

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



PLAN PLURI ANNUEL COMPLET
2016 - 2020

—————
BURKINA FASO

Octobre 2015

Table des matières

Table des matières.....	2
LISTE DES TABLEAUX :	3
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	7
I.INFORMATIONS GENERALES	8
1.1 Données géographiques et organisation administrative	8
1.2 Données démographiques.....	8
1.3. Données économiques	9
1.4. Système de santé.....	9
1.4.1. Politique Nationale de Santé	9
1.4.2. Organisation du Système de Santé	11
1.4.3. Financement du Secteur de la santé.....	12
II.ANALYSE DE LA SITUATION.....	12
2. 1 GESTION DU PROGRAMME	12
2.2GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	17
2.3PRESTATION DE SERVICES	22
2.3.1 Organisation des services de vaccination.....	23
2.4 SURVEILLANCE ET NOTIFICATION.....	30
2.4.1 Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës	31
2.4.2 Surveillance de la rougeole.....	33
2.4.3 Surveillance de la fièvre jaune.....	34
2.4.4 Surveillance du tétanos Néonatal	35
2.4.5 Surveillance des autres maladies	35
2.4.6 Gestion des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)	38
2.5 COMMUNICATION	39
2.5.1 La communication pour le changement de comportement (CCC).....	40
2.5.2 La mobilisation sociale.....	41
2.5.3 Plaidoyer.....	41
2.6 VACCINS, CHAINE DU FROID, LOGISTIQUE.....	42
2.7 FINANCEMENT DU PEV	49
III IDENTIFICATION DES PROBLEMES	49
3-1 INVENTAIRE DES CONSTATS NÉGATIFS	49
3.2 PROBLÈMES IDENTIFIÉS	51
IV PRIORITES, VISION ET OBJECTIFS.....	52
4.1 PRIORITES.....	52
4.2 BUT ET OBJECTIFS.....	55
4.3 OBJECTIFS ET JALONS PAR COMPOSANTE.....	57
4.4 OBJECTIFS ET STRATÉGIES PAR COMPOSANTE	70
4.5 STRATEGIES ACTIVITES PAR COMPOSANTE	72
V CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	77
VI COUT ET FINANCEMENT DU PPAc 2016-2020	85

VII SUIVI EVALUATION DU PLAN.....	85
7.1 Mécanisme de coordination	85
7.2 Mécanisme de suivi	85
7.3 Mécanisme d'évaluation.....	85
CONCLUSION	86

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: situation des rencontres des organes de coordination	15
Tableau II: Situation des agents formés selon les thématiques.....	19
Tableau III: Evolution des indicateurs de GRH de 2011 à 2014	20
Tableau IV : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois	22
Tableau V : Calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes.....	22
Tableau VI : Situation comparative de la contribution des différentes stratégies de 2010-2014 en Penta3.....	23
Tableau VII : Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF.....	26
Tableau VIII : Evolution de la CV des enfants complètement vaccinés par an	27
Tableau IX : Situation des performances des districts en Penta3 de 2011 à 2014.....	28
Tableau X : Evolution de la CV des enfants complètement vaccinés par an	28
Tableau XI : Moyenne des couvertures vaccinales au cours des passages des JNV polio au BF de 2011 à 2015.....	29
Tableau XII : Performance de la surveillance des PFA.....	31
Tableau XIII : Indicateurs de performance de surveillance de la rougeole.....	33
Tableau XIV : Evolution des indicateurs de performance de la surveillance du Tétanos	35
Tableau XV : Evolution des cas de coqueluche de 2011 à 2015.....	35
Tableau XVI : Indicateurs de performance de la surveillance des infections à Rotavirus....	37
Tableau XVII : Indicateurs de performance de la surveillance du syndrome de rubéole congénital	37
Tableau XVIII : Notification des MAPI et enquêtes au cours des deux dernières	38
Tableau XIX : Résultats globaux de la GEV	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des districts selon le niveau du risque polio et par domaine au 1er semestre 2015

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACC/ACD	Atteindre chaque communauté/atteindre chaque district
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaire
CATR	Cellule d'Appui Technique Régional
CDF	Chaîne de Froid
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CM	Centre Médical
CNC	Comité National de Certification
CNEP	Comité National d'Expert Polio
COGES	Comité de Gestion
CT	Cellule Technique
CTA-PEV	Comité Technique d'appui au PEV
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
CSCA	Cellule de suivi et de coordination de l'approvisionnement en vaccins
CSD	Conseil de Santé de District
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF	Direction des Affaires Financières
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DN	Direction de la Nutrition
DPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
DQA	Audit de la Qualité des Données
DQS	Auto Evaluation de la Qualité des Données
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EICVM	Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
ECD	Equipe Cadre de District
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GTCV	Groupe technique consultatif pour la vaccination
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
IEC	Information Education et Communication
INSD	Institut National de la Statistique et du Développement
JLV	Journée Locale de Vaccination
JNV	Journée Nationale de Vaccination
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunisation
MCD	Médecin Chef de District
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

PADS	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluri- Annuel Complet
PPTÉ	Pays Pauvre Très Endetté
PRSS	Projet de Renforcement des Services de Santé
PSRV	Plan stratégique régional pour la vaccination
PVS	Polio Virus Sauvage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAB	Seringue Auto- Bloquant
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SIECA	Service d'Information de l'Education de la Communication et de l'Assainissement
TEC	Tarif Extérieur Commun
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal

INTRODUCTION

Le programme élargi de vaccination, depuis son lancement en 1974 par la communauté internationale, a montré que de toutes les interventions sanitaires, il permet avec un bon rapport coût/efficacité, de sauver des millions de vie chaque année.

Ainsi, en mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Plan d'Action mondial pour les vaccins (GVAP 2011-2020), un cadre stratégique offrant une vision pour la prochaine décennie. Un Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020 a été élaboré, orientant les pays de la région africaine à développer la composante vaccination de leurs stratégies sectorielles et plans nationaux de santé et à allouer des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs en matière de vaccination.

Au Burkina Faso, le PEV est l'un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé, dont les interventions s'inscrivent dans la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le PEV a élaboré et mis en œuvre son 3^{ème} Plan Pluriannuel Complet (PPAc) de 2011-2015 qui expire le 31 Décembre 2015. La mise en œuvre de ce PPAc, a permis entre 2011 et 2014, un accroissement de la couverture vaccinale pour tous les antigènes, l'introduction de nouveaux vaccins pour étendre le spectre de protection des populations cibles contre d'autres maladies évitables par les vaccinations, de renforcer l'immunité des populations à travers l'organisation de plusieurs activités supplémentaires de vaccination contre la polio, le tétanos, la rougeole. Ainsi, le pays a été certifié pour l'élimination du tétanos néo-natal (TNN) au Burkina en 2012. En juin 2015, le Comité régional pour la Certification de l'éradication de la poliomyélite, a accepté la documentation du pays, justifiant l'arrêt de la circulation du poliovirus sauvage (PVS) autochtone du fait que le pays n'a pas enregistré de cas depuis octobre 2009.

Pour permettre de poursuivre les efforts de lutte contre les maladies cibles du PEV, la nécessité d'élaborer un nouveau PPAc 2016-2020 s'impose. Il s'intègre également dans le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) 2011- 2020, et s'appuie sur les :

- ✓ Directives du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP 2011-2020) ;
- ✓ Orientations du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020;
- ✓ Orientations du PNDS 2011-2020 ;
- ✓ Conclusions des différentes évaluations indépendantes et enquêtes conduites pour le PEV (EDS 2010, EICVM 2009-2010, GEV 2012) ;
- ✓ Résultats de Revue externe du PEV 2009

Ce présent plan, quatrième du genre, est une référence pour toute intervention dans le PEV au Burkina Faso. Son élaboration a suivi un processus participatif des directions du ministère de la santé et des partenaires techniques et financiers.

Il servira de document de référence pour les planifications annuelles et de plaider dans la mobilisation des ressources pour atteindre les objectifs du programme au cours des cinq prochaines années.

Ce document a été élaboré en tenant compte des contraintes de calendaires de Gavi afin de pouvoir prendre en compte les prévisions du Burkina Faso :

Les résultats de la revue externe du PEV de 2014 et de la Gestion efficace des vaccins (GEV 2015) qui sont en cours viendront mettre à jour le présent PPAC.

I. INFORMATIONS GENERALES

1.1 Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques d'inondation, de sécheresse mais aussi de l'harmattan ainsi que de chaleur parfois très importante.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

1.2 Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)¹, la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité de 51,8 habitants au km², elle croît à un rythme de 3,1% l'an¹. Les femmes représentent 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale.

En 2015, la population est estimée à 18 450 494 habitants et selon les projections elle devra atteindre 21 510 181 habitants en 2020 (Source INSD).

Cette population se caractérise par sa jeunesse. En effet, l'âge moyen de la population est de 21,8 ans (EDS 2010), la proportion des enfants de zéro à quinze ans représente 47% et celle des enfants de moins de cinq ans est de 21%. Le taux brut de natalité est de 41,2‰. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 pour l'ensemble du pays avec des variantes selon le milieu rural (7,5) et Ouagadougou (3,4).

La majorité de la population (77,3%) vit en milieu rural. Elle est inégalement répartie avec la plus forte densité au Centre (615 habitants au km²) et la plus faible à l'Est (26 habitants au km²).

¹RGPH 2006

1.3. Données économiques

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabé ont été fortement contrariées par les sévères crises énergétiques, alimentaires et financières. En 2012, le taux de croissance du PIB s'est établi à 9,0% contre 5,0% en 2011. Les Enquêtes Intégrales sur les Conditions de Vie des Ménages (EICVM 2009-2010) montrent que le seuil global de pauvreté est estimé à 108 454 FCFA par An. Ce seuil est constitué d'une composante alimentaire (75 315 FCFA) et d'une composante non alimentaire (33 139 FCFA). Par rapport à ce seuil, l'analyse des dépenses des ménages indique que 43,9% des ménages vivent en dessous de ce seuil. Avec donc un risque d'erreur de 5%, l'incidence de la pauvreté se situe dans l'intervalle de [41,2% ; 46,6%].

Ce niveau global cache toutefois des disparités selon les régions (17,3% au centre la moins pauvre et pour les plus pauvres 68,1% au Nord ; 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun).

La pauvreté qui apparaît comme un phénomène de masse au Burkina Faso sévit beaucoup plus en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet avec un risque d'erreur de 5%, l'incidence de la pauvreté en milieu urbain se situe dans l'intervalle [16,7% ; 23,1%] tandis qu'en milieu rural l'incidence se situe dans l'intervalle [47,7% ; 53,7%]. L'estimation ponctuelle donne 19,9% pour le milieu urbain et 50,7% pour le milieu rural.

Avec un produit intérieur brut par habitant de 713,1\$US en 2014, le Burkina Faso fait partie des pays à revenu faible. Selon le rapport sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) 2014, le pays occupe 181^{ème} rang sur 187 pays avec un indice de développement (IDH) de 0,388 en 2013.

L'économie du pays reste par ailleurs marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externe (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

L'économie du pays repose donc essentiellement sur l'agriculture et l'élevage (un tiers du PIB), mais c'est également le 4^{ème} producteur d'or en Afrique. Ces dernières années le pays a enregistré une croissance forte tournant autour de 6,5% du PIB et soutenue par la production aurifère et du coton. Cependant l'activité économique a ralenti considérablement en 2014, avec une croissance du PIB estimée à 4% seulement. Ce ralentissement est dû à la chute des cours internationaux des deux produits d'exportation du pays (l'or et le coton), aux répercussions de la crise d'Ebola survenue dans la région et qui a perturbé les secteurs du tourisme et des services, et à la profonde crise socio-politique qui a touché le pays.

1.4. Système de santé

1.4.1. Politique Nationale de Santé

➤ Vision de la politique nationale de santé

La vision de la santé découle de la vision pour le Burkina Faso énoncée dans le document prospective Burkina 2025 : «une nation solidaire, de progrès et de justice

qui consolide son respect sur la scène internationale ». Elle se décline comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant.

➤ **Fondements, valeurs et principes**

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Par conséquent, il incombe à l'Etat de formuler et de mettre en œuvre une politique nationale de santé pertinente et cohérente tenant compte des réalités nationales et du contexte international.

La politique nationale de santé repose également sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que :

- la Déclaration universelle des droits de l'Homme,
- l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) Alma Ata
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,
- la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples,
- la Convention relative aux droits de l'enfant,
- la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,
- la plate-forme de Beijing,
- la Déclaration du Millénaire pour le développement,
- la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA,
- la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide,
- la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires,
- la Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche pour la santé, le développement et l'équité.

Au plan national, le pays a adopté des textes traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations qui sont, entre autres, le code de la santé publique, le code de l'hygiène publique, le code des personnes et de la famille, le code de l'environnement et de l'eau, la politique nationale genre, la loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH.

Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de santé sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, la redevabilité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres :

- l'acceptabilité ;
- l'efficacité et l'efficience des soins de santé ;
- la réactivité des services de santé ;
- l'accès universel aux soins ;
- la coordination et la collaboration intersectorielle ;

- la participation individuelle et collective.
- **Orientation de la politique nationale de santé**

Les orientations en matière de santé sont contenues dans la politique nationale de santé élaborée en 2010. Pour la mise en œuvre de cette politique, le Burkina Faso dispose d'un PNDS 2011 – 2020 dont les orientations sont celles de la politique nationale de santé.

1.4.2. Organisation du Système de Santé

- **Organisation administrative du système de santé**

Le système de santé du Burkina Faso comprend trois (3) niveaux :

- le niveau central qui est constitué du Cabinet du ministre, du Secrétariat général et des directions centrales;
- le niveau intermédiaire qui comprend 13 Directions Régionales de la Santé (DRS) ;
- le niveau périphérique qui est représenté par 70 districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système de santé.

- **Organisation des structures de soins du système de santé**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau constitué par le district sanitaire comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est le CSPS structure de base du système de santé. On dénombre 1897 CSPS publiques²,
- le deuxième échelon de soins du district est le CMA ou Hôpital de district (44) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR.

Le deuxième niveau est représenté par les CHR. Il sert de référence et de recours aux CMA ou Hôpitaux de district. On en dénombre 9.

Dans les deux premiers niveaux se mènent des activités de vaccination en stratégies fixe et avancée.

Le troisième niveau est constitué par les CHU (4) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert de cadre de formation des différentes catégories de personnel de santé et constitue également un centre de recherche en santé.

A ces structures publiques s'ajoute le secteur privé qui dispense des soins. On en dénombre 306 cabinets privés de soins.

² Annuaire statistiques 2014 du ministère de la santé

1.4.3. Financement du Secteur de la santé

Les sources de financement du système de santé au Burkina sont et proviennent de la contribution de l'Etat, les PTF, le secteur privé (ONG, Associations et Entreprises), de l'apport des collectivités et du paiement direct des ménages.

La dépense totale de santé (DTS) est passée de 306 milliards de FCFA en 2011 à 380 milliards de FCFA en 2013 soit un accroissement annuel de 12,09%.

La DTS par habitant a évolué passant de 18 819 FCFA à 21 937 FCFA soit une variation annuelle moyenne de 8,28%.

En termes relatifs, le rapport de la DTS en tant que pourcentage du PIB est resté presque stable avec une légère régression en 2012 (5,7%). Il est passé de 6,0% à 6,0% entre 2011 et 2013.

Le principal dispositif de financement par lequel les populations ont obtenu les services de santé en 2013, reste caractérisé par les paiements directs des ménages.

Leur contribution a connu une baisse sur la période soit respectivement 37,0% en 2011, 34,2% en 2012 et 31,7% en 2013. Cependant, la part des paiements directs dans le financement de la santé reste élevée malgré les efforts consentis par l'ETAT et ses partenaires pour faciliter l'accès aux soins.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation a été faite en tenant compte de l'environnement interne et externe, elle est également basée autour des sept (7) composantes suivantes :

- Gestion du programme ;
- Gestion des ressources humaines;
- Prestations des services ;
- Surveillance et notification des cas;
- Communication ;
- Vaccins, chaîne du froid et logistique ;
- Financement du PEV

2.1 GESTION DU PROGRAMME

2.1.1 Missions du PEV

Les missions du programme sont définies suivants les termes de l'arrêté N°2003/-193 /MS/SG/DGS du 23 Septembre 2003. La DPV est ainsi chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans son volet vaccination.

2.1.2 Organisation générale du PEV

- **Organisation et attributions de la coordination nationale**

La Direction de la prévention par les vaccinations a pour missions :

- de concevoir, de coordonner, de planifier, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- de participer à la surveillance épidémiologique des maladies cibles du Programme élargi de vaccination en collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie ;
- d'organiser et de coordonner la riposte vaccinale en collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie dans les situations d'urgence et en cas d'épidémie où l'indication d'une vaccination est posée ;
- d'assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables en collaboration avec la Direction de l'administration et des finances et la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires ;
- de participer aux travaux de recherche sur les vaccinations ;
- d'apporter un appui technique aux structures déconcentrées dans la mise en œuvre des activités de vaccination.

La Direction de la prévention par les vaccinations comprend :

- un secrétariat ;
- un service de planification, de suivi et d'évaluation (SPSE).
- un service administratif et financier (SAF) ;
- un service de monitoring et de gestion des données de vaccination;
- un service de la logistique ;
- un service de communication et de mobilisation sociale (SC/MS).

➤ **Niveau régional:**

La gestion du programme est sous la responsabilité des directeurs régionaux de la santé, appuyés par un responsable PEV et CISSE désignés à cet effet. L'équipe régionale est chargée de la coordination de la mise en œuvre des activités de vaccination. Il s'agit notamment des activités d'appui à la planification, à la formation et la supervision du personnel du niveau district. Le niveau régional assure également l'appui aux activités de communication et de monitoring selon les besoins identifiés.

➤ **Niveau district :**

La gestion du programme est sous la responsabilité des médecin-chefs de district, appuyés par un responsable PEV et CISSE désignés à cet effet. L'équipe de district est chargé de la coordination de la mise en œuvre des activités de vaccination. Il s'agit notamment des activités d'appui à la planification, à la formation et la supervision du personnel des centres de santé. Le niveau district assure également l'appui aux activités de communication et de monitoring selon les besoins identifiés.

➤ **Niveau CSPS**

Le CSPS est le niveau de plus opérationnel des activités de vaccination. Il assure l'offre de service aux populations.

2.1.3 Planification

Le programme est à son 4^{ème} PPAc dont le dernier est celui de 2011-2015. Le Burkina connaît une bonne tradition de planification annuelle de bas en haut. Les activités du PEV s'inscrivent dans les plans annuels de chaque région et district sanitaire et prennent en compte les activités de vaccination de routine, les AVS, la surveillance épidémiologique, le monitoring pour action, la communication et l'approvisionnement en vaccins et consommables.

2.1.4 Législation et réglementation

Au Burkina Faso, l'autorité nationale de régulation est représentée par la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) qui assure la fonction homologation des produits de santé à travers la Direction de la Réglementation et des Licences Pharmaceutiques (DRLP). La DGPML a été évaluée par l'OMS en 2006 sur la mise en œuvre des fonctions réglementaires d'une ANR, ce qui a permis d'apprécier la fonction Homologation au Burkina Faso. Par ailleurs, une évaluation de l'UEMOA en 2013 a permis de classer le Burkina Faso comme pays de référence en matière d'homologation des produits de santé dans la zone UEMOA.

2.1.2 Organes de coordination du PEV

➤ Niveau national :

A ce niveau, la coordination des activités est assurée par les organes suivants :

- **Le Comité de Coordination Inter- Agence (CCIA)**

Ce comité a été mis en place le 26 septembre 1989. Il a été réorganisé à plusieurs reprises dont la dernière par arrêté N°2012-006/MS/CAB du 10 janvier 2012 pour le rendre plus fonctionnel et de l'élargir à d'autres partenaires clés intervenant dans le PEV.

