

UNION DES COMORES
Unité – Solidarité – Développement

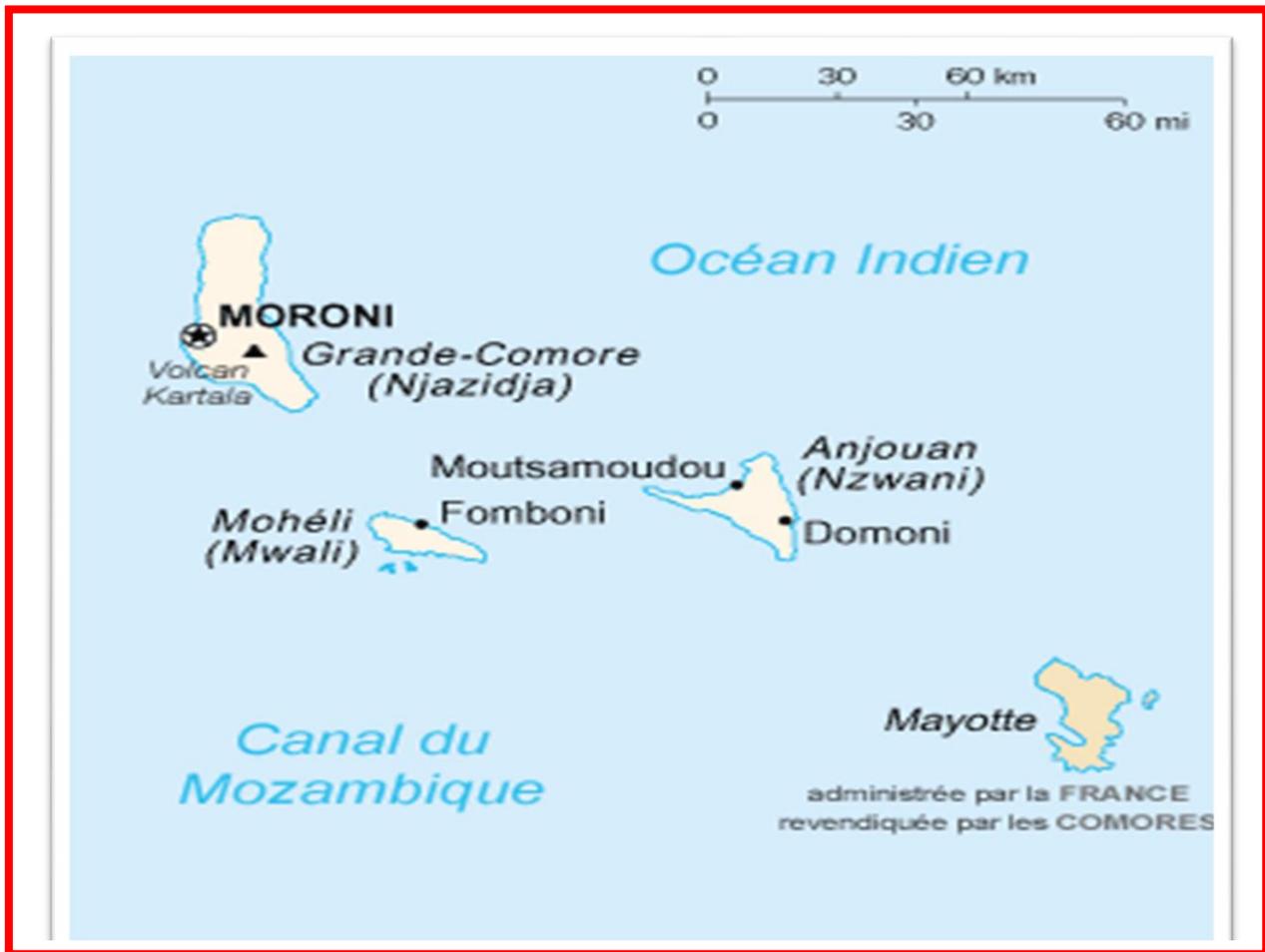
Ministère de la Santé, de la
Solidarité, de la Protection Sociale
et de la Promotion du Genre



جمهورية القمر المتحدة
وحدة - تضامن - تنمية

وزارة الصحة والتضامن و التماسك الاجتماعي
ومشاركة المرأة

PLAN PLURIANNUEL COMPLET DUPROGRAMME ELARGI DE VACCINATION 2017-2021



Révisé en Mai 2017



LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
ARN	Autorité de Régulation Nationale
BCG	Bacille de Calmette Guérin
BE	Budget de l'Etat
BN	Budget National
BS	Budget de la Santé
CAMUC	Central d'Achat de Médicaments de l'Union des Comores
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CNC	Comité Nationale de Certification
CNEP	Comité Nationale d'Expertise pour la Poliomyélite
CNPEV	Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination
CPN	Consultation Prénatale
CSD	Centre de Santé de District
DS	District Sanitaire
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTC-HépB-Hib	Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Haemophilus influenzae
DSRP	Document des stratégies de réduction de la pauvreté.
EMSP	Ecole de Médecine et de Santé Publique
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIVS	Global Immunization Vision and Strategies
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae de type b
JNV	Journée Nationale de Vaccination
MAPI	Manifestations Adverses Post-Immunsation
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MLM	Medium Level Management
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCV	Pastille de Contrôle des Vaccins
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissement Public
PNS	Politique Nationale de Santé
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PS	Poste de Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDSIS	Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaires
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIS	Système Nationale d'Information Sanitaire
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal

TNN	Tétanos Néonatal
TOFE	Tableau des opérations financières de l'Etat
UI	Unité Internationale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population et l'Action
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	United States Dollars
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique
VIH	Virus Immunodéficient Humain
Vit A	Vitamine A
VPO	Vaccin Polio Oral

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des structures de santé par type et par île	3
Tableau 2: Récapitulatif des effectifs du personnel clé de 2005-2015	5
Tableau 3 : Taux de promptitude/Complétudes des données PEV Décembre 2016 . 22	
Tableau 4 : Calendrier vaccinal, supplémentation en vitamine A et déparasitage chez les enfants de moins de 5 ans. 5	
Tableau 5: Couverture vaccinale des principaux antigènes de 2010 à 2016 (%) 6	
Tableau 6: Données administratives et WUENIC 2012 à 2016 7	
Tableau 7: Couverture de l'Enquête de Couverture Vaccinale 2016.....	25
Tableau 8: Indicateurs des prestations de services	28
Tableau 9: Performance des districts par catégorie en 2016.....	29
Tableau 10: Capacités de stockage requises au niveau central.	38
Tableau 11: Capacités de stockage au niveau régional.....	32
Tableau 12: Tableau général des indicateurs de la GEV.	33
Tableau 13: Tableau récapitulatif du parc automobile.....	37
Tableau 14: Evolution du nombre de cas suspects de Rougeole/Rubéole notifiés au cours des 10 dernières années	37
Tableau 15 : Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2010 ainsi que la supplémentation en Vitamine A	38
Tableau 16: Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2013 ainsi que la supplémentation en Vitamine A ...	39
Tableau 17 : Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2016 ainsi que la distribution en moustiquaire imprégnées de longue durée	39
Tableau 18: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV	44
Tableau 19: Priorisation des problèmes par composante	55
Tableau 20: Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021	70
Tableau 21: Objectifs, activités et indicateurs pour le suivi du niveau de réalisation des activités planifiées	81
Tableau 22: Plan d'action pour l'année 2017.....	108

LISTE DES FIGURES

Fig. 1: Carte de l'archipel des Comores.....	4
Fig.2 : Couverture vaccinale des principaux antigènes de 2010 à 2016 (%).....	4
Fig.3 : Couverture vaccinale BCG/ Penta 3/VAR données administratives 2012 à 2016.....	5
Fig.4 : Couverture Vaccinale Penta 3 selon WUENIC 2012 à 2016.....	6
Figure 5 : Taux d'abandon en % en 2016 entre DTC1 et DTC3 par district.....	26
Figure 6 : Pourcentage de filles et de garçons complètement vaccinés selon les districts en 2016.....	27
Figure 7 : Performances des 17 districts pour le PENTA 3 en 2016.....	27
Fig.8 : Evolution des taux d'abandon en Union des Comores 2010 à 2016.....	29
Figure 9: Evolution du nombre de cas de PFA notifiés de 2012 à 2016 par région.....	36
Figure 10: Evolution du nombre de cas suspects de Rougeole/Rubéole notifiés au cours des 10 dernières années.....	38
Figure 11 : Profil des coûts de la vaccination en 2015.....	101
Figure 12: Profil de financement de l'année de base (coût partagés et campagnes)	102
Figure 13: Projection de futur besoins en ressources (coûts partagés exclus).....	103

TABLE DES MATIERES

PREFACE

Contenu

I. Introduction	11
II. Contexte général du pays.....	12
A. Situation géographique	12
B. Données démographiques.....	13
C. Situation économique	13
D. Organisation institutionnelle.....	14
1. Réforme Institutionnelle du secteur de la santé	14
2. Ressources humaines :	16
3. Système d'Information Sanitaire (SIS).....	16
4. Coordination et collaboration intersectorielle :.....	17
III. La situation épidémiologique	18
IV. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la politique nationale de santé (PNS).....	18
A. Financement de la santé.....	19
B. Procédures de budgétisation et d'exécution	20
V. Analyse de la situation du PEV	22
A. Les prestations de service et performances du programme.....	22
1. Evolution de la couverture vaccinale et de l'équité	23
2. Offre de service de vaccination.....	25
3. Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies	30
B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique.....	31
1. Approvisionnement et qualité des vaccins.....	31
2. Stockage et conservation.....	31
3. Gestion des stocks.....	32
4. Sécurité de la vaccination	33
5. Matériel roulant.....	34
6. Autres équipements.....	34
7. Maintenance	34
C. La surveillance des maladies évitables par la vaccination	34
1. Le système de surveillance épidémiologique	35
2. L'éradication de la poliomyélite	35
3. La surveillance du tétanos néonatal	37
4. La surveillance de la rougeole	37
D. Communication	39
E. Gestion du programme et cadre institutionnel.....	40
1. Coordination et partenariat	40
2. Ressources humaines	40
3. Suivi/ Supervision/ Evaluation.	41
4. Intégration	42
F. Le Financement de la vaccination	42
G. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV.....	44
1. Gouvernance	44
2. Génération de la demande.....	45
3. Equité, accès et couverture des prestations	46

4.	Approvisionnement et logistique	49
5.	Intégration	50
6.	Recherche et Innovation	52
7.	Financement	53
8.	Surveillance.....	54
VI.	Prioritisation des problèmes, Vision et Objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021	55
A.	Priorisation des problèmes.....	55
B.	La Vision.	63
C.	Objectif Général	63
D.	Stratégies et objectifs spécifiques du Plan Pluriannuel Complet	63
	Axe stratégique 1 : Gouvernance	63
1.1.	Objectifsspécifiques.....	63
1.2.	Interventions	64
	Axe stratégique 2 : Génération de la demande.....	64
2.1.	Objectifs spécifiques :	64
2.2.	Interventions	66
	Axe stratégique 3 : Equité, accès et couverture des prestations.....	65
3.1.	Objectifs spécifiques :	65
3.2.	Interventions	66
	Axe stratégique 4 : Approvisionnement et logistique	66
4.1.	Objectifs spécifiques :	66
4.2.	Interventions	68
	Axe stratégique 5 : Intégration	67
5.1.	Objectifs spécifiques :	67
5.2.	Interventions	70
	Axe stratégique 6 : Financement.....	67
6.1.	Objectifs Spécifiques :	67
6.2.	Interventions	70
	Axe stratégique 7 : Recherche et innovation.....	68
7.1.	Objectifs Spécifiques :.....	68
7.2.	Interventions	70
	Axe stratégique 8 : Surveillance et Gestion de donnée	68
8.1.	Objectifs Spécifiques :.....	68
8.2.	Interventions	71
VII.	Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021 de l'Union des Comores.....	70
1.	Gouvernance	70
2.	Génération de la demande.....	72
3.	Equité, accès et couverture des prestations	73
4.	Approvisionnement et logistique	74
5.	Intégration	76
6.	Financement.....	77
7.	Surveillance et Gestion de donnée	78
8.	Recherche et innovation.....	80
VIII.	Suivi et évaluation	81
1.	Gouvernance	81
2.	Génération de la demande.....	85
3.	Equité, Accès et Couverture des Prestations.....	87
4.	Approvisionnement et logistique	89

5.	Intégration	94
6.	Financement	95
7.	Recherche et Innovation	96
8.	Surveillance et Gestion des données	96
IX.	Analyse des coûts et du financement du Programme	105
A.	Le profil des coûts du programme pour l'année de base.	105
B.	Le financement du programme pour l'année de base.	106
C.	Les Coûts du Programme de 2017 à 2021.	107
D.	Le financement du programme de 2007 à 2011.....	108
E.	La viabilité du programme et les stratégies de mise en œuvre du PPAC	108
1.	Au niveau de l'Etat	108
2.	Au niveau des partenaires	109
X.	ANNEXE 1 : PLAN D'ACTION POUR L'ANNEE 2017	105
1.	Gouvernance	105
2.	Génération de la demande.....	106
3.	Equité, accès et couverture des prestations	107
4.	Approvisionnement et logistique	108
5.	Intégration	108
6.	Financement	109
7.	Surveillance.....	109

Préface

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été mis en place depuis 1986 par le Gouvernement Comorien et les partenaires au développement sanitaire afin de réduire la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination surtout chez les femmes et les enfants. Durant les années 80 et 90, des résultats satisfaisants en matière de couverture vaccinale ont été enregistrés dans le pays. Ce programme est l'une des priorités du Gouvernement en matière de Santé Publique.

La recherche mondiale dans le domaine de la vaccination a permis de mettre en place ces dernières années de nouveaux vaccins dont les coûts des services de qualité ne cessent de croître.

Face au nouveau contexte mondial et national, y compris l'introduction des nouveaux vaccins, en janvier 2015 le pays a introduit le vaccin polio inactivé (VPI). Afin de garantir aux enfants comoriens l'accès permanent à des services de qualité qui sont à la base de la promotion de leur survie et leur développement. Le Ministère de la Santé a élaboré un Plan Pluri Annuel complet (PPAc) du PEV couvrant la période 2017 à 2021 en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers.

Ce plan qui a pris en compte les objectifs contenus dans le Plan d'Action Mondial pour la Vaccination (GVAP) est destiné à assurer la pérennisation des interventions en Union des Comores. Le plan pluriannuel complet présenté ci-après est donc d'une importance capitale pour la survie des enfants. Il est le fruit d'un travail collectif mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant tous les acteurs au développement sanitaire. Le défi à relever, est l'immunisation complète et correcte des enfants à travers un PEV performant avec l'appui de ses partenaires.

Le Gouvernement saisit par ailleurs la présente opportunité pour exprimer toute sa gratitude aux partenaires au développement pour les efforts entrepris en vue d'assurer le financement et la disponibilité de vaccins de qualité pour les Comores. Il est confiant que le présent PPAc apportera une contribution importante au renforcement du PEV en offrant une nouvelle vision du financement des vaccinations aux Comores.

Résumé

L'Union des Comores a adopté une stratégie de croissance accélérée de développement durable (SCA2D) 2017 - 2021 dont la vision est de fournir l'accès **de tous aux services sociaux de base de qualité**.

Le but de ce présent Plan Pluri Annuel Complet 2017-2021 est de **réduire le risque de décès chez les enfants à travers le relèvement de la couverture vaccinale complète de 80 à 90%**, et assurer la couverture dans tout le pays en matière de **prise en charge intégrée des maladies de l'enfance**.

Face à ce défi, le gouvernement Comorien, conscient de **l'impact de la vaccination sur la réduction** de la morbidité et de la mortalité des enfants et adolescents et fort de ses **engagements dans les Objectifs de Développement Durable (ODD)**, a fait du Programme Elargi de Vaccination une priorité nationale.

La stratégie présentée dans le ce document est basée d'une part sur les 05(cinq) composantes opérationnelles du système de vaccination à savoir la prestation des services, la communication pour le développement, l'approvisionnement en vaccin de qualité, la logistique et la surveillance épidémiologique, et d'autre part sur les 03(trois) composantes d'appui PEV à savoir la gestion du programme, le financement et le renforcement des capacités. C'est une continuité des anciens plans stratégiques du PEV. Il se situe dans la période couverte par le Plan National de Santé (PNS) 2015-2019 et le SCA2D 2017-2021 dont tous en cours de révision.

Les objectifs spécifiques s'articulent autour des 6axes stratégiques ci-après :

- Engagement pour l'immunisation à travers la législation et la bonne gouvernance ;
- Demande croissante à travers l'amélioration de la compréhension de la communauté sur l'importance et la valeur ajoutée des vaccins ;
- Equité sur l'accès et la couverture des prestations ;
- Intégration ;
- Viabilité financière ;
- Recherche et innovation.

A travers ce plan, le PEV se propose de contribuer à la réduction de la mortalité infantile en réalisant annuellement, une couverture vaccinale nationale de 90% pour chaque antigène et d'au moins 80% dans chaque district sanitaire pour chaque antigène.

Au cours de la période qui couvre ce plan, les Comores se proposent d'améliorer les performances actuelles du PEV de routine et la préparation à l'introduction des nouveaux vaccins à savoir la Rougeole – Rubéole (RR) et le Pneumocoque.

La projection des besoins en ressources financières est estimée à \$ 7 227 842

Le financement du PEV est reparti en grande partie entre le gouvernement et ses principaux partenaires du PEV à savoir : GAVI, l'OMS, l'UNICEF.

I. Introduction

La vaccination des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne constitue une des priorités des politiques et stratégies sanitaires de la sous-région, notamment avec l'introduction des nouveaux vaccins, l'éradication de la Poliomyélite, et le financement innovant. La politique Nationale de santé(PNS) 2015-2024, inscrit les directives et les stratégies en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies évitables par la vaccination.

La couverture vaccinale en Penta 3 aux Comores est de 75.3 % en 2016. Le pays s'est fixé comme but de réduire le risque de décès chez les enfants à travers la couverture vaccinale qui doit atteindre 90% pour chaque antigène.

Le présent Plan Pluri Annuel Complet 2017-2021 va permettre d'améliorer les principaux indicateurs en termes de couverture vaccinale, de fiabilité de la chaîne de froid, de renforcement des capacités du personnel de santé, de la sécurité vaccinale, du renforcement de la surveillance et de la pérennité du financement.

Le document élaboré suivant le Guide OMS/UNICEF constitue un outil de référence et de gestion qui s'articule autour des chapitres suivants :

- Contexte général du pays
- Analyse de la situation du Le Programme Elargi de Vaccination
- Priorisation des problèmes
- Vision et Objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021
- Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021 de l'Union des Comores
- Suivi et évaluation

II. Contexte général du pays

A. Situation géographique

Les Comores, Archipel volcanique, situées à l'entrée Nord du canal du Mozambique entre l'Afrique orientale et Madagascar, couvre une superficie de 2237 km². Elles sont formées de Quatre îles : Ngazidja (Grande Comore), Ndzuani (Anjouan), Mwali (Mohéli) et Maore (Mayotte) qui reste encore sous administration française. La superficie des trois Iles indépendantes formant l'Union des Comores est de 1861 km², soit respectivement 1148 km² (Ngazidja), 290 km² (Mwali) et 424 km² (Ndzuani).

Le pays est doté d'une riche diversité physique. Son climat tropical est caractérisé par deux grandes saisons : une saison chaude et humide, entre novembre et mars-avril, marquée par de fortes pluies et de violents cyclones, nommé « kashkasi ». Pour le reste de l'année, l'archipel connaît une saison sèche et fraîche caractérisée par des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé « Kusi » avec des températures variant entre 24°C et 27°C.

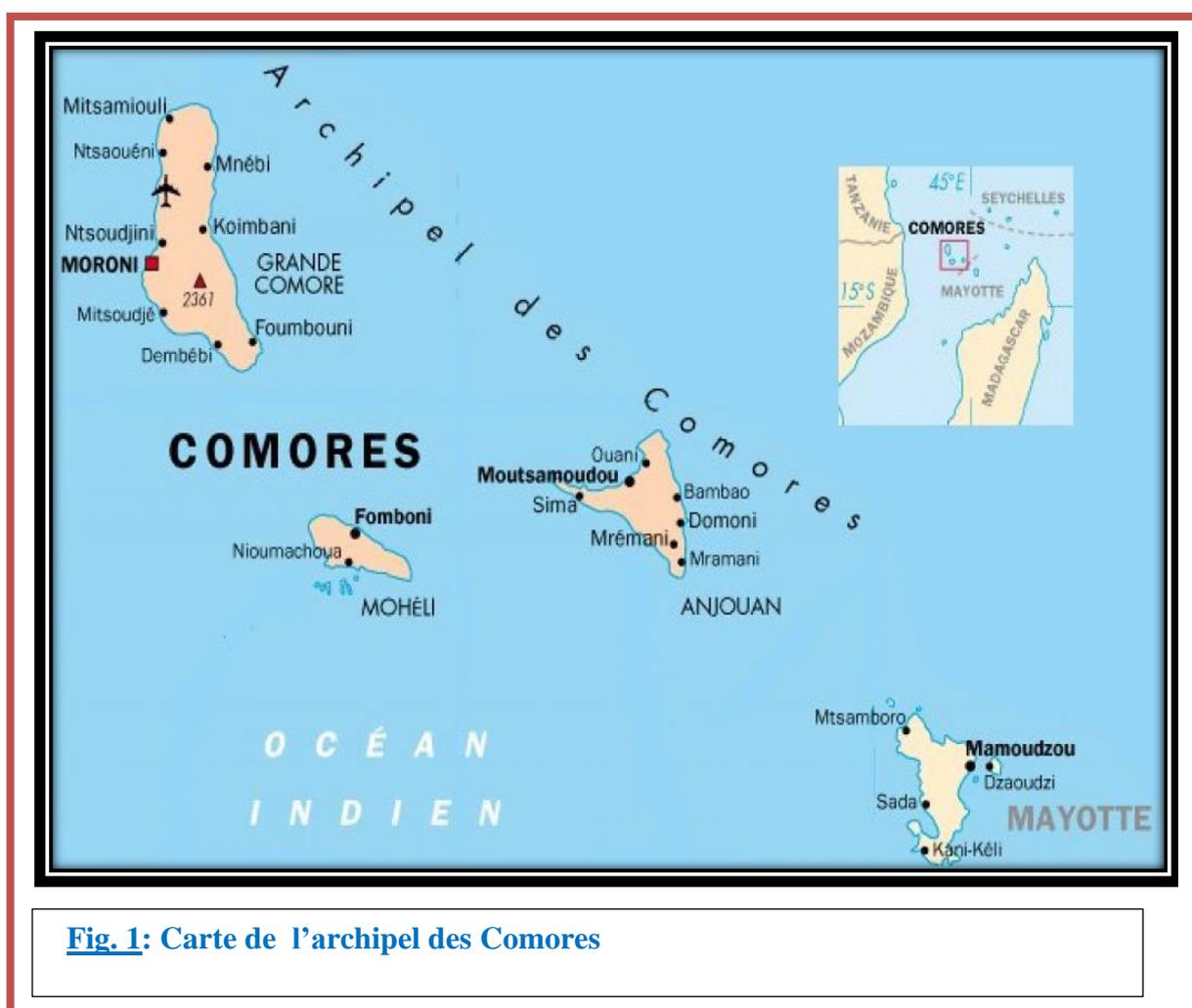


Fig. 1: Carte de l'archipel des Comores

B. Données démographiques

Selon la projection du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2003) la population de l'Union des Comores en 2017 est estimée à 828 147 habitants répartie de la façon suivante : Mwali pour 55 404 habitants, Ndzouani pour 350 859 habitants et Ngazidja pour 421 884 habitants, soit une densité moyenne de 370 habitants au km² pour les trois îles. Cette population est très jeune puisque la proportion des jeunes de moins de 20 ans représente 50,2%. Les femmes en âge de procréer représentent 25,0% de la population totale. L'âge moyen de la population est de 24,1 ans. Une telle structure par âge ne va pas sans poser d'énormes défis au pays, surtout dans la prise en charge de la jeunesse en matière d'éducation, de santé, de nutrition, de formation professionnelle, d'emploi, de loisirs.

Le rapport de dépendance (les enfants de moins de 15 ans et les vieillards de plus de 64 ans rapportés à la population de 15-64 ans) est de 75,7% avec une différence notable entre le milieu urbain 62,3 % et le milieu rural 85,1 %. Ces chiffres restent très élevés si l'on tient compte du faible taux brut d'activité de la population comorienne qui est estimé à 25,3 %. De plus, cette population reste majoritairement rurale, à plus de 62%, ce qui a pour enjeu le déploiement efficace des ressources sanitaires.

