



REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION PROGRAMMES DE SANTE PRIORITAIRES

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



UN ENFANT VACCINE EST
UN ENFANT PROTEGE

Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination 2016 - 2020



Juin 2016

Sommaire

Liste des Tableaux.....	4
<i>SIGLES ET ABREVIATIONS</i>	6
<i>LISTE DE L'EQUIPE D'ELABORATION DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016-2020</i>	9
REMERCIEMENTS.....	10
RESUME	11
INTRODUCTION	13
I.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE	16
I.2. Politique, administration et gouvernance	20
I.3. Situation socio-économique	20
II. SYSTEME DE SANTE	21
II.1. Organisation du système de santé.....	21
II.2. Politique Nationale de Santé.....	23
II.3. Situation sanitaire de Djibouti.....	24
a. Indicateurs du secteur de la santé.....	24
b. Financement du secteur de la santé.....	27
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION	30
III.1. ANALYSE DES COMPOSANTES DE LA VACCINATION	30
III.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV.....	30
III.1.1.1. Prestation de Services de vaccination.....	30
a. Stratégies de vaccination.....	32
b. Couverture vaccinale de routine.....	32
b1- Données administratives	32
b2- Raisons de non vaccination des enfants selon l'enquête de couverture vaccinale	37
b3- Estimation OMS-UNICEF des couvertures vaccinales 2015 de Djibouti.....	38
IV.1.1.1. Approvisionnement et qualité des antigènes et consommables	38
1. Evaluation de la GEV en 2014	41
2. Recommandations générales de la GEV de 2014	43
IV.1.1.2. Logistique.....	44
IV.1.1.3. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV.....	45
1. Surveillance de la Poliomyélite par les paralysies flasques aiguës (PFA)	46
2. Surveillance du tétanos maternel et néonatal	47
3. Surveillance de la rougeole	47
4. Surveillance des Manifestations Adverse Post Immunisation (MAPI)	48
5. Laboratoire	48
IV.1.1.4. Communication.....	48
IV.1.2. Composantes d'appui	49
IV.1.2.1. Gestion du programme	49

A.	Législation et réglementation	50
B.	Politique et Planification	50
C.	Coordination.....	50
D.	Suivi et évaluation.....	52
E.	Gestion des données	53
IV.1.2.2.	Gestion des ressources humaines	54
A.	Ressources humaines	54
B.	Renforcement des capacités.....	54
C.	Supervision.....	55
IV.1.2.3.	Financement des activités du programme	56
A.	Généralités.....	56
B.	Contribution de l'Etat au financement du PEV	57
C.	Contribution des partenaires au financement du PEV.....	57
IV.1.3.	Synthèse de l'analyse de la situation du PEV par composante	58
IV.2.	Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Djibouti	61
III.2.1	Activités supplémentaires de vaccination.....	61
V.	BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV	67
V.1.	BUT	67
V.2.	OBJECTIFS	67
V.2.1.	Objectifs spécifiques du PEV systématique	67
V.2.2.	Vaccinations supplémentaires.....	69
V.2.3.	Surveillance des maladies cibles du PEV	69
V.3.	PRIORITES.....	70
VI.	PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE DU SYSTEME	76
VII.	ALIGNEMENT DU PPAC AVEC LE GVAP, LES CIBLES REGIONALES ET LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE	91
VIII.	CALENDRIER D'ACTIVITES	98
IX.	CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION	120
X.	ANALYSE DES COUTS, DES FINANCEMENTS ET DE LA VIABILITE FINANCIERE DU PPAC	127
X.1.	Analyse des couts et financements du Programme	127
X.2.	La Stratégie de viabilité financière du Programme.....	133
XI.	MISE EN ŒUVRE DU PPAC	134
XI.1.	Approbation et diffusion du PPAC.....	134
XI.2.	Plan annuel du PPAC	135
XI.3.	Intégration et renforcement des activités du PPAC.....	142
XI.4.	Hiérarchisation des activités du PPAC.....	143
XI.5.	Suivi et supervision du PPAC.....	143

Liste des Figures

Figure 1: Composantes opérationnelles des systèmes de vaccination.....	14
Figure 2: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe)	15
Figure 3 : Stades de planification du PPAC	15
Figure 4: Carte de Djibouti	16
Figure 5: Carte administrative de Djibouti.....	17
Figure 6 : Pyramide sanitaire de Djibouti	22
Figure 7: Evolution de la part du budget santé sur le budget national.....	28
Figure 8: Prévision et réalisation du financement du PNDS 2008-2012.....	29
Figure 9: Zones à risque élevé et itinéraire des populations migrantes.....	46
Figure 10: Organigramme du PEV	51
Figure 11: Processus structure des couts pour la vaccination de routine en 2015.....	129
Figure 12: Processus Financement du programme en 2015.....	130
Figure 15: Processus	131
Figure 14: Evolution des couts du programme de 2016 à 2020	131
Figure 15: Evolution du financement par source de financement de 2016 à 2020.....	133
Figure 16: Processus d’approbation et de diffusion du PPAC	135