Placé sous la présidence du Ministre de la Santé, le CCIA a pour mission d'approuver tous les documents et plans stratégiques de vaccination, de coordonner les interventions entre les différents partenaires, de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation des activités du PEV et d'évaluer l'exécution des plans. Il se réunit régulièrement une fois par trimestre.

Au cours du PPAc 2011-2015, il a pris les principales décisions suivantes :

- adoption des plans d'actions annuels de la DPV
- approbation de l'introduction des nouveaux vaccins (PCV13, Rotateq, VAR2,RR, démonstration HPV, MenAfriVac)
- adoption de nouvelles directives dans le domaine de la vaccination

-approbation de l'organisation de campagnes (journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, rougeole, rougeole-rubéole)

- **Le Comité Technique d'appui au PEV (CTA- PEV)**

Ce comité a été mis en place par arrêté N°258/MS/CAB du 18 juillet 2005.

Il regroupe les experts du ministère de la santé, des partenaires techniques et financiers et la société civile intervenant dans le domaine de la vaccination.

Le CTA/PEV est chargé d'assurer le suivi régulier des activités du programme, d'apporter un appui technique à la coordination du PEV et contribuer à l'élaboration des documents techniques du programme. Le CTA/PEV se tient mensuellement et en cas de besoins comme prévu dans son cahier de charges.

Toutefois, du fait des contraintes calendaires la périodicité mensuelle des réunions statutaires n'a pas pu être toujours respectée.

- **La Cellule de Suivi et de Coordination de l'Approvisionnement en vaccins (CSCA)**

La Cellule de Suivi et de Coordination de l'Approvisionnement en vaccins, consommables et matériels techniques du PEV a été créée par arrêté N°190/MS/CAB du 18 Août 2003. Cette cellule est dynamisée en cas de besoins pour rendre disponible les intrants et le matériel de vaccination.

- **Le groupe technique consultatif sur la vaccination (GTCV)**

Le groupe technique consultatif sur la vaccination a été créé par arrêté N°2014-600/MS/SG/DGS/DPV du 03 juillet 2014.

Il est chargé de proposer aux autorités sanitaires, un appui scientifique et technique dans le choix et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

Le GTCV est chargé d'apporter aux autorités sanitaires, un appui scientifique et technique dans le choix et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

Tableau I: situation des rencontres des organes de coordination

ORGANES	2011		2012		2013		2014		2015 (sept)		Observations
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	
CTA/PEV	04	04	04	04	12	07	12	05	12	03	
CCIA	04	04	04	04	04	05	4	03	4	03	Tenue de session extraordinaire

											en 2013 et 2015)
CSCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

De 2011 à 2012, les réunions du CTA-PEV se tenaient en prélude du CCIA, soit trimestriellement. A partir de 2013, la périodicité mensuelle du CTA a été instaurée. Cependant on constate une irrégularité dans la tenue des réunions du CTA-PEV du fait des conflits d'agenda des membres. Quant au CSCA, il avait été instauré pour résoudre un problème ponctuel de ruptures de vaccins ; et depuis 2011 il n'y a pas eu de réunions de cette instance.

➤ **Au niveau régional :**

L'instance de coordination au niveau régional, est assurée par le Comité Technique Régional de Santé (CTRS). Il se réunit deux fois dans l'année.

➤ **Au niveau district :**

L'instance de coordination est assurée par le Conseil de Santé du District (CSD), qui se réunit également deux fois dans l'année pour résoudre les problèmes de santé y compris ceux relatifs à la vaccination.

2.1.3 Ressources matérielles et équipements

La gestion des ressources matérielles et des équipements est organisée à tous les niveaux du système de santé. Elle est assurée par les services administratifs et financiers au niveau central, régional et district sanitaire.

Au niveau central, les ressources matérielles et les équipements sont constitués de chambres froides pour la conservation des vaccins, des groupes électrogènes de relais, des camions frigorifiques et des camions pour approvisionnement, des véhicules de supervision, du matériel informatique et péri-informatiques ; du mobilier de bureau...

Au niveau régional, ils sont constitués de chambres froides pour la conservation des vaccins, des groupes électrogènes de relais, les véhicules de supervision, les motos le matériel informatique et péri-informatiques ; le mobilier de bureau...

Au niveau district, ce sont les équipements chaîne de froid, les véhicules de supervision, les motos, le matériel informatique et péri-informatiques ; le mobilier de bureau...

On note une insuffisance dans la gestion de ces ressources : insuffisance dans la maintenance, les inventaires irréguliers, absence de plan de renouvellement constituent un handicap à la réalisation des activités.

Constats négatifs liés à la gestion du programme :

- Insuffisance de fonctionnement des organes de coordination du PEV
- Insuffisance de capacités opérationnelles du programme

2.2 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines du programme s'inscrit dans le cadre général de la gestion des ressources humaines du ministère de la santé.

L'analyse de situation de la gestion des ressources humaines du programme a été faite à travers cinq (5) thématiques qui sont : la gestion administrative, la gestion des effectifs, la formation, la supervision et la motivation.

2.2.1 Gestion administrative

Au plan institutionnel, il a été créé en 1999 au sein du ministère de la santé, une Direction des ressources humaines qui est chargée de la gestion administrative des personnels de santé. Il existe des instruments et des textes réglementaires nécessaires à la gestion du personnel et un manuel de procédures de gestion des ressources humaines. Un logiciel de gestion informatisée des RHS a été élaboré et mis à la disposition des agents responsabilisés. La DPV a élaboré un manuel de procédures de gestion des RH en 2013.

Les transferts de compétences dans certains domaines de la santé dont la vaccination aux collectivités territoriales ainsi que la déconcentration administrative et la délégation de compétence aux ministres et aux autorités déconcentrées, permettent une meilleure implication de la communauté et des autorités locales dans la gestion des ressources des formations sanitaires.

Malgré ces acquis, on note des insuffisances dans le domaine de la gestion administrative. On note en particulier qu'il existe des insuffisances dans les descriptions de postes, les définitions de profils et de manuel de procédures dans la plupart des structures de santé. A cela s'ajoute une rémunération jugée faible. Ce qui favorise les départs vers le secteur privé, les organismes internationaux, ONG et autres associations.

2.2.2 Gestion des effectifs

La mise en œuvre et la gestion du programme sont assurées au niveau central par une équipe composée de 31 personnes toute catégorie confondue, chargées de la coordination nationale et travaillant à temps plein. Ce personnel, quoique jugé suffisant a besoin d'être renforcé avec un (01) pharmacien en vue de renforcer les capacités opérationnelles du service logistique (PA 2016 DPV).

Selon l'annuaire statistique 2014, l'effectif cumulé du personnel chargé des soins médicaux et infirmiers est estimé à 12 548 hors secteur privé. Cependant, il y a un déficit pour certaines catégories avec des ratios inférieurs à la norme de l'OMS. Ainsi on a : un (1) médecin pour 21 573 habitants, une sage-femme/maïeuticien pour 10 888 habitants et un infirmier pour 4 809 habitants. Sur les 1643 CSPS publics où sont menées des activités de vaccination, 89,8% remplissaient les normes en personnel. Mais certaines régions comme le Centre-ouest (87%), le centre nord (79%), le plateau central (74,4%), les hauts bassins (83%) et du Sud-ouest (82%) restent peu fournies en personnel. Ce déficit est plus accentué dans les districts sanitaires de Ouagaye (centre est avec 77%), Kaya (67%) et Kongoussi dans le CN, Léo (76%) dans le CO, Dandé (55%) et Léna (46%) dans les HB, Titao avec 50% dans le nord, Gaoua (76%) et Dano (70%) dans le SO, Ziniaré (74%) et Zorgho (66%) dans le PC et Kombissiri dans le CS avec 79%. Pour faire face à cette situation, l'option de la régionalisation des recrutements a été adoptée depuis quelques années.

Cette situation, dans un contexte d'introduction de nouveaux vaccins laisse entrevoir des besoins en termes d'augmentation des effectifs et de renforcement de leurs capacités.

La définition du nouveau profil des agents de santé à base communautaire (ASBC) leur confère un rôle important dans la mise en œuvre du PMA comme la vaccination

notamment l'appui à l'organisation des activités en stratégie avancée, des activités supplémentaires de vaccination, la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV, la recherche des perdus de vues et la communication pour le changement de comportement et sur le calendrier vaccinal.

2.2.3 Formation

La formation initiale sur la gestion du PEV est assurée par les écoles, les instituts et universités de formation des professionnels de santé. Depuis 2012, il a été créé au sein de l'ENSP, une filière de formation en logistique de santé qui prend en compte la logistique du PEV.

Une révision du curricula des écoles de formation de professionnel de santé a été effectuée en 2008 et en cours de relecture en 2015 pour inclure les aspects spécifiques de la vaccination et du contrôle des maladies cibles du PEV. La formation continue est assurée à tous les niveaux.

Au niveau du PEV, il existe un service de planification qui a en charge la formation continue du personnel.

La situation de la formation continue de 2011 à 2015 selon les thématiques suivantes est contenue dans le tableau ci-après :

Tableau II: Situation des agents formés selon les thématiques

Thématiques	Nombre d'agents formés	Observations
Gestion du PEV	150	Toutes catégories
GEV	20	Toutes catégories
Logistique de santé	03	Toutes catégories
Installation, instruments de monitoring continu de la température	20	Toutes catégories
Vaccinologie (DIUI)	40	Médecin, pharmacien, ATS
Cours MLM	11	Médecin, pharmacien, ATS
Gestion des données (Epi info)	160	Toutes catégories
Epivac	60	Médecin, Pharmacien
Gestion des districts	66	Médecin
Installation et maintenance des équipements solaires	04	Technicien en maintenance, Logisticien

La situation exhaustive des personnels formés en PEV n'est pas centralisée.

2.2.4 Motivation

Dans le cadre de la motivation du personnel, on peut citer l'amélioration des conditions de travail du personnel de santé à travers l'octroi de nouvelles indemnités au

personnel de santé et l'extension de l'indemnité de responsabilité aux responsables PEV, la création de l'Ordre spécifique de la santé et de l'action sociale destiné à récompenser les agents de santé méritants, l'accroissement des médailles octroyées au département dans le cadre des décorations dans l'Ordre national et l'Ordre du mérite, la construction de forages, de logements, l'installation d'antennes paraboliques dans les CSPS les plus reculés, l'équipement des formations sanitaires.

En plus des mécanismes habituels de promotion des agents, il est mis en place dans certains districts le financement basé sur le résultat avec un système de motivation à travers l'achat de certains indicateurs dont ceux de la vaccination, procurant des subsides (primes de rendement et bonus d'amélioration de la qualité).

Malgré ces acquis, on note des insuffisances dans le domaine de la motivation : faiblesses dans le fonctionnement des services de santé, notamment dans la prise de décision, l'affirmation de la responsabilité, de l'application des textes et l'utilisation des outils de GRH.

2.2.4 Supervision

Une grille et des outils de supervision ont été élaborés pour le niveau régional et district. Le rythme recommandé pour la supervision est d'une sortie semestrielle du niveau central vers les régions et districts, une sortie trimestrielle de la région vers les districts et une sortie mensuelle des districts vers les CSPS.

Tableau III: Evolution des indicateurs de GRH de 2011 à 2014

Composante	Indicateurs	RÉSULTATS			OBSERVATIONS
		2012	2013	2014	
Gestion des effectifs	Registre informatisé de gestion des RH	Non	Oui	Oui	
	Nombre de personnel de santé (médecin) pour une population de 10 000 habitants	21 320	21 573	20 864	Selon les annuaires statistiques : 2012 ; 2013 ; 2014
	Nombre de personnel de santé (IDE) pour une population de 10 000 habitants	5 280	4 965	4 809	Selon les annuaires statistiques : 2012 ; 2013 ; 2014
	Nombre de personnel de santé (sages-femmes) pour une population de 10 000 habitants	12 702	10 888	10 253	Selon les annuaires statistiques : 2012 ; 2013 ; 2014
	Pourcentage des formations sanitaires (CSPS) ne remplissant pas les normes en personnels	14,7	13,9	10,2	La totalité des postes de vaccination sont tenus par des agents de santé
	Appui institutionnel : Pourcentage de poste de la coordination du PEV	100	100	100	DPV ,DRS, DS et FS

Formation	Nombre du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination	ND	ND	ND	Données non documentée
	Nombre du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des trois années	ND	ND	ND	Données non documentée
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	-	Oui		Révision du curricula pour la formation des agents de santé (ATS, IDE et SF)
Supervision	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau central dans chaque région sanitaire	01	01	01	La DPV ne parvient pas à assuré deux supervisions dans les régions conformément à sa planification
	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau régional dans chaque district	02	02	02	La supervision des districts relève de la responsabilité première des régions
	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau district dans chaque centre de santé	03	03	03	La supervision des centres de santé districts relève de la responsabilité première des districts sanitaires

Constats négatifs liés à la gestion des ressources humaines :

- Absence d'un plan de formation des agents sur le PEV
- Insuffisance de formation des agents impliqués dans la gestion du PEV au niveau district
- Absence d'un mécanisme de suivi post formation du personnel en charge de la vaccination à tous les niveaux

- Insuffisance de motivation des agents de santé impliqués dans la gestion du PEV
- Insuffisance de la supervision spécifique sur le PEV

2.3 PRESTATION DE SERVICES

La politique nationale de vaccination préconise la vaccination des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes qui constitue une porte d'entrée pour les femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Pour les enfants, tous les vaccins du programme devraient être administrés avant l'âge de 18 mois, en 6 contacts. Il s'agit des vaccins contre la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, les infections à *Haemophilus Influenzae* de type b et la rougeole/rubéole (RR), la fièvre jaune, les infections à pneumocoque, les diarrhées à rotavirus. Il est prévu l'introduction d'autres nouveaux vaccins tels que le VPI, le HPV en démonstration et le vaccin MenAfrivac®.

Par ailleurs, pour le vaccin contre l'hépatite B l'OMS recommande aux pays endémiques l'administration d'une dose de ce vaccin à la naissance en vue de réduire la transmission materno-fœtale précoce. Ceci n'est pas encore appliqué au Burkina Faso.

- **Le calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois est le suivant :**

Tableau IV : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois

Contact	Age	Antigènes
1	Naissance	BCG, VPO 0
2	8 semaines	Penta1, Pneumo1, Rota1, VPO1
3	12 semaines	Penta2, Pneumo2, Rota2, VPO2
4	16 semaines	Penta3, Pneumo3, Rota3, VPO3,
5	9 mois	RR1 et VAA
6	15 mois	RR2

- **Le calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes est le suivant:**

Tableau V : Calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes

Contact	Age	Antigènes
1	Dès que possible	VAT1
2	4 semaines après la première dose, mais pas plus tard que deux (2) semaines avant la date prévue pour l'accouchement	VAT2
3	Six (6) mois au moins après la deuxième dose	VAT3

Contact	Age	Antigènes
4	Un (1) an après la troisième dose	VAT4
5	Un (1) an après la quatrième dose	VAT5

2.3.1 Organisation des services de vaccination

La vaccination constitue l'une des composantes du paquet minimum d'activités (PMA) d'une formation sanitaire défini par le ministère de la santé. Depuis 2000, la vaccination a été déclarée gratuite sur toute l'étendue du territoire.

Les structures sanitaires privées qui mènent les activités de vaccination sont approvisionnées gratuitement par leur district siège.

L'offre des services de vaccination se fait essentiellement en vaccination de routine soutenue par des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

➤ Les stratégies de vaccination

• Vaccination de routine

Elle est assurée en stratégie fixe et avancée dans la plus part des formations sanitaires du pays. En 2014, sur 1897 FS identifiées, 1851 soit 98% assurent des activités de vaccination dans 14 367 sites soit en moyenne plus de 7 sites par FS. La vaccination de routine est menée de façon intégrée avec les autres interventions du PMA.

✓ La stratégie fixe

La stratégie fixe utilise le centre de santé comme site de vaccination et vise les populations résidant à moins de 5 kilomètres.

Cette stratégie est organisée dans les formations sanitaires publiques du pays et dans la plupart des formations sanitaires privées confessionnelles.

✓ La stratégie avancée

La stratégie avancée consiste à créer des sites de vaccination en dehors du centre de santé pour la vaccination des populations qui sont à 5 kilomètres et plus. Il est prévu une sortie mensuelle par village selon les instructions du niveau national.

Tableau VI : Situation comparative de la contribution des différentes stratégies de 2010-2014 en Penta3

Année	Cibles vaccinées	Stratégie fixe		Stratégie avancée	
		Nbre	%	Nbre	%
2011	701172	460541	66	240631	34

2012	711019	477088	67	233931	33
2013	716416	491393	69	225023	31
2014	742086	508422	69	233664	31

On constate que seulement 31% des enfants bénéficient de la vaccination en stratégie avancée. En effet l'organisation de cette stratégie rencontre des difficultés liées à la discontinuité des services de vaccination, au manque/panne de la logistique roulante, à l'insuffisance en personnel qualifié et à la faible motivation des agents de santé.

✓ **L'approche atteindre chaque communauté dans chaque district (ACC/ACD)**

La proportion des districts sanitaires ayant réalisé au moins 80% de couvertures dans tous les antigènes au cours des trois dernières années est présentée dans les graphiques suivants :

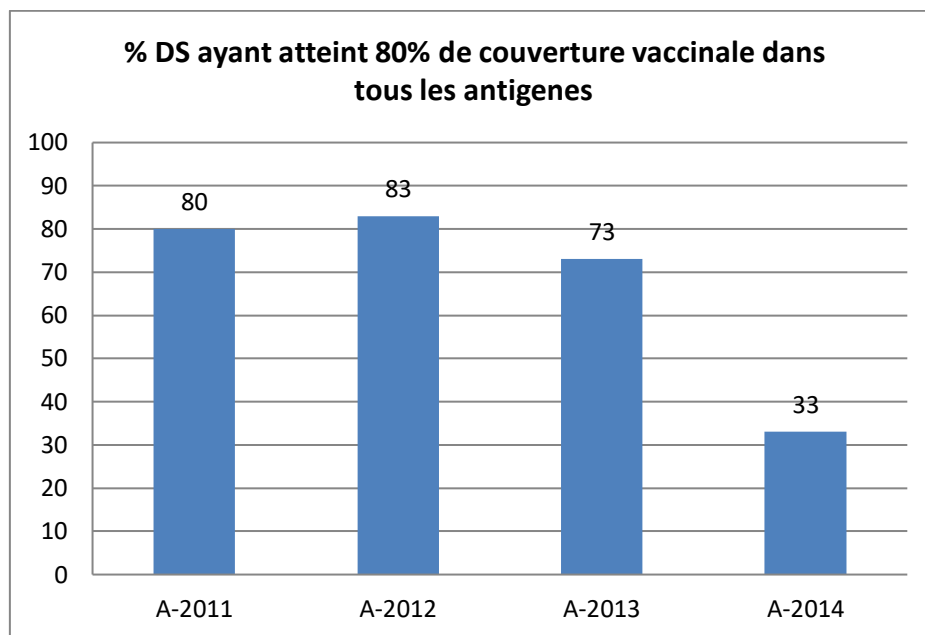


Figure 1 : Proportion des districts sanitaires avec au moins 80% de couverture vaccinales administratives dans tous les antigènes de 2011 à 2014.

La proportion des districts avec au moins 80% de couvertures vaccinales dans tous les antigènes a été fortement influencée par la faible couverture en VAT2+, en pneumo3 et en rota3.

Les ruptures en nouveaux vaccins (PCV_13 et Rotateq) constituent la raison principale de la faible couverture de ces antigènes.

