finances pour approbation afin de veiller à ce que le financement du plan fasse partie officiellement des différents engagements
- Le plan sera après son adoption, diffusé aux régions et districts après présentation lors de la première réunion bilan de l'année
- Une présentation à une plus large échelle sera organisée lors d'un forum public avec la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias. L'objectif de ce forum est de faire connaître les principaux buts et cibles du plan pluriannuel. Une distribution de versions abrégées du plan peut être envisagée.

VIII.2 ELABORATION DE PLANS ANNUELS

Chaque année un plan de travail annuel sera préparé et adopté par le niveau national. Ce plan sera diffusé et discuté lors de la réunion annuelle de revue de la situation et de la planification. Après la première année de mise en œuvre du plan, une analyse de la situation sera faite chaque année afin de réviser et d'adapter éventuellement les activités en fonction des observations recueillies.

Un accent particulier sera accordé à la revue des performances par district en vue de détecter les zones de faible performance en termes de couverture vaccinale, d'équité d'accès, de surveillance, de chaîne du froid ou de la logistique ou de toute autres composante du système de vaccination.

VIII.3 INTEGRATION ET RENFORCEMENT DES ACTIVITES LORS DE MA MISE EN ŒUVRE

Chaque année le niveau central du PEV va identifier toutes les interventions qui peuvent potentiellement être liées aux activités du PEV pour une planification conjointe et un partage des ressources. On peut citer : Les réunions de suivi, l'évaluation de la situation dans les districts, les ateliers de microplanification et les visites de supervision dans les districts. Au niveau des districts l'intégration se fait déjà au niveau des microplans et dans la mise en œuvre.

VIII.4 ÉTABLISSEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES AU PROFIT DES DISTRICTS

Après chaque bilan annuel, il sera possible d'assigner des priorités particulières à certains districts dans le souci de combler les déficits susceptibles d'affecter l'une quelconque des composantes du système de vaccination et, en particulier, les composantes des services de vaccination liées à la couverture sanitaire. Après analyse des performances districts auxquels accorder la priorité seront sélectionnés.

VIII.5 PLANIFICATION ANNUELLE ET SUIVI AUX NIVEAUX INFRANATIONAUX

Chaque année les districts élaborent des microplans qui intègrent les objectifs et activités du PEV. Ces plans sont élaborés à partir d'une analyse de situation et prennent en compte les objectifs nationaux assignés aux districts. Dans le cadre du passage à la stratégie atteindre chaque enfant dans chaque communauté, une attention particulière va être portée dans les microplans sur une documentation adéquate des communautés à haut risque ou non desservies.

Tous les postes de santé élaborent également des plans annuels de travail sur le même schéma.

Le suivi de la performance des districts se fait à travers l'analyse des données de routine transmises tous les mois et les réunions bilan trimestrielles. Les districts suivent les performances des centres de santé à travers les supervisions formatives et les réunions mensuelles de monitoring.

VIII.6 PLANIFICATION ET EXAMEN DU SUIVI

Une réunion de planification et d'analyse des performances de la vaccination est organisée une fois par trimestre avec la participation du niveau national, des régions et des districts ainsi que des partenaires. En fin d'année une réunion bilan est également organisée avec les mêmes participants. Ces réunions sont l'occasion d'évaluer le plan de travail des périodes précédentes en se basant sur les objectifs assignés. Elles permettent de discuter des réussites et des problèmes rencontrés. Les recadrages de la période suivante sont également arrêtés.

Des supervisions sont également prévues à tous les niveaux selon le rythme suivant :

Niveau central : chaque trimestre

Niveaux régional : chaque trimestre

Niveau district : chaque deux mois

Tableau XLIII: Plan de travail pour la première année de mise en œuvre du PPAC

Activités	Période 2019											
	T1			T2			T3			T4		
	janvier	fevr	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc
Immunisation												
Organiser une session de formation des médecins en GestProVac/AMP (Gestion des programmes de Vaccination)				15 - 26								
Organiser une session de formation des médecins en MLM/OMS												
Organiser 3 sessions de formation des Points focaux PEV des RM et DS sur le PEV et la SE												
Organiser session de formation des formateurs sur les PON/GEV				8 - 12								
Organiser huit sessions (une session par axe) de formation des ECR et ECD sur les PON/GEV				15 - 19								
Organiser une session de formation des Points Focaux PEV sur la LOGIVAC												
Organiser une session d'orientation et de planification des ECR/ECD sur l'analyse de l'équité en immunisation		4- 8										
Organiser une session de formation des formateurs sur l'application de gestion des stocks de LOGISTIMO												
Organiser une session de formation des utilisateurs sur l'application de gestion des stocks de LOGISTIMO au niveau de chacun des 77 districts du pays												
Organiser au niveau de chaque axe une session d'orientation et de planification des ECR/ECD sur l'approche ACE		11-15										
Organiser deux sessions de formation des Points Focaux de Santé Communautaires des DS sur le PEV/SE												
Organiser deux sessions de formation des BREIPS et des REIPS des DS sur le PEV/SE												
Organiser deux EPU sur le PEV à l'intention associations corporatives (ASGO/SOSEPED/PHARMACIEN et ANIIDES/ANSFE)			27 et 29									
Mettre en œuvre le projet de coaching des performances			25 - 29									