Liste des Tableaux

Tableau 1: La structure d’âge de la population selon les données statistiques nationales.....	17
Tableau 2: Répartition de la population cible de la zone rayonnement selon les structures sanitaires des régions de l’intérieur en 2014	18
Tableau 3: Répartition des populations cibles selon les structures sanitaires de Djibouti ville en 2014.....	19
Tableau 4 : Données démographiques selon les données statistiques nationales/bases de calcul ...	19
Tableau 5: Indicateurs socioéconomiques de base (sources: recensement 2009)	21
Tableau 6: Evolution des infrastructures sanitaires de 2011 à 2014.....	23
Tableau 7: Evolution annuelle des indicateurs clés du système de santé de Djibouti	26
Tableau 8: Evolution annuelle de l’incidence (%) des principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.....	27
Tableau 9: Principaux indicateurs selon les Comptes Sanitaires 2011 à 2013.....	29
Tableau 10: Calendrier vaccinal du PEV systématique Djibouti	31
Tableau 11: Couvertures vaccinales administratives de Djibouti de 2010 à 2015	32
Tableau 12: Répartition des activités de la vaccination au niveau des régions en 2014	33
Tableau 13: Répartition des taux de couverture des activités de la vaccination au niveau national en 2014.....	34
Tableau 14: Evolution des taux d’abandon de 2010 à 2014.....	35
Tableau 15: Performance des régions de 2010 à 2014 (Penta3).....	35
Tableau 16: Principaux résultats nationaux de l’enquête de couverture vaccinale de 2014	36
Tableau 17: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) par antigène selon le district sanitaire et le milieu de résidence.....	36

Tableau 18: Couverture vaccinale des enfants de 12 - 23 mois (en%) par antigène selon le district sanitaire et le milieu de résidence.....	36
Tableau 19: Estimation OMS-UNICEF des couvertures vaccinales 2015 de Djibouti.....	38
Tableau 20: Pourcentage de districts avec un nombre suffisant de matériel frigorifique homologué et fonctionnel	40
Tableau 21: Résultats de l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement du PEV de Djibouti en 2014	41
Tableau 22 : Ecart et gains obtenus entre GEV 2011 et GEV 2014.....	42
Tableau 23: Fréquence de notification des maladies du PEV sous surveillance.....	45
Tableau 24: Indicateurs de performance de la surveillance des PFA par région de en 2015.....	47
Tableau 25: Situation épidémiologique de la rougeole durant les sept dernières années	47
Tableau 26: Evaluations du PEV depuis 2002	53
Tableau 27: Formations réalisées ou reportées selon les responsables du PEV	54
Tableau 28: Evaluation des besoins en formation	55
Tableau 29: Financement du PEV	56
Tableau 30: Financement du PEV de 2010 à 2015 en \$US	57
Tableau 31: Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination ...	58
Tableau 32: Répartition des cibles et objectifs de couverture des AVS rougeole à Djibouti	61
Tableau 33: Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies.....	62
Tableau 34: Forces et Faiblesses du PEV Djibouti.....	63
Tableau 35: Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2020 par antigène.....	68
Tableau 36: Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2016 à 2020	68
Tableau 37: Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2020	69
Tableau 38 : Priorités, étapes et objectifs nationaux	70
Tableau 39: Stratégies et activités par composante.....	76
Tableau 40: Alignement du PPAC avec le GVAP	91
Tableau 41: Calendrier d'activités par composante.....	98
Tableau 42: Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national.....	120
Tableau 43: Répartition des couts du Programme de vaccination en 2015.....	128
Tableau 44: Répartition des couts du Programme de vaccination de 2016 à 2020	130
Tableau 45: Financement de 2016 à 2020	132
Tableau 47: Plan de mise en œuvre annuel	136

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
AVI	Activités vaccinales intensifiées
CAMME	Centrale d'achat des médicaments
CBMT	
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CDTO	
CDV	Centre de dépistage volontaire
CMH	Centre Médico-Hospitalier
CPN	Consultation prénatale
CSC	Centre de Santé Communautaire
CV	Couverture Vaccinale
DEPCI	Direction des Etudes, de la Planification et de la Coopération Internationale
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DPSP	Direction des Programmes de Santé Publique
DRS	Direction des Régions Sanitaires
EDAM3-IS	
EDSF/PAPFAM	
IDH	Indice du Développement Humain
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
HOAP	Horn of Africa Agreement Partnership
HTA	Hypertension artérielle
IB	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier diplômé d'état
INDS	
INSPD	Institut National de Santé Publique
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MEFE	
MH	
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MS	Ministère de la Santé
MSM	Men who have sex with men
ODD	Objectifs du Développement Durable
OEV	Orphelins Enfants vulnérables
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PC	
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PFANP	Paralysie Flasque Aigue Non-Poliomyélitique
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PPAC	Plan Pluri-Annuel Complet
PS	Poste de Santé
PS	Professionnels de Santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTPE	Prévention de la transmission parents-enfant du VIH
PVS	Poliovirus Sauvage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNIS	Système National d'Informations Sanitaire
TPC	
UNICEF	Fonds international de secours à l'enfance
VAR	Vaccin anti- rougeoleux
VIH-SIDA	Virus de l'immuno-déficience humaine – Syndrome immuno-déficience acquise
VPI	Vaccin antipoliomyélitique Inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique Oral
IDH	Indice du Développement Humain
PAPBS	
DFRH	
UGP	Unité de Gestion des projets
MS	Ministère de la santé
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
VPO	Vaccin antipoliomyélitique Oral
HepB	Vaccin antihépatite B
DTCP	Vaccin anti-Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite
Hib	Vaccin anti-Hémophilus influenzae tybe b
PCV 13	Vaccin Conjugué Antipneumococque 13
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique
CdF	Chaine du Froid
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
ICC	Cadre de coordination inter-agence
ECV	Enquête de couverture vaccinale
GEV	Gestion efficace des vaccins
DVD-MT	District vaccines data – monitoring and training
SMT	System monitoring and training
PON	
MAPI	Manifestations post-immunisation adverses