➤ Couvertures vaccinales

Les couvertures vaccinales sont globalement satisfaisantes pour tous les antigènes. Toutefois, il existe des disparités entre les régions et dans les districts. C'est ainsi que sur instruction du CCIA, la DPV a organisée des sorties d'appui dans les régions du Centre Ouest et du Centre Sud qui enregistre des contre-performances au cours des trois dernières années.

Les couvertures vaccinales selon les estimations OMS/UNICEF sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau VII : Evolution comparative des données administratives/officielles/estimations OMS/UNICEF

ANNEE	BCG			VPO3			Penta3			Rota3			PcV13_3			VAR1			VAT2+		
	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF	Adm.	Off.	OMS/UNICEF
2011	109	99	99	103	90	90	103	91	91	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	63	89	91	88	88
2012	109	96	96	103	90	90	103	90	90	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	87	87	93	88	88
2013	106	96	96	101	89	89	101	88	88	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	82	82	88	88	88
2014	106	98	98	103	91	91	103	91	91	86	91	91	89	91	91	100	88	88	82	89	89

Les couvertures vaccinales administratives en Penta3 et VAR au niveau national sont au-delà de 90% au cours des quatre dernières années. Pour les mêmes antigènes, les estimations officielles et OMS/UNICEF ont montré des couvertures supérieures à 80% au cours des mêmes périodes.

Les couvertures des nouveaux vaccins introduits en fin 2013 ont atteint 80% aussi bien en données administratives que pour celles des estimations officielles et de l'OMS/UNICEF en 2014. Pour la couverture en VAT2+, elle est de 80% aussi bien pour les données administratives que pour celles des estimations officielles et de l'OMS/UNICEF.

Le pays affiche une différence de plus de 10 points entre les données administratives et les estimations OMS/UNICEF en Penta3 en 2014.

- **Enfants correctement vaccinés**

En attendant les résultats des enquêtes faisant le point des enfants correctement vaccinés selon des caractéristiques démographiques et sociales, le taux des enfants complètement vaccinés selon les données administratives est d'au moins à 95% au cours des cinq (5) dernières années (voir tableau ci-dessous).

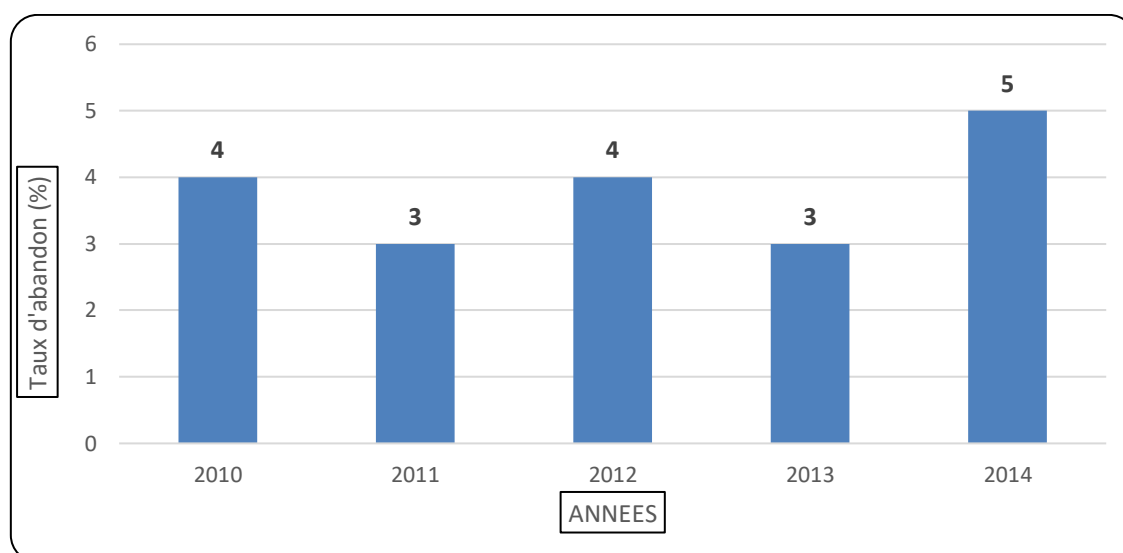
Tableau VIII : Evolution de la CV des enfants complètement vaccinés par an

Année	Cibles 0 à 11 mois	Total vacciné	CV en %
2010	665647	653568	98
2011	677685	668636	99
2012	691254	673185	97
2013	704651	695126	99
2014	719287	710482	99

- **Demande de vaccination**

Le taux de recrutement est resté satisfaisant au cours des cinq (5) dernières années (94%) selon les estimations officielles et OMS/UNICEF.

Le taux d'abandon sans une grande disparité traduit une bonne utilisation des services de vaccination avec une moyenne de 4% ces cinq (5) dernières années.

**Figure 2 : Evolution des taux d'abandon Penta1/Penta3 par an**

Toutefois, on constate des taux d'abandon élevés (4/63) et mêmes négatifs dans certains districts (7/63).

- **Equité de la vaccination**

Elle est monitorée par la proportion de districts sanitaires qui ont une couverture vaccinale en Penta3 $\geq 80\%$ (équité géographique) et la proportion des cibles vaccinées selon le sexe (sexo-spécificité).

De 2010 à 2014, aucun DS n'a enregistré une couverture vaccinale Penta3 inférieur à 50% et un (1) seul DS a enregistré une couverture entre 50 à 80%.

Tableau IX : Situation des performances des districts en Penta3 de 2011 à 2014

Année	Nbre de districts	CV moins de 50%		CV de 50 à 79%		CV ≥ 80%	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
2011	63	0	0	1	2	62	98
2012	63	0	0	0	0	63	100
2013	63	0	0	0	0	63	100
2014	63	0	0	0	0	63	100

Source : Rapport PEV/DPV

La couverture vaccinale administrative en Penta3 est de 98% pour le sexe féminin et 107% pour le sexe masculin en 2014. On ne constate pas d'écart important selon le sexe de l'enfant.

✓ **Enfants complètement/correctement vaccinés**

En attendant les résultats des enquêtes faisant le point des enfants correctement vaccinés selon des caractéristiques démographiques et sociales, le taux des enfants complètement vaccinés selon les données administratives a été atteint et supérieur à 95% au cours des cinq (5) dernières années.

Tableau X : Evolution de la CV des enfants complètement vaccinés par an

Année	Cibles 0 à 11 mois	Total vacciné	CV en %
2011	677685	668 636	99
2012	691254	673 185	97
2013	704651	695 126	99
2014	719287	710 482	99

Source : Rapport PEV/DPV

➤ **Introduction de nouveaux vaccins**

Au regard de la situation épidémiologique, tous les vaccins prévus dans le PPAc 2011-2015, ont été introduits. Il s'agit du PCV13 et du Rotateq en 2013, du VAR2 en 2014 et du RR en 2015. Le processus d'introduction du MenAfriVac, du VPI, du remplacement du VPOt par le VPOb et la démonstration du HPV sont en cours.

➤ **Vaccinations supplémentaires**

Dans le cadre du renforcement de l'immunité chez les groupes spécifiques, le Burkina Faso organise des activités de vaccination supplémentaires.

- **JNV Polio**

Dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, le Burkina a organisé des campagnes de vaccination de masse entre 2011 et 2015.

Le monitoring indépendant a montré une amélioration des indicateurs de qualité au fil des passages. Cependant, les mêmes enquêtes révèlent la persistance d'enfants non vaccinés.

Tableau XI : Moyenne des couvertures vaccinales au cours des passages des JNV polio au BF de 2011 à 2015

Année	Type d'AVS	Couverture administrative (%)	Couverture enquête (%)
2015	JNV/JLV	101,42	99,13
2014	JNV	101,12	99,12
2013	JNV	101,27	99,14
2012	JNV	101,31	98,90
2011	JNV	101,71	ND

Source : Document national pour la certification de l'éradication de la poliomyélite au Burkina Faso, avril 2015

Ces campagnes ont constitué des opportunités de rattrapage et ont permis d'avancer dans le processus d'interruption de la circulation du poliovirus sauvage (PVS). En effet, depuis octobre 2009, aucun nouveau cas de poliovirus sauvage n'a encore été détecté au Burkina Faso.

En juin 2015, le pays a été certifié libre de la circulation du poliovirus sauvage autochtone.

- **JLV Tétanos**

En 2011, le pays a été pré-certifié au décours d'une évaluation internationale. Une seconde évaluation externe recommandée par l'OMS a été conduite en janvier 2012 et a permis de déclarer le Burkina Faso comme pays ayant éliminé le Tétanos Maternel et Néonatal (TMN).

- **Campagnes rougeole**

Dans le cadre du processus d'élimination de la rougeole, le Burkina Faso a organisé une campagne de suivi en 2011 et une campagne de rattrapage Rougeole-Rubéole

en 2014 dans l'ensemble des districts. La couverture vaccinale administrative de la campagne rougeole-rubéole était de 106,39% et celle obtenue après enquêtes par les moniteurs indépendants de 98%.

- **Campagnes Fièvre jaune**

Entre 2011 et 2015, le Burkina n'a pas organisé de campagnes réactives contre la fièvre jaune, tenant compte des nouvelles directives de surveillance de la fièvre jaune et du contexte épidémiologique sous régional marqué par l'apparition de la dengue et de l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Constats négatifs liés à la prestation de service
<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'offre de services de vaccination - Faible motivation des agents - Insuffisance de supervision spécifique sur le PEV - Non maîtrise des cibles et de leur répartition par stratégie de vaccination - Cibles non atteintes dans certains DS - Insuffisance dans la recherche de perdus de vue en vaccination/ - Taux d'abandon élevé - Insuffisance dans l'analyse des indicateurs de vaccination - Non effectivité de l'administration du vaccin contre l'hépatite B à la naissance - Activités de recherche peu développées au niveau du programme

2.4 SURVEILLANCE ET NOTIFICATION

Au niveau national une stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte est développée depuis 1998 sous la direction de la DLM. Les activités de surveillance des maladies cibles du PEV s'inscrivent dans ce cadre global.

La surveillance des maladies cible permet d'apprécier l'impact de la vaccination. Elle porte sur les maladies suivantes : poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, tétanos, coqueluche, les méningites à *Haemophilus Influenzae b*, les méningites à pneumocoque, les diarrhées à rotavirus et le syndrome de rubéole congénitale (SRC).

Cette surveillance des maladies s'exécute à tous les niveaux (périphérique, opérationnel, intermédiaire et central) où des points focaux sont désignés pour sa mise en œuvre. Elle concerne aussi bien les structures publiques que privées qui sont des sites potentiels de surveillance. La surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC) est une forme d'implication de la communauté dans la référence des cas de maladies cibles du PEV. A travers cette approche, les relais communautaires recensent des cas dans les familles, ce qui contribue à l'amélioration des performances.

La DPV collabore avec la DLM et les laboratoires de référence dans le domaine de la surveillance épidémiologique.

L'analyse de la situation de la surveillance de 2012 à 2015 a concerné les volets suivants :

- Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës
- Surveillance de la rougeole
- Surveillance de la fièvre jaune
- Surveillance du tétanos néonatal
- Surveillance de la coqueluche
- Surveillance des méningites pédiatriques bactériennes
- Surveillance des infections à rotavirus.

2.4.1 Surveillance des Paralysies Flasques Aiguës

Le système de surveillance active des PFA a été mis en place au Burkina depuis 1997 dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite.

Depuis novembre 2009, aucun cas de PVS autochtone n'a été détecté au Burkina, ce qui a valu au pays d'être déclaré libéré de toute circulation de PVS autochtone en juin 2015 par la Commission Régionale de Certification pour l'Afrique (CRCA).

Cependant en Afrique de l'Ouest, des cas de PVS ont été enregistrés dans les 5 dernières années (2010-2015) d'où l'existence d'un certain risque. Au regard de la situation épidémiologique et pour maintenir les acquis de la certification, le Burkina Faso a élaboré un plan national de préparation et de riposte à une importation de poliovirus sauvage.

Parmi les indicateurs de suivi de la polio, deux sont majeurs et sont annuellement suivis : le taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans et le pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été collectés dans les 14 jours après le début de la paralysie.

Le tableau ci-dessous présente la situation des performances de la surveillance des PFA de 2011 à 2015.

Tableau XII : Performance de la surveillance des PFA

Indicateurs	Normes	Années
-------------	--------	--------

		2011	2012	2013	2014	2015 (Août)
1. Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans.	≥ 2	3,74	3,99	3,52	3,60	3,09
2. Pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie.	≥ 80%	86,99	88,79	88,01	91,53	92,27
3. Proportion des districts avec au moins 2 cas pour 100 000 enfants de moins de quinze ans	100	92,06	90,48	74,60	84,12	69,84
4. Proportion des districts avec des 80% selles collectées dans les 14 jours après le début de la paralysie.	100	79,36	82,54	77,78	95,2	77,78

Au plan national, les objectifs ont été atteints au cours des quatre dernières années pour les deux indicateurs majeurs avec une amélioration au cours de l'année 2015. Cependant, au niveau de certains districts on note une insuffisance dans la surveillance des PFA. En effet dix-neuf (19) soit 30% n'ont pas atteint le niveau de 2 pour le taux PFA et onze (11) soit 17% n'ont pas atteint le niveau de 80% pour le % des selles collectées dans les 14 jours.

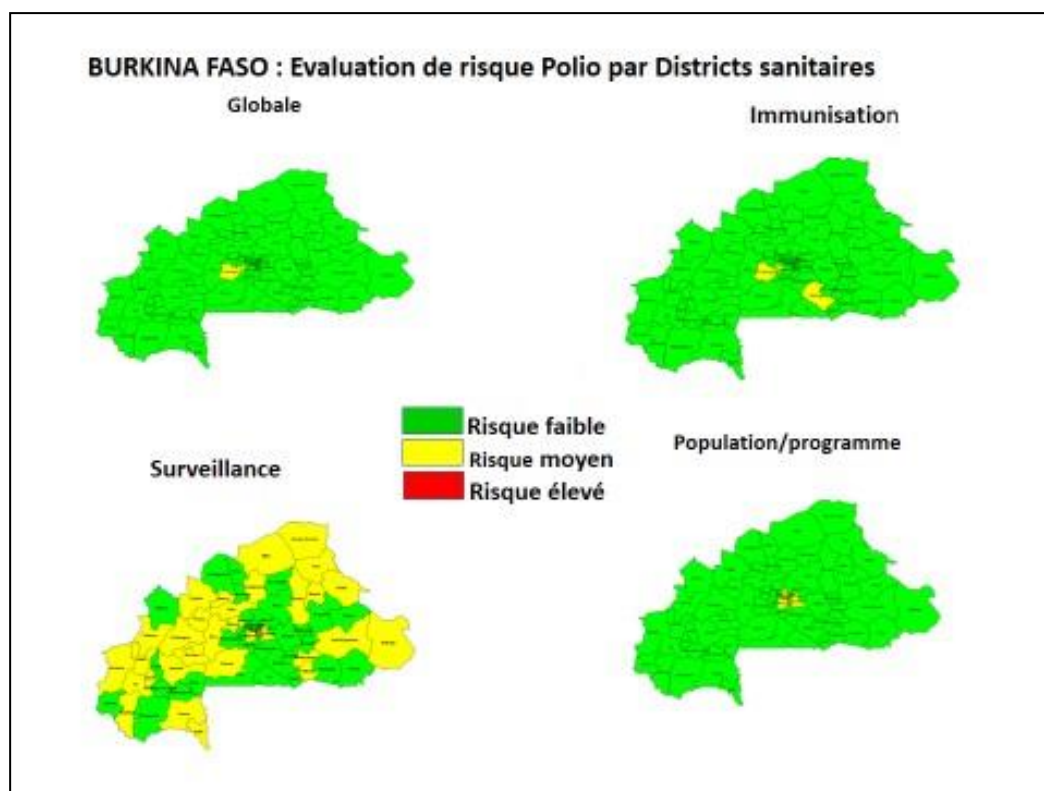


Figure 1 : Répartition des districts selon le niveau du risque et par domaine au 1er semestre 2015

L'analyse de risque du 1^{er} semestre 2015 a montré que des districts méritent une attention particulière en ce qui concerne la surveillance épidémiologique en dépit de l'amélioration globale de la situation. En effet, aucun district du pays ne présente un risque élevé. Toutefois, les activités de surveillance méritent d'être renforcées et soutenues en 2015 au regard de la situation épidémiologique de certains pays frontaliers comme le Mali qui a enregistré au mois de septembre 2015, un (1) cas de Poliovirus circulant dérivé du virus vaccinal (PVDVvc) qui proviendrait de la Guinée Conakry.

2.4.2 Surveillance de la rougeole

Avec l'engagement du pays dans le processus d'élimination de la rougeole, une campagne de rattrapage contre la rougeole et la rubéole a été organisée en novembre 2014 au profit des enfants de 9 mois à 14 ans. Depuis 2015, le nombre de cas de rougeole a significativement baissé qui pourrait être lié l'introduction de la deuxième dose de VAR et à la campagne de rattrapage.

Les principaux indicateurs de performance de la surveillance basée sur les cas de la rougeole se résument dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII : Indicateurs de performance de surveillance de la rougeole

Indicateurs	Normes	Période
-------------	--------	---------

		2011	2012	2013	2014	2015 (Août)
1. Nombre de cas notifiés au TLOH	-	860	7873	3752	2352	228
2. Nombre de cas notifiés et prélevés	-	529	1373	772	792	206
3. Pourcentage de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	80%	61	17%	21%	34%	90%
4. Pourcentage de districts ayant notifié au moins 1 cas avec prélèvement	80%	89	100%	89%	90%	73%
5. Nombre de cas avec IGM+		240	686	378	336	83
6. Pourcentage des cas confirmés	<10%	45	50%	49%	43%	40%
7. Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse	≥2 pour 100000	NA	4,09	2,29	2,55	0,67
8. Taux d'incidence (cas confirmés Labo+L.Ep) pour 100.000	<0,5 pour 100000	NA	4,08	2,14	1,19	0,45

Au cours des trois dernières années, le pourcentage de districts ayant notifié et prélevé au moins un cas de rougeole a évolué en fluctuation. Par ailleurs, les suspects de rougeole notifiés avec prélèvement s'est amélioré progressivement grâce aux stratégies de renforcement en vue de l'élimination de la rougeole.

2.4.3 Surveillance de la fièvre jaune

Des efforts réalisés dans le cadre de la surveillance de la fièvre jaune ont permis la confirmation en 2014 de 4 cas par l'institut Pasteur de Dakar.

Un accent a été mis sur la qualité de la surveillance basée sur les cas en témoigne le niveau de performance des indicateurs consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII : Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune

Indicateurs	Normes	Période
-------------	--------	---------

		2011	2012	2013	2014	2015 (Août)
1. Proportion de districts ayant notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	80%	93,65	100	100	100	86
2. Proportion de cas suspects de Fièvre jaune prélevés	80%	100	93,59	100	100	100

2.4.4 Surveillance du tétanos Néonatal

L'évolution des indicateurs de performance de la surveillance du Tétanos est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIV : Evolution des indicateurs de performance de la surveillance du Tétanos

Item	Période				
	2011	2012	2013	2014	2015 (Août)
1. Nombre de cas notifié	0	1	0	3	0
2. Pourcentage de cas investigué	NA	100%	NA	100%	NA

Le pays a été certifié comme ayant éliminé le tétanos néonatal et maternel en 2012. Toutefois, la surveillance du TNN se poursuit dans tous les districts ce qui a permis de détecter 1 cas en 2012 et 3 cas en 2014. Tous ces cas ont été investigués.

2.4.5 Surveillance des autres maladies

➤ La coqueluche

Depuis 2009 un renforcement de la surveillance de cette maladie est effectif avec l'utilisation de nouveaux supports individuels.

On note la survenue de cas de coqueluche dans des districts ayant de bonnes couvertures vaccinales en témoigne le tableau ci-dessous.