Organiser un atelier de révision des modules de formation PEV/SE													
Organiser une session de formation GEV													
Organiser deux sessions de formation des gestionnaires de dépôts des RM sur la cartographie des chambres froides													
Organiser une session de formation des agents de niveau central sur l'utilisation et la maintenance des équipement (du CCEOP)													
Organiser un atelier d'évaluation de la phase découverte du projet Parsyl	29 - 1 fev												
Organiser chaque semestre une réunion des Gestionnaires des dépôts de vaccins des RM			18-22										
Orienter les utilisateurs des TREKS et installer les TREK pour la phase d'extension du projet Parsyl au niveau des Unités de vaccination				29 - 4 mai									
Organiser une Supervision de la phase d'extension du projet Parsyl													
Supervision phase découverte du projet LOGISTIMO													
Organiser un atelier d'estimation des besoins de vaccins et de CDF (FORCAST)													
Elaborer le plan d'introduction du MenA													
Elaborer les outils de la Campagne HPV													
Mettre en œuvre la campagne de vaccination contre le HPV													
Organiser chaque trimestre une réunion du CCVS	23												
Organiser chaque semestre un atelier d'élaboration des rapports de la direction de la prévention	21-26												
Organiser une supervision post introduction du HPV au niveau des DS			4 - 9										
Organiser une supervison PEV/SE des régions de Saint-Louis, Kolda, Kédougou et Tamba													
Organiser chaque semestre une réunion du CCIA Politique													
Organiser la réunion bilan annuel PEV/SE			12-15										

Organiser chaque trimestre une reunion de monitoring PEV/SE													
Organiser l'Evaluation Post introduction (PIE) du vaccin anti HPV et du vaccin contre l'HepB dans le PEV de routine													
Organiser une mission de collecte des données pour l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV/SE				22-26									
Elaborer le plan d'amélioration de la qualité des données du PEV													
Organiser une auto-évaluation GEV													
Organiser une supervision de l'installation des équipements du CCEOP													
Organiser chaque mois une réunion mensuelle du comité logistique													
Organiser un atelier d'élaboration du rapport de performance Gavi et de la demande de renouvellement du soutien Gavi													
Organiser un atelier d'évaluation conjointe Gavi													
Appuyer l'organisation d'ateliers de partage et de planification opérationnelle au niveau des 15 districts prioritaires (micro plans)													
Reproduire les affiches PCV/Vinyl grand format sur le PEV													
Produire les supports audio visuels sur la vaccination													
Diffuser les supports audio visuels au niveau des médias													
Distribuer les supports de communication sur la vaccination													
Organiser 1 table ronde radio/télévision sur la vaccination /HVP avec les associations prof de santé RTS/TFM													
Produire et diffuser des témoignages de pédiatres du public et du privé en soutien au PEV													
Organiser 2 émissions et magazines spéciaux télévisuels consacrés au PEV de routine.													
Diffuser les témoignages de mères, grand-mères, pères, gardiennes d'enfants ou leaders d'opinion sur la vaccination, le suivi vaccinal sur radiotélévision													
Signer des contrats pour la location de panneaux lumineux pour la diffusion de messages													

sous différents formats (vidéos, affiches, etc.)													
Signer des contrats pour la location de panneaux géants pour la diffusion de messages sur le PEV													
Signer des contrats avec les sociétés de transport (Dakar/ Dem Dikk, Tata, etc.) pour la diffusion de messages													
Diffuser des messages à travers les réseaux sociaux pour sensibiliser les mères, pères, grand-mères, adolescents/jeunes sur le suivi vaccinal													
Diffuser régulièrement des messages sur la vaccination sur les sites web du MSAS													
Utiliser le numéro vert du MSAS pour la sensibilisation du public sur la vaccination													
Produire des argumentaires en collaboration avec les religieux (Atelier d'élaboration)													
Élaborer et signer des conventions avec les religieux (précisant leur contribution dans la sensibilisation sur le PEV													
Signer un contrat pour la couverture médiatiques des activités 2019													
Tenir des réunions trimestrielles du comité de mob-soc présidées par la DP/Chef du SNEIPS													
Le MSAS adresse aux Gouverneurs une lettre circulaire pour la mise en place de comité élargi de mob-soc du PEV et la tenue semestrielle de CRD													
Organiser 3 fora avec les parents d'élèves et IA/IEF/responsables enseignement privé catholique , responsables des GPF et Bdjenu Gox, Communicateurs traditionnels													
Relancer la participation de l'école dans les activités de suivi actif des cibles de la vaccination de routine par les élèves (Organisation des sessions d'orientation des acteurs de l'école) dans les districts prioritaires													
Organiser une réunion avec les réseaux (journalistes, communicateurs traditionnelles, Badjenu Gox, ONG pour intégrer le volet com- PEV dans leur Plan Action													