GTCV	Groupe technique consultatif sur la vaccination
DISED	
TMN	Tétanos maternel et néo natal
PV	Procès-verbal
ANR	Autorité Nationale de Régulation
SO	
FAP	Femmes en Âge de procréer
MLM	Mid Level-management training
VDP	
IEC	Information Education Communication
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
GVAP	Global vaccines Action Plan
RR	Vaccin contre la rougeole et la rubéole
HPV	Vaccin anti-papillomavirus
RH	Ressources humaines
SOP	Standards Operating Procedures
CCSS	Comité de Coordination du secteur de la Santé
CDSS	Comité de Direction du Secteur de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
LOGIVAC	Logistique vaccinale
DVUM	Durée de Vie Utile Moyenne
DPS	Dépenses Publiques de Santé
USD	Dollar Américain
FMI	Fonds Monétaire International
CAP	Connaissance Attitudes et Pratiques

LISTE DE L'ÉQUIPE D'ÉLABORATION DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016-2020

Les facilitateurs externes

- Alexis Satoulou, Economiste de santé, Bureau OMS-IST Ouagadougou
- Sonia Bédié Kossou, NPO Rougeole, Bureau OMS Bénin

Avec l'appui, la contribution et la collaboration des personnes ci-dessous :

- Abdallah Hade, Coordinateur provisoire du PEV
- Mohamed Aden, Ancien Coordinateur du PEV
- Mme Aicha Adbara, Ancienne Coordinatrice PEV
- Omar Youssouf, Point Focal surveillance PFA
- Mme Neima, Chargée de communication, PEV
- Ibrahim, Logisticien PEV
- Deka Aboubaker, Directrice DPS
- Mahad Hassan, Directeur, DEPCI
- Mme Choukri, Chef Service Coopération
- Abdouraham, DEPCI
- Sinaly L Théra, Consultant OMS Djibouti
- Abdoulaye Konaté, OMS, Administrateur Technique RSS
- Séverin Xylander, Représentant OMS Djibouti
- Moktar Omar, CSD, UNICEF Djibouti

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé remercie les partenaires au développement :



de leur appui technique, financier et matériel pour l'élaboration et la mise à jour du document du Plan Pluri-Annuel Complet pour la vaccination couvrant la période de 2016 à 2020 de Djibouti.

Il remercie l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'assistance technique et financière apportée lors du développement de ce document, l'UNICEF pour sa contribution technique dans le développement des activités de communication, de logistique et de chaîne du froid, et GAVI pour sa participation et contribution technique lors de l'élaboration dudit document.

Ces remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors du développement du PPAC.

Ces remerciements vont enfin aux personnels de soutien (Secrétaire, chauffeurs) pour leurs appuis inestimables aux personnels techniques qui ont collaboré à la conception du document.

Le Ministère de la santé serait reconnaissant à tous ceux qui voudront bien faire des commentaires pour l'amélioration de la qualité du document.

RESUME

La République de Djibouti fait partie des pays de la Corne d'Afrique, partage les frontières terrestres/maritimes avec l'Éthiopie, la Somalie, l'Érythrée et le Yémen. La situation socio-économique et politique reste dans l'ensemble stable. Les dernières données du PIB du pays fournies par le FMI révèlent qu'il a franchi le seuil de pays à revenu intermédiaire. A l'instar des autres pays en voie de développement, Djibouti a souscrit aux « Engagements Internationaux » visant à assurer l'amélioration des conditions de vie socio-économique et sanitaire des populations comme les objectifs de développement durables – instrument qui accorde une dimension importante à la santé.

Le plan de développement sanitaire et social du pays décline les grandes lignes et les stratégies à déployer pour assurer à la population un bon état de santé permettant de mener une vie économiquement productive conformément à l'esprit de la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

Les activités de vaccination constituent parmi d'autres programmes un programme important qui contribue à la réduction de la mortalité infanto-juvénile et contribue ainsi à la survie de l'enfant. Parmi les affections qui contribuent à la morbidité et à la mortalité infantile figurent en bonne place les maladies évitables par la vaccination.

Les facteurs ci-dessous y contribuent également :

- L'insuffisance de la couverture sanitaire en termes d'accès difficile des populations à certains endroits
- L'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé combinant les ressources financières, l'insuffisance qualitative, quantitative et la mauvaise distribution du personnel sur le territoire national entre les zones urbaines et rurales
- L'accès difficile à l'eau potable favorisant les maladies diarrhéiques
- Les coutumes et pratiques socio-culturelles (nomadisme, migrations, etc..)

Pour améliorer cette situation, le département de la santé sous le leadership du PEV et de la DPCI a entrepris cette année la revue externe du PEV et l'évaluation du plan de mise en œuvre des activités du plan GEV tenu en 2014. Les résultats de ces activités ont permis d'informer le développement du présent PPAc qui fait suite au plan de 2011 – 2015. Aussi, conscient de l'importance critique de ce programme, le Ministère de la Santé a commandé une évaluation interne du PEV dans le but de proposer une restructuration du programme (positionnement institutionnel, ancrage institutionnel, périmètre du Programme et sa structure avec les fonctions et postes clairement définis).

Avec l'adoption de nouvelles approches et de stratégies, l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV systématique et la nécessité de la relance des activités de vaccination l'exigence du développement du présent document se posait.

Son développement s'est largement appuyé sur les données de la revue externe. L'approche participative impliquant les acteurs clés du ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF a permis de développer le document qui va de l'analyse de la situation aux activités détaillées par composante et donne une estimation des coûts du plan.