Tableau XV : Evolution des cas de coqueluche de 2011 à 2015

Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de cas notifié	06	0	03	08	0
Nombre de cas investigués	06	0	03	08	0

Il y a une forte régression du nombre de cas au fil des ans. La documentation des cas notifiée demeure une difficulté majeure malgré l'existence de la fiche individuelle de cas.

➤ **La méningite à Hib**

La surveillance de la méningite à Hib est assurée par le site sentinelle au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou depuis 2003.

Le tableau ci-dessous présente la situation des cas de méningites bactériennes pédiatriques de 2011 – 2015

Tableau XV : Surveillance des méningites bactériennes pédiatriques de 2011 – 2015 du site sentinelle du CHU-YO

Indicateurs	Norme	2011	2012	2013	2014	2015 (Août)
Nbre de cas suspects de méningite	-	334	197	337	259	165
(%) de cas suspects de méningite avec PL effectuée	90%	100%	100%	100%	100%	100%
% de cas avec ponction lombaire faite avec résultats de la culture enregistré	≥90%	99%	100%	100%	100%	100%
Nbre (%) de cas probable de méningite	20%	(16) 5%	14 (7%)	11 (3%)	7 (2%)	2 (1%)
Nbre (%) de cas suspects de méningite avec Hib identifié par culture, latex ou PCR	5%	1 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)
Nbre (%) de cas probables de méningite bactérienne avec Hib identifié par culture, latex ou PCR	5%	1 (6%)	1 (7%)	0 (0%)	14 (14%)	0 (0%)
Nbre (%) cas suspects de méningite avec Pneumocoque identifié par culture, Latex ou PCR	20%	7 (2%)	3 (2%)	6 (2%)	2 (1%)	0 (0%)
Nbre (%) de cas probables de méningite avec Pneumocoque identifié par culture, latex ou PCR	20%	5 (31%)	1 (7%)	3 (27%)	14 (14%)	0 (0%)
Nbre (%) de cas suspects de méningite avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR	5%	1 (0%)	3 (2%)	3 (1%)	0 (0%)	0 (0%)

Nbre (%) de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR	5%	0 (0%)	2 (14%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)
--	----	-----------	------------	------------	-----------	-----------

La présence d'un laboratoire de référence permet l'examen à la culture de 100% des prélèvements réalisés. La proportion de Hib identifié reste faible et cela pourrait s'expliquer par l'impact du nouveau vaccin DTC-HepB-Hib que le pays a introduit dans le PEV en 2006. Cependant, la surveillance de cette maladie connaît des insuffisances dans l'application des directives.

➤ **Les diarrhées à rotavirus**

La surveillance se fait à travers 4 sites sentinelles (CHR Gaoua, CHU-YO, CHUP-CDG, CMA de Bogodogo). Cette surveillance a démarré au cours du 1er trimestre 2014. Les résultats de cette surveillance sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau XVI : Indicateurs de performance de la surveillance des infections à Rotavirus

Indicateurs	Normes	2014	2015
1. % d'enfants (éligibles) enrôlés (questionnaire renseigné avec un échantillon de selle prélevé)	80%	85%	94%
2. % d'enfants dont les échantillons de selles testés positifs au Laboratoire	30%	44%	25%
3. % de sites qui transmettent les données à temps (Avant le 7 du mois)	80%	40%	80%

Des efforts sont faits dans l'enrôlement des cas et la transmission des données en 2015. L'impact positif du nouveau vaccin introduit en fin 2013 pourrait justifier la baisse sensible de la proportion des cas positifs au laboratoire.

➤ **Le syndrome de rubéole congénital (SRC)**

La surveillance du SRC, démarré au cours du 1er trimestre 2015, se fait à travers 3 sites sentinelles (CHU-YO, CHUP-CDG et CHU-SS). Les résultats de cette surveillance sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau XVII : Indicateurs de performance de la surveillance du syndrome de rubéole congénital

Indicateurs	Normes	2015
-------------	--------	------

1. Proportion de sites sentinelles ayant notifiés au moins un cas de SRC avec prélèvement	100%	67%
2. Proportion de cas suspects de SRC notifiés avec prélèvement de sang	100%	100%
3. Proportion de fiches d'investigation correctement renseignées par site	≥ 80%	30%

L'analyse des données fait ressortir des difficultés dans la notification des cas au niveau des sites ainsi que le remplissage des supports de collecte.

2.4.6 Gestion des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)

La surveillance des MAPI se fait au niveau de toutes les formations sanitaires, et la mise à disposition des supports de notification, investigation, des acteurs de terrains. Les activités consistent à la notification et l'investigation de tous les cas de MAPI, la prise en charge adéquate de celles-ci et leur classification. Par ailleurs un comité de pharmaco-vigilance logé dans la direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DGPML) pour assurer l'imputabilité.

La campagne de masse contre la rougeole et la rubéole en 2014, a donné un coup d'accélérateur. En effet, le comité a tenu 09 réunions entre 2013-2014 dont 03 en 2014 consacrées spécifiquement aux MAPI du vaccin RR.

Néanmoins, la surveillance des MAPI connaît toujours quelques difficultés de fonctionnement.

Les résultats de la gestion des MAPI de 2013 et 2014 sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVIII : Notification des MAPI et enquêtes au cours des deux dernières

Indicateurs	2013	2014
1. Nombre total de cas de MAPI notifiés :		
a. Nombre de MAPI communiqués =	4 298	9 550

b. Nombre de fiches MAPI transmises=	00	342
2. Nombre de cas graves notifiés pour chaque antigène :		
a. BCG =	0	0
b. Penta =	0	0
c. Rougeole/Rubéole =	0	15
3. Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	00	15
4. Nombre de cas de MAPI examinés et évalués par le comité sur les MAPI	00	11

Constats négatifs liés à la surveillance notification des cas :

- Insuffisances dans le rapportage, la transmission et l'analyse des données de surveillance
- Insuffisance dans l'application des directives de surveillance des maladies cibles du PEV
- Inadaptation de certaines directives de surveillance des maladies cibles du PEV (rougeole)
- Faible performance de certains districts dans la surveillance des PFA, rougeole et tétanos ;
- Insuffisance dans la mise en œuvre de la recherche active des MEV ;
- Insuffisance dans l'implication du monde communautaire à la surveillance des MEV ;
- Insuffisance dans l'analyse régulière des indicateurs de performance au niveau du district ;
- Insuffisance dans la rétro information régulière vers les districts

2.5 COMMUNICATION

La communication se présente comme l'une des stratégies importantes des programmes de développement. Elle est déterminante dans l'atteinte des objectifs du PEV et utilise 3 stratégies à savoir :

- la communication pour le changement de comportement,
- la mobilisation sociale et
- le plaidoyer.

Au cours des années 2013- 2015 un plan intégré de communication a été élaboré prenant en compte la vaccination de routine, la surveillance des maladies cibles, les vaccinations supplémentaires et l'introduction des nouveaux vaccins.

La mise en œuvre de ce plan a permis d'améliorer l'adoption de comportements favorables aux activités de vaccination.

L'analyse de la situation de la communication en faveur du PEV a concerné non seulement les trois (3) stratégies mais aussi la communication sur l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que les comportements et pratiques des populations en matière de vaccination.

2.5.1 La communication pour le changement de comportement (CCC)

Les acteurs de la communication existent à tous les niveaux (service communication DPV, service de la promotion de la santé des régions et districts, CSPS, OBC). A tous ces niveaux, la communication constitue une priorité pour le développement du programme

Au niveau central, les activités suivantes, essentiellement médiatiques ont été menées en faveur des JNV polio, la SAV, l'introduction du VAR2, la campagne RR :

- interviews d'autorités sanitaires (radio et télé)
- émissions radios et télé en langues nationales
- confection, diffusion de spots radio et télé en français et en langues nationales
- élaboration de messages types à l'intention des agents de santé et des relais communautaires.
- confection d'affiches
- Réalisation d'un film sur le PEV

Sur le terrain, divers canaux ont été utilisés pour informer la population ; les crieurs publics ont constitué le canal le plus utilisé.

En matière de vaccination de routine, les activités médiatiques prévues pour soutenir l'information et la sensibilisation des populations en faveur de la vaccination de routine n'a pas connu de mise en œuvre à cause du non financement. Cependant 300 boîtes à images ont été reproduites à l'intention des agents des CSPS. Cette quantité demeure insuffisante au regard du nombre total de CSPS 1897. Par ailleurs 500 mégaphones ont également été acquis en faveur des formations sanitaires périphériques.

Au niveau périphérique, ce sont essentiellement des causeries éducatives lors des séances de vaccination, l'information des familles par les ASBC avant les séances de vaccination en stratégie avancée qui ont été menées.

La recherche active des perdus de vue, menée par les organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E) et la plupart des formations sanitaires permet d'atteindre des enfants qui ont abandonné la série vaccinale

2.5.2 La mobilisation sociale

C'est le maillon faible de la communication en faveur du PEV, aussi bien au niveau central que sur le terrain. En effet, dans les districts sanitaires les associations sont peu impliquées dans la sensibilisation des familles. En plus les radios ne sont pas suffisamment exploitées pour la réalisation d'émissions.

Au cours des quatre dernières années des activités ont été réalisées au niveau central, dans le cadre des JNV, de la SAV et de la campagne RR. Il s'agit entre autres de :

- Organisation de rencontres de sensibilisation des médias ;
- Appui aux DRS pour l'organisation de cérémonies de lancement de campagnes de vaccination.

2.5.3 Plaidoyer

Le plaidoyer est fait seulement lors d'évènements comme les campagnes de vaccinations. Au niveau central, en octobre 2014, un plaidoyer de haut niveau a été fait par les autorités sanitaires auprès de la 1^{ère} Dame, pour parrainer le lancement de la campagne RR.

Au niveau intermédiaire et périphérique le plaidoyer a été également mené à l'endroit des autorités locales lors des différents événements du PEV.

Les enquêtes post-campagnes ont toujours estimé le niveau d'information des cibles à plus de 90% dans les régions sanitaires pour toutes les campagnes menées en 2014 (P4. Moniteurs indépendants : 98% ; Enquêtes Hors Ménage : 93%) et au premier passage de 2015 (P1 2015 (MI : 98 % ; HM : 93%).

Plus spécifiquement au niveau périphérique, les principales activités mises en œuvre dans le cadre des campagnes sont le plaidoyer auprès des autorités, la réalisation d'émissions radiophoniques, l'information de porte à porte par les relais mobilisateurs. Les activités en faveur de la vaccination de routine planifiées à tous les niveaux ne sont généralement pas financées, d'où la nécessité de disposer d'un plan intégré de communication AVS-Routine.

Aussi le fait que la plupart des acteurs de terrain n'ait pas été formés dans le domaine de l'IEC/PEV pourrait constituer un handicap à une communication efficace avec les populations.

2.5.4 Communication sur l'introduction de nouveaux vaccins.

Le PEV au Burkina a atteint de nos jours de bonnes performances. Les nouveaux vaccins comme le PCV13 et le Rotateq ont été introduits dans le programme en octobre 2013. En octobre 2014, la 2^{ème} dose de VAR a été introduite dans la vaccination de routine. Le premier mai 2015 le vaccin contre la rubéole a été également introduit dans la vaccination de routine. Par ailleurs à chaque introduction de nouveau vaccin, des activités de plaidoyer de même que de mobilisation sociale et de communication pour le changement de comportement ont toujours été menées en amont à tous les niveaux du système. Ces activités ont concerné successivement les

leaders d'opinion, les ONG et associations et les communautés à travers des rencontres, des formations, d'informations et de causeries éducatives. Toutes ces activités ont été précédées par des cérémonies de lancement. Enfin en juin 2015 le Burkina Faso a été déclaré « pays libre de la circulation du poliovirus sauvage autochtone » par la commission régionale de certification pour l'Afrique (CRCA) de L'OMS. Ce qui sans doute va engendrer des défis en termes de communication pour le maintien de ces acquis.

2.5.5 Comportements et pratiques des populations en matière de vaccination

Les bonnes couvertures vaccinales par rapport aux différents antigènes dans la quasi-totalité des districts sanitaires attestent une fidélité des parents à la vaccination de routine.

Cependant des insuffisances sont constatées dans certains DS.

La situation épidémiologique de la rougeole en 2014 montre également que sur les 336 cas positifs enregistrés, 82% des cas n'étaient pas vaccinés. Ces enfants sont passés entre les mailles en vaccination de routine, et les parents ont certainement une part de responsabilité dans la non vaccination des enfants.

La communication doit être alors renforcée dans les zones à problèmes pour une meilleure participation des parents aux séances de vaccination.

Quant aux activités de vaccination supplémentaire, les différentes campagnes de vaccination mises en œuvre ont connu une adhésion des différentes cibles, en témoignent les couvertures satisfaisantes enregistrées au cours de l'année 2014 (plus de 95% pour chaque passage JNV polio d'après les enquêtes post-campagnes et 106% pour la campagne RR,).

Cependant des réticences et parfois des refus isolés ont été observés lors des campagnes polio. Ces réticences sont dues à certaines rumeurs démobilisatrices développées dans les endroits où la communication a été insuffisamment menée.

Des efforts doivent alors être fournis pour renforcer davantage la communication à tous les niveaux, avec un accent particulier sur la communication de proximité au niveau périphérique lors des campagnes.

Constats négatifs liés à la communication :

- Insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies de communication en vue d'un changement de comportement/ Insuffisance de communication inter personnelle
- Faible implication de la société civile
- Faible utilisation des média notamment la radio pour les activités de vaccination de routine

2.6 VACCINS, CHAINE DU FROID, LOGISTIQUE

L'analyse de situation de la gestion des vaccins et consommables, de la chaîne du froid et de la logistique du PEV au cours des trois dernières années peut être structurée ainsi qu'il suit :

- la gestion des vaccins et consommables ;
- la gestion de la chaîne du froid ;
- la sécurité des injections et gestion des déchets ;
- les transports et infrastructures

2.6.1 La gestion des vaccins et consommables ;

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

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection se fait sur fonds propres (Budget de l'Etat) par le biais d'un contrat d'assistance - achats avec l'UNICEF, sauf les nouveaux vaccins (DTC-HepB-Hib, PCV-13, Rotateq®, vaccin Rougeole-Rubéole), le VPO pour les campagnes et les consommables correspondants qui sont co-financés avec Gavi.

Un plan pluriannuel glissant d'approvisionnement de cinq ans est développé chaque année, en collaboration avec l'UNICEF.

Au cours des trois dernières années (2013-2015), le pays n'a pas enregistré de difficultés majeures relatives à la gestion des stocks. Mais au début de l'introduction des vaccins PCV13 et Rotateq, le programme a enregistré des retards de livraisons ayant entraîné parfois des ruptures au niveau opérationnel. Par ailleurs, on note une multiplication du nombre d'opérations de réception des vaccins au niveau central, dû au volume important que ces derniers nécessitent, avec une répercussion sur la charge de travail des agents commis à cette tâche et, une augmentation du rythme d'approvisionnement à tous les niveaux du système.

De même, le matériel d'injection a souvent connu des sur-stockages pour les seringues pour les raisons suivantes :

- une arrivée décalée dans le temps de stocks commandés en même temps que les vaccins ;
- l'arrivage des intrants nécessaires à l'organisation des activités de vaccination supplémentaires programmées, notamment les campagnes MenAfrivac® de 2010, la campagne Rougeole de 2011, ainsi que celle contre la Rougeole et la Rubéole de novembre 2014.

Les vaccins sont stockés au niveau central dans 10 chambres froides de capacité totale nette de 108 000 litres. D'un point de vue quantitatif, cette capacité est suffisante pour le stockage de l'ensemble des vaccins. Cependant, deux (02) de ces chambres froides datent des années 1980 et sont par conséquent vétustes, avec des pannes fréquentes, ce qui réduit le volume net disponible pour le stockage. A ce jour, les vaccins du PEV font actuellement l'objet d'un enregistrement auprès de la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires qui est l'autorité nationale de réglementation (ANR), avant leur mise à la consommation. La

surveillance des manifestations adverses post injection (MAPI) est également assurée par cette autorité, à travers un service chargé des Vigilances.

Quant au matériel d'injection, il est stocké dans un magasin de grandes dimensions acquis en location.

Le circuit et le rythme de distribution théorique des vaccins sont les suivants :

- un approvisionnement tri ou bimestriel des dépôts régionaux à partir du niveau central en fonction de leur capacité de stockage ;
- un approvisionnement bimestriel pour les dépôts de districts, à partir des dépôts des DRS.
- un approvisionnement mensuel pour les CSPS à partir des dépôts de districts.

Cependant, avec l'avènement des nouveaux vaccins en 2013, beaucoup de structures ont désormais des capacités réduites pour pouvoir accueillir l'intégralité de leur besoins période. Dans la pratique, le rythme d'approvisionnement auprès de la DRS est devenu mensuel pour de nombreux districts sanitaires, et bi-hebdomadaire pour certains CSPS auprès du dépôt des districts.

Pour le suivi des normes de conservation/stockage des vaccins, 3228 instruments de monitoring du froid (Fridge-Tag2) ont été acquis et distribués aux formations sanitaires et districts ; ces instruments sont nécessaires pour s'assurer de la bonne conservation des vaccins dans les équipements frigorifiques.

D'autre part, les supervisions et contrôles des agents chargés de la gestion du PEV au niveau intermédiaire et périphérique, organisés par le biais des sorties permettent de s'assurer de la bonne mise en œuvre des activités sur le terrain. A l'occasion des supervisions menées, on a pu relever des insuffisances relatives à la gestion des vaccins en général et à l'utilisation des outils de gestion du PEV sur le terrain en particulier. La formation des responsables à la GEV et à l'utilisation du DVD/MT permettra d'améliorer la gestion des vaccins. La compilation des données de gestion des stocks et de vaccination au niveau central a permis de constater une amélioration significative des taux de pertes en vaccins au fil des années.

2.6.2 Gestion de la chaîne du froid ;

En 2012, un inventaire exhaustif des équipements de la chaîne de froid a été réalisé par la DPV, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers du PEV. De cet inventaire, il ressort que la capacité de stockage était globalement satisfaisante, même si la plupart des appareils en service étaient vétustes, nécessitant de ce fait un renouvellement au cours des 5 prochaines années. De manière synthétique, les résultats de l'inventaire étaient les suivants :

sur le plan national, 2411 appareils toutes marques confondues ont été inventoriés. Parmi ceux-ci 1911 appareils CDF sont en état de bon fonctionnement, 323 en état de marche mais nécessitant une réparation et 52 appareils non encore mis en service.

- l'âge moyen des appareils inventoriés est de 6,3 ans pour une durée limite de vie technique estimée à 8 ans.

- 32 formations sanitaires sans équipement CDF, y compris les nouvelles ouvertures incessamment prévues
- un déficit important en instrument de monitoring de la chaîne de froid.

Il a abouti à l'élaboration d'un plan de réhabilitation logistique prenant en compte le remplacement et/ou renouvellement des équipements sur la période de 2013 à 2017. Ce plan est en cours de mise en œuvre au niveau central et décentralisé à travers le PADS, l'UNICEF et en ce qui concerne le niveau central sur fonds GAVI.

Dans le cadre de la préparation à l'introduction des nouveaux vaccins (antipneumococcique, antirotavirus en 2013, RR en 2014, HPV en 2014 et VPI en 2016) l'évaluation des besoins en capacités de stockage a été actualisée, à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

En matière de renforcement de la chaîne du froid, la DPV avec l'aide des partenaires techniques et financiers a acquis en 2014 : 393 réfrigérateurs toutes marques et modèles confondus et 3 888 Fridge-tag type 1&2.