Selon le rapport de l'EDS-MICS 2012, le taux brut de natalité et le taux global de fécondité s'établissaient respectivement à 32,3 pour mille (27,7 pour mille en milieu urbain et 34,5 pour mille en milieu rural) et 141 pour mille (116 pour mille en milieu urbain et 154 pour mille en milieu rural). L'indice synthétique de fécondité est de 4,3 enfants par femme. Cette fécondité est plus importante en milieu rural (4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants par femme)

C. Situation économique

L'Union des Comores fait partie des Petits Etats Insulaires en Développement. Son Indice de Développement Humain (IDH)¹ est estimé à 0,497 en 2015. Ainsi, le pays est classé au 160^{ème} rang sur 188 pays.

Selon le rapport de la Banque Centrale de 2015, un ralentissement de l'activité était observé au second semestre de l'année 2014 et s'est poursuivi tout au long de l'année 2015. Il a été accentué par la persistance des difficultés énergétiques et la faible exécution du plan d'investissement public. Le taux de croissance du PIB qui était projeté à 3,2% est ressorti à 1% en 2015 contre 2,1% en 2014 et après 3,5% en 2013.

Toutefois, la dynamique économique des Comores n'a pas modifié structurellement les bases de son économie qui reste dominée par le secteur agricole (agriculture, forêt et pêche), lequel représente près de la moitié du PIB. Le secteur secondaire, BTP inclus, a enregistré une légère progression depuis 2010 en se maintenant au-dessus de 12 % du PIB. Enfin, le secteur des services a connu un recul depuis 2008, passant sous la barre des 40 % du PIB.

Avec un taux de croissance démographique de 2.1 %, le niveau de croissance enregistré n'est pas suffisant pour soutenir une augmentation du revenu réel par habitant, réduire la pauvreté et le chômage des jeunes. Le taux de pauvreté estimé reste élevé : 45.6 % en 2012 contre un objectif OMD (objectifs du Millénaire pour le développement) de 31.5 % à l'horizon 2015. En outre, la croissance affichée contribue peu à la création d'emplois. Le taux de chômage est

estimé à 14.3 % dans la population générale, celui des jeunes de moins de 25 ans atteignant 44.5 % de la population active.

D. Organisation institutionnelle

Le rétablissement de la stabilité politique et institutionnelle retrouvé à la suite du processus de consolidation de la paix et de la démocratie engagé depuis 2001 a permis au Gouvernement de créer les conditions nécessaires pour le développement socioéconomique et la mise en place d'un cadre politico-institutionnel viable répondant aux aspirations de la population et de lancer d'importants chantiers pour son développement.

1. Réforme Institutionnelle du secteur de la santé

Le secteur sanitaire en Union des Comores est régi par la loi N°94-016/AF, portant cadre général du système de santé et définissant les missions du service public de la santé et l'arrêté n°09-032/MSSPG/CAB du 03 décembre 2009 portant carte sanitaire.

Le dispositif du système de santé mis en place est pyramidal et comprend trois (3) niveaux : niveau central, régional et périphérique avec des pôles de santé. Il est à noter que cette partie est traitée par niveau conformément à la pyramide sanitaire.

a) Au niveau central

Le niveau central du Ministère chargé de la santé comprend le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général (incluant la Direction Administrative et Financière), l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé (incluant la Direction des Etablissements de Soins Publics et Privés, la Direction de la Lutte contre la Maladie, la Direction de la Lutte contre le SIDA, la Direction de la Santé Familiale et Infantile et la Direction de la Promotion de la Santé), la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires (incluant la Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires et la Direction des Etudes, de la Planification et de la recherche). Il est à noter que des programmes nationaux prioritaires rattachés à la Direction de lutte contre la maladie existent, entre autres :

- Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP),
- Programme National de Lutte contre la Lèpre et Tuberculose (PNLT),
- Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC),
- Programme National de Lutte contre la filariose, (PNLF)
- Programme Elargi de Vaccination (PEV),

Des établissements de santé autonomes sont à la tutelle directe du niveau central, notamment, l'Office Comorien de Pharmacie (Ocopharma), le Centre Hospitalier National El-Maarouf, l'Hopital de Bambao Mtsanga et les 3 Centres Hospitaliers de Référence Insulaires (Hombo, Fomboni et Sambakouni)

Il y a lieu de souligner qu'au niveau du PEV, l'unité de surveillance des maladies évitables par la vaccination a été intégrée depuis le mois de Juin 2015. La mission principale assignée à cette unité de surveillance est d'éradiquer la Polio, d'éliminer le tétanos et la rougeole

Le Ministère chargé de la Santé dispose d'une unité nationale de la surveillance épidémiologique qui bénéficie d'un appui technique et financier des partenaires au développement (OMS, Commission de l'Océan Indien (COI)). Cette unité est représentée au niveau des îles par des points focaux qui inter agissent avec les équipes des Centres de Santé de District.

b) Au niveau régional :

Il y a le Commissariat en charge de la santé (SG, IRS et DAF) et la Direction Régionale de la Santé (avec des chefs de programme). Le Centre Hospitalier de Référence Insulaire est une structure gérée par le niveau central.

c) Au niveau des districts de santé :

Les institutions en présence sont les hôpitaux de pôle, les Centres de Santé de District et les Postes de santé. La gestion des CSD est confiée à des comités de gestion et sont administrés par un Conseil d'Administration et l'équipe technique de santé du district. Quant aux postes de santé, ils sont aussi administrés par les autorités de la santé de l'île avec le concours de la communauté. Infrastructures sanitaires

L'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins dans un rayon de 5 km est estimée à 45% en Ngazidja, 74% à Ndzouani et 69% à Mwali soit une moyenne nationale de 63%. L'ensemble de la population comorienne a accès à une structure de soins de santé dans un rayon de 15 km.

Le pays compte : deux (2) Centre Hospitalier National (CHN), trois (3) Centres Hospitaliers de Référence Insulaire (CHRI), trois (3) Hôpitaux de pôle, deux (2) Centres Médico-chirurgicaux), quatorze (14) Centres de Santé de District, 3 Centres de Santé Familiale et 48 Postes de Santé. L'organisation de l'offre de soins aux Comores est basée sur le principe de district sanitaire. Ainsi, en référence à la carte sanitaire fixée par arrêté 09-032/MSSPG/CAB, le territoire est découpé en Régions Sanitaires, en Pôles Sanitaires et en Districts Sanitaires, occupés par un Centre de Santé avec un réseau de Postes de Santé. Un ensemble de districts réfèrent leurs malades à un hôpital de Pôle. Chaque île possède un Centre Hospitalier de Référence Insulaire (CHRI de Fomboni, CHRI de Hombo et CHRI de Sambakuni). Il existe deux (2) Centres Hospitalier National (CHN El Maarouf et Hôpital de Bambao Mtsanga).

Tableau 1 : Répartition des structures de santé par type et par île

Structures de santé	Mwali	Ndzouani	Ngazidja	Union des Comores
Centre Hospitalier National		1	1	2
Centres Hospitaliers Régional Insulaire	1	1	1	3
Centres Médico-chirurgicaux	1	2	1	4
Hôpitaux de pôle		1	2	3
Centre de Santé de District	3	5	7	15
Centre de Santé Familial			2	2
Poste de Santé	5	17	24	46
Centres caritatifs et confessionnels	2	3	4	9

Source : Annuaire statistique 2014-2015, DISS, Ministère de la santé, 2016,

Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont très bas. Ils sont de 14,7%, de 20,21% et 8,92% respectivement à Ngazidja, à Ndzouani et à Mwali pour une moyenne nationale de 10,25%.

2. Ressources humaines :

Les Ressources Humaines en Santé sont sous la responsabilité directe du Secrétaire Général du Ministère de la Santé à travers la Direction Administrative et Financière. Il existe un Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé 2010-2014. Pour assurer la coordination et la collaboration en matière des ressources humaines en santé, il est créé au sein du Ministère de la santé des Comités de pilotage et un Observatoire des Ressources Humaines en Santé en Union des Comores.

En outre, depuis 2001, un recensement du personnel de santé se réalise à tous les niveaux y compris dans le secteur privé avec la facilitation des points focaux en charge des ressources humaines au niveau des Iles. Un outil de collecte est utilisé depuis 2007 en vue de produire un rapport de situation du personnel de santé tous les deux ans.

Tableau 1 : Récapitulatif des effectifs du personnel clé de 2005-2015

Catégories	2005	2007	2009	2012	2015
Médecins y compris les spécialistes dont 4 épidémiologistes	115	123	121	188	224
Pharmaciens	15	17	18	29	27
Dentistes	17	19	21	27	24
Infirmiers Diplômés d'Etat	157	189	252	338	467
Sage femmes d'Etat	107	168	199	238	498
Techniciens de laboratoire et assimilés	44	72	100	60	152
Autres catégories				673	1 552
Total	455	588	711	1 553	2 944

Source : Annuaire statistique 2014-2015, DISS, Ministère de la santé, 2016

En effet, le développement des ressources humaines pour la santé constitue certes une préoccupation des plus hautes autorités sanitaires du pays, mais le manque des moyens adéquats freine les progrès attendus. La proportion des agents de santé les plus qualifiés continue d'évoluer progressivement depuis 1992 à 2015. La tendance la plus forte concerne, en valeur absolue, les médecins (généralistes et spécialistes), les infirmiers et Sages-femmes diplômés d'État.

3. Système d'Information Sanitaire (SIS)

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), qui constitue une composante incontournable du système de santé, reste peu performant. Cette situation est particulièrement préoccupante si l'on considère que le SIS joue un rôle crucial dans la mise en œuvre des politiques et stratégies de développement sanitaire.

Tableau 3 : Taux de promptitude/Complétudes des données PEV Décembre 2016

Région	Promptitude (%)	Complétude (%)
Ngazidja	78	100
Ndzouani	81	100
Mwali	81	100
Comores	80	100

Sources : CNPEV

Certes, depuis 2013, un cadre normatif du système d'information sanitaire est mis en place avec l'introduction d'un outil de gestion (GESIS) au niveau des régions et districts.

Le Ministère chargé de la santé s'est doté également depuis 2014 d'un Plan de Développement du Système National d'Information Sanitaire qui couvre la période 2015-2019 et qui permet ainsi au secteur de la santé de disposer des données statistiques nationales fiables. Mais les données recueillies sont encore incomplètes. Il s'appuie sur d'autres structures telles que l'Institut National des Statistiques, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), le Commissariat Général au Plan (CGP).

Il s'avère toujours que le problème des données statistiques reste entier et empêche entre autres le PEV d'être opérationnel et performant en vue de répondre en temps utile. Au niveau central, les agents chargés de la collecte, de la saisie et de l'analyse des données mensuelles du PEV ne relève pas de la CNPEV, mais de la DISS. Au niveau régional et des districts, le problème ne se pose pas.

Au regard de cet état de fait, il y a lieu d'intégrer et de renforcer les capacités pour la collecte et l'analyse des données de routine du PEV à la CNPEV, afin de disposer d'une base de données de routine qui permettra d'agir en temps réel.

4. Coordination et collaboration intersectorielle :

Le Ministère de la santé dispose d'instances de coordination pour la validation technique, l'adoption politique et la mise en œuvre des politiques et stratégies dans le domaine de la santé :

- Le Comité National de la Santé (CNS), présidé par le Ministre de la santé, est l'organe suprême d'orientation et de prise de décision ;
- Le Comité National d'Ethique, des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESS) ;
- Le Comité National de la lutte contre le SIDA (CNLS), présidé par le président de la République, dont la mission est le coordonner et d'orienter les interventions de lutte Le Comité Technique National de la Santé (CTNS) présidé par le Secrétaire Général est l'organe technique qui est chargé du suivi et de la coordination technique des programmes Santé ;
- Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), présidé par un membre élu, est chargé du suivi et de la coordination des activités de vaccination ;
- Le CCM (Country coordinating Mechanism) ou l'Instance Nationale de Coordination des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ;
- Les Comité de pilotage (RHS, Comptes nationaux de la santé, SR, etc.) ;
- L'Observatoire des ressources humaines en santé.

III. La situation épidémiologique

La situation épidémiologique de l'Union des Comores est actuellement dominée, selon l'EDS-MICS2012, par les maladies diarrhéiques (16,6%), le paludisme dont la prévalence a régressé ces derniers temps (8,9%) et en dernier lieu les infections respiratoires aiguës (2,8%). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité relativement importante surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles constituent également une préoccupation majeure malgré le niveau relativement bas de leurs prévalences.

D'autres maladies comme la tuberculose et la lèpre sont également considérées comme des maladies prioritaires en santé publiques. L'incidence pour la tuberculose est estimée à 10,86 pour 100000. Quant à la lèpre, sa prévalence est évaluée à 31,42 pour 100000. Il y a de souligner que la prévalence de la lèpre chez les enfants de moins de 14 ans est de 34,57% (*Cf. Annuaire statistiques sanitaires de 2014 - DISS*).

Aussi, les maladies non transmissibles notamment la malnutrition par pléthore (la surcharge pondérale avec 39,4% et l'obésité avec 13,5%), les cancers avec 42% des cas confirmés positifs, le diabète avec 4,8%, l'hypercholestérolémie avec 25%, l'hypertension artérielle avec 25,4% font leur apparition dans le paysage épidémiologique du pays et progressent de manière inquiétante.

IV. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la politique nationale de santé (PNS)

Le PEV a été officiellement lancé aux Comores en juillet 1986. Il a été soutenu financièrement pendant des années par plusieurs partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance GAVI l'Université de LAVAL, le PAM ainsi que la communauté. Il fait partie des programmes de santé publique développés au niveau de la Direction Générale de la Santé. La Coordination est sous la responsabilité hiérarchique de la Direction de la Lutte contre la Maladie. Des points focaux sont mis en place au niveau de chaque île pour assurer la gestion du programme au niveau de chaque Direction Régionale de la Santé.

Le développement de stratégies et d'actions spécifiques du PEV constitue l'une des grandes orientations stratégiques du pays en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles.

L'on peut noter la réactualisation et la validation et adoption des principaux documents qui orientent le développement du secteur de la santé dont : la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D) et la Politique Nationale de la Santé (PNS) pour la période 2015-2019.

Dans le cadre de la SCA2D, quatre programmes prioritaires sont identifiés, dont :

- La lutte contre le paludisme et les autres maladies prioritaires dont celles évitables par la vaccination ;
- Le développement intégré de la santé sexuelle et génésique ;
- La lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles ;
- Le renforcement de l'efficacité et de l'efficience du système de santé dans toutes ses composantes.

Quant à la PNS, adoptée en décembre 2014 pour la période 2015-2024, elle s'inspire des Initiatives mondiales tout en s'adaptant au nouveau contexte politique et aux réalités socio-économiques des Comores. Elle donne les grandes orientations du système de la santé et bénéficie de l'adhésion des acteurs du secteur santé des Comores. La PNS s'aligne aux différents documents stratégiques mondiaux, notamment la déclaration d'Alma Ata (1977), l'Initiative de Bamako (1988) ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le but de ce document de politique est d'assurer une meilleure santé pour tous les Comoriens à travers la disponibilité et l'accessibilité à des services de santé de bonne qualité d'ici 2019. Les objectifs visés sont :

1. Améliorer l'état de santé de la population comorienne à travers un système de santé performant et équitable ;
2. Assurer un accès universel à des services et soins de santé complets, promotionnels, préventifs et curatifs ;
3. Renforcer la gouvernance, le leadership et le partenariat ;
4. Améliorer la gestion des ressources du système de santé.

Plusieurs programmes essentiels dont celui de vaccination, de lutte contre le paludisme, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, de lutte contre la malnutrition, de la santé de la reproduction et de lutte contre le VIH/SIDA sont mis en œuvre dans le pays. Pour lutter efficacement contre ces maladies, la prévention demeure la stratégie d'intervention prioritaire et consacre une place de choix à la vaccination. Le renforcement des activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine et la poursuite des campagnes de Vaccination (JNV) couplées à l'administration de la vitamine A et de l'Albendazole chez les enfants de moins de 5 ans, constituent les éléments essentiels des interventions du programme.

A. Financement de la santé

Aux Comores, les ressources primaires pour la santé proviennent majoritairement des ménages, suivi d'une part importante assurée par les bailleurs externes et pour une très faible part, par les ressources propres de l'Etat.

Selon les comptes nationaux de la santé, les ménages sont considérés comme le principal financeur du système de santé aux Comores et représente environ 68% des dépenses totales de santé. On estime que près des deux tiers du financement du système de santé aux Comores y compris les transferts des fonds de la Diaspora, proviennent de l'argent des ménages, soit par paiement direct, soit par les mutuelles (communautaires et d'entreprises). La part indirecte du financement des ménages ne représente qu'environ 7,8% du financement total des ménages, soit 7,2% des mutuelles d'entreprises et 0,6% des mutuelles communautaires villageoises.

Face à la forte contrainte budgétaire en Union des Comores, l'enveloppe budgétaire globale est en deçà de la recommandation formulée lors du Sommet des chefs d'Etat à Abuja, c'est-à-dire

investir 15% du budget national au bénéfice de la santé de la population. Cette part du budget de la santé n'a pas du tout évolué au cours de ces vingt-cinq dernières années.

Selon la loi des finances de 2014 pour l'exercice 2015, la part du budget alloué au Ministère de la Santé s'élève à 1 491 037 901 KMF.

Ce budget représente 6,3% du budget total (23 670 785 793 KMF). La part du budget en 1998 était évaluée à 8,6% du budget total de l'époque.

Ce budget n'a pas pris en compte les budgets alloués à la santé au niveau des entités insulaires ni celui de l'aide publique au développement que ça soit de la coopération multilatérale ou bilatérale. Le financement extérieur de la santé est difficile à évaluer par manque de données consolidées à ce jour.

Dans le budget de l'Etat, le PIP indique les financements de certains bailleurs, mais cette liste ne prend en compte que les appuis des Organismes des Nations Unies, du Fonds Mondial et quelques projets financés par les coopérations bi et multilatérales (en particulier français, japonais, chinois).

Les donateurs privés (en particulier du Golfe), les ONG (liées à la diaspora par exemple) n'apparaissent pas dans ces chiffres. On note également le niveau très bas de la part du financement extérieur de la santé dans le financement extérieur global dont le pays a bénéficié. Pour le PEV, il bénéficie d'une subvention annuelle de 20 000 000 KMF selon cette même loi des finances, soit 1,34% du budget du Ministère chargé de la santé.

B. Procédures de budgétisation et d'exécution

Le Ministère de la Santé comme les autres Ministères publics se voit octroyée chaque année des allocations directes des crédits pour les dépenses et services annuels des structures/programmes de santé. En fin du mois d'Août de l'année en cours, la Direction Générale du Budget, demande à chaque Direction Administrative et Financière des Ministères de préparer les prévisions budgétaires qui seront sujet de discussions et validation à la programmation de l'année qui va suivre.

Tenant compte du contexte économique de l'Union des Comores et des exigences des partenaires financiers (FMI/Banque Mondiale), les propositions des prévisions budgétaires élaborées par les DAF ne sont pas prises en compte à 100% par la Direction Générale du Budget suite aux enveloppes budgétaires limitées. L'année budgétaire de l'Union des Comores débute au mois de janvier de l'année pour se terminer au 15 novembre de fin d'année.

L'utilisation des lignes budgétaires est opérationnelle une fois la loi des Finances de l'année budgétaire promulguée par un décret présidentiel en fin novembre de chaque année et adoptée par le Parlement en fin décembre de la même année. En cas de constatation abusive aux prévisions budgétaires, des lois rectificatives sont possibles pour le réaménagement de certaines lignes budgétaires. En général, en ce qui concerne le cadrage budgétaire comorien, tous les programmes de santé sont spécifiquement subventionnés suivant les charges de travail et non inclus les salaires. Le Ministre des Finances est l'ordonnateur principal du budget de l'Etat.

Dans le cadre du renforcement de l'accès aux services sociaux (Santé/Education), le Gouvernement s'emploie à mettre en œuvre les projets et programmes visant à atteindre les

Objectifs du Développement Durables (ODD) pour la période de 2015-2030. Dans ce processus, sur une dotation budgétaire de 13,4% des crédits alloués à l'Education et la Santé dont 6,2 % seront consacrés à la santé.

En matière de finances publiques, le Gouvernement a entamé, depuis 2007, des efforts d'assainissement des finances publiques. A cet effet, une stratégie de réforme de la gestion des finances publiques (SR-GFP) a été adoptée. Un code des marchés publics a été promulgué. Une nouvelle application de gestion informatique des structures et des effectifs (GISE) a été mise en œuvre. Afin de maîtriser les effectifs, la collecte des données de recensement des agents et fonctionnaires dans les quatre entités a été achevée ; et le projet de loi relatif aux cadres organiques rénovés de l'Union et des îles autonomes définissant les postes et les profils correspondants a été finalisé. Des textes concernant les procédures d'exécution de la dépense hors salaires, et la nomenclature budgétaire harmonisée de l'Union et des îles ont été adoptés. Un rapport portant sur le recensement des arriérés de paiements sur la période 1995-2008 et une proposition d'une stratégie d'apurement ont été élaborés. Le défi est de mettre en œuvre ces réformes pour réduire les faiblesses constatées dans l'exécution de la dépense publique.

Ces réformes se sont traduites par la consolidation budgétaire. Ainsi, les recettes fiscales ont progressé de 10,9% du PIB en 2009 à 12,1% en 2013 grâce à une bonne tenue des recettes douanières et non fiscales. Toutefois, les recettes fiscales restent trop faibles pour soutenir le programme de développement du Gouvernement. La taxation insuffisante des produits pétroliers, les faiblesses institutionnelles dans la gestion du Port de Moroni et la performance insuffisante de l'administration fiscale et douanière sont les principales causes du faible rendement fiscal. Les dons extérieurs se sont accrus au cours de ces dernières années, passant de 7,5% du PIB en 2011 à 9,3% en 2013, avec un pic de 9,6% en 2012 (hors assistance PPTE et IADM).

Du côté des dépenses, le Gouvernement a réussi à réaliser une certaine consolidation de la masse salariale qui est passé de 8,5% du PIB en 2011 à 7,6% en 2013. Toutefois, les dépenses publiques totales continuent de progresser, passant de 22,1% en 2010 à 25,1% en 2013, à la fois sous l'impulsion des dépenses en capital financées sur ressources propres (de 0,7% du PIB à 3,4% en 2013) et sur ressources extérieures (de 4,8% à 6,4%). Les dépenses courantes ont accusé une baisse, passant de 16,6% du PIB en 2011 à 14,8% en 2013.

L'amélioration de la gestion budgétaire a occasionné un solde budgétaire (base engagement) positif au cours de ces trois dernières années, passant de 1,4% du PIB en 2011 à 3,6% en 2012 et 18,7% en 2013. Elle s'est traduite également par la réduction du stock de la dette publique en raison des allègements de dettes obtenus au titre de l'initiative PPTE (144,8 millions en valeur actuelle nette, fin 2009), une politique d'endettement extérieur prudente et cohérente avec le cadre macroéconomique, ainsi que le respect des échéances de la dette publique extérieure. Cette donne constitue un atout pour l'avenir dans le cadre de la relance de la croissance et la réduction du chômage. Toutefois, ces résultats restent fragiles puisque le Gouvernement est très dépendant de recettes non fiscales, en particulier le Programme de citoyenneté économique qui a représenté 5,6% du PIB en 2012 et qui est susceptible d'être réduit à l'avenir.

C'est pourquoi, le gouvernement a relancé ses efforts de consolidation budgétaire et de redynamisation des réformes structurelles, et entend les accélérer. D'autre part, il assure un suivi plus strict de l'apurement de ses arriérés de paiements intérieurs et de paiements au titre du service de la dette extérieure, notamment en renforçant le suivi conjoint du calendrier

d'apurement du service de la dette par la Direction du Trésor, la Direction de la Dette Publique, ainsi que par la Banque Centrale des Comores. De manière générale, il a renforcé le fonctionnement du comité de trésorerie en vue d'améliorer sensiblement la gestion budgétaire. Par ailleurs, il fait un suivi renforcé du service de la dette extérieure. Malgré ces efforts, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques et mettre en place des mécanismes de gestion budgétaire en soutien à la croissance économique et en réponse aux chocs externes.

V. Analyse de la situation du PEV

L'analyse situationnelle est faite en fonction des cinq (5) composantes opérationnelles du système de vaccination (l'approvisionnement et la qualité des vaccins, la logistique, les prestations de service et performances du programme, la surveillance, le plaidoyer et la communication) et les trois composantes d'appui du PEV (le financement, le management et le développement des capacités).