Le PPAc est cohérent avec les initiatives mondiales accélérées de lutte contre les maladies transmissibles, prend en compte les stratégies du plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), le plan d'assaut final de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, le plan mondial d'élimination de la rougeole. Ce draft de document est une référence doit être lu par les décideurs clés. Les décideurs prendront les mesures adaptées pour leur réalisation.

Il est aussi destiné aux gestionnaires de services de santé, aux responsables des Organisations non gouvernementales et intergouvernementales. Il a pour but de garantir l'offre et la qualité des services de vaccination, de renforcer les liens entre les programmes œuvrant dans la survie de l'enfant sur les cinq (5) prochaines années.

INTRODUCTION

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été mis en place à Djibouti en 1984. Les performances du programme entre 1984 et 1990 ont été excellentes avec une évolution continue à la hausse de la couverture vaccinale pour tous les antigènes (BCG, DTCP +rougeole).

De 1991 à 1994, à cause de la guerre civile près de 2/3 de la population ont été privées totalement des soins de santé essentiels y compris les activités de vaccination. L'accalmie enregistrée à partir de 1995 a permis de reprendre les campagnes de vaccination qui ont engendré une légère augmentation de couverture.

La situation intérieure du pays n'a pas permis au programme à se développer d'où une régression importante de ses résultats. C'est à partir de l'année 2000 que les autorités nationales ont décidé de relancer le Programme National d'Immunisation. Cette relance a concerné toutes les composantes du programme et n'a pas cessé d'accomplir des progrès notables en termes de couverture vaccinale des populations cibles.

A l'Initiative Présidentielle, l'INDS a été adoptée en 2011 en vue de consolider la croissance, renforcer la compétitivité, générer des emplois et valoriser le capital humain à travers un accès plus large à des services sociaux de qualité et à réduire la pauvreté extrême et les inégalités tout en atténuant les vulnérabilités sociales et environnementales et à concrétiser l'engagement de Djibouti en faveur d'une meilleure gouvernance publique.

En droite ligne de la Stratégie de Développement et de Réduction de la Pauvreté, le Ministère de la Santé a élaboré un Plan de Développement Sanitaire 2013-2017. Le Plan Pluriannuel Complet du PEV couvrant la période 2016-2020 s'inscrit dans ce cadre de la politique sanitaire du pays. Ces dernières années, le pays a fait des progrès considérables dans l'amélioration du système de santé en général. Les principaux axes développés sont:

- le renforcement des infrastructures sanitaires (postes de santé, centres de santé communautaires, les hôpitaux régionaux etc..).
- le développement des ressources humaines,
- le renforcement des programmes prioritaires santé tels que la santé mère -enfant, la tuberculose, VIH/SIDA, lutte contre le paludisme et le PEV.

En dépit des progrès accomplis, le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies transmissibles et notamment celles évitables par la vaccination. Ainsi, malgré les efforts conséquents, beaucoup restent à faire pour atteindre les objectifs souhaités.

En 2015, la surveillance intégrée des maladies et réponse a notifié au total 140 cas suspects de rougeole, 61 testés dont 47 cas confirmés avec Igm+.

En matière d'éradication de la poliomyélite, le dernier cas de poliomyélite dû au virus sauvage à Djibouti remonte à 1999.. De 2011 à 2015 le pays a organisé 10 passages de journées nationales de vaccination avec des couvertures atteignant 100%. Le vaccin polio inactivé est déjà introduit dans le PEV de routine et le VPO trivalent a été officiellement retiré au mois d'avril 2016. Le pays est actuellement dans la phase de certification de l'éradication de la poliomyélite. Pour cela, le Programme Elargi de Vaccination est appelé à relever de nombreux défis notamment la mise en

place d'un système de surveillance performant pour répondre aux conditions de la Certification de l'Éradication de la Poliomyélite de l'OMS.

Au regard des différents problèmes évoqués et dans le but de trouver des solutions pérennes et efficaces, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec ses Partenaires Techniques et financiers a décidé d'élaborer un Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination 2016-2020 en vue d'accroître la couverture vaccinale et de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination.

Les objectifs poursuivis par le présent Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination 2016-2020 sont en parfaite adéquation avec les objectifs du Plan d'Action Mondial pour les vaccins 2011-2020, les Objectifs de Développement Durable 2030 et le plan de Développement Sanitaire 2016-2020.

Tout en se basant sur le cadre conceptuel ci-dessous (figure1) le PPAC a été rédigé selon les directives du guide OMS-UNICEF d'élaboration des PPAC de vaccination qui comporte sept stades de planification explicités dans la figure 2.

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

- Analyse de la situation actuelle du PEV
- Identification des problèmes et priorités nationales
- Identification des objectifs, stratégies et activités
- Alignement du PPAC avec les cibles régionales
- Elaboration du calendrier de mise en œuvre
- Elaboration d'un cadre de suivi/évaluation
- Analyse des coûts et financement.
- Elaboration d'un plan annuel pour l'année 2016.