En 2015, le renforcement de la chaîne du froid se poursuit, conformément à la prévision du plan de réhabilitation 2013-2017 sus-évoqué, afin de réunir les conditions pour une introduction réussie du VPI ainsi que la démonstration de la vaccination par le HPV dans deux (02) districts. C'est ainsi que trois nouvelles chambres froides d'une capacité nominale de 40 m³ volume brut ont été acquises et installées au niveau central. Des réfrigérateurs électriques et trois (03) solaires type SDD ont également été acquis, distribués et installés au profit des districts et formations sanitaires. La maintenance du matériel chaîne du froid du dépôt central est assurée par le budget de l'Etat et l'UNICEF.

Un contrat est signé entre la DPV et un opérateur privé pour la maintenance préventive et curative. Cependant, il subsiste des pannes récurrentes pour diverses raisons (vétusté de certaines chambres froides bâties, non disponibilité de certaines pièces de rechange). Par ailleurs des difficultés existent dans la mise en œuvre du contrat de maintenance.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, les réparations des équipements de la CDF sont assurées par des privés à la demande ou avec la collaboration des ouvriers polyvalents des ateliers régionaux de maintenance.

2.6.3 Sécurité des injections et gestion des déchets ;

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

- la disponibilité du matériel d'injection ;
- l'utilisation correcte de matériel d'injection stérile et à usage unique ;

- l'observation de pratiques d'injection sans risques ;
- la destruction des déchets.

Le matériel d'injection se compose de seringues autobloquantes (SAB), seringues de reconstitution des vaccins lyophilisés, et boîtes de sécurité.

La distribution et l'utilisation du matériel d'injection respectent la politique de distribution groupée de fournitures (bundling policy) à tous les niveaux. Dans la pratique il s'agit de garantir la concordance suivante :

- seringue autobloquante pour 1 dose de vaccin
- seringue de reconstitution pour 1 flacon de vaccin
- boîte de sécurité pour 100 seringues usagées

La mise en œuvre de la politique de gestion des déchets est confiée à la Direction chargée de l'Hygiène Publique du ministère de la santé.

Un système de gestion des déchets vaccinaux existe aux niveaux intermédiaire et périphérique. Cependant, ce système connaît d'énormes difficultés dans sa réalisation effective, notamment dans sa composante destruction des déchets et élimination des risques.

Malgré l'équipement des régions en incinérateurs type TTM UNIVERS en 2010 pour la gestion des déchets de la campagne MenAfrivac®, on constate que la majorité des incinérateurs ne sont pas fonctionnels. Ceux qui fonctionnent sont mal utilisés, du fait de l'insuffisance ou de l'absence de formation d'opérateurs.

La signature des contrats avec les fonderies privées de la place pour la destruction des déchets liés à la vaccination a été envisagée comme alternative au cours d'un rencontre du CCIA en 2015.

2.6.4 Transports et infrastructures

La GEV de 2012 avait trouvé des faiblesses dans les infrastructures abritant les équipements de la CDF du PEV à tous les niveaux, notamment l'absence de magasins dédiés au stockage des consommables de vaccination à tous les niveaux. Les recommandations en la matière, notamment la construction de magasins de stockage de consommables dans les régions et districts, qui ont été formulées à l'issue de l'évaluation GEV n'ont cependant pas encore été réalisées, par manque de financement.

Le niveau central dispose d'un camion frigorifique fonctionnel, de deux véhicules frigorifiques type pick-up non fonctionnels et de deux camions de 20T fonctionnels pour l'accompagnement des régions sanitaires dans l'approvisionnement en vaccins et consommables de vaccination.

Les régions et districts utilisent des véhicules pick-up double-cabine ou des camions acquis en location chez des privés pour leur approvisionnement en vaccins et consommables.

Pour renforcer les capacités en matière de transport des vaccins dans les districts, une centaine de glacières et plus de 600 porte-vaccins ont été acquis et mis à la disposition des structures sanitaires, entre 2013 et 2015.

2.6.5 Evaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV)

En 2012, une évaluation de la gestion efficace des vaccins a été conduite. Elle a porté sur un échantillon de 92 sites dont, le dépôt central, 13 dépôts régionaux, 29 districts sanitaires et 49 centres de santé et de promotion sociale (CSPS). L'outil d'évaluation de la GEV élaboré par l'OMS et l'UNICEF, a été utilisé. L'échantillonnage a été fait selon la méthodologie élaborée par la GEV. La taille de 29 districts sanitaires a été définie sur les 63 que compte le pays selon un intervalle de confiance de 90% et une précision de +/- 10%. L'analyse des résultats globaux obtenus de chacun des neuf (09) critères et des sept (07) catégories de l'évaluation GEV a permis de dégager les forces et les faiblesses du système de la chaîne d'approvisionnement au Burkina. L'analyse du rapport de synthèse généré par l'outil donne par critère/catégorie et par niveau, les résultats suivants :

Tableau XIX : Résultats globaux de la GEV

Critères de la GEV	Objectifs	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement			
		Central	Régional	District	CSPS
E1: Procédures avant expéditions et réception vaccin	80%	65%			
E2: Maintien de températures de stockage correctes des vaccins	80%	58%	68%	83%	80%
E3: Maintien de capacités de stockage et de transport suffisantes	80%	100%	71%	79%	87%
E4: Bâtiments, équipement, transport	80%	77%	72%	66%	85%
E5: Maintenance	80%	75%	76%	68%	61%
E6: Gestion de stock	80%	86%	87%	81%	83%
E7: Distribution	80%	61%	55%	53%	63%
E8: Gestion des vaccins	80%	73%	72%	87%	86%
E9: Système d'info & fonctions d'appui à la gestion	80%	61%	94%	92%	

Cette évaluation est suivie d'un inventaire exhaustif de la chaîne du froid et un plan de réhabilitation a été élaboré à cet effet. Le plan a prévu une planification des acquisitions des équipements CdF sur une période de cinq ans. Pour les besoins en équipements de la 1^{ère} année du plan (2013), les acquisitions à réaliser ont pris en compte les besoins de 2012, soit au total **814** réfrigérateurs, dont 783 appareils Sibir V170 GE et 31 Vestfrost MK304

Le tableau ci-dessous récapitule les besoins en équipements supplémentaires aux différents niveaux du système de santé de 2012 à 2017.

Tableau XX : Prévisions d'acquisition d'équipements chaîne du froid 2012-2017

Niveaux / Années	Nombre et type d'équipements nécessaires par année du plan de réhabilitation					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Niveau central			1 Ch.Froide positive-60m3	1 Ch.Froide positive-60m3	1 Ch.Froide positive-60m3	1 Ch.Froide positive-60m3
Niveau régional			1 Ch.Froide positive-15m3			17 réfrigérateurs MK 304
Niveau district	37 réfrigérateurs	31 réfrigérateurs	241 réfrigérateurs	59 réfrigérateurs	52 réfrigérateurs	51 réfrigérateurs
	dont 2 V170 GE	dont 5 V170 GE	dont 30 V170 GE	dont 7 V170 GE	dont 6 V170 GE	dont 6 V170 GE
Niveau Formation sanitaire		745 réfrigérateurs	209 réfrigérateurs	206 réfrigérateurs	294 réfrigérateurs	214 réfrigérateurs
Total	39 réfrigérateurs	775 réfrigérateurs	2 chambres froides + 450 réfrigérateurs	1 chambre froide + 265 réfrigérateurs	1 chambre froide + 346 réfrigérateurs	1 chambre froide + 282 réfrigérateurs

Il est prévu une évaluation GEV en 2015 qui permettra d'apprécier la mise en œuvre des recommandations de celle réalisée en 2012, de même que la situation actuelle de la gestion logistique du PEV.

Constats négatifs de la gestion des vaccins, chaîne du froid et logistique :

- Absence de formation du personnel aéroportuaire et des transitaires impliqués dans la réception, le dédouanement et le transport des vaccins jusqu'au dépôt central
- Insuffisance de supervision formative des agents à tous les niveaux sur la gestion de la logistique du PEV
- Non utilisation de l'outil DVD-MT pour la gestion des vaccins au niveau national régional et district
- Panne de (02) deux chambres froides au niveau national
- Vétusté de 02 chambres froides
- Insuffisance de capacité de stockage à tous les niveaux

- Insuffisance de formation des chargés de la vaccination à l'utilisation des outils de monitoring de la température
- Insuffisance de fonctionnement des chambres froides au niveau central et dans quelques régions sanitaires
- Absence de contrat de maintenance au niveau région et district
- Insuffisance d'incinérateurs au niveau opérationnel
- Absence d'entrepôts sec pour le stockage des consommables au niveau central
- Insuffisance de véhicules de supervision au niveau central régional et districts
- Insuffisance de la logistique roulante au niveau des Formations sanitaires.

2.7 FINANCEMENT DU PEV

Le PEV est principalement financé par trois (03) sources à savoir l'Etat, les partenaires au développement et enfin la communauté.

De 2011 à 2013 le financement du PEV est d'environ **30,70 milliards F CFA**. Environ 80% de ce financement a été assuré par les partenaires techniques et financier et 19,7 % par l'Etat.

Afin de promouvoir le financement durable des vaccins et des activités de vaccination l'Etat Burkinabé achète depuis 1996 les vaccins traditionnels administrés en routine. Il achète également le matériel d'injection et s'acquitte de sa part de cofinancement pour les nouveaux vaccins depuis 2011. En 2011, la part du cofinancement s'est élevée à la somme **414 994 US** soit environ **207 000 000 F CFA** et en 2014 au montant de **1 042 212 US** soit environ **519 857 000 F CFA**.

Pour cela des lignes budgétaires ont été dégagées et sécurisées dans le budget de l'Etat.

Des efforts restent à faire pour renforcer la part du financement local des interventions du programme dont le financement reste tributaire en grande partie des ressources externes.

III IDENTIFICATION DES PROBLEMES

De l'analyse de la situation, se dégagent les problèmes regroupés ci-dessous par composante

3-1 INVENTAIRE DES CONSTATS NÉGATIFS

➤ GESTION DU PROGRAMME



- Insuffisance de fonctionnement des organes de coordination du PEV
- Insuffisance de capacités opérationnelles du programme

- Discontinuité des services de vaccinations dues aux pannes de la CDF et de manque de la logistique roulante, faible motivation des agents)
- Insuffisance de véhicules de supervision au niveau central, régional et districts
- Insuffisance de la logistique roulante au niveau des Formations sanitaires.

➤ **GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

-
- Absence d'un plan de formation des agents sur le PEV
- Insuffisance de RH qualifiées pour la mise en œuvre du programme

➤ **PRESTATIONS DE SERVICES**

- Insuffisance dans l'offre de services de vaccination
- Faible motivation des agents
- Insuffisance de supervision spécifique sur le PEV
- Non maîtrise des cibles et de leur répartition par stratégie de vaccination
- Cibles non atteintes dans certains DS
- Insuffisance dans la recherche de perdus de vue en vaccination/
- Taux d'abandon élevé
- Insuffisance dans l'analyse des indicateurs de vaccination

➤ **SURVEILLANCE ET NOTIFICATION**

- Non atteinte du niveau de performance des indicateurs de surveillance,
- Existence de districts silencieux dans la notification des cas de maladies cibles
- Faible indicateurs de performances maladies cibles du PEV
- Faible performance des indicateurs de surveillance des maladies cibles du PEV;
- Insuffisance dans la gestion des données de vaccination (Insuffisance de qualité des données de vaccination) ;
- Taux d'abandon négatifs

➤ **COMMUNICATION**

- Insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies de communication en vue d'un changement de comportement/ Insuffisance de communication inter personnelle
- Faible implication de la société civile
- Faible utilisation des média notamment la radio pour les activités de vaccination de routine
-

➤ **VACCINS, CHAINE DE FROID ET LOGISTIQUE**

- Insuffisance de supervision formative des agents à tous les niveaux sur la gestion de la logistique du PEV
- Insuffisance de formation des chargés de la vaccination à l'utilisation des outils de monitoring de la température
- Non utilisation de l'outil DVD-MT pour la gestion des vaccins au niveau des districts
- Insuffisance de capacité de stockage à tous les niveaux/vétusté des équipements CDF
- Insuffisance de fonctionnement des chambres froides au niveau central et dans quelques régions sanitaires
- Absence de contrat de maintenance des équipements CDF au niveau région et district
- Insuffisance d'incinérateurs au niveau opérationnel
- Insuffisance d'incinérateurs performants
- Absence d'organisation de la maintenance des incinérateurs
- Insuffisance d'entrepôts secs pour le stockage des consommables au niveau central
- Insuffisance de moyens de transport pour les approvisionnements en intrants de vaccination

➤ **FINANCEMENT DU PROGRAMME**

- Dépendance financière importante du programme vis-à-vis des financements extérieurs.
- Non maîtrise de la contribution financière de la communauté à la mise en œuvre du programme

3.2 PROBLÈMES IDENTIFIÉS

1. La coordination du programme est insuffisante
2. Les capacités opérationnelles du programme sont insuffisantes.
3. Les ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre du programme restent insuffisantes
4. L'offre de service de vaccination est insuffisante
5. La qualité des données de vaccination est faible
6. Les performances des indicateurs de surveillance des maladies cibles du PEV sont faibles;
7. La communication en faveur du PEV est insuffisante,
8. La gestion des vaccins et consommables du PEV est insuffisante,
9. La gestion de la chaîne de froid est insuffisante
10. Les infrastructures et moyens de transports dédiés aux activités du PEV sont insuffisants

11. La gestion des déchets est insuffisante

IV PRIORITES, VISION ET OBJECTIFS

4.1 PRIORITES

L'analyse des différents problèmes a permis de définir pour les cinq (5) prochaines années, les priorités suivantes :

Problème 1 : La coordination du programme est insuffisante.

Ceci est dû à :

- des conflits de calendrier au niveau du programme dans la mise en œuvre de certaines activités, avec pour conséquences une irrégularité dans la tenue des rencontres statutaires des organes et un retard dans la prise de certaines décisions.
- à cela s'ajoute l'insuffisance dans la délégation des tâches entraînant la faible mise en œuvre des activités du programme.

Problème 2 : Les capacités opérationnelles du programme sont insuffisantes.

Ceci est lié à :

- l'insuffisance des ressources financières allouées,
- une insuffisance de ressources humaines qualifiées,
- une insuffisance en équipements (informatiques et périinformatiques, mobiliers de bureau)
- une insuffisance en infrastructures (bureaux)
- une insuffisance en véhicules de supervision à tous les niveaux

Cette situation a pour conséquence une insuffisance dans la mise en œuvre des activités et une faiblesse des performances du programme.

Problème 3 : Les ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre du programme restent insuffisantes.

Cette situation est engendrée par :

- une insuffisance dans la qualité de la formation de base (multiplicité des écoles de formation des personnels de santé ne respectant pas les curricula de formation sur le PEV),
- une absence de plan de formation continue des agents sur le programme,
- une insuffisance dans la supervision formative,
- une mauvaise gestion des ressources humaines

Ceci a pour conséquences une faible qualité des prestations de services de vaccination dans les centres de santé.

Problème 4 : L'offre de service de vaccination est insuffisante,

Cette situation est due à :

- une insuffisance dans la mise en œuvre de la stratégie avancée,
- une insuffisance de la supervision spécifique,
- une insuffisance dans la recherche des perdus de vue,
- une insuffisance dans l'intégration des activités,
- une insuffisance de la logistique roulante,
- une insuffisance dans la planification des activités
- une insuffisance dans la gestion des ressources humaines,
- l'insécurité dans certaines régions (coupeurs de route)

Ceci a pour conséquences : les taux d'abandon élevés, la persistance d'enfants non vaccinés et la persistance de cas de maladies évitables par la vaccination.

Problème 5 : La qualité des données de vaccination est faible

Cela est lié à :

- une insuffisance dans la mise à jour et la disponibilité des outils de gestion du PEV
- une insuffisance dans le rapportage des données de vaccination,
- une insuffisance du monitoring des données de vaccination,
- une non maîtrise des cibles,
- une insuffisance dans l'analyse et l'harmonisation des données,
- une insuffisance de formation des agents,
- une insuffisance de supervision formative,
- une insuffisance de feed-back sur les données transmises par les formations sanitaires,
- une faible motivation des agents,

Il en découle la non maîtrise des taux d'abandon, les taux de couvertures vaccinales inadéquats, la persistance d'enfants non vaccinés, des données discordantes, des taux de pertes négatifs en vaccins, une prise de décision non basée sur des données factuelles.

Problème 6 : La surveillance des maladies cibles du PEV n'est pas performante

Cela est liée à :

- une sous notification des cas,
- une insuffisance de supervision des districts à faible performance,
- une insuffisance dans le rapportage, la transmission et l'analyse des données de surveillance
- une insuffisance dans l'application des directives de surveillance des maladies cibles du PEV

- une insuffisance dans la mise en œuvre de la recherche active des MEV,
- une insuffisance dans la rétro information régulière vers les districts et les CSPS

Cet état de fait a pour conséquences : les difficultés dans l'appréciation de l'impact de vaccination sur les maladies cibles du PEV et la persistance des cas de maladies évitables par la vaccination.

Problème 7 : La communication en faveur du PEV est insuffisante,

Cela est dû à :

- une faible utilisation des médias pour les activités de vaccination de routine,
- une faible implication des ONG et associations,
- une insuffisance de moyens de communication au niveau périphérique,
- une insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies de communication (plaidoyer, CCC, mobilisation sociale),
- une insuffisance de compétences des agents en technique de communication,
- une faible implication des autorités dans la communication en faveur de la vaccination de routine.
- une insuffisance de financement des activités de communication sur la vaccination de routine,

Ceci a pour conséquences une faible appropriation du programme par les populations, une persistance de rumeurs et des enfants non vaccinés.

Problème 8 : La gestion des vaccins et consommables du PEV est insuffisante,

Elle est due à :

- une faible utilisation des outils de gestion des stocks,
- une insuffisance dans la supervision formative des agents à tous les niveaux, et de contrôle de gestion des intrants de vaccination,
- une insuffisance de capacité pour le stockage des consommables à tous les niveaux,

Cette situation entraîne la faible qualité des données collectées sur la gestion des stocks, la non maîtrise de la gestion des stocks, une détérioration des intrants, des ruptures des stocks d'intrants.

Problème 9 : La gestion de la chaîne de froid est insuffisante

Elle est due à :

- une vétusté de certaines chambres froides au niveau central et régional,
- une insuffisance de capacité pour le stockage des vaccins à tous les niveaux,
- une insuffisance de la maintenance préventive et curative,

- une faible capacité de certains acteurs chargés de la gestion de la logistique

Cette situation a pour conséquence des ruptures de stocks de certains vaccins au niveau opérationnel, l'augmentation du rythme d'approvisionnement et une détérioration des vaccins

Problème 10 : Les infrastructures et moyens de transports dédiés aux activités du PEV sont insuffisants.

Cette situation est liée à :

- une insuffisance d'entrepôts secs pour le stockage des consommables à tous les niveaux,
- une insuffisance de véhicules de ravitaillement au niveau central, régions et districts sanitaires
- une faible disponibilité de la logistique roulante pour les approvisionnements en intrants du PEV,
- une insuffisance et une vétusté des motos utilisées dans le cadre de la stratégie avancée,

Ceci a pour conséquence les mauvaises conditions de transports des intrants, la non réalisation des activités de stratégies avancées, de supervision et de contrôle et une dépense onéreuse pour la location de magasin.

Problème 11 : La gestion des déchets issus de la vaccination est insuffisante

Ceci est dû à :

- un manque d'incinérateur de grande performance pour la destruction des déchets,
- à la faible utilisation des incinérateurs existants,
- à la faible capacité des districts dans la collecte, le stockage et l'élimination des déchets piquants,
- à l'utilisation d'incinérateur type barrique et fosses.