A. Les prestations de service et performances du programme

Les calendriers vaccinaux utilisés par le programme d'une part pour les femmes enceintes et d'autre part pour les enfants de 0 à 5 ans (0-1 an pour la vaccination), la supplémentation en vitamine A et le déparasitage (0-5 ans) suivent le schéma ci-après :

Tableau 2 : Calendrier vaccinal, supplémentation en vitamine A et déparasitage chez les enfants de moins de 5 ans.

Antigènes	Age à la vaccination
BCG	De la naissance à J14
Polio 0	De la naissance à J30
DTCHépBHib1 + polio1	6 ^{ème} semaine
DTCHépBHib2 + polio2	10 ^{ème} semaine
DTCHépBHib3 + polio3+VPI	14 ^{ème} semaine
Vit A 100 000 UI	6 ^{ème} mois
VAR	9 ^{ème} mois jusqu'à moins de 12 mois
Vit A 200 000 UI et Albendazole	12 ^{ème} mois et après tous les 6 mois, jusqu'à l'âge de 5 ans.

Source : Coordination Nationale du PEV (CNPEV)

La vaccination au BCG couvre la période allant de la naissance de l'enfant au 14^{ème} jour. Au-delà des 14 jours, l'enfant est en contact avec toute la famille et la vaccination n'apporte pas une protection particulière, au vu de la situation épidémiologique qui prévaut dans le pays.

Tableau 3 : Calendrier vaccinal chez la femme enceinte

Antigène	Age
VAT 1^{ère} dose	Premier contact
VAT 2^{ème} dose	Un mois après la 1 ^{ère} dose

VAT 3 ^{ème} dose	Six mois après la 2 ^{ème} dose
VAT 4 ^{ème} dose	Un an après la 3 ^{ème} dose
VAT 5 ^{ème} dose	Un an après la 4 ^{ème} dose

Source : Coordination Nationale du PEV (CNPEV)

1. Evolution de la couverture vaccinale et de l'équité

Jusqu'en 1990, le taux de couverture vaccinale des maladies cibles du PEV aux Comores était parmi les plus élevés d'Afrique. Depuis 1991, avec le départ de certains partenaires, les chiffres ont chuté avec un plancher de 40% de couverture nationale pour le DTC3 en 1994 et de 66% en 2006. Depuis cette période l'évolution a été ascendante comme présenté dans le tableau 5 ci après.

Tableau 4: Couverture vaccinale des principaux antigènes de 2010 à 2016 (%)

Antigènes/années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	83.7	84.4	79	72	75	79.6	81.9
DTC HepB Hib1	81.3	91.5	91	76	83	80.9	83.1
DTC HepB Hib3	73.7	86	86	83	80	80.2	75.3
VPI						77.9	75.9
VAR	72.5	78.6	85	87	80	80.7	76.5
VAT2+ (FE)	37.7	66.7	61	52	51	55	47

Source : Coordination Nationale du PEV(CNPEV). Données PEV de routine

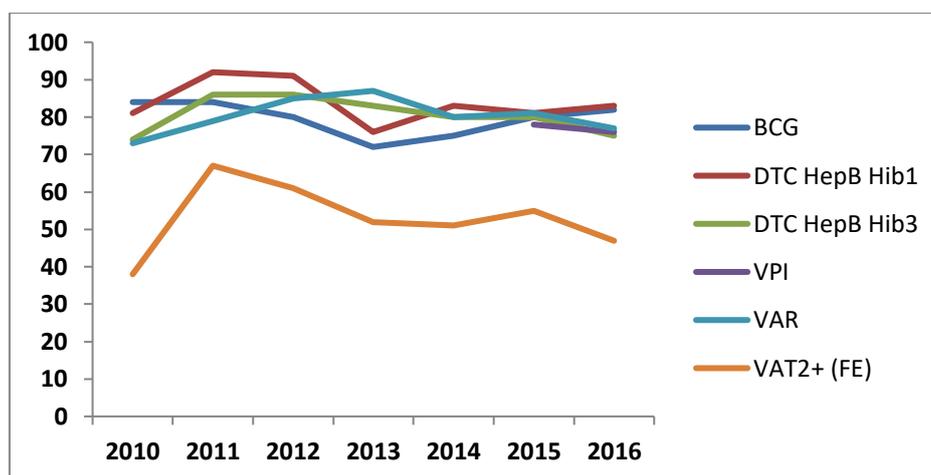


Fig.2 : Couverture vaccinale des principaux antigènes de 2010 à 2016 (%)

Tableau 6: Données administratives et WUENIC 2012 à 2016

Antigènes	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	87,5	77,9	82,2	80	81,9
Penta 3	85	80,8	80	80,2	75,3
VAR	85,4	81,8	80	80,7	76,5

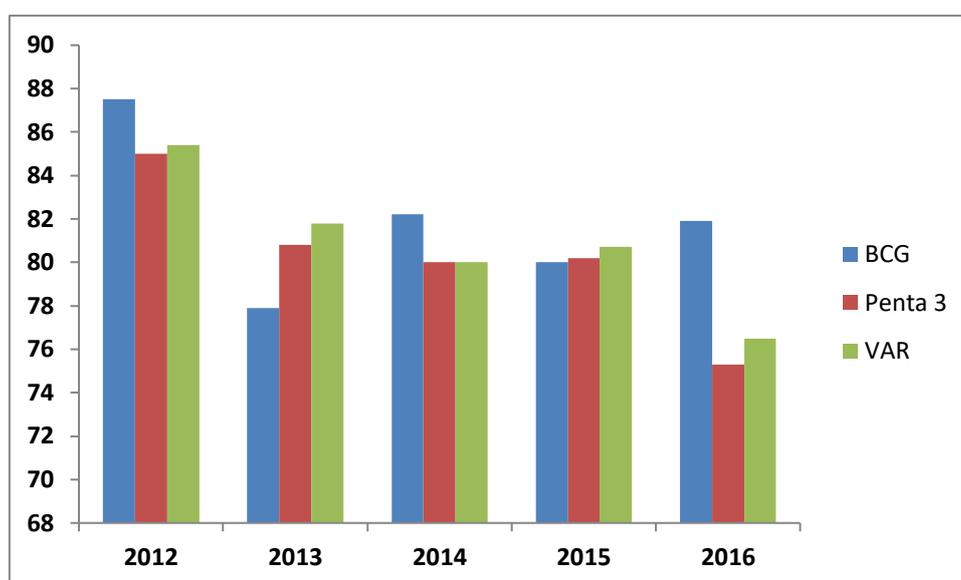


Fig.3 : Couverture vaccinale BCG/ Penta 3/VAR données administratives 2012 à 2016

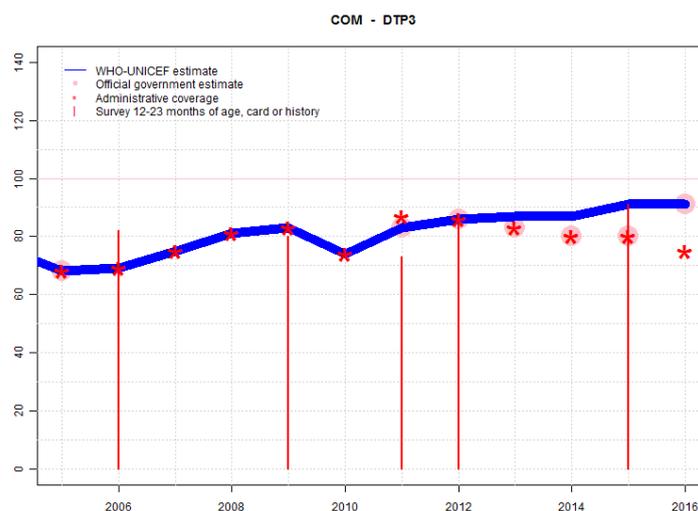


Fig.4 : Couverture Vaccinale Penta 3 selon WUENIC 2012 à 2016

Tableau 7: Couverture de l'Enquête de Couverture Vaccinale 2016

Intitulé	BCG	Penta 3	VAR
ECV	94%	91%	90%

Les couvertures vaccinales des principaux antigènes du PEV de routine évaluée au cours de l'enquête de couverture vaccinale en 2016, sont en moyenne supérieures ou égales à 90%. La répartition par île de ces couvertures indique que c'est l'île de Ngazidja qui a enregistré les couvertures les plus élevées. Ces résultats sont en totale contradiction avec les couvertures vaccinales présentées dans le tableau 5 émanant du PEV de routine. De ce fait, il est acté que ce sont désormais les estimations WUENIC qui devront être pris en compte, et au regard de ces estimations, la couverture vaccinale en Penta 3 note une régression à partir de 2012 allant de 86% à 80%.

2. Offre de service de vaccination

Dans le cadre de la performance du PEV, des nouveaux vaccins sont introduits dans le calendrier vaccinal. En effet, au cours des dernières années, un nombre grandissant de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés ont été rendus disponibles au niveau mondial. En conséquence, les Comores ont commencé depuis 2003 à introduire les vaccins non traditionnels suivants : vaccin contre l'hépatite B en 2003 ; Vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* de type b en 2009 et VPI (vaccin antipolio inactivé) en 2015. En outre, le pays a eu à remplacer le VPO trivalent par le VPO bivalent en 2016.

En parallèle à une amélioration de la gestion du programme, le pays a fait le choix de programmer pour les prochaines années les nouveaux vaccins suivants : la seconde dose anti rougeole en 2019 et le vaccin contre le *Streptococcus pneumoniae* en 2021.

Aux Comores, 63 % de la population se trouve à moins de 5 kilomètres d'un service de santé (Evaluation de la réforme du système de santé ; 2001). Les prestations des services de vaccination se réalisent aux postes de santé (PS), aux Centres de santé de district (CSD), aux centres de santé familiale (CSF), aux Hôpitaux de pôle (HP), aux Centres hospitaliers (CH), au Service de Santé Militaire et dans les structures sanitaires confessionnelles.

Les principaux problèmes de couverture vaccinale se résument d'une part à la grande mobilité des ressources humaines formées, aux difficultés d'accès à certains villages dues à la mauvaise qualité des routes et à la faible proportion de postes de santé publics offrant la vaccination en stratégie fixe, et d'autre part, aux possibilités financières liées aux déplacements des familles. La pauvreté des ménages est estimée à environ 50% (Rapport de la Banque Mondiale, Equité 2016).

Des 17 Centres de Santé de District que compte le pays, 15 disposent d'une chaîne de froid opérationnelle et régulièrement suivie à l'aide du Fridge Tag et thermomètre.

Il convient également de signaler que de 2002 à 2013, 05 cycles de formations en MLM ont été organisés sur l'ensemble des trois îles. D'autres formations ont été aussi menées, notamment sur la surveillance des maladies, l'introduction et la gestion des nouveaux vaccins, la gestion des données.

La vaccination des femmes enceintes a toujours fait partie du calendrier vaccinal et le pays a été certifié comme ayant éliminé le tétanos maternel et néonatal en 2009. Pour maintenir ce statut, le Ministère de la santé envisage d'élaborer un plan de maintien du statut d'élimination du Tétanos.

Outre les taux de couverture, d'autres indicateurs (voir tableau suivant) sont également utilisés pour apprécier la qualité des prestations à tous les niveaux du programme.

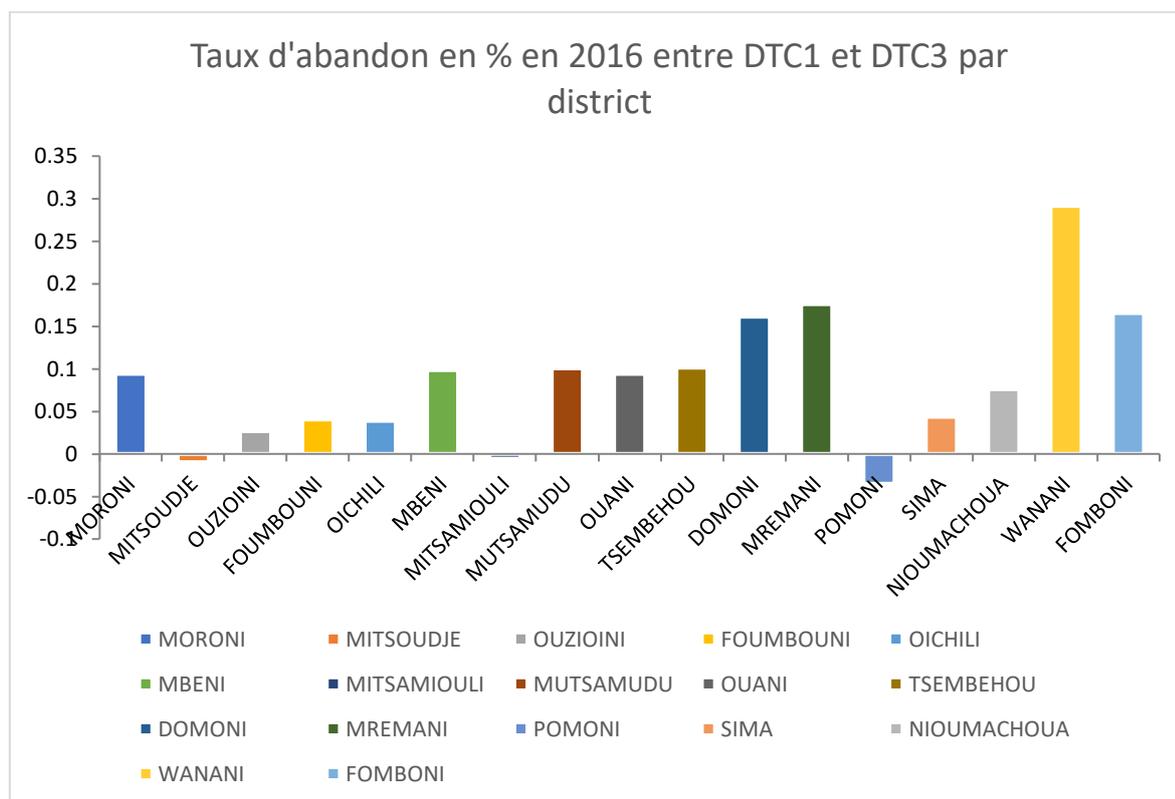


Figure 5 : Taux d'abandon en % en 2016 entre DTC1 et DTC3 par district

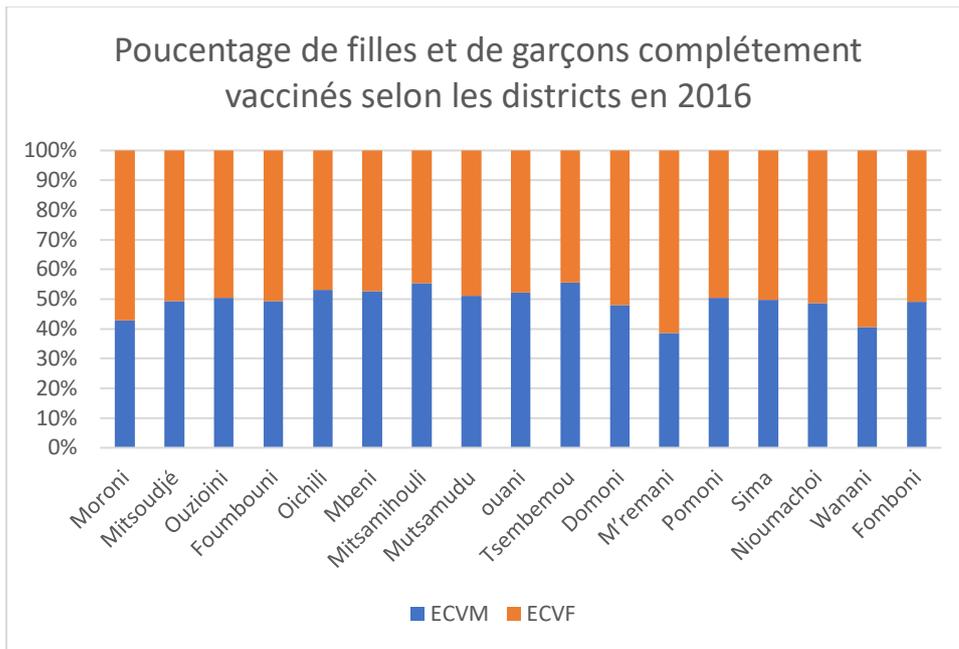


Figure 6 : Pourcentage de filles et de garçons complètement vaccinés selon les districts en 2016

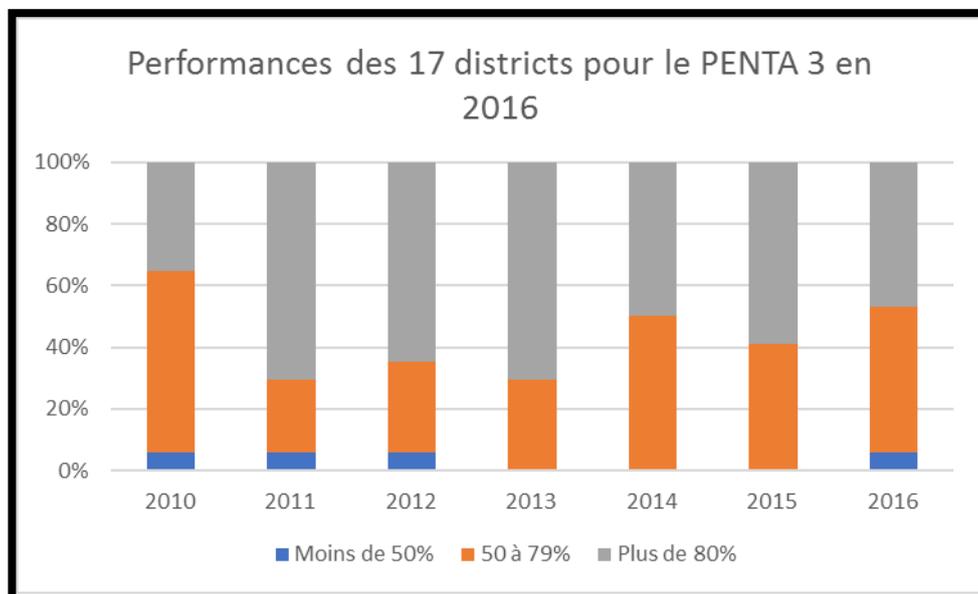


Figure 7 : Performances des 17 districts pour le PENTA 3 en 2016

Tableau 8: Indicateurs des prestations de services

Indicateurs	Catégories	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Performances des CSD en couverture Penta 3	Moins de 50%	1	1	1	0	0	0	1 Mbeni
	50 à 79%	10	4	5	5	8	7 Tous les districts de Ngazidja	8 (6 districts de Ngazidja excepté Moroni Mremani (Anjouani) Nioumachoua (Mohéli))
	Plus de 80%	6	12	11	12	9	10	8
Performances des CSD en couverture VAR	Moins de 50%	3	1	1	0	1	0	3 (3 Districts Ngazidja : Mitsoudje Oichili Mbeni)
	50 à 79%	7	5	6	6	6	8 (6 districts de Ngazidja sauf Moroni Fomboni ; Mohéli) Mremani (Anjouan))	7 Ouziouini (Ngazidja) Fomboni (Ngazidja) Mitsamiouli (Ngazidja) Mutsamudu (Anjouan) Ouani (Anjouan) Domoni (Anjouan) Fomboni (Mohéli)
	Plus de 80%	7	11	10	11	10	9	7

Source : Coordination Nationale du PEV (CNPEV), données PEV de routine/ Ngazidja., Anjouan, Moheli

En 2010, 65% des districts sanitaires n'ont pas atteint la cible de 80% de couverture en DTC-HépB-Hib3 et 59% n'ont pas atteint 80% de couverture pour le VAR, alors qu'en 2016, 53% des districts sanitaires n'ont pas atteint la cible de 80% de couverture en DTC-HépB-Hib3 et 59% n'ont pas atteint 80% de couverture pour le VAR. ; (mobilité du personnel impactant négativement s sur le système de reportage des données)

Ce qui note une nette amélioration de la prestation des services liées à l'application de l'approche ACD dans certaines structures et à la réalisation des stratégies avancées dans les 3 îles, bien que la performance des districts en VAR soit restée la même.

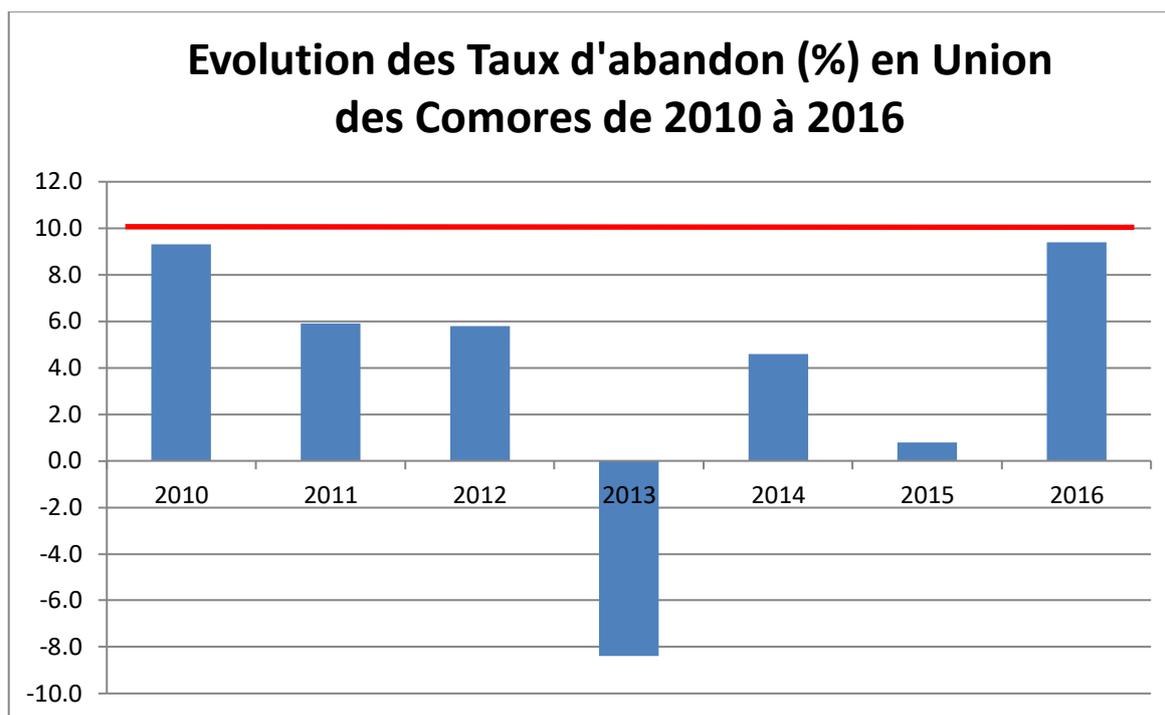


Fig.8 : Evolution des taux d'abandon en Union des Comores 2010 à 2016

Ce graphique illustre qu'après une baisse progressive du taux d'abandon spécifique au DTC-HépB-Hib dès 2011, on constate une forte augmentation de ce taux en 2016. Au niveau des îles, on observe une nette variation allant de 6% à Ngazidja à 10,6% à Anjouan et 17% à Mohéli.

Ainsi, au regard de ces résultats, il serait opportun de mener une étude de recherche des facteurs expliquant la forte augmentation du taux d'abandon en 2016 et les variations.

Le taux d'abandon négatif de 2013, il résulterait de la faible qualité de gestion des données à l'absence d'un personnel qualifié en suivi et évaluation.

Par contre en 2016 le programme a été marqué par la faible utilisation des services à cause des mouvements socio politiques (les campagnes présidentielles et législatives).

Tableau 9 : Performance des districts par catégorie en 2016

DISTRICT	CV Penta1	Taux d'abandon Penta1-Penta 3	Catégorie
MORONI	81.7	1	CAT 1
MITSOUDJE	50.4	-1	CAT4
OUZIOINI	70.4	3	CAT3
FOUMBOUNI	57.9	4	CAT3
OICHILI	63.4	4	CAT3
MBENI	54.5	10	CAT3
MITSAMIOULI	56.9	-0.5	CAT4
MITSAMUDU	99.6	10	CAT1
OUANI	91	9.4	CAT1
TSEMBEHOU	112.2	10.1	CAT2
DOMONI	100.9	16	CAT2
MREMANI	93.5	18	CAT2
POMONI	92.9	-3.5	CAT2
SIMA	105	4.3	CAT1

NIOUMACHIOI	100	7.6	CAT1
WANANI	107.5	29	CAT2
FOMBONI	106.1	16.5	CAT2
COMORES	81	9,4	CAT1

3. Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies

a) 2^{ème} dose vaccin anti rougeoleux

Dès l'introduction de la 2^{ème} dose de la vaccination anti rougeoleuse et anti rubéoleuse, le pays s'engage à financer entièrement avec des ressources nationales la partie monovalente anti rougeoleuse. Une réunion du CCIA sera programmée à ce sujet pour l'engagement de toutes les parties prenantes. En plus du procès-verbal de la réunion du Forum de coordination (Comité de coordination inter-agences : CCIA), qui fournira la preuve de l'engagement du pays à financer entièrement les doses de VAR1, une lettre d'engagement sera signée par le Ministre de la Santé et le Ministre des Finances au nom du gouvernement.