Organiser 2 réunions semestrielles de revue avec les ONG, DP et SNEIPS													
Organiser un atelier d'orientation/planification avec les membres du Réseau des journalistes en santé sur la promotion du PEV 2 jours			2e 15ne										
Soutenir les réseaux religieux pour développer et distribuer des argumentaires religieux sur le PEV/PFE à introduire dans leurs sermons et prêches													
Célébrer la Semaine Africaine de la Vaccination													
Organiser une série de réunions de plaidoyer avec les commissions santé/action sociale et finances de l'Assemblée Nationale sur le PEV et les besoins de financement													
Organiser/animer un CRD spécial de plaidoyer sur le PEV pour les 14 régions pour repositionner le PEV comme priorité stratégique													
Présenter à la signature du MSAS une note pour redynamiser le comité national multisectoriel de mob-soc													
Former les agents du SNEIPS, les BREIPS et les EIPS de districts sur L'utilisation du guide de CIP et le module de formation en techniques de communication sur le PEV													
Assurer 2 supervisions (semestrielle) pour le volet communication													
Surveillance épidémiologique													
Formation FETP de Base cohorte 9, 10 e t11	21-26 (9)		11 - 15(9)	29(9)	2(9) 20-25 (10)		8 - 12(10)	26 - 29(10)	30 (11)	5(11)	04 - 08(11)	16- 19(11)	
Formation FETP intermédiaire		11-13;25	9	15-27		10 15	29	3	16- 28				
Orientez les point focaux de départements One Health si disponible ou les point focaux de surveillance de district le cas échéant sur le tableau de bord mInfoSante date à préciser													
Organiser tous les 6 mois une mission de 5 jours de supervision formative en SIMR des agents de santé (Hôpital)			18-22						9- 13				
Organiser une session de formation de 3 jours des ECR et ECD sur l'utilisation des SOP et guides SIMR de poche				9 au 11									

Organiser 77 sessions de 3 sessions de formation des points focaux surveillance des districts et postes sur les SOP et guides SIMR de poche					7,8 et 9							
Organiser la formation en SIMR et analyse des données des points focaux surveillance des structures militaires et privées des 13 autres régions du Sénégal							1 au 5					
Imprimer 3000 copies de SOP et 2000 guides SIMR de poche		1 au 15										
Organiser un atelier de 5 jours pour mettre à jour et valider la grille standardisée de supervision formative en SIMR des agents de sante			11 au 15									
Former les points focaux surveillance des hôpitaux a la saisie et analyse des données de SIMR dans la plateforme DHIS2 en 4 sessions de 5 jours							1 au 28					
Organiser chaque trimestre avec les points focaux SIMR des Hôpitaux et l'ECD une réunion de coordination de 2 jours pour partager, réviser et valider les données de SIMR saisies dans le DHIS2				25 et 26			25 et 26			24 et 25		
Organiser un atelier de planification de l'intégration des données de surveillance et de laboratoire dans le DHIS2(DP/DSSIS et DL)							22 au 26					
Organiser quatre réunions de coordination surveillance épidémiologique			27 au 29			26 au 28			25 au 27			18 au 20
Organiser douze réunions d'harmonisation des bases		5 au 7	27	24	29	26	31	28	25	30	27	26
Organiser douze réunions du groupe technique restreint		7 et 8	21	18	23	20	30	21	18	23	20	18
Organiser des réunions avec le comité des experts	16		20					14				11
Extension sites Axe Touba/Kaffrine		1 au 10										
Extension sites Axe Sédhiou/Kolda			1 au 10									
Extension sites Axe Rosso(Richard Toll)			13 au 18									
Supervision conjointe sites sentinelles MSAS/IPD	28	14	4 au 29									
Assurer l'extension de la SBC au niveau des 11 régions.												
Organiser des ateliers d'orientation des prestataires de santé sur la surveillance à base communautaire												

Organiser un atelier d'orientation ECR/D et des prestataires de santé sur la surveillance à base communautaire			8 au 30									
Organiser un atelier d'orientation des membres de la direction sur la surveillance basée sur les événements		12 au 15										