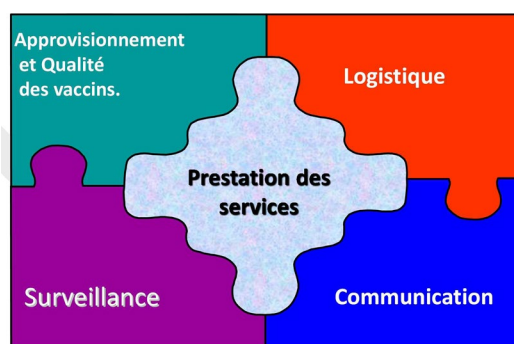


Figure 1: Composantes opérationnelles des systèmes de vaccination

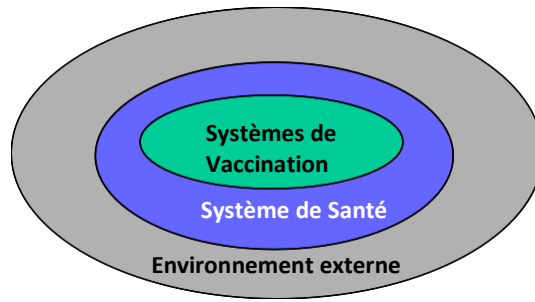


Figure 2: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe)

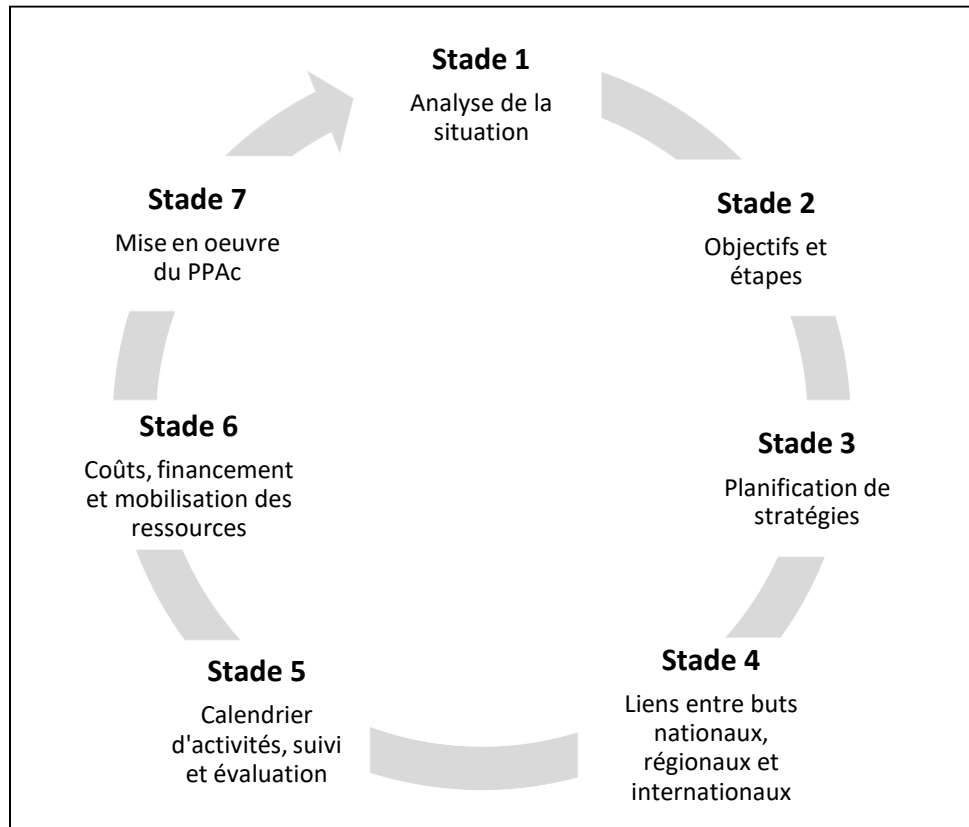


Figure 3 : Stades de planification du PPAC

I. CONTEXTE NATIONAL

I.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

La République de Djibouti est située au niveau de la corne de l'Afrique à l'entrée Sud de la mer rouge et partage ses frontières terrestres avec la Somalie au Sud, l'Éthiopie au Sud-ouest et l'Érythrée au Nord.

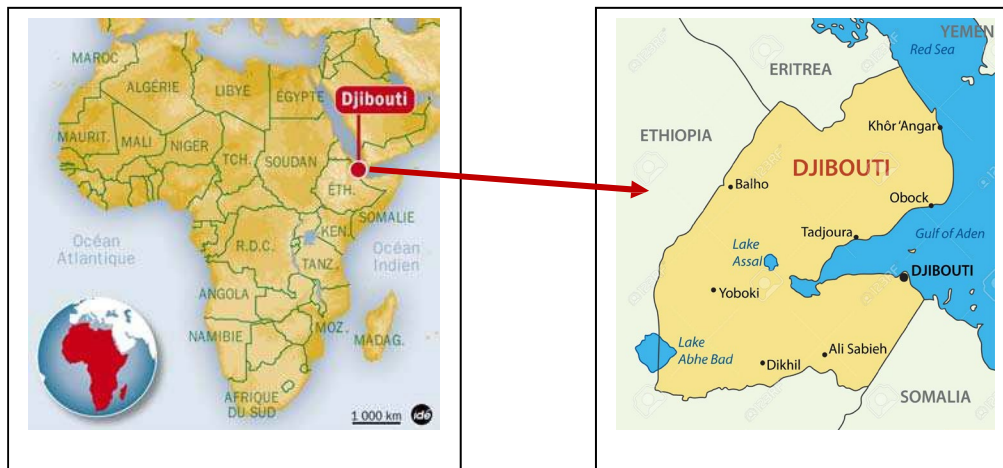


Figure 4: Carte de Djibouti

Le pays occupe une position stratégique au sein de la région avec des ressources naturelles affectées par le climat désertique et des sols volcaniques. Djibouti couvre une surface limitée (23 000 km²). Le climat est de type désertique avec des pluies sporadiques. La pluviométrie dépasse rarement 160 mm par an. La saison des pluies ou saison fraîche couvre souvent la période allant d'octobre à avril et la saison sèche, très chaude où les températures sont généralement au-dessus de 40°C dans la journée, s'étend de mai à septembre et pèse lourdement sur la dégradation de l'environnement. L'aridité des régions influe fortement de manière négative sur la production agricole. En outre, la rareté des ressources en eau et leur mauvaise qualité particulièrement à Djibouti ville est une contrainte sévère tant pour les activités agricoles et pastorales que pour les populations et leur santé. Son accès sur la Mer Rouge, avec 370 km de côtes pourrait offrir des opportunités de réserves gazières et pétrolières.