Cette demande de soutien s'appuie sur le fait que le Pays répond aux conditions d'éligibilité fixées par Gavi pour les campagnes de rattrapage et l'introduction du vaccin anti rougeoleuse et anti rubéoleuse.

Tenant compte de la situation actuelle de l'Union des Comores selon :

- La recommandation du groupe consultatif SAGE (Strategy Advisory Group of Experts) pour que tous les pays introduisent une deuxième dose de vaccin contre la rougeole.
- La souscription de l'Union des Comores à l'objectif d'élimination de la rougeole (Conférence sur l'accès universel à la vaccination, Addis Abeba ; février 2016)
- La couverture vaccinale contre la rougeole durant les 3 dernières années est respectivement de 80 % en 2014, 80.7 % en 2015 et 76.5 % en 2016, résultats en dessous du seuil recommandé qui est de 95%.
- La recrudescence de la pauvreté dans certaines zones géographiques, diminuant l'accès aux services de santé y compris la vaccination, augmentant par conséquent la vulnérabilité (risque épidémique).
- L'augmentation de la vulnérabilité (20% des enfants de moins d'un an ne sont pas vaccinés en 2015 ; l'échec vaccinal primaire : l'efficacité du vaccin contre la rougeole est seulement de 85-90 % à 9 mois) ;
- L'introduction du vaccin anti rubéole dans les pays avoisinant (Madagascar, Tanzanie, Ile Maurice)
- La campagne rougeole qui sera organisée en octobre 2019 (la dernière campagne a eu lieu en octobre 2016)

Le pays propose l'introduction du nouveau vaccin Anti Rougeole/Rubéole deuxième dose en novembre 2019, dans le calendrier vaccinal, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à la rougeole chez les enfants de moins de 24 mois.

b) Vaccin Anti Pneumococcique :

Depuis la mise en œuvre de la stratégie d'élimination du paludisme par le traitement de masse, les infections respiratoires aiguës sont devenues la première cause de morbidité et mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, il faut noter que selon WUENIC 2015, 18% des décès infanto juvéniles sont dues au *Streptococcus pneumoniae*.

Dans de nombreux pays, l'usage systématique du vaccin Anti Pneumococcique conjugué a permis un recul spectaculaire des Pneumonies Infectieuses et en certains endroits, les Pneumonies Infectieuses dues aux sérotypes vaccinaux ont pratiquement disparu, même dans les tranches d'âge qui ne sont pas principalement visées par le programme de vaccination (effet d'immunité collective). De même dans tous les pays de la région le PCV est déjà introduit dans le calendrier vaccinal.

Au regard de tout ce qui précède, le pays a jugé nécessaire d'introduire le PCV en 2021 dans l'arsenal de lutte contre les maladies évitables par la vaccination

B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

1. Approvisionnement et qualité des vaccins

L'approvisionnement en vaccins et matériels de vaccination se fait à travers la division d'approvisionnement de l'UNICEF à Copenhague. Ces vaccins et matériels sont commandés sur la base du plan annuel élaboré par la Coordination Nationale du PEV. La durée maximale de livraison des vaccins est de un mois et demi après la soumission de la commande, avec des possibilités de commande en urgence.

Au niveau national, la fréquence de l'approvisionnement est semestrielle, et se fait par voie aérienne. Au niveau des îles, l'approvisionnement se fait trimestriellement par avion pour les vaccins et par bateau pour les consommables. A cet effet, un contrat a été signé entre l'UNICEF et une société de transit agréée.

Au niveau des Districts et Postes de Santé l'approvisionnement est mensuel et se fait par voie terrestre selon le modèle pull (approvisionnement basé sur la demande à travers le bon de commande) prenant en compte la population cible.

Les vaccins sont réceptionnés par le logisticien national, qui dans un délai de 48h, transmet le Rapport d'Arrivée des Vaccins à l'UNICEF.

2. Stockage et conservation

a) Niveau central

Au niveau central, les vaccins et matériels de vaccination sont stockés au dépôt central du PEV logé dans l'enceinte de la CAMUC. L'absence d'un bâtiment sec pour l'entreposage des consommables du PEV est un problème qui semble être en cours de résolution avec la mise à disposition d'un local par la CAMUC où se trouve la chambre froide nationale. En effet, le bâtiment construit sur les fonds GAVI en 2016 était destiné non pas au PEV mais à la CAMUC en échange d'un appui logistique pour la gestion de vaccins et concernant la chambre froide.

Le dépôt central du PEV dispose de :

- ❖ (01) une chambre froide positive de 10m³ brute, soit 3 125 litres net pour le stockage des vaccins ; ce qui est suffisant pour les vaccins actuels du programme et les nouveaux vaccins à introduire.
- ❖ 03 congélateurs dont un est utilisé exclusivement pour le recyclage des accumulateurs de froid et les deux autres pour le VAR et le VPO

. Et concernant la chambre froide, seul un moteur sur deux est actuellement fonctionnel.

Tableau 10: Capacités de stockage requises au niveau central

Capacité nette de stockage requise de CdF (litres)	2017	2018	2019	2020
Chaîne du froid positive (+2°C à +8°C)	3 125 litre	3125 litres	3 125 litres	3 125 litres
Chaîne du froid négative (-25°C à -15°C)	74,0 litres	76,0 litres	83,0 litres	85,0 litres

De nos jours les capacités disponibles du stockage sont suffisantes et pourront contenir même les nouveaux vaccins le moment venu.

b) Niveau régional

Les dépôts régionaux disposent chacun de :

- ❖ 03 réfrigérateurs de capacité moyenne nette de stockage de 280 litres ;
- ❖ 01 congélateur de 90 litre en moyenne pour le conditionnement des accumulateurs.
- ❖ 01 magasin sec destiné au stockage et entreposage du matériel d'injection, en intégration avec les intrants des autres programmes. Certains de ces magasins ne s'accrochent pas à la conservation de ce matériel (Anjouan). Il serait souhaitable de construire de nouveaux magasins afin d'augmenter la capacité de stockage et de disposer des magasins adaptés.

Tableau 11: Capacités de stockage au niveau régional

Régions	Réfrigérateurs solaires	Congélateurs solaires	Magasin sec
Ngazidja	280L X 03	90L X 01	01
Ndzouani	280L X 03	90L X 01	01
Mwali	280L X 03	90L X 01	01

c) Niveau périphérique

Sur 75 structures sanitaires publiques existants dans le pays (arrêté N°09_032/MSSPG/CAB du 03/12/2009), 51 sont dotés de réfrigérateurs solaires dont 43 sont opérationnels, 9 en attente d'installation.

L'analyse des besoins en capacité de stockage montre que les capacités installées sont excédentaires même avec l'introduction prévue des nouveaux vaccins.

3. Gestion des stocks

L'exercice d'évaluation de la GEV conduit en 2015 a révélé des insuffisances dont certaines ont fait l'objet de mise en œuvre en 2015 et 2016.

Tableau 12: Tableau général des indicateurs de la GEV

Critères de la GEV	Objectifs	Niveaux de la chaîne d'approvi:		
		Central	Régional	District
E1: Procédures avant expéditions et réception vaccin	80%	44%		
E2: Maintien de températures de stockage correctes des vaccins	80%	39%	68%	70%
E3: Maintien de capacités de stockage et de transport suffisantes	80%	100%	70%	91%
E4: Bâtiments, équipement, transport	80%	69%	67%	63%
E5: Maintenance	80%	77%	51%	53%
E6: Gestion de stock	80%	78%	67%	66%
E7: Distribution	80%	65%	64%	52%
E8: Gestion des vaccins	80%	77%	72%	79%
E9: Système d'info & fonctions d'appui à la gestion	80%	65%	97%	76%

Un plan d'amélioration de la GEV 2015-2018 est en cours de réalisation. Faut-il noter, 40% des recommandations retenues ont été réalisées. Les efforts additionnels sont mis à contribution pour atteindre tous les objectifs d'ici 2018.

4. Sécurité de la vaccination

a) Sécurité des injections

Le pays a élaboré et mis en œuvre une politique de sécurité des injections pour la période de 2002 - 2007. Dans le cadre de cette mise en œuvre, non seulement tous les districts utilisent des boîtes de sécurités pour recueillir les seringues autobloquantes utilisées mais aussi (9) neuf incinérateurs de type Monfort ont été construits sur les (17) dix-sept planifiés et un ancien réhabilité.

Cependant sur les (10) dix incinérateurs, un seul est fonctionnel celui de Domoni à cause de la défectuosité des équipements.

Il y a donc nécessité de mettre à jour la politique de sécurité des injections. Une réflexion sur l'intégration de la gestion des déchets biomédicaux est en cours pour définir une politique de gestion globale. Le programme s'alignera aux directives du Ministère de la Santé en la matière.

b) Gestion des Manifestations Adverses Post-immunisations (MAPI)

La notification des cas de MAPI pendant la routine se fait à travers les rapports mensuels d'activités du PEV. Une fiche de notification de ces cas est disponible au niveau des districts sanitaires mais n'est pas utilisée de manière systématique.

Cette fiche est utilisée également pendant les campagnes de vaccination. Il y a nécessité de renforcer les capacités des agents pour la vaccinovigilance et une meilleure utilisation de cette fiche.

5. Matériel roulant

Le PEV central et ses démembrements disposent de 5 véhicules repartis comme selon le tableau ci-dessous :

Tableau 13: Tableau récapitulatif du parc automobile

Services	Quantité/lieu	Marque /immatriculation	Année d'acquisition	Année de renouvellement	Etat de fonctionnement	Observation
Niveau central	1	Nissan Patrol	2014	2019	Fonctionnel	Insuffisant pour les activités du programme
Région Ngazidja	2	Ford (Pick-up)	2014	2019	1 Fonctionnel 1 En panne	Réparation en cours
Région d'Anjouan	1	Ford (Pick-up)	2014	2019	En panne	A Réparer
Région de Mohéli	1	Ford (Pick-up)	2014	2019	En panne	A Réparer

En ce qui concerne les motos, 16 districts sur 17 disposent chacun d'une moto acquise en 2016 pour effectuer les stratégies de vaccination avancée, la supervision et d'autres activités de manière intégrée. Après analyse d'utilisation et de gestion de ces motos, le renouvellement partiel ou entier de cette flotte pourrait être prévu en 2019.

Cette situation montre qu'il y a un déficit en matériel roulant à pallier :

- ❖ Un véhicule de type Pick up au niveau central pour les activités de supervision ;
- ❖ Réparation des trois véhicules au niveau des districts ;
- ❖ Acquisition de 17 véhicules pour tous les districts.

6. Autres équipements

Le programme a doté la CAMUC en groupe électrogène et solarisé le bâtiment abritant la chambre froide pour sécuriser tous les produits des programmes nécessitant une chaîne de froid. Toutefois, il est nécessaire d'équiper tous les points de stockage en extincteurs et de se doter en équipement de protection (gants, bottes, lunettes).

7. Maintenance

En 2015, le pays a réalisé une évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) qui a conclu à l'insuffisance de la planification de la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant ainsi que des ressources humaines qualifiées.

Il est donc important de mettre en place une unité de maintenance au sein du PEV avec élaboration et mise en œuvre du plan de maintenance.

C. *La surveillance des maladies évitables par la vaccination*

La surveillance des maladies est une composante intégrante de la vaccination.

L'Union des Comores met en oeuvre la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR révisé en 2011). Une série de formation des formateurs et du personnel de santé des districts a été menée depuis jusqu'en 2015.

Les dernières épidémies connues sont les suivantes : en 2005 le Chikungunya; en 2006 la Rougeole ; en 2007-2008 le Choléra et en 2010 la Dengue et Chikungunya.

1. Le système de surveillance épidémiologique

Aux Comores, sur les 8 maladies cibles du PEV (Tétanos Maternel et Néonatal, de la Poliomyélite, de la Diphtérie, de la Coqueluche, de la Rougeole, de la Tuberculose, l'Hépatite B et les infections liées à l'Haemophilus influenza de type B) 4 sont sous surveillance à savoir le Tétanos Maternel et Néonatal, la Poliomyélite, la Rougeole et la Tuberculose.

Le système de surveillance a un double ancrage au niveau national et au niveau des îles :

- ❖ Le service de la surveillance des maladies du PEV prend en charge la surveillance des trois maladies prioritaires PEV : Tétanos, rougeole et la Poliomyélite. Au niveau, des îles les points focaux PEV s'occupent de la surveillance de ces trois maladies.
- ❖ La tuberculose est gérée par le programme de lutte contre la tuberculose dépendant de la direction de la lutte contre la maladie.
- ❖ Il est à noter qu'il n'existe pas au niveau national des réunions de concertation entre les programmes qui ont tous un volet surveillance identifié.
- ❖ Il existe un laboratoire de référence national qui est basé au Centre Hospitalier National El Maarouf. Son rôle est :
 - Le stockage des échantillons PFA
 - L'envoi des échantillons pour lequel il n'est pas homologué, au laboratoire de référence inter pays basé au Kenya
 - La confirmation des cas de rougeole, rubéole et tuberculose

Excepté pour la polio, il n'existe pas de plan de riposte en cas d'épidémies des maladies évitables par la vaccination.

Il est à noter que la surveillance se fait de manière passive.

Malgré la disponibilité des supports de collecte de données à chaque niveau, la transmission des informations est quasi inexistante, les détections de cas s'effectuant par une recherche dans les registres au décours d'une supervision.

Aucune recherche active des cas ne se fait faute de ressources disponibles. Il est à noter qu'il n'existe pas de surveillance à base communautaire. Les associations villageoises et les ONG sont trop peu impliquées dans la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

De nombreux dysfonctionnements sont identifiés dans l'application de la stratégie SIMR au niveau de la périphérie :

- ❖ Une verticalité des points focaux surveillance selon les programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ❖ L'absence de comités chargés de la gestion des épidémies et des urgences sanitaires dans les districts ;
- ❖ L'absence d'équipes de riposte rapide dans les districts ;
- ❖ Le manque de moyens logistiques dans 13 districts sur 17 ;
- ❖ Le manque de cohérence dans l'utilisation des principaux indicateurs SIMR pour le suivi et l'évaluation des performances à tous les niveaux.
- ❖ La non mise en application des directives du guide SIMR à tous les niveaux

2. L'éradication de la poliomyélite

Les Comores ont souscrit à l'initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite. La surveillance des cas de PFA a été lancée en 2000. Le dernier cas de poliovirus sauvage a été signalé aux Comores en 1969. La dernière campagne accélérée qui comprenait le vaccin polio oral date de 2009.

Les organes d'éradication sont les suivants :

- ❖ Comité national de certification (CNC) : doit se réunir une fois par trimestre et est composé de médecins et du responsable surveillance PEV, responsable PFA du laboratoire national de référence, la DIS – arrêté n°9-024/MSSP du 28/10/2009)
- ❖ Groupe technique de confinement (sous-groupe du CNC-) qui est composé de 3 membres (arrêté n°14-013/VP_MSSCSPG/CAB du 29/04/2014)
- ❖ Comité National des Experts Polio (arrêté n°09-25/MSSPG/CAB du 28/10/2009) et son rôle est de procéder à la classification finale des cas de PFA inadéquats, avec paralysie résiduelle.
- ❖ Comme recommandée dans le plan stratégique de l'Eradication Mondiale de la Poliomyélite, un Comité d'urgence polio devrait être créé au niveau de chaque district

Les indicateurs majeurs de la surveillance de 2016 sont les suivants :

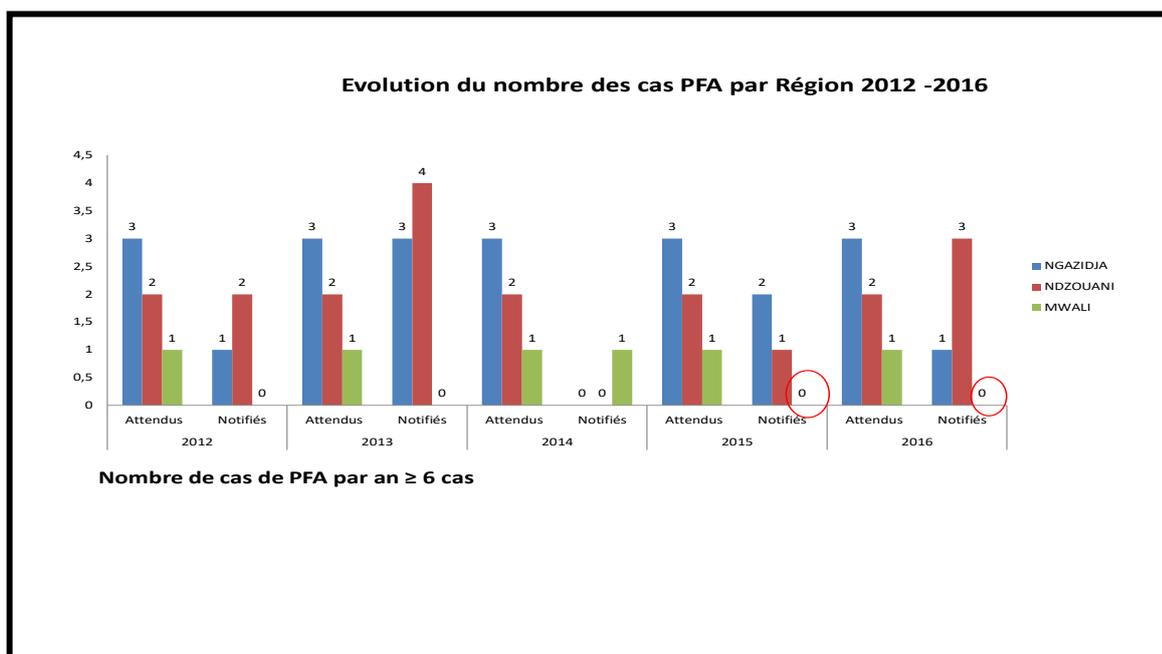
- ❖ Taux de PFA non polio : 1.1 (norme >2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans)
- ❖ Proportion de selles dans les 14 jours : 100% (norme 100%)

Néanmoins il est à noter que la recherche active n'est toujours pas mise en œuvre, faute de ressources.

Il est à noter que le pays dispose actuellement d'un plan de prévention et de réponse à une importation de poliovirus sauvage. Une réactualisation devra être réalisée chaque année.

Depuis juin 2015, le pays est pré-certifié libéré de la polio. Suite aux résultats de 2016, des efforts sont en cours de réalisation par rapport à la détection des notifications des cas de PFA et autres MEV (formations des points focaux et suivi/ évaluation majorées). Ces efforts pérennisés devraient permettre d'obtenir la certification d'éradication en 2018.

Le graphe ci-dessous montre l'évolution du nombre de cas de PFA par région de 2012- 2016.



Source : Données administratives des Comores

[Figure 9: Evolution du nombre de cas de PFA notifiés de 2012 à 2016 par région](#)

L'éradication de la polio exige des efforts soutenus pour accroître la couverture vaccinale, améliorer la surveillance et maintenir les ressources investies dans les campagnes, ainsi que la volonté politique, pour aborder avec prudence la transition vers la période postérieure à l'éradication.

3. La surveillance du tétanos néonatal

Les Comores font partie des 30 pays où l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée (Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014 – 2020 ; OMS Bureau régional Afrique)

Les indicateurs ont montré que la proportion de district ayant notifié au moins un cas est de 0 en 2016 (norme 80%), la proportion de cas avec organisation de riposte est de 0 en 2016 (norme 80%)

Les résultats énoncés ci-dessus montrent une insuffisance dans la recherche active des cas et des efforts doivent être menés pour inverser la tendance.

4. La surveillance de la rougeole

La surveillance basée sur les cas de rougeole a débuté en 2000.

De 2009 à 2012, la surveillance de la rougeole n'avait pas atteint les indicateurs de performance requis. La dernière épidémie de rougeole a été notifiée en 2005 avec 766 cas et zéro décès enregistré. De 2007 à nos jours, le laboratoire de référence du CHN El Maarouf est certifié pour les examens de rougeole et rubéole. Cette certification est réactualisée tous les trois ans par l'OMS.

De 2009 à 2016, la surveillance de la rougeole n'avait pas atteint les indicateurs de performance requis.

En 2016, le taux de détection des fièvres éruptives non rougeoleuses ($<2/100\ 000$ habitants) était de 1,1, la proportion des cas notifiés avec prélèvements sanguins ($>80\%$) était de 100% et la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect (80%) était de 12%.

Suite à l'épidémie de 2005, le plan de lutte contre la rougeole prévoyait l'organisation de campagne vaccinale contre la rougeole tous les 3 ans jusqu'à l'obtention d'une couverture vaccinale de routine de plus de 90%. C'est ainsi que trois campagnes nationales en 2010-2013-2016 couplées à la supplémentation en vitamine A ou à la distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD), ont eu lieu dans les 3 îles. Les tableaux suivants montrent les résultats synthétiques de ces campagnes.

[Tableau 14: Evolution du nombre de cas suspects de Rougeole/Rubéole notifiés au cours des 10 dernières années](#)

Années	Nb de Cas suspects de Rougeole/Rubéole notifié	Nb de cas Rougeole suspect de Rougeole/Rubéole avec prélèvement sanguin	Nb de cas de rougeole/Rubéole confirmé		
			Par laboratoire		Par lien épidémiologique
			Rougeole (IgM+)	Rubéole (IgM+)	
2006	ND	ND	ND	ND	ND
2007	01	01	00	00	0
2008	83	83	00	50	0
2009	20	20	01	01	0
2010	30	30	00	01	0
2011	25	25	03	00	0
2012	37	37	01	00	0
2013	05	05	00	00	0
2014	66	66	00	35	0
2015	07	07	00	00	0
2016	09	09	00	00	0

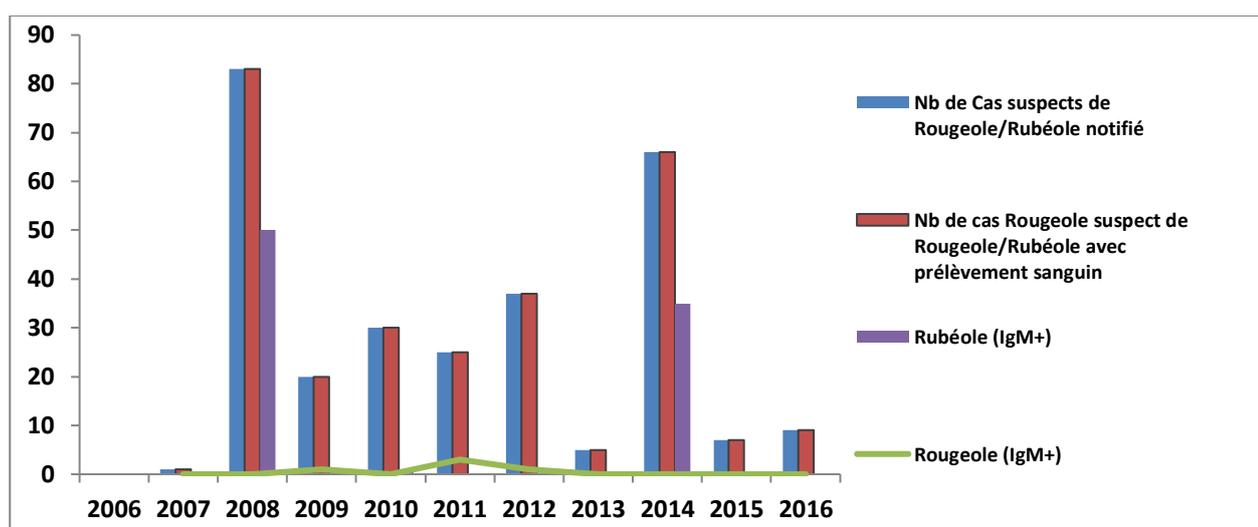


Figure 10: Evolution du nombre de cas suspects de Rougeole/Rubéole notifiés au cours des 10 dernières années

Tableau 15: Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2010 ainsi que la supplémentation en Vitamine A.

Îles	Cible rougeole 9 à 47 mois	Enfants vaccinés	% des enfants vaccinés	Cible Vit A 6 à 59 mois	Enfants ayant reçu Vit A	% des enfants ayant reçus la Vit A
Ndzouani	31 589	33 299	105	41 909	36 184	86
Mwali	4 886	4 136	85	6 482	4 988	77
Ngazidja	38 097	25 292	66	50 545	27 843	55

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2010

Tableau 16: Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2013 ainsi que la supplémentation en Vitamine A.