Il en résulte un sur-stockage des boîtes de sécurité pleines dans les districts et formations sanitaires, la présence de déchets insuffisamment détruits aux alentours des incinérateurs utilisés. Ceci présente un risque majeur de contamination de la communauté

4.2 BUT ET OBJECTIFS

4.2.1 BUT

Parvenir à une couverture vaccinale universelle dans le pays afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile

4.2.2 OBJECTIF GENERAL

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination d'ici 2020

4.3 OBJECTIFS ET JALONS PAR COMPOSANTE

➤ Gestion du programme

Problèmes	Objectifs	Jalons				
		2016	2017	2018	2019	2020
La coordination du programme est insuffisante	Renforcer la coordination du programme à tous les niveaux d'ici 2020	100% CCIA CTA/PEV CTRS CSD CSCA AG/COGES	100% : CCIA CTA/PEV CTRS CSD AG/CGES	100% : CCIA CTA/PEV CTRS CSD AG/CGES	100% : CCIA CTA/PEV CTRS CSD AG/CGES	100% : CCIA CTA/PEV CTRS CSD AG/CGES
		100% Réunions décentralisées tenues	100% Réunions décentralisées tenues	100% Réunions décentralisées tenues	100% Réunions décentralisées tenues	100% Réunions décentralisées Tenues
Les capacités opérationnelles du programme sont insuffisantes	Renforcer les capacités opérationnelles du programme	-100% de structure élaborent et mettent en œuvre les PA : DPV DRS DS CSPS	-100% de structure élaborent et mettent en œuvre les PA : DPV DRS DS CSPS	-100% de structure élaborent et mettent en œuvre les PA : DPV DRS DS CSPS	-100% de structure élaborent et mettent en œuvre les PA : DPV DRS DS CSPS	-100% de structure élaborent et mettent en œuvre les PA : DPV DRS DS CSPS
		-80% des activités des PA des structures sont réalisées	-80% des activités des PA des structures sont réalisées	-80% des activités des PA des structures sont réalisées	-80% des activités des PA des structures sont réalisées	-80% des activités des PA des structures sont réalisées

		-25% de véhicules de supervision	60% véhicules de supervisions	75% véhicules de supervisions	90% véhicules de supervisions	100% véhicules de supervisions
		-20% des dépôts des DRS disposent d'un camion 7T	50% des dépôts des DRS disposent d'un camion 7T	75% des dépôts des DRS disposent d'un camion 7T	90% des dépôts des DRS disposent d'un camion 7T	100% des dépôts des DRS disposent d'un camion 7T

➤ **Gestion des ressources humaines**

Problèmes	Objectifs	Jalons				
		2016	2017	2018	2019	2020
Les ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre du programme restent insuffisantes	Renforcer les capacités des ressources humaines pour la mise en œuvre du programme d'ici 2020	90% des FS remplissent les normes en personnel	95% des FS remplissent les normes en personnel	100% des FS remplissent les normes en personnel	100% des FS remplissent les normes en personnel	100% des FS remplissent les normes en personnel
		80% du plan de formation réalisé	85% du plan de formation réalisé	90% du plan de formation réalisé	95% du plan de formation réalisé	100% du plan de formation réalisé
		100% des supervisions réalisées	100% des supervisions réalisées	100% des supervisions réalisées	100% des supervisions réalisées	100% des supervisions réalisées

➤ Prestations de services

Problèmes	Objectifs	Jalons				
		2016	2017	2018	2019	2020
L'offre de service de vaccination est insuffisante	Amener tous les districts à atteindre au moins 90% de CV pour les antigènes d'ici 2020	90% des DS	95% des DS	100% des DS	100% des DS	100% des DS
		BCG : 100% VPO3 : 100% PENTA3 : 100% VAA : 100% RR1 : 100% RR2 : 100% VAT2+ : 90% VPI : 70% MenA : 35% HPV : 4%	BCG : 100% VPO3 : 100% PENTA3 : 100% VAA : 100% RR1 : 100% RR2 : 100% VAT2+ : 100% VPI : 100% MenA : 90% HPV : 50%	BCG : 100% VPO3 : 100% PENTA3 : 100% VAA : 100% RR1 : 100% RR2 : 100% VAT2+ : 100% VPI : 100% MenA : 100% HPV : 90%	BCG : 100% VPO3 : 100% PENTA3 : 100% VAA : 100% RR1 : 100% RR2 : 100% VAT2+ : 100% VPI : 100% MenA : 100% HPV : 95%	BCG : 100% VPO3 : 100% PENTA3 : 100% VAA : 100% RR1 : 100% RR2 : 100% VAT2+ : 100% VPI : 100% MenA : 100% HPV : 100%
	Amener tous les DS à réduire le taux d'abandon spécifique DTC1/DTC3 à moins de 5% à d'ici 2020	85% des DS	100% des DS	100% des DS	100% des DS	100% des DS
	Introduire les nouveaux vaccins dans la vaccination de routine d'ici fin 2020	100% des vaccins introduits	100% des vaccins introduits	100% des vaccins introduits	100% des vaccins introduits	100% des vaccins introduits
La qualité des données de vaccination est faible	Améliorer la qualité des données de vaccination d'ici 2020	100% des districts et DRS réalisent le DQS	100% des districts et DRS réalisent le DQS	100% des districts et DRS réalisent le DQS	100% des districts et DRS réalisent le DQS	100% des districts et DRS réalisent le DQS
		100% des sessions de validation des données tenues	100% des sessions de validation des données tenues	100% des sessions de validation des données tenues	100% des sessions de validation des données tenues	100% des sessions de validation des données tenues

		100% des structures réalisent le monitoring quotidien des données de vaccination	100% des structures réalisent le monitoring quotidien des données de vaccination	100% des structures réalisent le monitoring quotidien des données de vaccination	100% des structures réalisent le monitoring quotidien des données de vaccination	100% des structures réalisent le monitoring quotidien des données de vaccination
		100% de retro information réalisée	100% de retro information réalisée	100% de retro information réalisée	100% de retro information réalisée	100% de retro information réalisée

➤ **Surveillance et notification**

Problèmes prioritaires	Objectifs	JALONS				
		2016	2017	2018	2019	2020
La surveillance des maladies cibles du PEV n'est pas performante	Maintenir les acquis de la certification de l'interruption de la circulation du poliovirus sauvage autochtone d'ici fin 2020	100% des districts ont atteint le nombre de cas de PFA attendu	100% des districts ont atteint le nombre de cas de PFA attendu	100% des districts ont atteint le nombre de cas de PFA attendu	100% des districts ont atteint le nombre de cas de PFA attendu	100% des districts ont atteint le nombre de cas de PFA attendu
		Taux de PFA non polio ≥ 3 pour	Taux de PFA non polio ≥ 3	Taux de PFA non polio ≥ 3	Taux de PFA non polio ≥ 3	Taux de PFA non polio ≥ 3
		Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les délais de 14 jours $\geq 90\%$	Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les délais de 14 jours $\geq 92\%$	Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les délais de 14 jours $\geq 94\%$	Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les délais de 14 jours $\geq 96\%$	Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les délais de 14 jours $\geq 96\%$
	Atteindre l'élimination de la rougeole d'ici fin 2020	70% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	80% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	85% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	90% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	95% de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang
		Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse ≥ 2 pour 100000	Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse ≥ 2 pour 100000	Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse ≥ 2 pour 100000	Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse ≥ 2 pour 100000	Taux de maladie fébrile éruptive non rougeoleuse ≥ 2 pour 100000
		Taux d'incidence (cas confirmés) pour 100.000 < 0,9 pour 100000	Taux d'incidence (cas confirmés) pour 100.000 < 0,8 pour 100000	Taux d'incidence (cas confirmés) pour 100.000 < 0,7 pour 100000	Taux d'incidence (cas confirmés) pour 100.000 < 0,6 pour 100000	Taux d'incidence (cas confirmés) pour 100.000 < 0,5 pour 100000

Renforcer la surveillance de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale d'ici fin 2020	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole	100% des cas de fièvres éruptives testés négatives/indéterminés à la rougeole sont testés à la rubéole
	80% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement	90% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement	95% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement	100% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement	100% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement	100% de sites sentinelles ont notifié au moins un cas de SRC avec prélèvement
Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination (FJ, TNN, coqueluche, méningites et les diarrhées à rota virus) d'ici fin 2020.	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	100% de districts ont notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune
	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués	100% de cas suspects de Fièvre jaune prélevés et investigués
	100% de cas suspects de TNN sont investigués	100% de cas suspects de TNN sont investigués	100% de cas suspects de TNN sont investigués	100% de cas suspects de TNN sont investigués	100% de cas suspects de TNN sont investigués	100% de cas suspects de TNN sont investigués
	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte	100% de TNN confirmé ont bénéficié d'une riposte
	80% de cas suspects de coqueluche investigués	90% de cas suspects de coqueluche investigués	100% de cas suspects de coqueluche investigués	100% de cas suspects de coqueluche investigués	100% de cas suspects de coqueluche investigués	100% de cas suspects de coqueluche investigués
	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 10%	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 8%	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 7%	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 6%	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 6%	Pourcentage de cas probables de méningite bactérienne avec Méningocoque identifié par culture, latex ou PCR < 5%

		80% de cas suspects de diarrhée à rotavirus enregistrés avec échantillon prélevé dans les 48h après admission	85% de cas suspects de diarrhée à rotavirus enregistrés avec échantillon prélevé dans les 48h après admission	90% de cas suspects de diarrhée à rotavirus enregistrés avec échantillon prélevé dans les 48h après admission	95% de cas suspects de diarrhée à rotavirus enregistrés avec échantillon prélevé dans les 48h après admission	100% de cas suspects de diarrhée à rotavirus enregistrés avec échantillon prélevé dans les 48h après admission
		90 % des échantillons suspects de rota virus reçus et testés	95 % des échantillons suspects de rota virus reçus et testés	100 % des échantillons suspects de rota virus reçus et testés	100 % des échantillons suspects de rota virus reçus et testés	100 % des échantillons suspects de rota virus reçus et testés
	Renforcer la surveillance des MAPI	100% des districts ont notifié au moins un cas de MAPI	100% des districts ont notifié au moins un cas de MAPI	100% des districts ont notifié au moins un cas de MAPI	100% des districts ont notifié au moins un cas de MAPI	100% des districts ont notifié au moins un cas de MAPI
		100% de cas de MAPI graves signalés et investigués	100% de cas de MAPI graves signalés et investigués	100% de cas de MAPI graves signalés et investigués	100% de cas de MAPI graves signalés et investigués	100% de cas de MAPI graves signalés et investigués
		100% de cas de MAPI graves examinés et évalués par le comité	100% de cas de MAPI graves examinés et évalués par le comité	100% de cas de MAPI graves examinés et évalués par le comité	100% de cas de MAPI graves examinés et évalués par le comité	100% de cas de MAPI graves examinés et évalués par le comité

➤ **Communication**

Problèmes	Objectifs	JALONS				
		2016	2017	2018	2019	2020

La communication en faveur du PEV est insuffisante	Améliorer la communication en faveur du PEV	100% des structures disposent d'un plan intégré de communication en faveur du PEV	100% des structures disposent d'un plan intégré de communication en faveur du PEV	100% des structures disposent d'un plan intégré de communication en faveur du PEV	100% des structures disposent d'un plan intégré de communication en faveur du PEV	100% des structures disposent d'un plan intégré de communication en faveur du PEV
		100% des rencontres de plaidoyer sont réalisées à tous les niveaux	100% des rencontres de plaidoyer sont réalisées à tous les niveaux	100% des rencontres de plaidoyer sont réalisées à tous les niveaux	100% des rencontres de plaidoyer sont réalisées à tous les niveaux	100% des rencontres de plaidoyer sont réalisées à tous les niveaux
		90% des activités du PIC sont réalisées	100% des activités du PIC sont réalisées	100% des activités du PIC sont réalisées	100% des activités du PIC sont réalisées	100% des activités du PIC sont réalisées
		60% des acteurs chargés de la communication sont formés en technique de communication	70% des acteurs chargés de la communication sont formés en technique de communication	80% des acteurs chargés de la communication sont formés en technique de communication	90% des acteurs chargés de la communication sont formés en technique de communication	100% des acteurs chargés de la communication sont formés en technique de communication
		100% des rencontres d'échanges avec les acteurs du niveau communautaire sont tenues.	100% des rencontres d'échanges avec les acteurs du niveau communautaire sont tenues	100% des rencontres d'échanges avec les acteurs du niveau communautaire sont tenues	100% des rencontres d'échanges avec les acteurs du niveau communautaire sont tenues	100% des rencontres d'échanges avec les acteurs du niveau communautaire sont tenues
		100% des structures sanitaires ont mis en œuvre la SAV	100% des structures sanitaires ont mis en œuvre la SAV	100% des structures sanitaires ont mis en œuvre la SAV	100% des structures sanitaires ont mis en œuvre la SAV	100% des structures sanitaires ont mis en œuvre la SAV

		100% des CSPS ont réalisé des séances de causerie sur le PEV de routine/ semaine	100% des CSPS ont réalisé des séances de causerie sur le PEV de routine/ semaine	100% des CSPS ont réalisé des séances de causerie sur le PEV de routine/ semaine	100% des CSPS ont réalisé des séances de causerie sur le PEV de routine/ semaine	100% des CSPS ont réalisé des séances de causerie sur le PEV de routine/ semaine
		100% des diffusions du film sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des diffusions du film sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des diffusions du film sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des diffusions du film sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des diffusions du film sur la vaccination de routine ont été réalisées
		100% des émissions radiophoniques sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des émissions radiophoniques sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des émissions radiophoniques sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des émissions radiophoniques sur la vaccination de routine ont été réalisées	100% des émissions radiophoniques sur la vaccination de routine ont été réalisées
		80% des structures sanitaires sont dotés en supports et matériel IEC	100% des structures sanitaires sont dotés en supports et matériel IEC	100% des structures sanitaires sont dotés en supports et matériel IEC	100% des structures sanitaires sont dotés en supports et matériel IEC	100% des structures sanitaires sont dotés en supports et matériel IEC
		80% des supervisions des acteurs sur les activités de communication en faveurs du PEV de routine sont réalisées.	80% % des supervisions des acteurs sur les activités de communication en faveurs du PEV de routine sont réalisées	80% des supervisions des acteurs sur les activités de communication en faveurs du PEV de routine sont réalisées	80% des supervisions des acteurs sur les activités de communication en faveurs du PEV de routine sont réalisées	80% des supervisions des acteurs sur les activités de communication en faveurs du PEV de routine sont réalisées
		Une étude CAP au sein des ménages est réalisée	-	-	-	Une étude CAP au sein des ménages est réalisée

➤ Vaccins, chaîne du froid et logistique

Problèmes	Objectifs	Jalons				
		2016	2017	2018	2019	2020
La gestion des vaccins et consommables est insuffisante	Renforcer la gestion des vaccins et consommables d'ici 2020	100% des structures disposent de tous les antigènes et consommables	100% des structures disposent de tous les antigènes et consommables	100% des structures disposent de tous les antigènes et consommables	100% des structures disposent de tous les antigènes et consommables	100% des structures disposent de tous les antigènes et consommables
		Au moins 80% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à : 32% pour le BCG 5% pour le penta 15% pour le VPO 25% pour le RR 20% pour le VAA 20% pour le VAT 3% pour le PCV13 3% pour le Rotateq	Au moins 85% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à : 32% pour le BCG 5% pour le penta 12% pour le VPO 20% pour le RR 20% pour le VAA 20% pour le VAT 3% pour le PCV13 3% pour le Rotateq 50% pour le Men-Afrivac	Au moins 90% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à : 30% pour le BCG 5% pour le penta 10% pour le VPO 20% pour le RR 20% pour le VAA 20% pour le VAT 3% pour le Pneumo 3% pour le Rota 50% pour le Men-Afrivac	Au moins 95% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à : 30% pour le BCG 5% pour le penta 10% pour le VPO 18% pour le RR 18% pour le VAA 15% pour le VAT 3% pour le Pneumo 3% pour le Rota virus 50% pour le Men-Afrivac	100% des districts ont un taux de perte inférieur ou égal à : 30% pour le BCG 5% pour le penta 10% pour le VPO 15% pour le RR 15% pour le VAA 15% pour le VAT 3% pour le Pneumo 3% pour le Rota virus 50% pour le Men-Afrivac
		100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks	100% des dépôts PEV de DRS et DS sont contrôlés sur la gestion des stocks

		100% des DRS utilisent le DVD-MT	100% des DRS utilisent le DVD-MT	100% des DRS utilisent le DVD-MT	100% des DRS utilisent le DVD-MT	100% des DRS utilisent le DVD-MT
		20% des districts utilisent le DVD-MT	100% des districts utilisent le DVD-MT	100% des districts utilisent le DVD-MT	100% des districts utilisent le DVD-MT	100% des districts utilisent le DVD-MT
La gestion de la chaîne de froid insuffisante	Renforcer la gestion de la chaîne de froid à tous les niveaux d'ici 2020	Un plan de maintenance est disponible au dépôt central du PEV 100% des dépôts PEV de région et de district dispose d'un plan de maintenance	100% des dépôts PEV de région et de district dispose d'un plan de maintenance	100% des dépôts PEV de région et de district dispose d'un plan de maintenance	100% des dépôts PEV de région et de district dispose d'un plan de maintenance	100% des dépôts PEV de région et de district dispose d'un plan de maintenance
		100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux	100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux	100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux	100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux	100% des chambres froides sont fonctionnelles à tous les niveaux
		100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels à tous les niveaux	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels à tous les niveaux	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels à tous les niveaux	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels à tous les niveaux	100% des équipements frigorifiques sont fonctionnels à tous les niveaux
		100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de
		100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de	100% des régions et districts ont une capacité de

		stockage suffisante	stockage suffisante	stockage suffisante	stockage suffisante	stockage suffisante
		50% des CSPS ont une capacité de stockage suffisante	60% des CSPS ont une capacité de stockage suffisante	70% des CSPS ont une capacité de stockage suffisante	90% des CSPS ont une capacité de stockage suffisante	100% des CSPS ont une capacité de stockage suffisante
		Augmenter de 40% la capacité de stockage des vaccins au niveau central	Augmenter de 80% la capacité de stockage des vaccins au niveau central	Augmenter de 100% la capacité de stockage des vaccins au niveau central	Augmenter de 100% la capacité de stockage des vaccins au niveau central	Augmenter de 100% la capacité de stockage des vaccins au niveau central
		100%des instruments de monitoring de température des dépôts des régions, districts et CSPS sont renouvelés		100%des instruments de monitoring de température des dépôts des régions, districts et CSPS sont renouvelés		100%des instruments de monitoring de température des dépôts des régions, districts et CSPS sont renouvelés
		Au moins 5% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	Au moins 10% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	Au moins 15% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	Au moins 20% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle	Au moins 25% des districts disposent d'une chambre froide fonctionnelle
La gestion des déchets est insuffisante	Assurer la destruction des déchets d'ici 2020	20% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	60% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	70% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	80% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel	100% des districts ont un incinérateur performant et fonctionnel
		100% des districts ne	100% des districts ne disposant pas	100% des districts ne	100% des districts ne	100% des districts ne disposant pas

		disposant pas d'un incinérateur ont signé un contrat avec les fonderies pour la destruction des déchets	d'un incinérateur ont signé un contrat avec les fonderies pour la destruction des déchets	disposant pas d'un incinérateur ont signé un contrat avec les fonderies pour la destruction des déchets	disposant pas d'un incinérateur ont signé un contrat avec les fonderies pour la destruction des déchets	d'un incinérateur ont signé un contrat avec les fonderies pour la destruction des déchets
--	--	---	---	---	---	---