Selon les résultats préliminaires du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé entre mai et juin 2009, la population résidente totale de Djibouti est de 818 159 habitants dont 70,6% vivent en milieu urbain et 58,1% dans Djibouti-ville la capitale du pays.

Le processus de décentralisation en cours a divisé le pays en six régions administratives : une région centrée sur la capitale qui a un statut particulier. Djibouti-ville est ainsi subdivisée en trois communes : la commune de Balbala 55,4% de la population de Djibouti-ville, Boulaos (42,7%) et Ras-Dika (1,9%) et cinq autres régions de l'intérieur (Ali-Sabieh, Arta, Dikhil, Obock et Tadjourah).

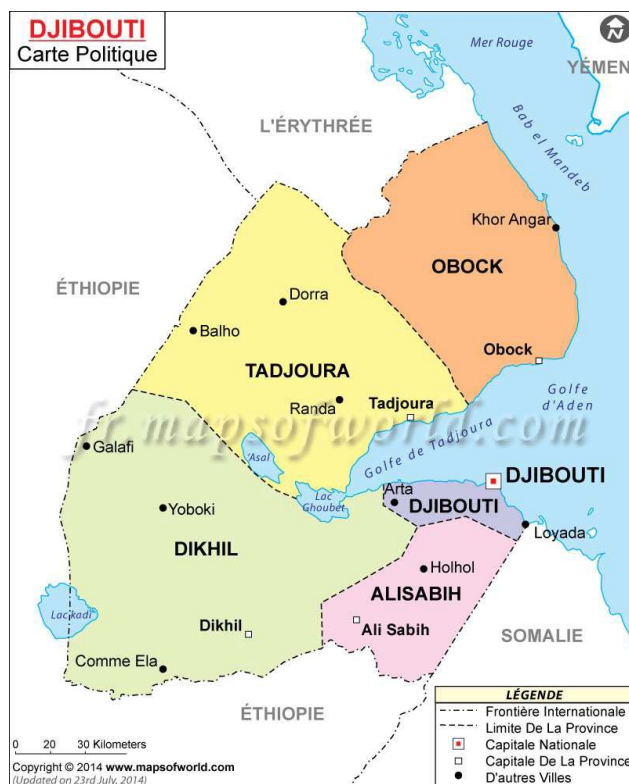


Figure 5: Carte administrative de Djibouti

La taille moyenne des ménages ordinaires est de 6,2 personnes. Les femmes représentent 53,8% de la population totale résidente. La population de 0 à 4 ans représente 11,4%, celle de 5 à 14 : 23,8%, la population de 15 à 59 ans : 60,7% et celle de 60 ans et plus : 4,1%. Les résultats du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2009 indiquent des mutations démographiques qui se manifestent par un accroissement du taux de croissance qui s'établit pour la période à 2,8%.

Tableau 1: La structure d'âge de la population selon les données statistiques nationales.

Population	%
Population de 0 à 4 ans	11,4%
Population de 5 à 14 ans	23,8%
Population de moins de 15 ans	35%
Population de 15 à 59 ans	60,7%
Population de 60 ans et plus	4,1%

Source: PEV/MS.

Tableau 2: Répartition de la population cible de la zone rayonnement selon les structures sanitaires des régions de l'intérieur en 2014