Iles	Cible rougeole 9 à 59 mois	Enfants vaccinés	% des enfants vaccinés	Cible Vit A 6 à 59 mois	Enfants ayant reçu la Vit A	% des enfants ayant reçus la Vit A
Anjouan	42 729	45 839	107	45 376	45 187	100
Mohéli	6 694	6 708	100	7 108	6 918	97
Grande Comore	51 437	33 969	66	54 623	35 105	64

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2013

Tableau 17: Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2016 ainsi que la distribution en moustiquaire imprégnées de longue durée.

Iles	Cible rougeole 9 à 59 mois	Enfants vaccinés	% des enfants vaccinés	Cible MILD 9 à 11 mois	Enfants ayant reçu la MILD	% des enfants ayant reçus la MILD
Anjouan	46312	46680	96	2049	2252	110
Mohéli	7306	6880	94	323	389	120
Grande Comore	55696	31811	57	2465	1730	90

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2016

La faible couverture observée en Grande Comore pourrait s'expliquer par une faiblesse enregistrée dans l'organisation de la campagne dans la grande île plus particulièrement, comme elle n'a pas atteint au moins 90%, mais cela conforte aussi l'hypothèse des problèmes de dénominateur dans cette grande île.

De ce fait, tenant compte de l'analyse de la surveillance de ces trois MEV, les données présentées montrent des insuffisances réelles de la mise en œuvre de la surveillance des MEV et de manière plus générale de la surveillance des maladies.

Ainsi il serait opportun d'intégrer ou de mieux coordonner tous les systèmes de surveillance des programmes et plus spécifiquement entre le PEV et les autres services de surveillance ou programmes de la DLM, et de revoir le circuit d'informations général à tous les niveaux de la pyramide.

D. *Communication*

Le pays dispose actuellement un réseau de média publics, privés et communautaires. Parmi eux, on compte l'Office de Radio et Télévision des Comores (ORTC), 46 Radios Communautaires et 3 presses écrites. Des activités ponctuelles de sensibilisation de la population à travers les médias sont organisées par certains médecins de districts et la Direction de la Promotion de la Santé (DPS). Des

réunions regroupant les leaders d'opinion sont aussi tenues dans les villages portant sur les avantages de la vaccination avant et pendant les campagnes de vaccination.

Le PEV dispose aussi d'un plan stratégique de communication visant à renforcer la communication pour la vaccination de routine en vue d'atteindre 90% de couverture vaccinale pour tous les antigènes d'ici 2019.

Les ressources humaines du programme impliquées dans les activités de communication sont limitées qualitativement et quantitativement.

Il y a lieu de noter que le Pays dispose d'une stratégie nationale de santé communautaire. En effet, la communauté participe dans la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale et on compte 750 agents de santé communautaires repartis dans les 3 îles.

Le pays dispose aussi d'un réseau de téléphonie développé qui pourrait être utilisé pour la diffusion des messages de vaccination.

E. *Gestion du programme et cadre institutionnel*

La Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination relève de la Direction de la Lutte contre la Maladie sous l'autorité directe de la Direction Générale de la Santé.

La Coordination Nationale du PEV pilote l'ensemble des activités de vaccination au niveau national. Au niveau intermédiaire, 3 responsables du PEV coordonnent les activités des districts au niveau des îles.

Au niveau opérationnel, il y a un responsable des activités de vaccination dans chaque centre de santé dont certains cumulent d'autres activités du centre. Ce qui ne permet pas souvent une implication totale de ces agents de santé dans les activités de vaccination à temps plein.

1. Coordination et partenariat

Au niveau de la coordination, il existe un Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) au niveau central, créé par arrêté ministériel N° 01-061/MSPASCF/CAB en date du 21 février 2001. Ce comité multisectoriel est présidé par le Ministre en charge de la Santé et son secrétariat est assuré par la Coordination Nationale du PEV. Les membres de ce comité sont : le Ministère des Finances, la Secrétaire Générale du Ministère de la Santé, le Directeur Général de la Santé, le Directeur de la Planification, les Commissaires à la Santé des îles, la Directrice de la Santé Familiale, le Directeur général de la CAMUC, le Commissaire Général au Plan, les Représentants de l'OMS, de l'Unicef, de l'UNFPA, les Directeurs Régionaux de la santé des îles, le Directeur de Lutte contre la Maladie, le chef de service de pédiatrie du CHN El Maarouf, le chef de service de la surveillance épidémiologique, les Représentants des ONGs, les Représentants des partenaires bilatéraux impliqués dans la vaccination. Le CCIA se réunit 4 fois par an, à raison d'une réunion ordinaire par trimestre.

Un comité technique restreint au sein duquel se retrouvent les experts techniques du ministère et les partenaires techniques et financiers, se réunit souvent pour débattre de tous les aspects techniques liés à la gestion du programme. Les propositions faites par cet organe sont validées lors des réunions du CCIA.

2. Ressources humaines

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dispose au niveau central de quatre postes de fonctionnaires : la Coordinatrice, le responsable de la surveillance, le responsable de la

communication, le logisticien national et son adjoint. Depuis 2013, avec l'appui de RSS-GAVI, la CNPEV est renforcée par un personnel d'appui réparti comme suit :

- Une gestionnaire.
- Un assistant administratif
- Un responsable de suivi et Evaluation
- Un chauffeur coursier.
- Une femme de ménage

Actuellement, au niveau des îles autonomes, sous la supervision du Directeur Régional de la Santé, les activités du PEV sont exécutées par les responsables régionaux de la vaccination appuyés par les logisticiens régionaux qui sont des fonctionnaires et des chauffeurs dont certains sont des contractuels payés par les fonds RSS-GAVI. Au niveau du district, le responsable de la vaccination est un infirmier ou une Sagefemme qui, entre autres, coordonne les activités du PEV. Il y a lieu de souligner que les ressources humaines du PEV sont limitées à tous les niveaux.

3. Suivi/ Supervision/ Evaluation.

Des outils nationaux de supervision de collecte de données et d'évaluation (DQS) sont disponibles aux différents niveaux. La supervision s'effectue semestriellement du niveau central vers les régions et districts ; trimestriellement de la région vers les districts et mensuellement des districts vers les postes de santé, conformément au schéma directeur du Système d'Information Sanitaire (SIS). Néanmoins, on note une insuffisance dans la diffusion des rapports de ces supervisions.

A ce jour, le suivi n'est pas effectif à tous les niveaux. Il se fait à travers la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et la rétro information. Il existe au niveau national et régional des outils informatiques permettant le traitement des données. Une fiche de suivi des données de vaccination est à la disposition des régions et districts mais son utilisation n'est pas encore effective par insuffisance de supervision. Les postes de santé sont dotés de supports de collecte et d'analyse des données. Les responsables ont été formés et sensibilisés à l'utilisation des fiches, mais leur remplissage correct n'est pas encore effectif dans certaines formations sanitaires.

L'analyse et l'interprétation des rapports de vaccination à tous les niveaux permettent d'apprécier les indicateurs de gestion du programme. On note cependant une insuffisance dans la rétro information.

Lors des revues semestrielles et annuelles des programmes de santé organisée par le Ministère de la Santé à travers la Direction Générale des Etudes de la Planification et des Statistiques Sanitaires, le plan d'action annuel du programme élargi de vaccination est évalué.

Dans le cadre de la validation de la qualité des données du PEV, le pays a introduit depuis 2011 l'auto évaluation de la qualité des données. A cet effet, 17 personnes ont participé à la formation sur l'initiation du DQS. La fiche d'évaluation du DQS est parfois utilisée lors des supervisions du niveau central vers les régions et les districts, mais pas de façon systématique. Il n'existe pas de plan d'amélioration de la qualité des données et le système de collecte des données ne permet pas de remonter les informations pour une prise de décision à temps.

4. Intégration

La CNPEV travaille en étroite collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) pour tout ce qui concerne les activités d'Information, d'Education et Communication (IEC). Elle travaille également avec la Direction de la Santé Familiale (DSF), pour tout ce qui est de la vaccination antitétanique des femmes enceintes et la supplémentation systématique en vitamine A ainsi que le déparasitage des enfants de moins de 5 ans.

Les Données PEV de chaque région sont centralisées mensuellement au niveau de la Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires (DISS).

Les **Organisations de la Société Civile** dont le Croissant Rouge Comorien, l'Agence des Musulmans d'Afrique et CARITAS Comores participent activement aux activités de vaccination de routine et de campagne.

La Croix Rouge Française travaille sur le renforcement du système de santé au niveau de certains districts au niveau des 3 îles. Ils réhabilitent les infrastructures, appuient la formation du personnel de santé, l'approvisionnement en médicaments et le renforcement des capacités communautaires.

Un **réseau des agents de santé communautaire** existe dans notre pays et est largement utilisé dans les stratégies avancées du PEV. Une Stratégie de Santé Communautaire 2014-2017 a été élaborée visant à intégrer les activités des différents programmes avec les mêmes agents communautaires.

Le **secteur privé** est faiblement impliqué dans la gestion du PEV notamment dans l'exécution des directives nationales en matière de vaccination et le partage des données.

La Santé Scolaire est un domaine partagé entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education Nationale. A ce jour la vaccination en milieu scolaire n'est pas effective, il est donc nécessaire que les deux ministères disposent des directives claires sur les rôles et missions des uns et des autres.

L'Ecole de Médecine et de Santé Publique a adopté dans son curricula le programme de vaccination. Cependant, aucun partenariat n'a été développé avec l'Université des Comores pour développer des axes de recherche opérationnelle.

F. *Le Financement de la vaccination*

Depuis la création du PEV, l'Etat contribue au fonctionnement du programme. De 2006 à ce jour, il contribue à travers une ligne budgétaire spécifique inscrite dans la loi de finance (20 millions de francs comoriens par an, soit 40 000 Euros), pour le financement du programme et appuyer l'acquisition des nouveaux vaccins entre autres.

En effet, à travers cette ligne budgétaire, le Gouvernement a pu contribuer aux campagnes de vaccination contre la rougeole de 2007, 2010, 2013 et 2016.

Le décaissement des fonds de l'Etat suit les procédures financières édictées par le Ministère des Finances.

Malgré cette participation de l'Etat, le financement du programme de vaccination n'échappe pas à la dépendance extérieure. Les vaccins et matériels d'injection ainsi que toute la logistique et les coûts récurrents sont supportés par des ressources extérieures (OMS, UNICEF, GAVI, UNFPA, CARITAS et JICA). Il en est de même des activités opérationnelles de terrain.

Depuis Décembre 2012, le pays bénéficie d'un projet de renforcement de système de santé (RSS-GAVI), d'un montant de 1 799 265USD pour trois ans.

Il est à noter que le montant alloué par le pays à la vaccination semble très insuffisant, nécessitant des efforts supplémentaires de mobilisation. L'UNICEF continue à assurer 100% des approvisionnements en vaccins traditionnels pour le pays et GAVI à 90 % pour les nouveaux vaccins, tandis que le Gouvernement y participe en contrepartie à 10 %.

Il existe aussi une ligne budgétaire (charges communes) qui doit répondre à toutes les urgences du pays (épidémies, catastrophes naturelles...) et qui peut donc être mobilisée pour la vaccination en cas de besoin.

G. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV

Tableau 18: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV.

1. Gouvernance			
FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un Comité de Coordination Inter Agence fonctionnel (CCIA) du PEV • Existence de documents stratégiques en faveur des enfants (Stratégie pour la survie de l'enfant, PPAC...) • Existence d'un manuel de procédures de gestion du programme • Contribution financière de l'Etat pour la vaccination • Inscription du PEV parmi les priorités de la sante • Existence des instances de prise de décision et de coordination (CNS, CNTS) • Volonté politique manifeste du gouvernement • Inscription du PEV parmi les priorités de l'Etat (SCA2D, PIQ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de coordination et d'échanges entre les parties prenantes du PEV • Faible implication du secteur privé dans la vaccination • ARNs non fonctionnels • Non mise en place du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) • Non mise en place du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) • Absence de textes réglementant la vaccination • 50% de l'unité de gestion au sein du PEV est pris en charge financièrement par un bailleur extérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité politique dans le pays • Disponibilité des bailleurs à accompagner le pays • Existence d'un large réseau associatif • Disponibilité de la diaspora Comorienne à accompagner le pays dans le développement des infrastructures sanitaires • Existence d'une autorité nationale de régulation des technologies, de l'information et de communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de clarté dans la législation de l'autonomie des îles et de la décentralisation (rôles et responsabilités)

2. Génération de la demande

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la stratégie de santé communautaire qui intègre un paquet de huit (8) pratiques essentielles. • Existence d'un vaste réseau de radios communautaires et de télévision impliqués dans la diffusion des messages de vaccination. • Existence d'une stratégie de communication et de mobilisation sociale pour la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des ONGs et associations communautaires dans la vaccination • Absence de recherche opérationnelle sur la communication (étude CAP...) • Insuffisance de ressources financières allouées aux activités de communication au niveau communautaire • Insuffisance des activités de mobilisation sociale • Insuffisance de suivi des activités des ASC en matière de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des NTIC (réseaux sociaux) pour la diffusion des messages sur la vaccination • Appui des partenaires pour le financement de la stratégie de communication • Synergie avec d'autres programmes (nutrition, PF...) • Existence de la stratégie nationale de cybersanté 2017-2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité des Agents de santé Communautaire (ASC) • Les conflits communautaires

3. Equité, accès et couverture des prestations

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité des services de vaccination à tous les niveaux sans distinction des origines, de sexe et de religion. • Existence d'un numéro d'identification unique dans les registres de vaccination • Introduction du VPI en janvier 2015 • Switch du VPOt au VPOb en avril 2016 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'un rapport sur les inégalités en matière de santé. • Faible couverture en matière de stratégies avancées au niveau communautaire • Insuffisance de rétro information à tous les niveaux. • Non intégration de la vaccination dans le curricula de l'éducation de base • Insuffisance de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux • Absence de système de suivi et d'évaluation de la qualité de prestations. • Taux d'abandon à 9,4% en 2016 • 60% des structures sanitaires n'offrent pas la vaccination • Insuffisance des recherches actives des perdus de vue dans les villages • Faible financement du PEV par le pays quant à 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de système de cash-transfert pour les familles démunies • Développement de l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) • Disponibilité des collectivités locales (communes) à accompagner les activités de vaccination • Recensement Général de la Population en cours (résultats attendus en 2018) • Création d'une couverture assurance maladie généralisée • Révision de la carte sanitaire en 2017 • Création de la santé scolaire • Réactualisation du plan de 	<ul style="list-style-type: none"> • Dégradation des infrastructures sanitaires • Dégradations des infrastructures routières • Gel de recrutement des ressources humaines non prise en considération • Non maîtrise du dénominateur (cible PEV) • Faible revenu des ménages (difficultés de déplacement vers les structures de santé)

	<p>l'introduction des nouveaux vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible utilisation des services de vaccination • Non existence d'un plan de réponses aux urgences en cas d'épidémie de maladies évitables par la vaccination • Non informatisation et non mise en réseau des registres de vaccination • Absence d'un plan d'amélioration de la qualité des données • Conservation inadéquate des consommables pour la vaccination • Absence de plan de réponse pour les maladies lors de l'introduction d'un nouveau vaccin • Absence d'un plan de sécurité des injections 	<p>développement des ressources humaines</p>	
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Non utilisation de l’outil SMT au niveau des Directions Régionales de la Santé (Ngazidja et Mohéli) • Faible utilisation des agents de santé communautaire dans l’identification des nouveaux nés dans la communauté • Insuffisance d’informations et de formations des sociétés civiles sur l’engagement et les besoins communautaires • 53% des districts ont une couverture vaccinale en Penta 3 inférieure à 80% 		<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité du personnel et fuite de cerveau.
--	---	--	--

4. Approvisionnement et logistique

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une capacité de stockage adéquate • Disponibilité des outils de gestion des vaccins • Disponibilité du personnel qualifié au niveau national • Existence d'un plan de sécurité des injections • Disponibilité des fiches de notification de MAPI • Disponibilité des moyens roulant (véhicule et moto) au niveau central et intermédiaires • Disponibilité du rapport de la GEV et de son plan d'amélioration • Disponibilité du plan d'extension de la chaîne de froid 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de moyen de transport dans certains postes de vaccination et du niveau central • Absence de mécanisme de suivi du parc roulant • Absence d'un plan de maintenance des équipements • Insuffisance de personnel qualifié pour la maintenance • Insuffisance de moyen de fonctionnement du service de la logistique • Plan de sécurité des injections non mises à jour depuis 2007 • Manque de personnel qualifié au niveau régional • Manque de capacités en matière de gestion et d'approvisionnement de stock • Absence d'un plan de réhabilitation 	<p>Disponibilité des partenaires techniques et financiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'utilisation optimale du personnel formé (forte mobilité) • Difficulté de transport inter-iles

--	--	--	--

5. Intégration			
FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une expertise de gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé à la CAMUC • Intégration des prestations de nutrition dans la vaccination (supplémentation, déparasitage, dépistage) • 80% des formations sanitaires publiques fournissent des services de vaccination. • Existence d'une Base De Données électronique au niveau central et régional • Introduction de la vaccination dans le curricula de l'EMSP • Suivi des activités des différents programmes de santé publique lors des réunions de planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de plan de formation intégrée pour les ASC • Absence d'un plan de suivi, supervision intégrée des ASC • Insuffisance de coordination avec les autres programmes • Faible partage des informations entre les programmes • Implication insuffisante de la population dans la surveillance à base communautaire • Faible promptitude et complétude dans la transmission des données • Absence de service de vaccination dans les structures privées de la santé • Non introduction de la vaccination en milieu scolaire • Absence de diffusion et d'utilisation des données à large échelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de personnel qualifié dans les autres programmes (Supervision, planification, enquête, ...) • Volonté des partenaires à développer la stratégie IHP+ • Existence de réseaux de santé communautaire • Plateforme unique de diffusion des informations (Site Web Ministère de la Santé) • Plan de suivi-évaluation unique pour le suivi du 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et morbidité et les changements épidémiologiques 	<p>PNDS en cours d'élaboration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui technique et financier des partenaires • Réflexion pour la mise en place d'institut pour la vaccination et les vaccins 	
--	--	--	--

6. Recherche et Innovation			
FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un décret portant création d'un comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. • Existence d'une direction des études et de la recherche au sein de la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé. • Existence d'un pool de recherche avec l'université des Comores et l'INSEED 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité en matière de recherche en santé. • Absence de recherche opérationnelle sur la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des partenaires à appuyer le pays dans le domaine de la recherche et de l'innovation. • Existence des fonds FEDER (mobilisable à la Réunion) • Disponibilité de la stratégie nationale cybersanté 2017-2021 	

7. Financement			
FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une ligne budgétaire PEV dans la loi des finances • Existence d'une ligne budgétaire charge commune pouvant être mobilisée en cas d'épidémie/ réponse aux urgences. • Co financement des nouveaux vaccins (DTC-HepB-Hib) par le gouvernement • Existence d'un plan de viabilité financière inclus dans le PPAc. • Existence d'une commission de passation de marché du PEV conformément au code de passation de marché public. 	<ul style="list-style-type: none"> • Décaissement difficile des fonds alloués par l'Etat • Faible visibilité de la contribution de la communauté. • Allocation de la ligne budgétaire insuffisante par rapport aux engagements attendus • Retard de recouvrement des justificatifs des fonds transmis aux régions et districts. • Forte dépendance aux partenaires extérieurs pour l'achat des vaccins • Décaissements irréguliers des subventions des structures sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui des partenaires dans la vaccination • Existence des fonds IPPTE mobilisables en faveur de la vaccination • Fonds mobilisés par la conférence de DOHA en faveur des secteurs sociaux • Disponibilité d'un plan de renforcement de Système de santé (RSS GAVI) • Existence de transfert de fonds important de la part de la diaspora qui pourrait être mobilisé pour le développement de la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance financière du programme aux partenaires extérieurs >90%

8. Surveillance			
FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un service de surveillance au sein de la Direction de la Lutte contre la maladie • Disponibilité d'un responsable surveillance pour les Maladies Evitables par la Vaccination (MEV) • Existence d'un plan de riposte à l'épidémie de polio 2015-2018 mis à jour pour 2017 • Existence des organes de lutte contre la polio • Existence d'un laboratoire de référence national pour la surveillance de la rougeole • Bonne collecte et conservation des échantillons • Mise en place des activités post certification de la polio via le transfert de compétences • Mise en œuvre de la SIMR 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de coordination entre les services en charge de la surveillance des différents programmes de santé • Absence de surveillance active • Absence de plan d'élimination de la rougeole • Absence de plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal • Problème d'identification et de disponibilisation des points focaux pour la surveillance à tous les niveaux • Absence de comité d'urgence au niveau du district • Absence de surveillance à base communautaire • Absence d'un circuit formel d'expédition des échantillons entre les îles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des partenaires techniques et financiers • Existence d'agences de voyages inter-îles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refus de certaines compagnies aériennes à transporter les échantillons

VI. Prioritisations des problèmes, Vision et Objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021

A. *Priorisation des problèmes*

De l'analyse, il ressort un certain nombre de problèmes prioritaires classés dans le tableau suivant, par composante. Les critères utilisés pour cette priorisation ont été l'ampleur du problème ainsi que sa faisabilité. Le score 1 décrit les activités à mener dans l'immédiat, le score 2 sur le moyen terme et le score 3 sur le long terme.

Tableau 19: Priorisation des problèmes par composante

Composante	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
1. Gouvernance	Faible implication du secteur privé dans la vaccination	3
	Insuffisance de coordination et d'échange entre les parties prenantes du PEV	1
	ARN non fonctionnels	2
	Absence de textes réglementaires sur la vaccination	2
	Non mise en place du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)	1
	50% de l'unité de gestion au sein du PEV est pris en charge financièrement par un bailleur exté	2

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
2. Génération de la demande	Faible implication des ONGs et associations communautaires dans la vaccination	1
	Insuffisance de ressources financières allouées aux activités de communication au niveau communautaire	1
	Absence de recherche opérationnelle sur la communication (étude CAP...)	1
	Insuffisance des activités de mobilisation sociale	1
	Insuffisance de suivi des activités des ASC en matière de vaccination	1

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
3. Equité, accès et couverture des prestations	Faible utilisation des services de vaccination.	1
	Non existence d'un plan de réponse aux urgences en cas d'épidémies des maladies évitables par la vaccination	1
	Faible financement du PEV par le pays quant à l'introduction des nouveaux vaccins	1
	Non informatisation et non mise en réseau des registres de Vaccination	2
	Faible utilisation des agents de santé communautaire dans l'identification des nouveaux nés dans la communauté	1
	Faible implication de la Société Civile (SC) dans la planification et la mise en œuvre des stratégies avancées	1
	Insuffisance d'informations et de formation des Sociétés Civiles sur l'engagement et les besoins communautaires	2
	Insuffisance de l'évidence sur les inégalités en matière de santé au pays.	1
	Couverture faible et inéquitable en matière de stratégies avancées au niveau communautaire	1
	Les couvertures vaccinales du PEV de routine sont inférieures à celles du GIVS	1
	Insuffisance de rétro information à tous les niveaux.	1
	Non intégration de la vaccination dans le curricula de l'éducation de base	3
	Insuffisance dans la planification des activités de vaccination	1
	Insuffisance de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux	2

	Absence de système de suivi et d'évaluation de la qualité de prestations.	2
	Insuffisance d'identification des populations spéciales	1
	60% des structures sanitaires publiques n'offrent pas la vaccination	1
	Insuffisance des recherches actives des perdus de vue dans les villages	1
	Absence d'un plan d'amélioration de la qualité des données	1
	Conservation inadéquate des consommables pour la vaccination	1
	Absence de plan de réponse pour les maladies lors de l'introduction d'un nouveau vaccin	2
	Le taux d'abandon frôlant la hausse par rapport à la norme ($\leq 10\%$)	1
	53% des districts ont une couverture vaccinale en PENTA3 inférieure à 80%	1

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
4. Approvisionnement et logistique	Insuffisance de moyen de transport dans certains postes de vaccination et du niveau central	2
	Absence de mécanisme de suivi du parc roulant	1
	Absence d'un plan de maintenance des équipements	1
	Insuffisance de personnel qualifié pour la maintenance	1
	Insuffisance de moyen de fonctionnement du service de la logistique	1
	Insuffisance de personnel qualifié au niveau régional	2
	Insuffisance de la qualité de fiche de notification MAPI	1
	Moyen de transport (moto) non approprié au profil de l'utilisateur	1
	Difficulté d'utilisation optimale du personnel formé (forte mobilité)	3
	Insuffisance de capacités en matière de gestion et d'approvisionnement de stock	1
	Absence d'un plan de réhabilitation des infrastructures sanitaires	1
	Plan de sécurité des injections, non mis à jour depuis 2007	2

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
5. Intégration	Absence de plan de formation intégrée pour les ASC	1
	Faible promptitude et complétude dans la transmission des données	1
	Absence d'un plan de suivi, supervision intégrée des ASC	1
	Insuffisance de coordination avec les autres programmes	2
	Implication insuffisante de la population dans la surveillance à base communautaire	2
	Faible partage des informations entre les programmes	2
	Absence de plan de réponse pour les maladies lors de l'introduction des nouveaux vaccins	1
	Non introduction de la vaccination en milieu scolaire	3
	Absence de diffusion et d'utilisation des données à large échelle	1
	Absence d'une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et la morbidité et les changements épidémiologiques	3
	Absence de service de vaccination dans les structures privées de la santé	3

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
6. Financement	Difficulté dans le décaissement des fonds alloués par l'Etat	2
	Allocation de la ligne budgétaire insuffisante par rapport aux engagements attendus	2
	Forte dépendance aux partenaires extérieurs pour l'achat des vaccins	2
	Retard de recouvrement des justificatifs des fonds transmis aux régions et districts.	1
	Faible visibilité de la contribution de la communauté.	3
	Décaissements irréguliers des subventions des structures sanitaires.	3

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
7. Recherche et innovation	Faible capacité en matière de recherche en santé.	2
	Absence de recherche opérationnelle sur la vaccination	1
	Absence d'une étude nationale sur l'impact économique de la vaccination	2
	Absence d'une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et morbidité et les changements épidémiologiques	2

Composantes	Description des principaux problèmes et priorités nationales	Ordre de priorité
8. Surveillance	Insuffisance de coordination entre les services en charge de la surveillance des différents programmes de santé	1
	Insuffisance de la surveillance active des MEV	1
	Absence de plan d'élimination de la rougeole	1
	Absence de plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal	2
	Problème d'identification et de disponibilisation des points focaux pour la surveillance à tous les niveaux	1
	Absence de comité d'urgence au niveau du district	2
	Absence de surveillance à base communautaire	2
	Absence d'un circuit formel d'expédition des échantillons entre les îles.	1

B. La Vision.

L'Union des Comores a souscrit aux objectifs contenus dans le Plan d'Action Mondial pour la Vaccination. Sa vision est de parvenir à ce que chaque enfant bénéficie d'une protection contre les maladies évitables par la vaccination, à travers l'utilisation optimale de tous les vaccins disponibles.