4.4 OBJECTIFS ET STRATÉGIES PAR COMPOSANTE

Objectifs	Stratégies
GESTION DU PROGRAMME	
Renforcer la coordination du programme à tous les niveaux d'ici 2020	Planification Coordination Délégation de tâches Renforcement du partenariat Recherche développement
Renforcer les capacités opérationnelles du programme	Planification Plaidoyer Mobilisation de ressources Acquisition d'équipements et véhicules de supervision Construction d'infrastructures
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	
Renforcer les capacités des ressources humaines pour la mise en œuvre du programme d'ici 2020	Planification Renforcement de compétences Supervision Management Plaidoyer Redevabilité
PRESTATIONS DE SERVICES	
Atteindre au moins 90% de CV pour tous les antigènes dans tous les districts sanitaires d'ici 2020	Renforcement de la MEO de l'ACC/ACD Intégration des services Approvisionnement en intrants de vaccination Renforcement de la logistique roulante Financement viable et ressources locales Accès universel aux nouveaux vaccins
Maintenir un taux d'abandon spécifique DTC1/DTC3 de moins de 10% d'ici 2020	Accès universel aux nouveaux vaccins Renforcement du partenariat Communication Recherche des perdu de vue
Introduire les vaccins contre le MenAfriVac et le VPI dans la vaccination de routine d'ici 2020 dans 100% des DS	Planification Accès universel aux nouveaux vaccins Renforcement du partenariat
Introduire le vaccin contre le HPV dans la vaccination de routine d'ici 2020 dans 100% des DS chez les jeunes filles de 9 ans	Planification Démonstration Renforcement de la mise en œuvre de l'ACC/ACD Collaboration intersectorielle
Améliorer la qualité des données de vaccination	Monitoring/Analyse des données Harmonisation/validation des données Rétro information Archivage
SURVEILLANCE ET NOTIFICATION	

Maintenir les acquis de la certification de l'interruption de la circulation du poliovirus sauvage autochtone de 2016 à 2020;	Surveillance cas par cas Analyse des données Harmonisation des données Supervision des acteurs Retro information
Atteindre l'élimination de la rougeole d'ici 2020	Surveillance cas par cas Analyse des données Renforcement des compétences Harmonisation des données Retro information
Renforcer la surveillance de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2020;	Surveillance cas par cas Analyse des données Harmonisation des données Retro information
Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination d'ici 2020	Surveillance cas par cas Analyse des données Harmonisation des données Retro information
Renforcer la surveillance des MAPI d'ici 2020	Notification de cas Investigation de cas Analyse des données/prise de décisions Retro information
COMMUNICATION	
Améliorer la communication en faveur du PEV	Communication pour le changement de comportement (CCC) Plaidoyer Mobilisation sociale Renforcement de compétences Confection/Acquisition
VACCINS, CHAINE DU FROID, LOGISTIQUE	
Renforcer la gestion des vaccins et consommables d'ici fin 2020	Approvisionnement Renforcement des compétences Supervision/contrôle Monitoring Concertation Acquisitions
Renforcer la gestion de la CDF d'ici fin 2020	Elaboration de normes Formation/Supervision Acquisitions Contractualisation des services
Renforcer les moyens de transports dédiés aux activités du PEV d'ici fin 2020	Acquisition Contractualisation des services
Améliorer la gestion des déchets d'ici fin 2020	Acquisition Contractualisation des services Maintenance Formation/supervision Construction/équipement

4.5 STRATEGIES ACTIVITES PAR COMPOSANTE

Stratégies	Activités
GESTION DU PROGRAMME	
Planification	<p>Elaborer et mettre en œuvre le PA annuel du programme</p> <p>Evaluer annuellement le PA de la DPV</p> <p>Elaborer un PA/an par DS</p> <p>Organiser la revue du PEV en 2018</p> <p>Réalisée 2 réunions décentralisées par an</p> <p>Réaliser l'évaluation à mi-parcours du PPAc en 2018</p> <p>Evaluer le PPAc 2016-2020 et élaborer le PPAc 2021-2025</p>
Coordination	<p>Organiser 4 réunions du CCIA par an</p> <p>Organiser 12 réunions du CTA/PEV par an</p> <p>Organiser 2 réunions du CTRS par an dans chaque DRS</p> <p>Organiser 4 réunions du CSCA par an</p> <p>Organiser 2 réunions du CSD par an dans chaque DS</p> <p>Organiser 2 AG de COGES/an/CSPS</p> <p>Elaborer les rapports annuels de situation Gavi (RSA)</p> <p>Elaborer les rapports conjoints OMS/UNICEF (JRF)</p>
Recherche développement et innovations	<p>Mener des études socio- démographiques sur les activités de vaccination</p> <p>Collaborer avec les centres de recherches</p> <p>Participer aux journées scientifiques</p>
Suivi/évaluation du programme	<p>Elaborer le cadre de suivi et d'évaluation du PPAc</p> <p>Tenir des réunions régulières de suivi/évaluation</p>
Mobilisation de ressources	<p>Tenir des rencontres de plaidoyer pour le financement du PPAc</p>
Acquisition d'équipements et véhicules de supervision	<p>Acquérir des équipements informatiques et accessoires</p>
Construction d'infrastructures	<p>Réaliser le plaidoyer pour la construction des bureaux pour le personnel de la coordination</p> <p>Construire un entrepôt sec pour le stockage des consommables</p> <p>Acquérir 10 camions 7T pour les régions sanitaires</p> <p>Acquérir 4000 moto pour la mise en œuvre de la stratégie avancée</p> <p>Acquérir 85 véhicules de supervision pour la DPV, les DRS et les DS</p>
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	
Planification	<p>Elaborer un plan de formation des agents de santé en cours d'emploi sur le PEV</p>

Renforcement des compétences	<p>Organiser la formation de 140 enseignants des écoles et instituts (publics et privés) de formation en santé publique sur la gestion du PEV</p> <p>Organiser la formation de 2000 (1 par FS) agents de santé par an sur la gestion du PEV</p> <p>Faire participer deux (2) agents du ministère de la santé par an au cours de vaccinologie</p> <p>Organiser au niveau national la formation d'un pool de formateurs sur la gestion du PEV (MLM)</p> <p>Former/recycler 140 responsables PEV des DS sur la gestion du PEV</p>
Supervision	Réaliser deux (2) supervisions formatives par an du niveau central vers les régions et districts
Planification	<p>Mettre en œuvre le plan de démonstration du HPV dans les deux districts</p> <p>Elaborer le plan de passage à l'échelle du HPV</p> <p>Mettre en œuvre le plan d'introduction du MenAfriVac</p> <p>Mettre en œuvre le plan d'introduction du VPI</p> <p>Mettre en œuvre le plan de remplacement du VPOt par le VPOb</p> <p>Mettre en œuvre le plan de riposte à une éventuelle importation de PVS</p> <p>Organiser deux AVS polio par an</p>
Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie atteindre chaque communauté/ atteindre chaque district (ACC/ACD)	<p>Organiser des activités de vaccination en stratégie avancée</p> <p>Mener la recherche active des perdus de vue en vaccination</p> <p>Organiser des sessions de rattrapage des cibles dans les zones d'accès difficiles (zones non loties, marchés, sites d'orpaillage, sites de réfugiés...)</p>
SURVEILLANCE ET NOTIFICATION	

Surveillance cas par cas	<p>Assurer la disponibilité des supports et logiciels de collecte, d'enregistrement, d'analyse, de suivi et de rapportage des données à tous les niveaux</p> <p>Doter les districts en kits de prélèvement</p> <p>Acheminer tous les échantillons dans les délais requis vers les laboratoires de référence</p> <p>Doter 4 laboratoires de référence en réactifs et consommables</p> <p>Organiser des sorties de recherche active des cas de PFA dans les sites prioritaires à tous les niveaux</p> <p>Organiser des sorties d'appui aux acteurs dans le cadre de la recherche active des cas de PFA</p> <p>Assurer le remboursement des frais d'acheminement des échantillons aux laboratoires</p> <p>Acquérir des glacières pour l'acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence</p> <p>Assurer le fonctionnement des sites sentinelles de surveillance</p> <p>Organiser une session de formation de 135 acteurs sur la surveillance intégrée des maladies cibles du PEV une fois par an</p> <p>Organiser une session de formation de 135 gestionnaires des données de la vaccination et de la surveillance sur l'utilisation du logiciel de gestion des données une fois par an</p> <p>Organiser une session de supervision formative des acteurs chargés de la surveillance une fois par an</p>
Suivi/Monitoring des données	<p>Assurer l'analyse hebdomadaire de la situation des maladies évitables par la vaccination</p> <p>Organiser une session mensuelle d'harmonisation des données avec les services de surveillance et les laboratoires de référence</p>
Suivi/Monitoring des données	<p>Assurer l'analyse hebdomadaire de la situation des maladies évitables par la vaccination</p> <p>Organiser une session mensuelle d'harmonisation des données avec les services de surveillance et les laboratoires de référence</p>
COMMUNICATION	

Plaidoyer	Organiser(84) rencontres de plaidoyer à tous les niveaux pour le financement des plans intégrés de communication (PIC)
Mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre annuellement en œuvre la semaine africaine de vaccination (SAV) à tous les niveaux - Organiser une fois par trimestre des rencontres bilans sur la mise en œuvre des activités de communication sur le PEV avec les responsables des ONG/Associations, ASBC et les CVD.
Communication pour le changement de comportement (CCC)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan intégré de communication (PIC) en faveur du PEV au niveau central, régional et district - Organiser une fois par semaine des séances de causeries dans toutes les formations sanitaires. - Diffuser trimestriellement un film sur la vaccination de routine - Réaliser trimestriellement une émission radiophonique sur la vaccination de routine à tous les niveaux
VACCINS, CHAINE DE FROID ET LOGISTIQUE	
Approvisionnement	Approvisionner les dépôts en vaccins et en consommables
Renforcement des compétences des agents sur la gestion logistique	<p>Organiser la formation de 20 responsables centraux et de régions à l'utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) tous les 2 ans</p> <p>Organiser la formation de 70 responsables PEV de districts à l'utilisation du DVD-MT tous les 2 ans</p> <p>Organiser la formation de 90 responsables PEV de régions et district en maintenance préventive et curative des équipements CDF tous les deux ans</p>
Renforcement de la supervision et du contrôle	<p>Organiser les contrôles des dépôts PEV des DRS et des DS 2 fois par an</p> <p>Organiser une (1) supervision des opérateurs d'incinération par an</p>
Renforcement du suivi	<p>Effectuer les inventaires des stocks selon les rythmes recommandés à tous les niveaux</p> <p>Organiser un atelier d'élaboration des Procédures Opératoires Normalisées (PON) pour toutes les opérations logistiques</p> <p>Réaliser un inventaire exhaustif des équipements de la CDF tous les 3 ans</p>

Construction/réhabilitation d'infrastructures	Installer 8 chambres froides dans 8 districts Acquérir et installer un incinérateur performant pour chaque district voir programme
Acquisition	<p>Acquérir les équipements chaîne de froid :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1949 réfrigérateurs au profit des FS, - 90 congélateurs, au profit des districts et DRS - 8 chambres froides au profit des DS - 2 Camions frigorifiques au profit du dépôt central, - 6000 Fridge-Tag2, 30 Multi Logs - 2000 Glacières, - 17 541 Porte-Vaccins, - 30 combinaisons anti-froides. - 13 groupes électrogènes de 20 KVA - 70 groupes électrogènes de 15 KVA <p>Acquérir des pièces de rechange pour les équipements CDF</p> <p>Acquérir 83 incinérateurs de grandes performances dans toutes les régions et districts.</p>

V CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

ACTIVITES	RESPONSABLES	Période				
		2016	2017	2018	2019	2020
GESTION DU PROGRAMME						
Elaborer le PA annuel du programme	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Evaluer annuellement le PA de la DPV	DPV	X	X	X	X	X
Elaborer un PA annuel par DS et par DRS	DS	X	X	X	X	X
Organiser la revue du PEV en 2018	DPV/OMS/UNICEF			X		
Réalisée 2 réunions décentralisées par an	DPV/OMS	X	X	X	X	X
Réaliser l'évaluation à mi-parcours du PPAc en 2018	DPV/OMS			X		
Evaluer le PPAc 2016-2020 et élaborer le PPAc 2021-2025	DPV/OMS					X
Organiser 4 réunions du CCIA par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser 12 réunions du CTA/PEV par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser 2 réunions du CTRS par an dans chaque DRS	DRS	X	X	X	X	X
Organiser 4 réunions du CSCA par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser 2 réunions du CSD par an dans chaque DS	DS	X	X	X	X	X
Organiser les AG des COGES	CSPS	X	X	X	X	X
Elaborer les rapports annuels de situation Gavi (RSA)	DPV/OMS/UNICEF	X	X	X	X	X
Elaborer les rapports conjoints OMS/UNICEF (JRF)	DPV/OMS/UNICEF	X	X	X	X	X
Mener des études socio- démographiques sur les activités de vaccination en collaboration avec les centres de recherches	DPV/OMS	X	X	X	X	X
Participer aux journées scientifiques	DRS/DPV/DS	X	X	X	X	X
Organiser des réunions régulières de suivi/évaluation du PPAc	DPV/OMS/UNICEF	X	X	X	X	X
Organiser des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	DPV	X	X	X	X	X
Acquérir des équipements informatiques et péri informatiques	DAF/DPV	X	X	X	X	X

Réaliser le plaidoyer pour la construction des bureaux pour le personnel de la coordination	DPV	X	X	X	X	X
Construire un magasin de grande capacité pour le stockage des consommables	DAF		X			
Acquérir 10 camions 7 tonnes au profit des régions sanitaires pour les approvisionnements en vaccins et consommables	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir 85 véhicules de supervision pour les districts, les régions et la DPV	DAF/PADS	X	X	X	X	X
Acquérir 4000 motos (2 par CSPS) pour la mise en œuvre de la stratégie avancée	DAF	X	X	X	X	X
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES		2016	2017	2018	2019	2020
Elaborer un plan de formation des agents de santé en cours d'emploi sur le PEV	DPV	X				
Organiser la formation de 140 enseignants des écoles et instituts (publics et privées) de formation de santé publique	DPV			X	X	
Organiser la formation de 2 000 (1 par FS) agents de santé par an sur la gestion du PEV	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Faire participer deux (2) agents du Ministère de la santé par an au cours de vaccinologie	DPV	X	X	X	X	X
Organiser au niveau national la formation d'un pool de formateur sur la gestion du PEV (MLM)	DPV		X			
Former/recycler 140 responsables PEV des districts sur la gestion du PEV	DPV	X	X	X	X	X
Réaliser deux (2) supervisions formatives spécifique PEV par an du niveau central vers les régions et districts	DPV	X	X	X	X	X
Réaliser quatre (4) supervisions formatives spécifique PEV par an du niveau régional vers le niveau opérationnel	DRS	X	X	X	X	X
Réaliser (4) supervisions spécifique PEV par an de l'ECD vers les FS	DS	X	X	X	X	X

Organiser des rencontres de plaidoyer avec les responsables des écoles et instituts de formation pour la prise en compte des directives du PEV	DPV	X	X	X	X	X
Organiser des réunions de restitution des données de vaccination avec les autorités politiques et les leaders communautaires	DRS/DS/FS	X	X	X	X	X
PRESTATIONS DE SERVICES		2016	2017	2018	2019	2020
Mettre en œuvre le plan de démonstration du HPV dans les deux districts	DPV	X	X			
Elaborer le plan de mise à l'échelle du HPV	DPV		X			
Mettre en œuvre le plan d'introduction du MenAfriVac	DPV	X	X			
Mettre en œuvre le plan d'introduction du VPI	DPV	X				
Mettre en œuvre le plan de remplacement du VPOt par le VPOb	DPV	X				
Mettre en œuvre le plan de riposte à une éventuelle importation de PVS	DPV	X	X	X	X	X
Organiser deux AVS polio par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser des activités de stratégie avancée en vaccination	CSPS	X	X	X	X	X
Mener la recherche active des perdus de vue en vaccination	CSPS	X	X	X	X	X
Offrir les services de vaccination en continue dans les FS	DS/CSPS	X	X	X	X	X
Organiser des sessions de rattrapage des cibles dans les zones d'accès difficiles (zones non lotie, marchés, site d'orpaillage, sites de réfugiés...)	DS/CSPS	X	X	X	X	X
Introduire progressivement les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies	DPV/DRS/ECD	X	X	X	X	X
Organiser des sessions semestrielles de validation des données de vaccinations au niveau national	DPV/OMS	X	X	X	X	X
Organiser des sessions trimestrielles de validation des données de vaccinations au niveau région et district	DRS/DS	X	X	X	X	X
Réaliser un DQS/semestre dans chaque district et dans chaque DRS	DRS/DS/CSPS	X	X	X	X	X
Réaliser la retro information mensuelle sur les activités de vaccination de routine et de surveillance à chaque niveau	DS/CSPS	X	X	X	X	X

Editer le bulletin semestriel d'information sur le PEV	DPV	X	X	X	X	X
Réaliser le monitoring des activités de vaccination /semestre dans chaque FS	DS/CSPS	X	X	X	X	X

SURVEILLANCE ET NOTIFICATION		2016	2017	2018	2019	2020
Assurer la disponibilité des supports et logiciels de collecte, d'enregistrement, d'analyse, de suivi et de rapportage des données à tous les niveaux	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Doter les districts en kits de prélèvement	DPV	X	X	X	X	X
Acheminer tous les échantillons dans les délais requis vers les laboratoires de référence	DS	X	X	X	X	X
Doter les 3 laboratoires de référence en réactifs et consommables	DPV	X	X	X	X	X
Organiser des sorties de recherche active des cas de PFA dans les sites prioritaires à tous les niveaux	CSPS/DS	X	X	X	X	X
Assurer le remboursement des frais d'acheminement des échantillons au laboratoire	DPV	X	X	X	X	X
Acquérir des glacières pour l'acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une session de formation de 135 acteurs sur la surveillance intégrée des maladies cibles du PEV une fois par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une session de formation de 135 gestionnaires des données de la vaccination et de la surveillance sur l'utilisation du logiciel de gestion des données une fois par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une session de supervision formative des acteurs chargés de la surveillance une fois par an	DPV	X	X	X	X	X
Organiser des sorties d'appui aux acteurs dans le cadre de la recherche active des cas de PFA	DPV/DRS	X	X	X	X	X
Assurer l'analyse hebdomadaire de la situation des maladies évitables par la vaccination	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X

Organiser une session mensuelle d'harmonisation des données avec les services de surveillance et les laboratoires de référence	DPV	X	X	X	X	X
Assurer le fonctionnement les différents sites de surveillance	DPV	X	X	X	X	X

COMMUNICATION		2016	2017	2018	2019	2020
Organiser (84) rencontres de plaidoyer à tous les niveaux pour le financement des plans intégrés de communication (PIC)	DPV, DRS, DS	X	X	X	x	X
Mettre annuellement en œuvre la semaine africaine de vaccination (SAV) à tous les niveaux	DPV, DRS, DS	X	X	X	X	X
Organiser une fois par trimestre des rencontres bilan sur la mise en œuvre en œuvre des activités de communication sur le PEV avec les responsables des ONG/Associations, ASBC et les CVD.	DRS, DS	X	X	X	X	X
Elaborer un PIC en faveur du PEV au niveau central, régional et district	DPV, DRS, DS	X				
Organiser une fois par semaine des séances de causeries dans toutes les formations sanitaires.	CSPS, OBC-E/Associations, ASBC	X	X	X	X	X
Diffuser trimestriellement un film sur la vaccination de routine	DPV, DRS, DS	X	X	X	X	X
Réaliser trimestriellement une émission radiophonique sur la vaccination de routine à tous les niveaux	DPV, DRS, DS	X	X	X	X	X
Acquérir 4500 mégaphones au profit des CSPS	DPV	X	X	X	X	X
Confectionner les outils (2000 banderoles, 10000 affiches, 2000 boîtes à images)	DPV	X	X	X	X	X
Réaliser un film sur la vaccination de routine	DPV	X				
Elaborer des messages éducatifs sur la vaccination de routine à l'attention des parents	DPV	X				