Région	Sous Préfecture	Population de la zone de rayonnement	Adultes	Enfants de moins de 5 ans	Femmes en âge de procréer	Grossesses attendues	Accouchements attendus	Enfant de 0-11 mois	
Al-Sabieh	Ali Sabieh	CHM	27867	24691	3177	6967	780	669	640
		Dasbyo	5172	4582	590	1293	145	124	119
	Ali Addeh	Ali Addeh	28605	25344	3261	7152	801	687	658
		Assamo	7904	7004	902	1976	221	190	182
	Holl Holl	Gnestir	5257	4658	599	1315	147	126	121
		Holl Holl	20684	18326	2358	5171	579	497	476
	Goubéto	4332	3838	493	1084	121	104	100	
	Région	99823	88443	11380	24956	2795	2395	2296	
Arta	Arta	CHM	18450	16346	2103	4613	517	443	425
		Weah	4930	4368	562	1233	138	118	113
		PK51	1063	942	121	266	30	26	25
		Karta	1090	965	124	272	31	26	25
	Damerjog	Damerjog	16278	14423	1856	4070	455	391	374
		Douda	3715	3292	424	929	104	89	85
	Chebelleh	3128	2771	357	782	87	75	72	
	Région	48655	43109	5547	12164	1362	1168	1119	
Dikhil	Dikhil et environs	CHM	40231	35645	4586	10058	1127	965	925
	Yoboki	Yoboki	28406	25167	3238	7101	796	682	654
		Goucabous	3284	2910	374	821	91	79	75
		Galamo	1358	1203	155	339	38	33	31
	Mouloud	Mouloud	5841	5175	666	1461	163	140	135
	As Eylal	As Eylal	17098	15149	1949	4274	479	410	394
Koutabouya		5900	5227	672	1475	166	142	136	
	Région	102117	90475	11641	25529	2859	2451	2349	
Obock	Obock	CHM	16309	14450	1860	4077	456	392	375
		Assassan	7381	6539	841	1845	207	177	170
		Dalay Af	1648	1460	188	412	46	39	38
	Allaili Dada	Alailou	13657	12100	1556	3414	382	328	315
		Khor Angar	780	691	88	195	22	19	17
		Waddi	1969	1745	224	492	56	47	45
	Médého	1718	1521	195	430	48	41	39	
	Région	43461	38506	4955	10865	1217	1043	999	
Tadjourah	Tadjourah	CHM	25050	22195	2856	6263	701	601	576
		Ripta	5806	5144	662	1452	162	140	134
	Randa	Day	7133	6320	813	1784	199	172	164
		Randa	10780	9550	1228	2695	302	259	248
	Adaillou	Adaillou	5277	4675	601	1319	148	126	121
		Guirrozi	3560	3155	406	890	100	85	82
		Assa guella	6843	6063	780	1711	191	164	157
		Adoyla	1701	1507	194	426	47	41	39
	Dorra	Dorra	24680	21867	2814	6170	691	592	567
	Balho	Balho	2177	1929	248	545	61	52	50
Lac Assal	Sagallon	6534	5790	745	1633	183	157	150	
	Région	99 541	88194	11 348	24 886	2 787	2 389	2 289	
	Total des régions	393 598	348 727	44 870	98 399	11 021	9 446	9 053	

Source : Annuaire statistique 2014

Tableau 3: Répartition des populations cibles selon les structures sanitaires de Djibouti ville en 2014

Centre de santé Communautaire	Localité/Quartier desservi	Population de la zone de rayonnement	Enfants de moins de 5 ans	Adulte (+ 5 ans)	Femmes âgées de 15 à 49 ans	Nombre de grossesses attendues	Nombre d'accouchement attendus	Enfant de 0-11 mois
Ambouli	Quartier d'Ambouli, Djebel, Quartier 7-Bis, Pompage, Gabode 6, Cité Aquitaine, Cité Aviation, Cité du Progrès, Cité Aéroport	45 521	5 189	40 331	11 380	1 275	1 138	1 047
Arnaud	Cité d'Arhiba, Cité de Macqua-al-Moukarama, Cité de Wadajir 1, Cité de Poudrière, Cité de Gachamaleh	36 789	4 194	32 595	9 197	1 030	920	846
Einguela	Cité d'Einguella1, Cité d'Einguela 2, Quartier 4, Cité FNP, Cité Saoudi, Brise de mer 2.	35 538	4 051	31 487	8 884	995	888	817
Farah-Had	Quartier 3, Quartier 5, Quartier 6, Zone Ind. Sud, Gabode 1, Cité Wilo, Brise de mer 3 Q7 sud	53 640	6 115	47 525	13 410	1 502	1 341	1 234
Ibrahim Balala	Cité du Stade, Cité de Gabode 2 à 5, Quartier 7	48 117	5 485	42 631	12 029	1 347	1 203	1 107
Khor-Bourhan	Quartier 1, Quartier 2, La Plaine, République, Marabout, Héron, Quartier Commercial, Théâtre 1, brise de mer 1	23 779	2 711	21 068	5 945	666	594	547
Balbala 1	Quartier 9, Cheick Osman, Cheick Moussa, Quarawil, Quartier phare (Vietnam), Bâche à eau Nord.	66 007	7 525	58 482	16 502	1 848	1 630	1 518
Balbala 2	Quartier 10, Quartier 11, Quartier 12, Bâche à eau Sud, Nasib wanag, Mètre 3, Mètre 4, Parc à Bétail	60 711	6 921	53 790	15 178	1 700	1 518	1 396
Doraleh	localité de Doraleh	1 357	155	1 202	339	38	34	31
Hayabley	Hayabley, Layabley, Quartier 5 (Balbala), Quartier handicapé, Barwaqo, Mètre 8, Mètre 12	76 366	8 706	67 660	19 092	2 138	1 909	1 756
PK 12	localité de PK 12	40 708	4 641	36 067	10 177	1 140	1 018	936
Warabley	Kassiyableh et Warabley	21 152	2 411	18 741	5 288	592	529	486
Wahlé daba	Wahlé-Daba, Cite Hodan	36 016	4 106	31 910	9 004	1 008	900	828
Région	Total Djibouti ville	545 701	62 210	483 491	136 425	15 280	13 643	12 551

Source : Annuaire statistique 2014

Tableau 4 : Données démographiques selon les données statistiques nationales/bases de calcul

Paramètres	2011	2012	2013	2014	2015
Population (% de croissance)	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%
Naissances (population totale en %)	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	67	67	67	67	67
Femmes enceintes (en tant que facteur de naissances)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmes en âge de procréer (FAP) (% de la population totale)	24%	24%	24%	24%	24%

Source: PEV/MS

Le pays compte, parmi sa population, une forte communauté étrangère due surtout à l'afflux des populations en provenance des pays voisins à cause de l'instabilité politique qui a caractérisé ces pays depuis les années quatre-vingt-dix. Les réfugiés représentent environ 7 à 10% de la population dont une infime partie est basée dans les camps des réfugiés (14.000) alors que le reste vit en situation irrégulière dans le pays. Compte tenu de la situation au Yémen, il y a un afflux continu de la population vers Djibouti. A ce titre, un camp a été installé à Obock en avril 2015 (*Selon les responsables de région sanitaire d'Obock, environ 5000 réfugiés enregistrés*).