C. Objectif Général

D'ici 2021, atteindre une couverture vaccinale de 90% au niveau national pour tous les antigènes et au moins 80% au niveau de chaque district sanitaire.

D. Stratégies et objectifs spécifiques du Plan Pluriannuel Complet

Au regard des faiblesses relevées dans le cadre de l'analyse de situation, les objectifs spécifiques du PPAC 2017-2021 de l'Union des Comores s'articulent autour des principaux axes stratégiques suivants :

Axe stratégique 1 : Gouvernance

1.1. Objectifs spécifiques

1. Elaborer/reviser 4 textes règlementaires pour la vaccination à savoir : le manuel de procédure de gestion financière du MS, les schémas régionaux de l'offre de soin, la stratégie nationale intersectorielle gestion des déchets biomédicaux, la politique et le plan nationale de RH d'ici 2019.
2. Renforcer les capacités de management des équipes cadres du PEV au niveau national, régional et district pour fournir des services de vaccination de qualité de 80% en utilisant le système de contractualisation d'ici 2021.
3. Redynamiser les instances de gestion et de coordination à travers le plaidoyer de haut niveau pour améliorer, maintenir et renforcer l'engagement politique d'ici 2019
4. Appuyer la gouvernance et la gestion du programme à tous les niveaux (fonctionnement, contractualisation/indemnisation) d'ici 2021
5. Appuyer toutes les évaluations et audits d'ici 2021

1.2. Activités

- Appuyer l'élaboration du manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé
- Appuyer la formation des acteurs sur le manuel de gestion
- Réviser les textes normatifs et règlementaires existants en prenant en compte l'aspect équité (consultant, atelier de validation, multiplication et diffusion du document)
- Faire une évaluation rapide du système de santé /district (10) (équité) (consultant, enquête, atelier de restitution)
- Élaborer les plans d'action des 10 districts
- Contribuer à l'élaboration de la stratégie nationale intersectorielle de gestion des déchets y compris les déchets biomédicaux (ateliers de validation de la stratégie) (CTNS)
- Réviser la politique et le plan national de développement des ressources humaines

- Faire participer les responsables du programme (national et îles) dans des formations continues en management des projets et programmes dans un pays CEA
- Faire participer une personne de la CNPEV à la formation sur la gestion de la documentation, l'archivage et le système d'information) au Maroc ou Pays CEA
- Élaborer un plan de formation continue du personnel du Ministère de la santé (supervision formative intégrée, gestion du programme, maintenance de la chaîne de froid, vaccination pratique, SONU, PF, PCIME, Nutrition, PTME, normes et procédures budgétaires, suivi évaluation
- Organiser une formation des formateurs (identification du pool des formateurs régionaux, séances de formations)
- Organiser 4 réunions du CCIA par an
- Organiser un voyage d'étude des cadres de la CNPEV dans un autre Pays pour le partage d'expérience
- Organiser (relancer la tenue régulière) des réunions semestrielles du comité nationale technique de santé (CNTS)
- Organiser des réunions trimestrielles de coordination des acteurs du PEV
- Appuyer la tenue de réunions mensuelles des DRS sur la vaccination
- Assurer les salaires du personnel d'appui de la CNPEV (AT, Gest, compt, SD, Chauffeurs, Technicienne de Surface) et indemnités de performance.
- Assurer le Fonctionnement de la CNPEV (Doter la CNPEV en Carburant/Matériels de bureau, et moyens de communication et autres consommables, assurance et maintenance véhicule
- Elaborer un plan de travail annuel (PTA) de la CNPEV et le PAO compilé des 3Iles
- Appuyer l'élaboration des Micro planifications au niveau des districts
- Appuyer les Revues semestrielle et annuelle
- Assurer l'organisation des audits internes
- Réaliser l'audit financier externe annuel du RSS2

Axe stratégique 2 : Génération de la demande

2.1. Objectifs spécifiques :

1. Mettre en œuvre le plan de communication du PEV de routine à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2021
2. Renforcer de 80% la participation communautaire en faveur de l'augmentation de la demande de la vaccination d'ici 2021
3. Sensibiliser 80% des communautés à s'engager sur les bénéfices de la vaccination et être à l'écoute de leurs doléances d'ici 2021
4. Faire le plaidoyer à tous les niveaux pour la mobilisation des ressources financières pour stimuler la demande d'ici 2021.
5. Renforcer les capacités de 80% ASC pour la communication et la mobilisation sociale d'ici 2021.
6. Intégrer la vaccination dans le curricula de l'éducation de base d'ici 2021

2.2. Activités

- Mise en œuvre d'un plan de communication spécifique au PEV dans tous les districts sanitaires.
- Création et mise à jour des réseaux sociaux pour la diffusion des messages sur la vaccination
- Organiser des rencontres d'échanges et de partages des informations avec les ASC/Leaders locaux sur les enjeux de la vaccination au niveau des CSD

- Organiser un atelier national sur l'harmonisation des frais de motivation des ASC
- Appuyer les ASC à organiser les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires dans les 17 districts, 4 fois par an
- Produire/disséminer des supports de communication en faveur du PEV de routine (Affiches grand format, dépliants, panneau publicitaire, calendrier national de vaccination, spot, Tee shirt, cartable, film ...) dans tous les districts sanitaires.
- Utilisation de la société civile pour le plaidoyer au niveau communautaire.
- Organiser des rencontres d'échanges avec les cadres de service de santé scolaire en faveur de l'intégration de la vaccination dans le curricula de l'éducation de base.
- Organisation des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières.

Axe stratégique 3 : Equité, accès et couverture des prestations

3.1. Objectifs spécifiques

1. Réduire le taux d'abandon penta 1 penta 3 à moins de 10% d'ici 2021 dans 98% des districts
2. Améliorer l'accès au service de vaccination de 60% à 90% en prenant compte l'aspect équité d'ici 2021.
3. Atteindre d'ici 2021 une couverture nationale de 90 % et au moins 85 % des districts et pour tous les antigènes
4. Vacciner 95% des enfants de moins de 15 ans contre la rougeole et la rubéole en 2019
5. Assurer l'équité dans la programmation et la mise en place du programme
6. 100% des CSD disposent du personnel formé en gestion PEV d'ici 2021
7. Améliorer l'efficacité et l'efficience du programme à tous les niveaux à 90% d'ici 2021.
8. Introduire les nouveaux vaccins Rougeole/Rubéole en Novembre 2019 et PCV13 en Juin 2021.

3.2. Activités :

- Augmenter 34 formations sanitaires dispensant la vaccination d'ici 2019.
- Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole et Rubéole en 2019.
- Elaborer les plans de riposte aux épidémies des Maladies Evitables par la Vaccination
- Organiser les activités de l'introduction des nouveaux vaccins Rougeole/Rubéole et PCV13
- Elaborer un plan de plaidoyer de mobilisation des ressources.
- Informatiser et mettre en réseau des registres de vaccination et autres bases de données
- Identifier les nouveaux nés dans la communauté à l'aide des ASC
- Planifier et mettre en œuvre des stratégies avancées en impliquant la société civile
- Développer les compétences en planification prenant en compte les aspects d'équité du genre, des droits humains et des déterminants sociaux
- Renforcer les capacités des sociétés civiles sur l'engagement et les besoins communautaires.
- Renforcer les capacités des acteurs intervenant dans le PEV
- Assurer le Suivi évaluation des prestations à tous les niveaux
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données

- Mettre en place et renforcer les mécanismes opérationnels de décentralisation sanitaire

Axe stratégique 4 : Approvisionnement et logistique

4.1. Objectifs spécifiques :

1. Renforcer les capacités des structures et la logistique
2. Améliorer le score moyen de la gestion efficace des vaccins (GEV) de 65% à 95% d'ici 2021

4.2. Activités

- Renforcement des capacités régionales sur l'utilisation du SMT
- Élaborer un plan national de maintenance (consultant, Atelier de validation, Multiplication et diffusion du document...)
- Élaborer une stratégie de sécurité des injections et gestion des périmés (consultant, Atelier de validation, Multiplication et diffusion du document...)
- Réaliser une GEV tous les 3 ans (2018/2021)
- Organiser des réunions de suivi semestriel du plan d'amélioration de la GEV impliquant les trois régions et le niveau national
- Doter la CNPEV en véhicule avec carburant pour appuyer le travail de supervision de l'équipe logistique
- Doter la CNPEV en matériels techniques nécessaires au suivi de la chaîne de froid
- Doter la CNPEV en pièces de rechange et éléments à durée de vie connue (batteries)
- Organiser 2 réunions semestrielles du groupe de travail national sur la logistique
- Assurer la mise en œuvre des différentes opérationnalités de la maintenance des équipements
- Assurer l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités
- Assurer la formation de 3 logisticiens régionaux dans un centre d'excellence de la CEA pour la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement
- Assurer une formation d'une personne de perfectionnement en gestion de la chaîne de froid (formations de courte durée)
- Assurer une formation de base en maintenance pour 2 agents par district pour intervention efficace sur la chaîne de froid
- Assurer une formation des bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement
- Réaliser une analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons)
- Assurer l'achat de 35 nouveaux frigos sur les centres de vaccination existants
- Assurer l'installation des nouveaux frigos (10 pour remplacement et 25 en extension dans les nouveaux centres de vaccination)
- Réhabiliter les zones de stockage des vaccins et consommables au niveau régional.
- Elaborer le plan spécifique de maintenance préventive et curative
- Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'un système de contrôle à distance de la température des équipements
- Mettre en place un partenariat privé pour assurer une efficacité de la maintenance des équipements en parallèle à la formation des logisticiens du Ministère

- Organiser des supervisions formatives sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV)
- Réaliser une étude de faisabilité pour mutualiser les efforts sur le stockage des produits et sur la distribution des vaccins en collaboration avec la CAMUC
- Assurer le suivi des protocoles d'optimisation de la mise en œuvre des activités (destruction des équipements anciens, gestion des vaccins périmés, distribution des vaccins à tous les niveaux)
- Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'une unité de maintenance au niveau du ministère
- Réhabilitation des structures de stockage des consommables
- Elaboration d'un plan de sécurité des injections
- Mise en place des bonnes pratiques de stockage
- Mise en place/utilisation d'une fiche de logistique des matériels roulants

Axe stratégique 5 : Intégration

5.1. Objectifs spécifiques :

1. Renforcer à 80% les capacités des systèmes de monitoring et de surveillance y compris au niveau communautaire
2. Renforcer les capacités de 90 % des gestionnaires/responsables à tous les niveaux
3. Renforcer à 90 % la multisectorialité à tous les niveaux.

5.2. Activités

- Renforcer les capacités des gestionnaires de données
- Elaborer le plan de suivi de supervision intégrée des ASCs
- Renforcer la coordination/concertation avec les autres programmes
- Diffuser et utiliser les données à large échelle
- Renforcer l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités de surveillance à base communautaire
- Impliquer les structures privées de santé dans les activités de vaccination
- Renforcer les ressources humaines en qualité et en quantité
- Elaborer et mettre en œuvre de la stratégie de santé scolaire

Axe stratégique 6 : Financement

6.1. Objectifs Spécifiques :

1. Augmenter la part du budget de l'Etat alloué au PEV de 33 % d'ici 2021.
2. Mobiliser d'autres donateurs pour le financement du PEV
3. Développer une approche novatrice de financement du PEV

6.2. Activités

- Faire le Plaidoyer pour augmenter et décaisser l'allocation budgétaire et les subventions
- Contribuer à l'achat des vaccins traditionnels et nouveaux
- Inciter la mobilisation de la communauté y compris la Diaspora pour l'orientation et l'utilisation de leurs contributions financières en faveur du PEV
- Soumettre une proposition à GAVI pour le financement du Renforcement du Système de Santé (RSS) pour 2017 -2021

- Mettre en œuvre de l'approche basée sur la performance (FBP)

Axe stratégique 7 : Recherche et innovation

7.1.Objectifs Spécifiques :

1. Mener des enquêtes périodiques sur la vaccination
2. Renforcer les capacités nationales du personnel à formuler des politiques basées sur les évidences

7.2. Activités

- Renforcer les capacités du personnel en recherche.
- Développer la recherche opérationnelle
- Mener une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et morbidité et les changements épidémiologiques

Axe stratégique 8 : Surveillance et Gestion de donnée

8.1.Objectifs Spécifiques :

1. Atteindre une complétude de 100% et une promptitude de 80% dans la transmission des données des districts au niveau national
2. Renforcer la surveillance active des maladies évitables par la vaccination d'au moins 80% d'ici 2021
3. Réaliser 1 DQS dans tous les districts chaque année
4. Atteindre les indicateurs majeurs de la surveillance pour toutes les maladies
5. Renforcer la surveillance des MAPI
6. Mettre en place un système de coordination entre les différents services de surveillance des différents programmes
7. Renforcer la surveillance spécifique du PEV

8.2. Activités

- Organiser des réunions mensuelles de coordination (harmonisation/validation des données) à tous les niveaux
- Assurer la conduite des DQS chaque trimestre au niveau district par la DRS et chaque semestre au niveau DRS par le niveau central
- Former les équipes cadre à tous les niveaux sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données
- Appuyer la production des comptes nationaux de la santé en intégrant les données sur la vaccination
- Assurer le financement des formations du responsable de la DISS, du chargé du suivi/évaluation PEV au niveau national et des 3 points focaux PEV régionaux en épidémiologie et statistiques
- Conduire une étude de satisfaction des usagers de service PEV.
- Appuyer la mutualisation/ la reproduction des tous les outils de récolte de données à partir de 2020 (prise en charge par FM pour 2017/2018/2019)
- Mettre en place en format test le vax track
- Réaliser la cartographie des sites prioritaires de surveillance y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels
- Assurer la surveillance active et l'acheminement des échantillons (Carburant et frais de déplacement).
- Réaliser une enquête de couverture sur le PEV de routine

- Organiser une étude CAP sur la vaccination
- Promouvoir l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux
- Mettre en œuvre de la surveillance nationale basée sur le cas et le laboratoire
- Révision de la fiche de notification MAPI
- Notifier tous les cas de MAPI
- Prendre en charge tous les cas de MAPI
- Améliorer et la diffuser les bulletins de rétro-information Immunisation et Surveillance épidémiologique
- Systématiser l'auto évaluation de la qualité des données
- Organiser les réunions de coordination entre les différents services de surveillance des différents programmes.
- Régulariser la désignation des points focaux par une note de service administrative à tous les niveaux
- Elaborer un plan d'élimination de la rougeole
- Elaborer un plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal
- Mettre en place des comités d'urgence au niveau des districts (polio, autres...)
- Mettre en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et la riposte
- Mettre en œuvre de la surveillance à base communautaire
- Renforcer les capacités du laboratoire de référence national
- Mettre en place d'un circuit formel d'expédition des échantillons entre les îles.

VII. Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021 de l'Union des Comores

Tableau 20: Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2017-2021

1. Gouvernance

STRATEGIES	ACIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Elaborer/réviser les textes réglementaires pour la vaccination à savoir : le manuel de procédure de gestion financière du MS, les schémas régionaux de l'offre de soin, la stratégie nationale intersectorielle gestion des déchets biomédicaux, la politique et le plan nationale de RH d'ici 2019	Appuyer l'élaboration du manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé		X			
	Appuyer la formation des acteurs sur le manuel de gestion		X			
	Réviser les textes normatifs et règlementaires existants en prenant en compte l'aspect équité (consultant, atelier de validation, multiplication et diffusion du document)		X			
	Faire une évaluation rapide du système de santé /district (10) (équité) (consultant, enquête, atelier de restitution)		X			
	Élaborer les plans d'action des 17 districts	X	X	X	X	X
	Contribuer à l'élaboration de la stratégie nationale intersectorielle de gestion des déchets y compris les déchets biomédicaux (ateliers de validation de la stratégie) (CTNS)		X			
	Réviser la politique et le plan national de développement des ressources humaines		X			
Renforcement des capacités de management des équipes cadres du PEV au niveau national, régional et district pour fournir des services de	Faire participer les responsables du programme (national et îles) dans des formations continues en management des projets et programmes	X	X	X	X	X
	Faire participer une personne de la CNPEV à la formation sur la gestion de la documentation, l'archivage et le système d'information)	X	X	X	X	X
	Élaborer un plan de formation continue du personnel du Ministère de la santé (supervision formative intégrée, gestion du programme, maintenance de la		X			

vaccination de qualité en utilisant le système de contractualisation de 80% d'ici 2019	chaîne de froid, vaccination pratique, SONU, PF, PCIME, Nutrition, PTME, normes et procédures budgétaires, suivi évaluation					
	Organiser une formation des formateurs (identification du pool des formateurs régionaux, séances de formations)	X	X	X	X	X
	Organiser des formations in situ au niveau des districts en complément avec RSS /Fonds Mondial sur le leadership, plaidoyer, planification, lobing et mobilisation des ressources (îles et districts)	X	X	X	X	X
Redynamisation des instances de gestion et de coordination à travers le plaidoyer de haut niveau pour améliorer, maintenir et renforcer l'engagement politique	Organiser 4 réunions du CCIA par an	X	X	X	X	X
	Organiser un voyage d'étude des cadres de la CNPEV dans un autre Pays pour le partage d'expérience		X	X	X	X
	Organiser (relancer la tenue régulière) des réunions semestrielles du comité nationale technique de sante (CNTS)	X	X	X	X	X
	Appuyer la tenue des réunions mensuels des DRS sur la vaccination	X	X	X	X	X
Appui à la gouvernance et à la gestion du programme à tous les niveaux (fonctionnement, contractualisation/indemnisation)	Assurer le Fonctionnement de la CNPEV (Doter la CNPEV en Carburant/Matériels de bureau, et moyens de communication et autres consommables, assurance et maintenance véhicule	X	X	X	X	X
	Assurer les salaires du personnel d'appui de la CNPEV (AT, Gest, compt, SD, Chauffeurs, Technicienne de Surface) et indemnités de performance.	X	X	X	X	X
Appuyer toutes les évaluations et audits tous les ans	Elaborer un plan de travail annuel (PTA) de la CNPEV et le PAO compilé des 3Iles	X	X	X	X	X
	Appuyer l'élaboration des Micro planifications au niveau des districts	X	X	X	X	X
	Appuyer les Revues semestrielle et annuelle	X	X	X	X	X

	Assurer l'organisation des audits internes	X	X	X	X	X
	Réaliser l'audit financier externe annuel du RSS2	X	X	X	X	X

2. Génération de la demande

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Mettre en œuvre le plan de communication du PEV de routine à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication spécifique au PEV	X	X	X	X	X
	Créer et mettre à jour les réseaux sociaux pour la diffusion des messages sur la vaccination	X	X	X	X	X
	Utiliser les OSC Organisation Société Civile dans les activités de plaidoyer en faveur de PEV au niveau communautaire	X	X	X	X	X
	Organiser des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X	X
Renforcer la participation communautaire en faveur de l'augmentation de la demande de la vaccination	Organiser des rencontres d'échanges et de partages des informations avec les ASC/Leaders locaux sur les enjeux de la vaccination au niveau des CSD	X	X	X	X	X
	Organiser un atelier national sur l'harmonisation des frais de motivation des ASC	X	X	X	X	X
	Appuyer les ASC à organiser les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires dans les 17 districts, 4 fois par an	X	X	X	X	X
	Produire/disséminer des supports de communication en faveur du PEV de routine (Affiches grand format, dépliants, panneau publicitaire, calendrier national de vaccination, spot, tee shirt, cartable, film ...) dans tous les districts sanitaires.	X	X	X	X	X
	Utilisation de la société civile pour le plaidoyer au niveau communautaire.	X	X	X	X	X

	Intégrer la vaccination dans le curricula de l'Education de base		X		
--	--	--	---	--	--

3. Equité, accès et couverture des prestations

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Améliorer l'accès au service de vaccination en prenant compte l'aspect équité de 60% à 100% d'ici 2021.	Augmenter le nombre de formations sanitaires dispensant la vaccination	X	X	X	X	X
Renforcer système de vaccination	Assurer l'Introduction des nouveaux vaccins (Rougeole/Rubéole, PCV13)	X	X	X	X	X
Améliorer l'efficacité et l'efficience du programme à tous les niveaux à 90% d'ici 2021.	Mettre en œuvre les activités de dénombrement (enregistrement des naissances et des décès néonataux) dans 90% des communautés par les ASC d'ici 2021	X	X	X	X	X
	Planifier et mettre en œuvre les stratégies avancées en impliquant la société civile et la communauté	X	X	X	X	X
	Développer les compétences en planification prenant en compte les aspects d'équité du genre, des droits humains et des déterminants sociaux	X	X	X	X	X
	Assurer le Renforcement des capacités des sociétés civiles sur l'engagement et les besoins communautaires.	x	x	x	x	x
	Assurer le Renforcement des capacités des acteurs intervenant dans le PEV	X	X	X	X	X
	Assurer le Suivi et Evaluation des prestations à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données	X	X	X	X	X

Renforcer et mettre en place les mécanismes opérationnels de décentralisation sanitaire	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---

4. Approvisionnement et logistique

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Améliorer le score moyen de la gestion efficace des vaccins (GEV) de 65% à 95% d'ici 2021	Assurer le Renforcement des capacités du Chargé PEV régional sur l'utilisation du SMT	X		X		X
	Organiser un Atelier de validation du plan de maintenance		X			
	Mettre en œuvre le plan de maintenance et de réhabilitation de la CdF du PEV		X	X	X	
	Élaborer une stratégie de sécurité des injections et gestion des périmés (consultant, Atelier de validation, Multiplication et diffusion du document...)		X			
	Réaliser une GEV tous les 3 ans (2018/2021)		X			X
	Organiser des réunions de suivi semestriel du plan d'amélioration de la GEV impliquant les trois régions et le niveau national		X			X
	Doter la CNPEV en véhicule pour appuyer le travail de supervision de l'équipe logistique		X			