Elaborer des messages éducatifs sur la campagne JNV Polio face au refus et réticences	DPV	X				
Acquérir 83 kits d'animation au profit des régions et districts sanitaires	DPV	X	X	X	X	X
Organiser annuellement des sessions de formation 500 agents de santé sur les techniques de communication	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une fois par an la formation de 750 animateurs communautaires (ASBC, acteurs ONG/Association et média) sur les activités de vaccination de routine	DRS, DS	X	X	X	X	X
Organiser en cascade, la supervision des acteurs sur les activités de communication en faveur du PEV	DPV, DRS, DS	X	X	X	X	X
Organiser une fois par semestre des rencontres bilan avec les agents de santé chargés des activités de communication à tous les niveaux	DPV	X	X	X	X	X
Organiser une enquête CAP au sein des ménages en 2016 et en 2020 en vue de mesurer l'impact des activités de communication sur la vaccination de routine et des campagnes	DPV/OMS/UNICEF	X	X	X	X	X
VACCINS, CHAÎNE DE FROID, LOGISTIQUE		2016	2017	2018	2019	2020
Approvisionner les dépôts en vaccins et en consommables	DPV/DRS/DS	X	X	X	X	X
Organiser la formation de 20 responsables PEV centraux et de région à l'utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) tous les 2 ans	DPV	X		X		X
Organiser la formation 70 responsables PEV de districts à l'utilisation du DVD-MT tous les 2 ans	DPV	X		X		X
Organiser la formation de 90 responsables PEV de régions et district en maintenance préventive et curative des équipements CDF tous les 2 ans	DPV	X		X		X
Organiser les contrôles des dépôts PEV des DRS et DS 2 fois par	DPV	X	X	X	X	X

Organiser une (1) Supervision des opérateurs d'incinération par an	DPV		X	X	X	X
Effectuer les inventaires des stocks selon les rythmes recommandés à tous les niveaux	DPV	X	X	X	X	X
Organiser un atelier d'élaboration des Procédures Opératoires Normalisées (PON) pour toutes les opérations logistiques	DPV	X		X		X
Réaliser un inventaire exhaustif des équipements de la CDF tous les 3 ans	DPV			X		X
Réaliser une évaluation de la gestion efficace des vaccins tous les 3 ans (GEV).	DPV/OMS/UNICEF			X		X
Acquérir 1949 réfrigérateurs au profit des formations sanitaires	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir 90 congélateurs au profits des districts et DRS,	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir 8 chambres froides au profit de 8 districts	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir 2 Camions frigorifiques pour le niveau central	DAF		X	X		
Acquérir des moniteurs de température (6000 Fridge-Tag2, 30 MultiLogs, 2 Log-Tag)	DAF	X		X		X
Acquérir 2000 Glacières	DAF	X		X		X
Acquérir 17 541 Porte-Vaccins au profit des formations sanitaires	DAF	X		X		X
Acquérir des pièces de rechange pour les équipements CDF	DPV/DAF	X		X		
Acquérir 30 combinaisons anti-froides pour le niveau central et régions	DPV		X			X
Acquérir 83 incinérateurs de grandes performances dans toutes les régions et districts.	DPV/PADS	X		X		X

Contractualiser la maintenance des équipements de froid avec des sociétés privées	DPV/PADS	X	X	X	X	X
Etablir des contrats de destruction des déchets piquants avec des promoteurs privés de fonderie dans les structures ne disposant pas d'incinérateurs	DPV/PADS	X	X	X	X	X
Acquérir 13 groupes électrogènes de 20 KVA pour les chambres froides régionales	DAF	X	X	X	X	X
Acquérir 70 groupes électrogènes de 15 KVA pour la chaîne de froid des DS	DAF	X	X	X	X	X

VI COUT ET FINANCEMENT DU PPAc 2016-2020

Les projections des ressources pour la période 2016-2020 font ressortir un montant de **81 516 422 \$ US** soit en moyenne **16 303 284,4\$ US** par an.

VII SUIVI EVALUATION DU PLAN

7.1 Mécanisme de coordination

La coordination de la mise en œuvre des activités du PPAc se fera à travers :

- la tenue des réunions du CTA-PEV
- et la tenue des réunions du CCIA,

Ces réunions permettront de faire la programmation des activités, la mobilisation des ressources. Elles ont également pour objectif de prendre des décisions pour lever les éventuels goulots d'étranglements.

7.2 Mécanisme de suivi

Le suivi se fera à travers :

- l'analyse des indicateurs montrant le niveau de réalisation des activités et des indicateurs clés retenus dans le plan.
- la tenue des rencontres de monitoring qui sont des occasions pour faire le point de la mise en œuvre des activités.

7.3 Mécanisme d'évaluation

L'évaluation du plan se fera à travers :

- une évaluation à mi-parcours aura lieu en 2018 et fera la situation de la progression vers l'atteinte des objectifs, les difficultés rencontrées, les solutions envisagées y compris la révision des stratégies si nécessaire.
- l'évaluation finale se sera réalisée en 2020 incluant la participation des partenaires.

CONCLUSION

Le PEV est un programme prioritaire du Ministère de la santé et ses interventions permettent une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Le plan pluri annuel complet a été élaboré pour couvrir la période 2016-2020. C'est un document d'orientation en matière de directives, de politiques et de stratégies.

Son élaboration a pris en compte les priorités de la politique nationale de santé, du plan stratégique régional pour la vaccination et du plan d'action mondial pour les vaccins. Ces priorités sont : l'amélioration de l'offre de services de qualité en matière de vaccination, l'élimination de la rougeole, de la fièvre jaune, et des épidémies à méningocoque A, le renforcement de la surveillance basée sur les cas, la mobilisation des ressources financières pour les vaccinations et l'introduction des nouveaux vaccins.

L'atteinte des objectifs du plan nécessite un engagement de tous les intervenants au niveau national et des partenaires techniques et financiers afin de mobiliser les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre.

ANNEXES

Tableaux FFOM

Gestion du programme

Composante	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Politique	-Elaboration de la politique nationale de santé (PNS) -Elaboration du PDNS 2011-2020 -Mise en place du GTCV -Elaboration de la stratégie nationale de vaccination hors PEV		Existence de partenaires	
Coordination	-Tenue régulières des instances de coordination (CCIA)	-Irrégularités des rencontres de certains organes	Existence de partenaires	-Dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs
Planification	-Elaboration annuelle et mise en œuvre des plans d'action annuels		Existence de partenaires	-Dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs
Législations et réglementations	-Existence de l'ANR	-L'ANR ne joue pas pleinement ses 5 fonctions		

Gestion des Ressources humaines

Composante	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Gestion Administrative	<p>Création de service de GRH à tous les niveaux</p> <p>Existence d'un manuel de procédure de gestion des ressources humaines</p> <p>Existence d'un manuel de procédure administrative et de gestion à la DPV</p> <p>Evaluation annuelle des performances des agents</p>	<p>Retard dans l'avancement</p> <p>Inadéquation des normes en personnel des structures sanitaires publiques pour tous les niveaux</p>	<p>Progression régulière et notable des effectifs des personnels de santé ;</p> <p>Poursuite des recrutements ;</p> <p>Régionalisation des postes à pourvoir dans les recrutements.</p>	<p>Non mise à la disposition des régions des postes budgétaires leur permettant de recruter selon les besoins des structures ;</p> <p>Faible motivation des agents de santé ;</p> <p>Forte mobilité du personnel ;</p> <p>Saturation des terrains de stages ;</p>
Gestion des effectifs	<p>Augmentation de l'offre de formation médicale (ouverture de filières de formation à l'université de Ouagadougou) et paramédicale (ouverture d'écoles privées de formation) ;</p> <p>Amélioration progressive de la répartition du personnel sur la base de prise en compte d'autres critères d'affectation permettant de privilégier les zones déficitaires.</p> <p>Existence d'enseignants formés en Vaccination et introduction des modules PEV dans les curricula de formation</p>	<p>Répartition inéquitable dans le pays des infirmiers, des médecins et des sages- femmes</p> <p>Faible fonctionnalité des services régionaux de GRH</p>	<p>Création d'une direction chargée de la formation professionnelle</p> <p>Certification unique</p>	<p>Pléthore des écoles de formation paraclinique vs qualité de la formation</p> <p>Mobilité du personnel</p> <p>Ratio population/agent de santé toujours élevé surtout pour les médecins et les sages-femmes/ME</p>
Formation	<p>Personnel en charge du PEV formés sur la gestion du programme</p> <p>Existence d'un guide de vaccination</p>	<p>Insuffisance de la qualité de la formation ;</p> <p>Absence de plan de formation sur le PEV</p>	<p>Augmentation du nombre d'institutions de formation publiques et privées ;</p> <p>Augmentation des quotas de formation ;</p> <p>Ouverture de filières de spécialisation au Burkina Faso;</p>	<p>Profils de formation dans les écoles de santé en déphasage avec les recommandations de l'OOAS (relèvement du niveau de recrutement des infirmiers).</p>

Motivation	Mise en place dans certains districts du financement basé sur le résultat avec un système de motivation à travers l'achat de certains indicateurs dont ceux de la vaccination, procurant des subsides (primes de rendement et bonus d'amélioration de la qualité) Indemnité de responsabilité des agents chargés du PEV Les décorations annuelles L'organisation des concours d'excellence	Rémunération jugée insuffisante, hantise de blocage administratif Insuffisance de la mise œuvre du plan d'action de motivation des ressources humaines	-	Blocage administratif
Supervision	Existence d'un guide de supervision intégrée Supervision semestrielle de la DPV vers DRS/appui aux régions à faible performances Supervision trimestrielle des ECD par les DRS	Insuffisance de la supervision Faible qualité de la supervision	Soutient de Gavi à la supervision	Insuffisance de ressources pour la supervision spécifique PEV au niveau périphérique

Prestations de services

Domaine	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Offre des services de vaccination	Existence de PMA incluant la vaccination ; Gratuité de la vaccination dans les centres de santé publique comme privés 98% des FS offre des services de vaccination	-Non-respect des programmes de sortie de vaccination en stratégie avancée dans certaines formations sanitaires ; Insuffisance d'implication de la communauté	Mise en œuvre de la stratégie FBR (vaccination) -Présence des PTF	Insécurité (grand banditisme, coupeurs de route, terrorisme) -Dépendance financière vis-à-vis des PTF
Couvertures vaccinales	Bonnes performances dans la plus part des DS Taux d'abandon acceptable	Existence d'enfants non atteints Insuffisance dans la mise en œuvre de la recherche des perdus de vue		
AVS	Bonnes couvertures vaccinales au cours des AVS Elimination du TMN	Persistance des enfants non vaccinés		

Nouveaux vaccins	Introduction du PCV13, Rotateq, RR Elaboration des plans d'introduction du VPI, HPV, MenAfriVac	Ruptures de certains vaccins (PCV13 et Rotateq) en 2014		
------------------	--	---	--	--

Surveillance et Notification des cas

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Supports de collecte des données et outils de gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'un guide SIMR ; - Existence d'outils de collecte et d'analyse des données de vaccinations ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisances dans le rapportage, la transmission et l'analyse des données de surveillance -Insuffisance dans l'application des directives de surveillance des maladies cibles du PEV -Inadaptation de certaines directives de surveillance des maladies cibles du PEV (rougeole) 		
Système d'information et de suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de points focaux à tous les niveaux ; - Implication des acteurs du secteur privé et des tradipraticiens dans la surveillance ; - Systèmes de surveillance et de suivi de la couverture ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible performance de certains districts dans la surveillance des PFA, rougeole et tétanos ; - Insuffisance dans la mise en œuvre de la recherche active des MEV ; - Insuffisance dans l'implication du monde communautaire à la surveillance des MEV ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des partenaires techniques et financiers au niveau international. - Existence de laboratoires de référence fonctionnels (rougeole, fièvre jaune, Hib et rota) ; - Existence d'une direction de laboratoire qui assure la coordination des activités de tous les laboratoires du Pays ; - Financement basé sur les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'allocation des ressources financières pour la recherche active des MEV - Mobilité du personnel - Faciès épidémiologique des pays de la sous-région - Non prise en compte des nouveaux défis dans les curricula de la formation de base
Gestion, analyse et utilisation des données	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de tous les responsables PEV et CISSE des Régions sanitaires sur la surveillance ; - Formation de tous les responsables PEV des Régions et districts sanitaires sur l'utilisation du logiciel Epi Info ; - Supervision spécifique des sites sentinelles de -surveillance des nouveaux vaccins ; - Existence d'un système de monitoring des interventions ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans l'analyse régulière des indicateurs de performance au niveau du district ; -Insuffisance dans la rétro information régulière vers les districts 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Rétro information régulière vers les régions - Contrôle de la qualité des données ; 			
Harmonisation des bases de données liées	- Tenue de rencontres de concertation sur la surveillance (Harmonisation, validation des données);	Irrégularité des rencontres de concertation sur la surveillance au niveau DRS et DS		

Communication

COMMUNICATION				
Domaine	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Plaidoyer	<p>Existence d'une structure chargée de la communication à chaque niveau du système de santé ;</p> <p>Bonne implication des autorités administratives, coutumières et religieuses lors des AVS ;</p> <p>Mise en œuvre d'activités de communication en faveur du PEV à divers niveaux du système de santé ;</p> <p>Bon niveau d'information des populations lors des campagnes</p>	<p>Faible implication des autorités administratives, coutumières et religieuses dans la vaccination de routine</p> <p>Insuffisance de financement de la communication en faveur du PEV de routine ;</p>	<p>Mise en place de la communalisation intégrale avec transfert des compétences.</p> <p>Appui financier et technique de certains partenaires pour les activités de communication ;</p> <p>Existence d'une assemblée nationale des députés.</p>	
Mobilisation sociale	<p>Existence d'une structure chargée de la communication à chaque niveau du système de santé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bonne implication des autorités administratives, coutumières et religieuses lors des AVS ; - Mise en œuvre d'activités de communication en faveur du PEV à divers niveaux du système de santé ; - Bon niveau d'information des populations lors des campagnes 	<p>Implication insuffisante des acteurs externes au système de santé (autres secteurs du développement, associations/ONG, les communautés...) dans le développement du programme ;</p> <p>Insuffisance de financement de la communication en faveur du PEV de routine ;</p>	<p>Existence de nombreuses associations à base communautaire ;</p> <p>Existence d'une approche de contractualisation avec les ONG et associations au ministère de la santé ;</p> <p>Appui financier et technique des partenaires pour</p>	

		<p>Utilisation insuffisante d'une approche intégrative, multisectorielle visant à lever les obstacles à l'adoption des comportements promus ;</p> <p>Faible intégration des agents de santé dans la communauté</p>	<p>les activités de communication ;</p>	
<p>Communication pour le changement de comportement</p>	<p>Existence d'une structure chargée de la communication à chaque niveau du système de santé ;</p> <p>Bonne implication des autorités administratives, coutumières et religieuses lors des AVS ;</p> <p>Mise en œuvre d'activités de communication en faveur du PEV à divers niveaux du système de santé ;</p> <p>Bon niveau d'information des populations lors des campagnes</p>	<p>Non utilisation routinière de tous les canaux existants pour sensibiliser les populations (ex : Mosquée, école, radio, télé, SMS, Facebook...);</p> <p>Insuffisance d'information des populations sur le programme de vaccination (maladies évitables par la vaccination, nombre de contacts pour qu'un enfant soit complètement vacciné) ;</p> <p>Insuffisance de supports IEC /PEV sur le terrain ;</p> <p>Insuffisance de financement de la communication en faveur du PEV de routine ;</p> <p>Utilisation insuffisante d'une approche intégrative, multisectorielle visant à lever les obstacles à l'adoption des comportements promus ;</p> <p>Faible intégration des agents de santé dans la communauté</p>	<p>Existence de radios communautaires dans la quasi-totalité des districts sanitaires pouvant contribuer à la diffusion de messages pour le développement du PEV ;</p> <p>Existence de relais communautaires engagés dans la promotion de la santé ;</p> <p>Appui financier et technique des partenaires pour les activités de communication ;</p> <p>Existence de trois (03) réseaux de téléphonie mobile</p> <p>Existence de réseaux sociaux de communication</p>	

Vaccins, Chaîne du froid et Logistique

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Vaccins , chaîne du froid et Logistique	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de rupture des vaccins traditionnels depuis 2011 -Existence d'une ligne budgétaire sécurisée pour l'achat des vaccins traditionnels et consommables du PEV - Existence d'un co-financement pour les nouveaux vaccins -Formation des agents chargés de la vaccination à tous les niveaux du système de santé -Elaboration périodique du d'un plan d'approvisionnement pluri-annuel des vaccins et consommables (Forecast) -Utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks -Existence d'un contrat avec une société de transit (SNTB) -Existence d'ANR fonctionnelle Existence de supports de gestion manuels des vaccins et consommables à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> -L'absence de formation du personnel aéroportuaire et des transitaires impliqués dans la réception, le dédouanement et le transport des vaccins jusqu'au dépôt central -L'insuffisance de supervision formative des agents à tous les niveaux sur la gestion de la logistique du PEV Insuffisance de contrôle de gestion des dépôts PEV Non utilisation de l'outil DVD-MT pour la gestion des vaccins au niveau district 	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un mémorandum d'entente entre l'UNICEF et le gouvernement pour l'achat des vaccins et consommables -Soutien de Gavi aux nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés 	Instabilité politique du pays
Gestion de la chaîne du froid ;	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de renouvellement et de réhabilitation des équipements CdF Existence et mise à jour d'un fichier informatisé de l'inventaire CdF Disponibilité d'enregistreurs continue de température (Fridge-Tag2) à tous les niveaux Existence d'enregistreurs continus de température (Multi-Log2) au niveau central Existence de camion frigorifique pour le transport des vaccins Existence d'un contrat de maintenance avec une société privé pour le niveau central Existence de groupes électrogènes de relais pour 	<ul style="list-style-type: none"> -Panne de (02) deux chambres froides au niveau national -Panne de chambres froides dans les régions (Centre, Hauts-Bassins, BMH) -Insuffisance de formation des chargés de la vaccination à l'utilisation des outils de monitoring de la température au niveau opérationnel -Insuffisance dans l'entretien courant des équipements CdF -Absence de contrat de maintenance au niveau région et district 	<ul style="list-style-type: none"> -Soutien de Gavi (RSS&SNV) 	Dépendance du financement extérieur pour l'acquisition des équipements CdF

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	<p>les dépôts PEV régionaux et au niveau central</p> <p>-Acquisition d'équipements chaîne de froid au profit des régions et districts entre 2013 et 2015</p> <p>Existence de chambres froides positives (15 m3 à 20 m3) dans toutes les régions sanitaires</p> <p>Formation des chargés de la CdF à l'utilisation des Multi-Log2</p>			
Sécurité des injections et gestion des déchets	<p>Existence d'une politique nationale sur la sécurité des injections ;</p> <p>Disponibilité de matériels d'injection autobloquant à tous les niveaux ;</p> <p>Existence d'un plan national de gestion des déchets biomédicaux ;</p>	<p>-Absence d'incinérateurs de grande performance au niveau national</p> <p>-Faible utilisation des incinérateurs existants</p> <p>-Insuffisance d'incinérateur au niveau opérationnel</p> <p>-Utilisation d'incinérateur de fortune type barrique et autres fosses</p>	<p>-Existence de fonderies privées</p> <p>-Soutien de Gavi</p>	
Transports et infrastructures	<p>-Existence de camions pour la distribution des consommables</p> <p>-Existence de véhicules au niveau des DRS</p>	<p>Absence d'entrepôts sec pour le stockage des consommables au niveau central</p> <p>Insuffisance de capacité des véhicules utilisés pour l'approvisionnement au niveau régional et districts</p> <p>Insuffisance de la logistique roulante au niveau des Formations sanitaires</p>	<p>Existence de fonds GAVI (RSS)</p> <p>Collaboration avec des partenaires locaux dans le cadre de l'approvisionnement</p>	