Doter la CNPEV en matériels techniques nécessaires au suivi de la chaîne de froid		X	X	X	
Doter la CNPEV en pièces de rechange et éléments à durée de vie connue (batteries)		X	X	X	X
Organiser 2 réunions semestrielles du groupe de travail national sur la logistique	X	X	X	X	X
Assurer l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités			X		
Former 3 logisticiens régionaux pour la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement		X	X	X	
Assurer une formation d'une personne de perfectionnement en gestion de la chaîne de froid (formations de courte durée)		X	X	X	X
Assurer une formation de base en maintenance pour 2 agents par district pour intervention efficace sur la chaîne de froid		X	X		
Assurer une formation des bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	X	X	X	X	X
Réaliser une analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons)	X	X	X	X	X
Assurer l'achat de 34 nouveaux réfrigérateurs sur les centres de vaccination existants		X	X		
Assurer l'installation des nouveaux frigos (9 pour remplacement et 25 en extension dans les nouveaux centres de vaccination)		X	X		
Réhabiliter les zones de stockage des vaccins et consommables au niveau régional.			X		
Elaborer le plan spécifique de maintenance préventive et curative		X			

Réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'un système de contrôle à distance de la température des équipements				X	X
Organiser des supervisions formatives sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV)	X	X	X	X	X
Réaliser une étude de faisabilité pour mutualiser les efforts sur le stockage des produits et sur la distribution des vaccins en collaboration avec la CAMUC		X			
Assurer le suivi des protocoles d'optimisation de la mise en œuvre des activités (destruction des équipements anciens, gestion des vaccins périmés, distribution des vaccins à tous les niveaux)			X		
Mise en place/utilisation d'une fiche de logistique des matériels roulants	X				

5. Intégration

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Renforcer à 80 % les capacités des systèmes de monitoring et de surveillance y compris au niveau communautaire	Renforcer l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités et de surveillance à base communautaire	X	X	X	X	X
	Elaborer un plan de suivi de supervision intégrée des ASCs		X			
Renforcer les capacités de 90% des gestionnaires/responsables à tous les niveaux	Faire le plaidoyer pour le Renforcement des ressources humaines en qualité et en quantité		X	X	X	X
	Assurer la Diffusion et l'utilisation des données à large échelle	X	X	X	X	X
	Assurer le Renforcement des capacités des gestionnaires de données	X	X	X	X	X

Renforcer à 90 % la multisectorialité à tous les niveaux	Impliquer les structures privées de la santé dans les activités de vaccination		X	X	X	X
	Renforcer la coordination /concertation avec les autres programmes	X	X	X	X	X
	Elaborer et mettre en œuvre de la stratégie de santé scolaire			X		

6. Financement

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Augmenter la part du budget de l'Etat alloué au PEV de 33 % d'ici 2021.	Faire le Plaidoyer en faveur de l'augmentation de l'allocation budgétaire	X	X	X	X	X
	Contribuer à l'achat des vaccins traditionnels et nouveaux	X	X	X	X	X
Mobiliser d'autres donateurs pour le financement du PEV	Mobiliser la communauté y compris celle de la Diaspora pour l'orientation et l'utilisation de leurs contributions financières en faveur du PEV	X	X	X	X	X
Développer une approche novatrice de financement du PEV	Soumettre à GAVI une proposition du financement du Renforcement du Système de Santé (RSS) pour 2017 -2021	X				X
	Mettre en œuvre l'approche financement basé sur la performance (FBP)		X	X	X	X

7. Surveillance et Gestion de donnée

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Atteindre une complétude de 100% et une promptitude de 80% dans la transmission des données des districts au niveau national	Appuyer la mutualisation/ la reproduction des tous les outils de récolte de données	X	X	X	X	X
	Assurer le financement des formations du responsable de la DISS, du chargé du suivi/évaluation PEV au niveau national et des 3 points focaux PEV régionaux en épidémiologie et statistiques		X			
	Organisation des réunions de coordination entre les différents services de surveillance des différents programmes.	X	X	X	X	X
	Promouvoir l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Organiser des réunions mensuelles de coordination (harmonisation/validation des données) à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Régulariser la désignation des points focaux par une note de service administrative à tous les niveaux		X			
	Mettre en place en format test le vax track		X			
	Appuyer la production des comptes nationaux de la santé en intégrant les données sur la vaccination	X	X	X	X	X
	Réaliser une enquête de couverture sur le PEV de routine		X	X	X	X
Réaliser 1 DQS dans tous les districts chaque année	Assurer la conduite des DQS chaque trimestre au niveau district par la DRS et chaque semestre au niveau DRS par le niveau centra	X	X	X	X	X
	Former les équipes cadre à tous les niveaux sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données	X	X	X	X	X
	Systématiser l'auto évaluation de la qualité des données	X	X	X	X	X

Atteindre les indicateurs majeurs de la surveillance pour toutes les maladies	Elaborer le plan d'élimination de la rougeole (X	X			
	Réaliser la cartographie des sites prioritaires de surveillance y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels			X		
	Assurer la surveillance active et l'acheminement des échantillons (Carburant et frais de déplacement).	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre de la surveillance nationale basée sur le cas et le laboratoire	X	X	X	X	X
	Améliorer et la diffuser les bulletins de rétro-information Immunisation et Surveillance épidémiologique	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre la surveillance à base communautaire	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre la surveillance intégrée des maladies et la riposte	X	X	X	X	X
	Elaboration d'un plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal		X			
	Renforcement des capacités du laboratoire de référence national	X	X	X	X	X
	Mise en place des comités d'urgence au niveau des districts (polio, autres...)		X			
Renforcer la surveillance des MAPI	Révision de la fiche de notification MAPI		X			
	Notifier tous les cas de MAPI	X	X	X	X	X
	Prendre en charge tous les cas des MAPI	X	X	X	X	X

8. Recherche et innovation

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2017	2018	2019	2020	2021
Renforcement des capacités sur la recherche	Assurer le Renforcement des capacités du personnel en recherche.		X	X	X	X
	Développer le secteur de la recherche opérationnelle (CAP, ECV...)		X	X	X	X
	Mener une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et la morbidité et les changements épidémiologiques			X		

VIII. Suivi et évaluation

Les tableaux ci-après comprennent les différents objectifs, activités et indicateurs qui seront utilisés pour faire le suivi du niveau d'atteinte des objectifs

Tableau 21 : Objectifs, activités et indicateurs pour le suivi du niveau de réalisation des activités planifiées

1. Gouvernance

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible					Sources des données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Appuyer l'élaboration du manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé	Existence d'un Manuel de procédure de gestion financière du Ministère de la santé	0	0	100%				Rapport et PV de réunion de validation	Annuelle
Appuyer 100% de formations des acteurs sur le manuel de gestion financière du MS	% des formations des formateurs assistés	0	0	100%				Rapport	Annuelle
Réviser tous les textes normatifs et réglementaires existants en prenant en compte l'aspect équité (consultant, atelier de validation, multiplication et diffusion du document)	% des textes révisés	0	0	50%	100%			Arrêté ou note de service	Annuelle
Faire une évaluation rapide du système de santé / (équité) (consultant, enquête, atelier de restitution)	Proportion des districts (équité) ayant fait l'objet d'une évaluation rapide du système de santé	0	0	100%				Rapport	

Appuyer l'élaborer des plans d'action de districts	Proportion des districts (équité) disposant d'un plan d'action	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Copie archivée des plans d'actions	Annuelle
Contribuer à l'élaboration de la stratégie nationale intersectorielle de gestion des déchets y compris les déchets biomédicaux (ateliers de validation de la stratégie) (CTNS)	Existence du document Stratégie Nationale Intersectorielle de Gestion des déchets	0	100%					Rapport et le PV de réunion de validation	
Réviser la politique et le plan national de développement des ressources humaines	PNDRH révisé	0	0	100%				Rapport et le PV de réunion de validation	
Faire participer 100% des responsables du programme (national et îles) dans des formations continues en management des projets et programmes	Nombre de responsables du programme ayant participé dans les formations continues en management des projets et programme	0	0	100%				Rapport de formation	
Faire participer une personne de la CNPEV à la formation sur la gestion de la documentation, l'archivage et le système d'information)	Existence d'une personne de la CNPEV formée sur la gestion de la documentation, l'archivage et le système d'information	0	0	100%				Rapport de formation	Annuelle
Élaborer un plan de formation continue du personnel du Ministère de la santé (supervision	Existence d'un plan de formation continue du personnel du Ministère de la santé (supervision	0	0	100%				Copie archivée du plan de formation	

formative intégrée, gestion du programme, maintenance de la chaîne de froid, vaccination pratique, SONU, PF, PCIME, Nutrition, PTME, normes et procédures budgétaires, suivi évaluation	formative intégrée, gestion du programme, maintenance de la chaîne de froid, vaccination pratique, SONU, PF, PCIME, Nutrition, PTME, normes et procédures budgétaires, suivi et évaluation								
Organiser une formation des formateurs (identification du pool des formateurs régionaux, séances de formations)	Nombre de formation Organisée sur planifiée	0	0	100%				Rapport de formation	
Organiser des formations in situ au niveau de tous les districts en complément avec RSS /Fonds Mondial sur le leadership, plaidoyer, planification, lobbying et mobilisation des ressources (îles et districts)	Nombre de formation in situ réalisées sur formations planifiées sur le leadership, plaidoyer, planification, lobbying et mobilisation des ressources (îles et districts)	0	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de formation	Trimestre
Organiser 4 réunions du CCIA par an	Nombre de réunion de CCIA tenues sur planifiées	50%	100%	100%	100%	100%	100%	PV des réunions	Trimestre
Organiser un voyage d'étude de tous les cadres de la CNPEV dans un autre Pays pour le partage d'expérience	% de cadre de la CNPEV ayant bénéficié d'un voyage d'étude pour le partage d'expérience	0	0	100%				Rapport d'étude	Annuelle

Organiser (relancer la tenue régulière) des réunions semestrielles du Comité Nationale Technique de Sante (CNTS)	Nombre de réunion du CNTS tenues sur planifiées	25%	25%	100%	100%	100%	100%	PV des réunions	Trimestre
Appuyer la tenue de toutes les réunions mensuelles des DRS sur la vaccination	Nombre de réunion mensuelle tenue au niveau des DRS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PV des réunions	Mensuelle
Assurer à 100% le Fonctionnement de la CNPEV (Doter la CNPEV en Carburant/Matériels de bureau, et moyens de communication et autres consommables, assurance et maintenance véhicule	% de fonctionnement de la CNPEV	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport mensuel	Mensuel
Assurer 100% des salaires du personnel d'appui de la CNPEV (AT, Gest, compt, SD, Chauffeurs, Technicienne de Surface) et indemnités de performance.	% du volume Salarial de personnel assuré par mois	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Fiche de paie	Mensuelle
Elaborer un plan de travail annuel (PTA) de la CNPEV et le PAO compilé des 3Iles	PTA disponible	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Plan annuel	Annuelle
Appuyer l'élaboration des Micro planifications au niveau des districts	Micro plans disponibles au niveau des districts	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Micro plans	Annuelle
Appuyer toutes les Revues des données semestrielle et annuelle	Nombre de revues des données organisées sur prévue	0	50%	100%	100%	100%	100%	Rapport des revues	Semestrielle /annuel

Assurer l'organisation des audits internes	Nombre d'audit interne organisé sur prévu	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'audit	Semestrielle
Réaliser l'audit financier externe annuel du RSS2	Nombre d'audit financier externe réalisé sur prévu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport Financier	Annuelle

2. Génération de la demande

Objectifs du PEV aux Comores	Indicateurs	Années de référence 2015	CHRONOGRAMME					Sources de données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Atteindre d'ici 2021 une couverture nationale de 90 % et au moins 85 % des districts et pour tous les antigènes	Couverture vaccinale par antigène								
	BCG	80%	86%	90%	90%	90%	90%	Rapport PEV	Annuelle
	POLIO 3	81%	81%	84%	87%	89%	90%	Rapport PEV	Annuelle
	PENTA 3	80%	80%	83%	86%	89%	90%	Rapport PEV	Annuelle
	VAR	81%	83%	84%	86%	88%	90%	Rapport PEV	Annuelle
	VAT2	38%	59%	80%	83%	86%	89%	Rapport PEV	Annuelle
	% districts avec une couverture \geq 80% (Penta 3)	59%	61%	80%	90%	95%	100%	Rapport PEV	Annuelle
	Réduire le taux d'abandon penta 1 - penta 3 à moins de 10% d'ici 2021 dans 98% des districts	NA	68%	80%	85%	90%	98%	Rapport PEV	Annuelle

	D'ici fin 2021, 100% des districts font une planification annuelle des activités PEV selon l'approche ACD	NA	60%	75%	80%	95%	100%	Rapport PEV	Annuelle
	100% des CSD disposent du personnel formé en gestion PEV d'ici 2021	50%	90%	95%	97%	100%	100%	Rapport PEV	Annuelle
	Améliorer l'accès au service de vaccination en prenant en compte l'aspect équité de 60% à 100% d'ici 2021.	55%	60%	75%	80%	95%	100%	Rapport PEV	Annuelle

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année cible					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Organiser des rencontres de plaidoyer en faveur du PEV	Nombre de rencontre de plaidoyer/sensibilisation organisée	0	100%	100%	100%	100%	100%	PV des rencontres	Semestrielles
Former au moins 250 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	Nombre d'agents formés sur l'utilisation des méthodes efficaces pour susciter la demande en vaccination par la communauté	0	40%	40%	40%	40%	40%	Rapports de formations	Annuelle
Utiliser les OSC Organisation Société Civile dans les activités de plaidoyer en faveur de PEV au niveau communautaire	Proportion des activités de plaidoyer organisée conjointement avec les OSC	0	75%	75%	75%	75%	75%	Copie du Contrat	Annuelle

Créer et mettre à jour les réseaux sociaux pour la diffusion des messages sur la vaccination	Nombre de réseaux sociaux diffusant des messages sur la vaccination	0	100%						Contrat	Annuelle
Organiser des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	Nombre de rencontre de plaidoyer organisés	0%	100%	100%	100%	100%	100%		PV des rencontres	Trimestrielle
Intégrer la vaccination dans le curricula de l'Education de base	Existence d'un module de formation sur la vaccination dans le curriculum scolaire	0	0	100%					Le curricula de l'éducation	Annuelle

3. Equité, Accès et Couverture des Prestations

Acitivités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible					Sources des Données	Périodicité	
			2017	2018	2019	2020	2021			
Elaborer les plans de riposte aux épidémies des Maladies Evitables par la Vaccination	Existence de plans de riposte aux épidémies des Maladies Evitables par la Vaccination	100%	100%						Copie archivée du plan	Annuelle
Organiser l'Introduction des nouveaux vaccins (Rougeole/Rubéole, PCV13)	Nombre nouveaux vaccins introduits	0	0	0	100%	0	100%		Rapport d'activité	Annuelle
Assurer l'Informatisation et mise en réseau des registres de vaccination et autres bases de données	Existence de la base des données informatisées mise en réseau	0	0	0	100%	0	0		Rapport d'activité	Annuelle

Mettre en œuvre les activités de dénombrement (enregistrement des naissances et des décès néonataux) dans la communauté par les ASC	% des districts menant l'activité de dénombrement	0	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'activité	Annuelle
Planifier et mettre en œuvre les stratégies avancées en impliquant la société civile et la communauté	% des stratégies avancées menées conjointement avec les OSC et la communauté	80%	90%	90%	90%	90%	90%	Rapport d'activité	Trimestre
Assurer le renforcement des compétences en planification prenant en compte les aspects d'équité du genre, des droits humains et des déterminants sociaux	% de responsable national et régional formés sur la planification	0	30%	60%	80%	85%	90%	Rapport de formation	Annuelle
Assurer le renforcement des capacités de toutes les sociétés civiles sur l'engagement et les besoins communautaires.	% des sociétés civiles capacités	0	0	100%	100%	0	0	Rapport de formation	Annuelle
Assurer le renforcement des capacités des acteurs intervenant dans le PEV	% de acteurs PEV formés organisés	25%	50%	100%	100%	100%	100%	Rapport de formation	Annuelle
Assurer le Suivi et Evaluation des prestations à tous les niveaux	Nombre de visite de supervision réalisées sur planifiées	50%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de supervision	Trimestrielle
Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données	Existence de plan d'amélioration de la qualité des données élaboré et validé	0	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'activité	Annuelle

4. Approvisionnement et logistique

Objectifs du PEV aux Comores	Indicateurs	Années de référence 2015	CHRONOGRAMME					Sources de données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Renforcer le système d'approvisionnement des CSD /gestion des vaccins de 100% d'ici 2021	Amener la proportion des districts recevant un approvisionnement adéquat à 100%	30%	75%	90%	100%	100%	100%	Rapport annuel	Annuelle
	Réduire le taux de perte et maintenir au plus à 10 % pour les vaccins liquides d'ici 2021 :	13%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	Rapport annuel	Annuelle
	Réduire les taux de perte à 15% en 2017 pour les vaccins lyophilisés et le maintenir à moins de 15%	15%	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%	Rapport annuel	Annuelle
	Réduire de 15% à 0% la proportion de district n'ayant pas la capacité requise de stockage en vaccin au plus tard en 2021	58%	84%	100%	100%	100%	100 %	Rapport annuel	Annuelle
	Amener 100% des centres de santé à notifier correctement les cas de MAPI	0	50%	80%	90%	100%	100%	Rapport annuel	Annuelle

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Assurer le renforcement des capacités des Chargés PEV régional sur l'utilisation du SMT	% des capacités du Chargé PEV régional formés sur l'utilisation du SMT	0	100%					Rapport de formation	Annuelle
Élaborer une stratégie de sécurité des injections et gestion des périmés (consultant, Atelier de validation, Multiplication et diffusion du document...)	Existence d'une stratégie de sécurité des injections et gestion des périmés (consultant, Atelier de validation, Multiplication et diffusion du document...)	0	0	100%				Rapport d'activité	Annuelle
Réaliser une GEV tous les 3 ans (2018/2021)	Nombre de GEV réalisé sur planifié	100%		100%			100%	Rapport GEV	Annuelle
Organiser des réunions de suivi semestriel du plan d'amélioration de la GEV impliquant les trois régions et le niveau national	Nombre des réunions organisées de suivi semestriel du plan d'amélioration de la GEV impliquant les trois régions et le niveau national	100%		100%			100%	PV réunion	Annuelle

Doter la CNPEV en véhicule pour appuyer le travail de supervision de l'équipe logistique	Existence d'un véhicule pour appuyer le travail de supervision de l'équipe logistique	0	0	100%				Bordereau de livraison	Annuelle
Doter la CNPEV en matériels techniques (kit) nécessaires au suivi de la chaîne de froid	Existence au CNPEV de matériels techniques (kit) nécessaires au suivi de la chaîne de froid	0	100%					Bordereau de livraison	Annuelle
Doter la CNPEV en pièces de rechange (kit) et éléments à durée de vie connue (batteries)	Existence au CNPEV de pièces de rechange et éléments à durée de vie connue (batteries)	0	100%					Bordereau de livraison	Annuelle
Organiser 2 réunions semestrielles du groupe de travail national sur la logistique	Nombre de réunions semestrielles organisées (sur planifiées) du groupe de travail national sur la logistique	0	0	100%	100%	100%	100%	PV réunion	Semestrielle
Assurer la formation de 3 logisticiens régionaux pour la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement	Nombre de logisticiens régionaux formés pour la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement sur le nombre planifié	0	0	100%				Rapport de formation	Annuelle
Assurer une formation de perfectionnement en gestion de la chaîne de froid (formations de	Formation de perfectionnement en gestion de la chaîne de	0	0	100%				Rapport de formation	Annuelle

courte durée) d'une personne	froid (formations de courte durée) d'une personne, faite								
Assurer une formation de base en maintenance pour 2 agents par district pour intervention efficace sur la chaîne de froid	Nombre d'agent formés par district en maintenance pour intervention efficace sur la chaîne de froid	0	0	100%				Rapport de formation	Annuelle
Assurer l'organisation d'une session de formation par an des bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	Formation des bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, faite	0	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de formation	Annuelle
Réaliser une analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons)	Nombre d'analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons) sur le nombre planifié	0	0	100%	100%	100%	100%	PV réunions	Trimestrielle
Assurer l'achat de 34 nouveaux frigos sur les centres de vaccination existants	Nombre nouveaux réfrigérateurs achetés pour les centres de vaccination existants sur planifié	0	60%	100%				Bordereau de livraison	Annuelle

Assurer l'installation des nouveaux frigos (9 pour remplacement et 25 en extension dans les nouveaux centres de vaccination)	Nombre de nouveaux réfrigérateurs installés en remplacement dans les centres de vaccination existants et dans les centres de vaccination en extension	0	60%	100%				Rapport d'installation	Annuelle
Réhabiliter les zones de stockage des vaccins et consommables au niveau régional.	Nombre des zones de stockage des vaccins et consommables au niveau régional, réhabilitées.	0	0	100%				PV de réception	Annuelle
Organiser des supervisions formatives sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV)	Nombre de supervisions formatives organisées sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV)	50%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de supervision	Semestrielle
Réaliser une étude de faisabilité pour mutualiser les efforts sur le stockage des produits et sur la distribution des vaccins en collaboration avec la CAMUC24	Etude de faisabilité pour mutualiser les efforts sur le stockage des produits et sur la distribution des vaccins en collaboration avec la CAMUC, réalisée	0	0	100%				Rapport de l'étude	Annuelle

5. Intégration

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Elaborer un plan de suivi de supervision intégrée des ASCs	Existence d'un plan de suivi de supervision intégrée des ASCs	0	0	100%				Copie archivée du plan	Annuel
Assurer le Renforcement des capacités des gestionnaires de données PEV	% des gestionnaires de données formés	50%	60%	80%	85%	90%	90%	Rapport de formation	Annuelle
Impliquer les structures privées de la santé dans les activités de vaccination	% des structures privées de la santé offrant les services de vaccination	0%	0%	10%	20%	30%	40%	RAM	Annuel
Renforcer la coordination /concertation avec les autres programmes	Nombre de réunion de coordination/concertations organisées avec les autres programmes	0	0	100%	100%	100%	100%	Rapport de réunion	Annuel

6. Financement

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible 2021					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Faire le Plaidoyer en faveur de l'augmentation de l'allocation budgétaire	Nombre de rencontres de plaidoyer organisées en faveur de l'augmentation de l'allocation budgétaire,	0	0	100%				PV de réunion	Annuel
Mobiliser la communauté y compris celle de la Diaspora pour l'orientation et l'utilisation de leurs contributions financières en faveur du PEV	Nombre de rencontre des communautés y compris celles de la diaspora pour contribution financière en faveur de PEV	0	0	100%				Rapport de réunion	Annuel
Mettre en œuvre l'approche financement basé sur la performance (FBP)	Existence de l'Approche FBP Mis en œuvre	0	0	100%	100%	100%	100%	Rapport de l'activité	Annuel

7. Recherche et Innovation

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible 2021					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Mener des enquêtes périodiques sur la vaccination	Nombre d'enquêtes menées sur la vaccination	100%			100%		100%	Rapport d'activité	Biennal
Mener une enquête CAP sur la vaccination	Nombre d'enquête CAP menées sur la vaccination	0	0	100%				Rapport d'activité	Annuel
Mener une étude d'impact de la vaccination sur la mortalité et la morbidité et les changements épidémiologiques	Etude menée sur l'impact de la vaccination sur la mortalité et morbidité, et les changements épidémiologiques	0	0			100%		Rapport d'étude	Annuel

8. Surveillance et Gestion des donnée

Objectifs du PEV aux Comores	Indicateurs	Années de référence 2015	CHRONOGRAMME					Sources de données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Renforcer la surveillance active des maladies évitables par la vaccination d'au moins 80% d'ici 2021 provisionnement des CSD /gestion des vaccins de 100% d'ici 2021	Maintenir le taux de PFA non Polio supérieur à 2 cas pour 100 000 de moins de 15 ans au niveau de toutes les régions	<2	> 2	> 2	> 2	> 2	> 2	Rapport annuel	Annuelle
	Maintenir le taux de spécimen adéquats supérieur à 80 % dans toutes les régions du pays	<80%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Rapport annuel	Annuelle
	Augmenter le % de district avec notification d'au moins un cas suspect de rougeole avec prélèvement de sang au moins à 80%	12%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Rapport annuel	Annuelle
	Maintenir le taux de prélèvement d'échantillon de sang chez au moins 80% des cas suspects de Rougeole	80%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Rapport annuel	Annuelle
	Maintenir le taux de TNN à moins de 1 cas pour 1000 naissances vivantes	0	< 1/1000	< 1/1000	< 1/1000	< 1/1000	< 1/1000	Rapport annuel	Annuelle

	% de district avec notification d'au moins un cas suspect de tétanos avec investigation et riposte autour du cas	0%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Rapport annuel	Annuelle
--	--	----	------	------	------	------	------	----------------	----------

Activités	Indicateurs	Données de Référence 2015	Année Cible 2021					Sources des Données	Périodicité
			2017	2018	2019	2020	2021		
Assurer le financement des formations du responsable de la DISS, du chargé du suivi/évaluation PEV au niveau national et des 3 points focaux PEV régionaux en épidémiologie et statistiques	Responsables de la DISS, du suivi et évaluation PEV et de 03 points focaux PEV régionaux formés en épidémiologie et statistiques	0		100%				Rapport de formation	Annuelle
Organisation des réunions de coordination entre les différents services de surveillance des différents programmes.	Nombre de réunions de coordination organisées entre les différents services de surveillance des différents programmes.	50%	100%	100%	100%	100%	100%	PV des réunions	Trimestrielle
Organiser des réunions mensuelles de coordination (harmonisation/validation des données) à tous les niveaux	Nombre de réunions de coordination mensuelles (harmonisation/validation des données) organisées à tous les niveaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PV des réunions	Mensuelle

Régulariser la désignation des points focaux par une note de service administrative à tous les niveaux	Existence d'une note de service administrative régularisant la désignation des points focaux à tous les niveaux	0	0	100%				Arrêté ou note de service	Annuelle
Mettre en place en format test le vax track	Existence du format test le vax track	0	0	100%					
Réaliser une enquête de couverture sur le PEV de routine	Enquête de couverture sur le PEV de routine, réalisée	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'enquête	Annuelle
Former les équipes cadre à tous les niveaux sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données	Nombre de membres des équipes cadre formés à tous les niveaux sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données	0	50%	100%	100%	100%	100%	Rapport d'activité	Semestre
Elaborer le plan stratégique d'élimination de la rougeole	Existence d'un plan stratégique d'élimination de la rougeole	0		100%				Plan archivé	Annuelle
Réaliser la cartographie des sites prioritaires de surveillance y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels	Existence de la cartographie des sites prioritaires de surveillance y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels	0	0	100%				Cartographie archivée	Annuelle
Assurer la surveillance active et l'acheminement des échantillons (Carburant et frais de déplacement).	Disponibilité d'un appui financier pour la surveillance active et l'acheminement des échantillons	0	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de surveillance	Annuelle

Améliorer et la diffuser les bulletins de rétro-information, (Immunisation et Surveillance épidémiologique)	Nombre de bulletins de rétro-information, (Immunisation et Surveillance épidémiologique) produit	0	100%	100%	100%	100%	100%	Bulletin archivé	Annuelle
Mettre en œuvre la surveillance à base communautaire	Nombre de visite communautaires réalisées	0	0	100%	100%	100%	100%	Rapport de surveillance	Mensuelle
Mettre en œuvre la surveillance intégrée des maladies et la riposte	Nombre de visite de site pour la recherche active des maladies cibles du PEV réalisée	0	0	100%	100%	100%	100%	Rapport de surveillance	Mensuelle
Elaboration d'un plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal	Existence d'un plan de maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal	0	0	100%	0	0	0	Copie du Plan archivé	Annuelle
Renforcement des capacités du laboratoire de référence national	Plateau technique du laboratoire de référence national révisé	0	0	100%	0	0	0	Rapport de formation	Annuel
Mise en place des comités d'urgence au niveau des districts (polio, autres...)	Existence de comité d'urgence mis en place au niveau des districts (polio, autres...)	0	0	100%	0	0	0	Arrêté préfectoral ou ministériel	Annuelle
Révision de la fiche de notification MAPI	Fiche de notification MAPI révisé disponible	0	100%					Rapport d'activité	Annuelle

IX. Analyse des coûts et du financement du Programme

Le PPAC des Comores est mis à jour dans le contexte de la soumission d'une requête à Gavi pour la phase 2 du renforcement des systèmes de santé. Le processus d'élaboration a regroupé des participants des différentes directions du Ministère de la Santé ainsi que des partenaires traditionnels que sont l'OMS et l'UNICEF mais pas de représentant du Ministère des Finances ce qui a rendu difficile la stratégie de mobilisation de ressources locales. Le principal défi du programme de vaccination aux Comores demeure la question de la pérennité du financement du programme eu égard à sa forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur. En effet, en dehors du co-financement des vaccins introduits avec l'appui de Gavi et d'une partie du personnel servant spécifiquement dans le domaine de la vaccination, toutes les autres composantes du programme, dont vaccins traditionnels, le matériel de la chaîne du froid, les activités de supervision et de stratégie avancée sont entièrement financées par les partenaires dont l'OMS, l'UNICEF et Gavi. La méthodologie utilisée pour les dépenses a consisté à considérer toutes les dépenses pour les coûts récurrents et les dépenses d'investissement à faire à partir de 2018 sur les fonds RSS comme étant des financements probables. Les autres dépenses pour les vaccins et autres matériels de vaccination par contre sont considérés comme des financements assurés compte tenu de leur caractère stratégique.

A. Le profil des coûts du programme pour l'année de base.

Le coût du programme pour l'année 2015 considérée comme année de base était 1 122 291 USD dont 1 056 927 USD pour la routine. Le plus gros poste de coûts est celui des autres coûts récurrents qui représente 64% du total des coûts. Ces coûts englobent la formation de courte durée, la surveillance des maladies, la gestion du programme et la mobilisation sociale. En deuxième position, on trouve les vaccins (traditionnels et sous utilisés représentant 21% des coûts) et le matériel d'injection. Le personnel représente 8% des coûts tandis que les équipements n'ont représenté que 3%, en raison du faible volume d'investissement réalisé en 2015. Le graphe ci-dessous illustre le profil des coûts du programme de vaccination de l'Union des Comores pour l'année 2015

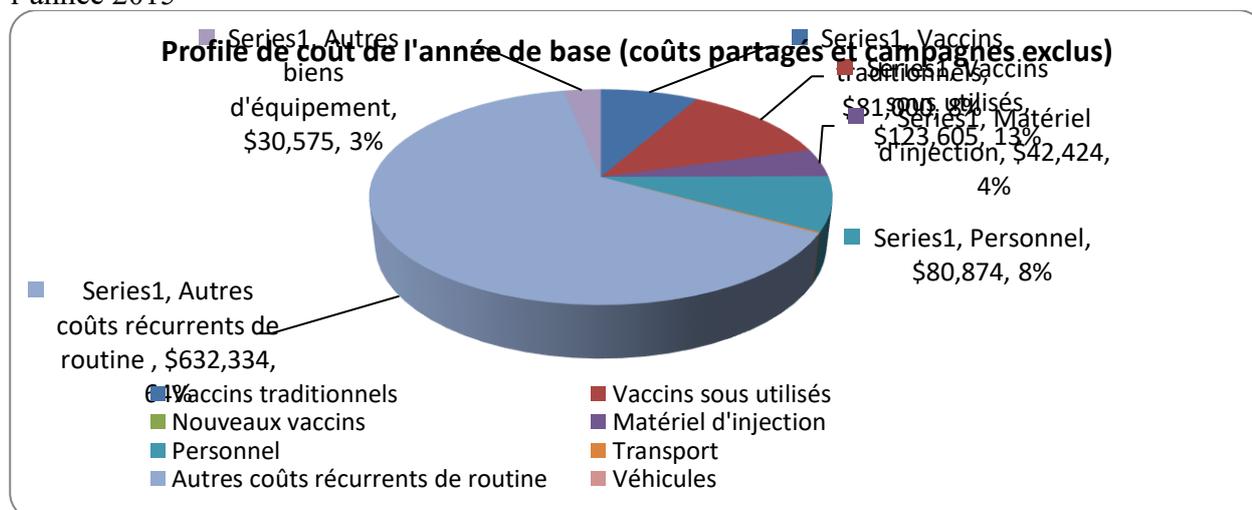


Figure 11 : Profil des coûts de la vaccination en 2015

B. Le financement du programme pour l'année de base.

Le constat majeur, en ce qui le concerne le financement du programme de vaccination des Comores, est le sous financement du programme par le budget de l'Etat. En effet, en dehors des dépenses de personnel et l'entretien des bâtiments tout le reste des dépenses est entièrement supporté par les partenaires, notamment l'OMS, l'UNICEF et Gavi. Il en est ainsi des dépenses liées aux vaccins et matériels de vaccination, pour ce qui concerne les vaccins traditionnels entièrement supportés par l'UNICEF et pour ce qui concerne les vaccins et coûts opérationnels entièrement supportés par Gavi-RSS et les autres partenaires. Le graphe ci-dessous montre le profil du financement de l'année de base

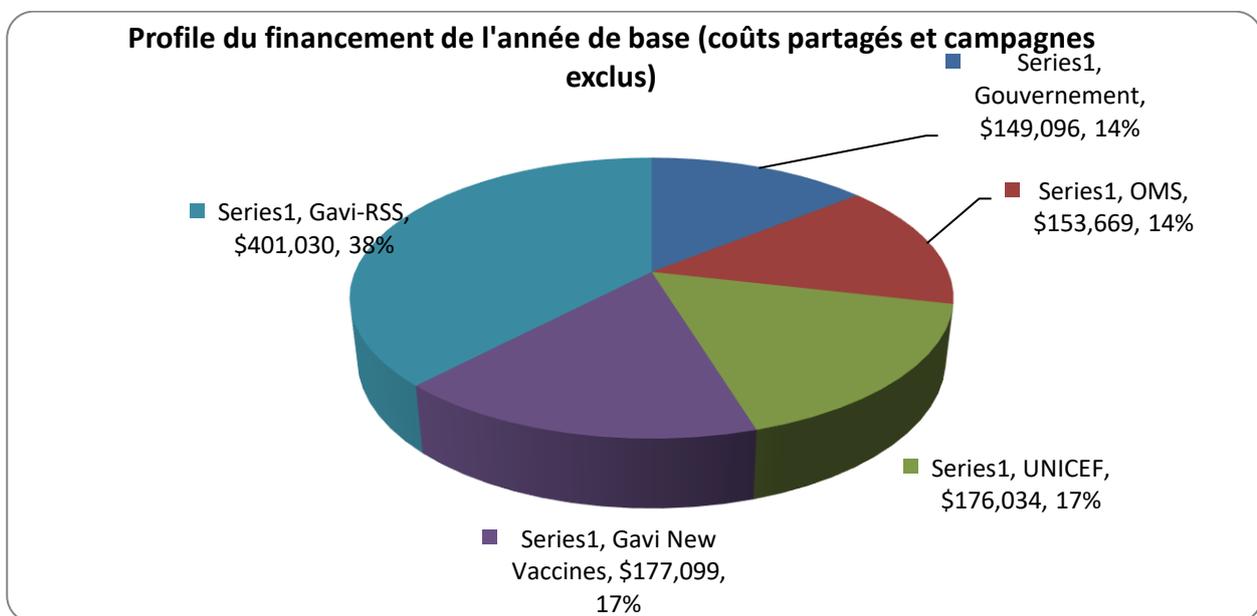


Figure 12: Profil de financement de l'année de base (coût partagés et campagnes)

Ainsi sur ce profile, on observe que Gavi est la principale source de financement des dépenses (55%) portant sur des postes clés comme les vaccins nouveaux et sous utilisés, les couts opérationnels à travers le volet Renforcement des systèmes de santé, et le renforcement de la chaine du froid. En deuxième position arrive l'Unicef (17%) suivi de l'OMS (15%). Les coûts du Gouvernement s'élevant à 14% concernent surtout le personnel et les infrastructures ainsi qu'une part du cofinancement des vaccins sous utilisés.

C. Les Coûts du Programme de 2017 à 2021.

Le pays compte introduire la deuxième dose de vaccin anti-rougeoleux couplée à la Rubéole en 2019 et le PCV13 en 2021. Les principaux facteurs d'augmentation des coûts de 2017 à 2021 vont donc être l'augmentation de la couverture vaccinale actuellement assez faible ainsi que ces nouvelles introductions à partir de 2019. Ainsi le coût du programme passera de 1 235 434 USD à 1 559 902 USD soit une augmentation de 26%. De 2017 à 2019, les principaux facteurs d'augmentation seront les coûts opérationnels notamment la mise en œuvre des cinq composantes de l'approche « atteindre chaque District » au regard de la couverture actuelle basse tant au niveau national et dans certains districts. Cette stratégie devra porter sur les trois axes principaux suivants.

- L'augmentation du nombre de postes de santé offrant les services de vaccination qui va passer de 43 à 76 postes qui suppose la dotation de ces postes en matériels de la chaîne de froid et en personnel,
- L'introduction des cinq composantes de l'approche RED dans tous les Districts..
- L'utilisation de la Stratégie avancée pour atteindre les villages difficiles d'accès, ce qui suppose la dotation des infirmiers chefs de poste en matériel roulant (Motos) et portes vaccins.

Comme on peut l'observer sur le graphique ci-dessous, le pic de l'augmentation sera en 2019 avec la campagne sur la rougeole mais dans tous les cas les augmentations seront à un rythme régulier et concerneront aussi bien les coûts récurrents que les investissements dans les domaines de la chaîne du froid notamment en 2019 où il faudra renouveler la plupart des matériels de la chaîne du froid et la logistique de transport.

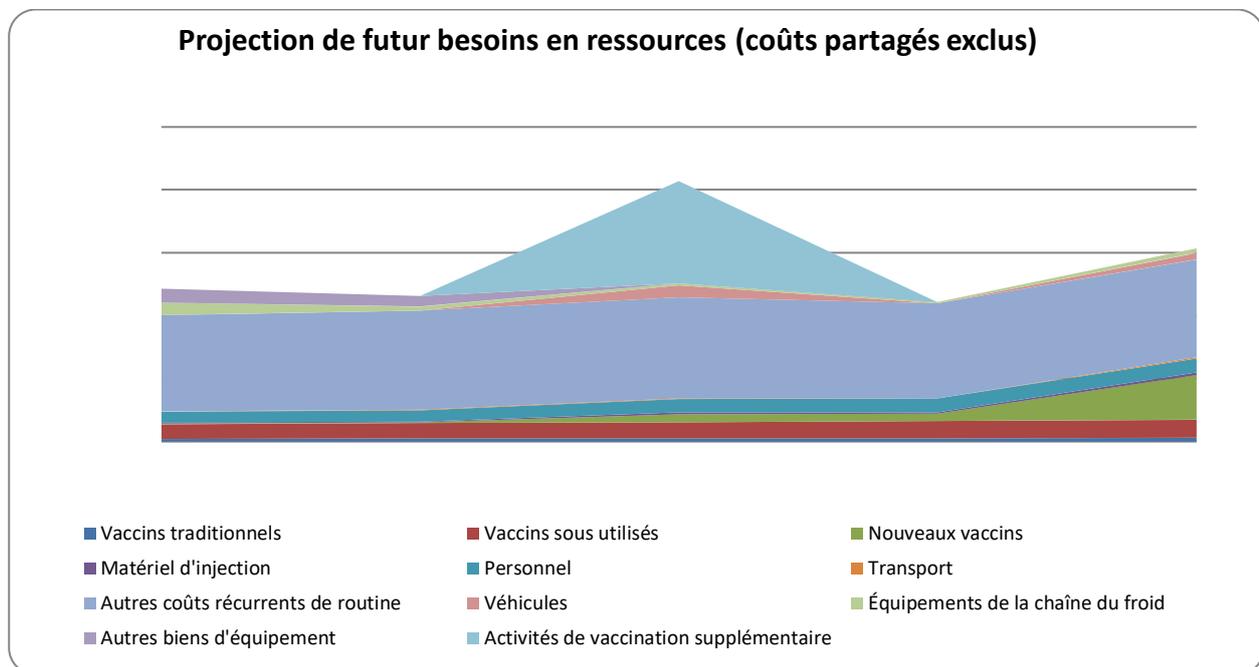


Figure 13: Projection de futur besoins en ressources (coûts partagés exclus)

Dans ce schéma le poids des vaccins et matériels d'injection passera de 10% en 2017 à environ 30% en 2021.

D. Le financement du programme de 2007 à 2011

Selon la stratégie en cours, le financement assuré baissera à partir de 2018 pour faire plus de place au financement probable en raison des négociations en cours non encore conclues sur le RSS2. D'une manière générale, il faut dire qu'une bonne visibilité du financement de la vaccination ne pourra apparaître qu'à partir de 2018 après la conclusion du RSS 2 avec Gavi.

E. La viabilité du programme et les stratégies de mise en œuvre du PPAC

1. Au niveau de l'Etat

Il existe certes une ligne spécifique au niveau du budget national pour le PEV et autres actions sociales mais celle-ci n'est pas dotée de ressources suffisantes ne fut-ce que pour couvrir les besoins en ressources pour les vaccins traditionnels. Le CCIA devrait être l'occasion de rappeler au Gouvernement ses engagements dans le cadre de la déclaration d'Addis Abeba pour consacrer assez de ressources à la vaccination. L'idéal serait que d'ici 2019, le Gouvernement puisse au moins prendre en charge les dépenses relatives aux vaccins traditionnels et une partie des coûts opérationnels.

2. Au niveau des partenaires

Des négociations sont actuellement en cours avec Gavi pour un accord de financement dans le cadre d'une deuxième phase de Renforcement de système de santé. La conclusion de cet accord devra permettre de mobiliser assez de ressources substantielles pour l'amélioration des performances de la vaccination de l'Union des Comores. En outre, dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins, une somme forfaitaire sera accordée au pays pour appuyer la mise en œuvre des activités visant à améliorer la couverture et l'acceptation des nouveaux vaccins. Cette somme forfaitaire, pourra ainsi être utilisée.

X. ANNEXE 1 : PLAN D'ACTION POUR L'ANNEE 2017

Tableau 22 : Plan d'action pour l'année 2017

1. Gouvernance

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Elaborer/réviser les textes réglementaires pour la vaccination à savoir : le manuel de procédure de gestion financière du MS, les schémas régionaux de l'offre de soin, la stratégie nationale intersectorielle de gestion des déchets biomédicaux, la politique et le plan nationale de RH d'ici 2019	Appuyer l'élaboration du manuel de procédures de gestion financière du Ministère de la Santé				X
	Appuyer la formation des acteurs sur le manuel de gestion				X
	Élaborer les plans d'action des 17 districts	X			X
Renforcement des capacités de management des équipes cadres du PEV au niveau national, régional et district pour fournir des services de vaccination de qualité en					
	Faire participer une personne de la CNPEV à la formation sur la gestion de la documentation, l'archivage et le système d'information)			X	
	Organiser une formation des formateurs (identification du pool des formateurs régionaux, séances de formations)			X	X
	Organiser des formations in situ au niveau des districts en complément avec RSS /Fonds Mondial sur le leadership, plaidoyer, planification, lobing et mobilisation des ressources (îles et districts)				X

utilisant le système de contractualisation de 80% d'ici 2019					
Redynamisation des instances de gestion et de coordination à travers le plaidoyer de haut niveau pour améliorer, maintenir et renforcer l'engagement politique	Organiser 4 réunions du CCIA par an	X	X	X	X
	Organiser (relancer la tenue régulière) des réunions semestrielles du comité nationale technique de sante (CNTS)	X	X	X	X
	Appuyer la tenue des réunions mensuels des DRS sur la vaccination	X	X	X	X
Appui à la gouvernance et à la gestion du programme à tous les niveaux (fonctionnement contractuel/indemnisation)	Assurer le Fonctionnement de la CNPEV (Doter la CNPEV en Carburant/Matériels de bureau, et moyens de communication et autres consommables, assurance et maintenance véhicule	X	X	X	X
	Assurer les salaires du personnel d'appui de la CNPEV (AT, Gest, compt, SD, Chauffeurs, Technicienne de Surface) et indemnités de performance.	X	X	X	X
Appuyer toutes les évaluations et audits tous les ans	Elaborer un plan de travail annuel (PTA) de la CNPEV et le PAO compilé des 3Iles				X
	Appuyer l'élaboration des Micro planifications au niveau des districts				X
	Appuyer les Revues semestrielle et annuelle				X
	Assurer l'organisation des audits internes				X
	Réaliser l'audit financier externe annuel du RSS2				X

2. Génération de la demande

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication spécifique au PEV			X	
	Créer et mettre à jour les réseaux sociaux pour la diffusion des messages sur la vaccination				X

Mettre en œuvre le plan de communication du PEV de routine à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Utiliser les OSC Organisation Société Civile dans les activités de plaidoyer en faveur de PEV au niveau communautaire				X
	Organiser des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation des ressources				X
Renforcer la participation communautaire en faveur de l'augmentation de la demande de la vaccination	Organiser des rencontres d'échanges et de partages des informations avec les ASC/Leaders locaux sur les enjeux de la vaccination au niveau des CSD			X	
	Appuyer les ASC à organiser les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires dans les 17 districts, 4 fois par an			X	X
	Produire/disséminer des supports de communication en faveur du PEV de routine (Affiches grand format, dépliants, panneau publicitaire, calendrier national de vaccination, spot, tee shirt, cartable, film ...) dans tous les districts sanitaires.				X
	Utilisation de la société civile pour le plaidoyer au niveau communautaire.				X

3. Équité, accès et couverture des prestations

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Améliorer l'efficacité et l'efficience du programme à tous les niveaux à 90% d'ici 2021.	Mettre en œuvre les activités de dénombrement (enregistrement des naissances et des décès néonataux) dans la communauté par les ASC		X	X	
	Planifier et mettre en œuvre les stratégies avancées en impliquant la société civile et la communauté	X	X	X	X
	Développer les compétences en planification prenant en compte les aspects d'équité du genre, des droits humains et des déterminants sociaux			X	X
	Assurer le Renforcement des capacités des sociétés civiles sur l'engagement et les besoins communautaires.			X	X
	Assurer le Renforcement des capacités des acteurs intervenant dans le PEV	X		X	

	Assurer le Suivi et Evaluation des prestations à tous les niveaux	X		X	
	Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données		X		
	Renforcer et mettre en place les mécanismes opérationnels de décentralisation sanitaire				X

4. Approvisionnement et logistique

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Améliorer le score moyen de la gestion efficace des vaccins (GEV) de 65% à 95% d'ici 2021	Assurer le Renforcement des capacités du Chargé PEV régional sur l'utilisation du SMT			X	
	Organiser 2 réunions semestrielles du groupe de travail national sur la logistique		X		X
	Assurer une formation des bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement			X	
	Réaliser une analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons)	X	X	X	X
	Organiser des supervisions formatives sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV)			X	
	Mise en place/utilisation d'une fiche de logistique des matériels roulants				X

5. Intégration

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Renforcer à 80 % les capacités des systèmes de monitoring et de surveillance y compris au niveau communautaire	Renforcer l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités et de surveillance à base communautaire		X	X	
	Assurer la Diffusion et l'utilisation des données à large échelle			X	
	Assurer le Renforcement des capacités des gestionnaires de données			X	
Renforcer à 90 % la multisectorialité à tous les niveaux	Renforcer la coordination /concertation avec les autres programmes		X		X

6. Financement

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Augmenter la part du budget de l'Etat alloué au PEV de 33 % d'ici 2021. Mobiliser d'autres donateurs pour le financement du PEV	Faire le Plaidoyer en faveur de l'augmentation de l'allocation budgétaire			X	
	Contribuer à l'achat des vaccins traditionnels et nouveaux				X
	Mobiliser la communauté y compris celle de la Diaspora pour l'orientation et l'utilisation de leurs contributions financières en faveur du PEV			X	
Développer une approche novatrice de financement du PEV	Soumettre à Gavi une proposition du financement du Renforcement du Système de Santé (RSS) pour 2017 -2021		X		

7. Surveillance

STRATEGIES	ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
Atteindre une complétude de 100% et une promptitude de 80% dans la transmission des données des districts au niveau national	Organisation des réunions de coordination entre les différents services de surveillance des différents programmes.			X	
	Promouvoir l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux		X		
	Organiser des réunions mensuelles de coordination (harmonisation/validation des données) à tous les niveaux	X	X	X	X
	Réaliser une enquête de couverture sur le PEV de routine			X	
Réaliser 1 DQS dans tous les districts chaque année	Assurer la conduite des DQS chaque trimestre au niveau district par la DRS et chaque semestre au niveau DRS par le niveau central		X		
	Former les équipes cadre à tous les niveaux sur l'utilisation des outils de gestion et d'évaluation des données		X		
	Elaborer le plan d'élimination de la rougeole (X	

Atteindre les indicateurs majeurs de la surveillance pour toutes les maladies	Réaliser la cartographie des sites prioritaires de surveillance y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels				
	Assurer la surveillance active et l'acheminement des échantillons (Carburant et frais de déplacement).			X	
	Mettre en œuvre de la surveillance nationale basée sur le cas et le laboratoire			X	
	Améliorer et la diffuser les bulletins de rétro-information Immunisation et Surveillance épidémiologique			X	
	Mettre en œuvre la surveillance à base communautaire			X	
Renforcer la surveillance des MAPI	Révision de la fiche de notification MAPI				X
	Notifier tous les cas de MAPI			X	
	Prendre en charge tous les cas des MAPI			X	