Les langues officielles sont le Français et l'Arabe. Par ailleurs, deux autres langues, Afar et Somali, sont parlées dans le pays.

I.2. Politique, administration et gouvernance

Depuis 2000, la République Djibouti, après avoir traversé des périodes difficiles voit s'installer la paix, la démocratie, la croissance économique, la stabilité macroéconomique et la compétitivité internationale. Les différents résultats obtenus, globalement satisfaisants, ne doivent pas cacher les défis restant à relever particulièrement en matière de santé et de développement humain. A ce titre, le système de santé djiboutien a accordé un intérêt particulier au renforcement des soins de santé primaires dont l'offre a été toujours gratuite. A l'instar des autres pays en voie de développement, les pathologies les plus rencontrées chez les enfants de moins de cinq ans sont dominées par les maladies transmissibles parmi lesquelles on distingue les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections à VIH et les maladies cibles du PEV. Pour faire face à ces maladies, le Ministère de la Santé a mis en place plusieurs programmes de santé.

I.3. Situation socio-économique

Le rapport mondial sur le développement humain de 2013 classe Djibouti au 170^e rang sur 187 pays avec un IDH de 0,467. Le PIB per capita était de 1412 \$US en 2012.

Selon le rapport de l'enquête sur les indicateurs sociaux – EDAM3-IS – le taux chômage était de 48,4% en 2012. En 2013, l'incidence de la pauvreté extrême au sein de la population, calculée avec une nouvelle méthodologie, était de 23,0% et l'incidence de la pauvreté globale était de 40,8%. L'étude dont sont issus ces chiffres de pauvreté soutient que de 2002 à 2013, le taux de la pauvreté extrême a connu une légère baisse non significative statistiquement de 24,1% à 23,0%.

En 2012 l'activité économique du pays était dominée à 79,2% par le secteur tertiaire (services, transports, communications) dont l'essentiel est localisée à Djibouti ville. Les secteurs secondaire et primaire ne représentaient que 19,6% et 1,2% du PIB.

Le secteur primaire se caractérise par l'élevage, la production maraîchère et la pêche artisanale. Son développement est entravé par des calamités naturelles et des conditions climatiques défavorables.

Le développement de l'élevage, qui relève du type traditionnel, est toujours remis en cause par les sécheresses récurrentes, l'insuffisance des ressources hydriques et le manque de structures vétérinaires. L'agriculture est très peu pratiquée à cause de l'aridité du climat et la rareté des ressources en eau. En dehors des produits de pêche et de l'élevage, le pays importe la quasi-totalité de sa nourriture, y compris les légumes et les fruits.

La récurrence des cycles de plus en long de sécheresse a entraîné une diminution drastique des sources de revenus des populations rurales et nomades qui tirent l'essentiel de leurs revenus de la vente des bétails et des produits animaliers, des produits agricoles et végétaux.

Au plan sanitaire, les résultats l'EDSF/PAPFAM de 2012 font noter des évolutions positives notables de la couverture sanitaire et des niveaux des taux de la mortalité infantile et infanto juvénile qui sont respectivement passés de 67,0‰ à 58,0‰ et de 94,0‰ à 67,8‰ entre 2006 et 2012. En novembre 2013, les résultats de l'enquête nationale de nutrition montraient cependant que l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois restait préoccupant avec un taux de 17,8% de malnutrition aiguë globale et un taux d'insuffisance pondérale de 29,6%. En référence à l'enquête nationale de nutrition de 2010, ces chiffres dénotent une dégradation de l'état des enfants car les taux étaient de 10,0% pour la malnutrition aiguë et de 22,9% pour l'insuffisance pondérale.

En ce qui concerne la vaccination des enfants et des mères, des efforts considérables ont été faits par le Ministère de la Santé à travers le PCIME, les actions d'immunisation de routine et les campagnes de vaccination menées dans le cadre du PEV et par les unités mobiles de la santé, déployées dans toutes les régions du pays.

Selon le recensement de 2009, les indicateurs socio-économiques de Djibouti se présentent comme suit :

Tableau 5: Indicateurs socioéconomiques de base (sources: recensement 2009)

Indicateurs	Valeurs	Sources et années
Superficie	23.000 km ²	Documents officiels
Estimation de la population	818.159 hab.	Recensement général et de l'habitat de 2009
Mortalité des enfants	67/1000 (0-11 mois), 94/1000 (12-59 mois)	EDAM-IS2, 2002
Espérance de vie	56,1 ans	Rapport mondial sur le développement humain, 2010
PIB/habitant	1406 USD	2010 (FMI)
Scolarisation (TBS) dans le primaire	66,2%	EDIM, 2006
Alphabétisation (15et +)	48,6%	EDSF/PAPFAM, 2003
Accès à des sources d'eau améliorées	93,5%	EDIM, 2006
Malnutrition aigüe globale (GAM)	17,8%	Enquête nutrition/2007. Enquête SMART Nut/2013.
Prévalence VIH/SIDA	2,7%	-
Incidence de la pauvreté relative	74,4%, extrême 42,2%	EDAM-IS2, 2002
Chômage	60%	Rapport national sur le développement humain, 2007

Source : Revue externe PEV 2014

II. SYSTEME DE SANTE

II.1. Organisation du système de santé

Le système de santé de Djibouti est fondé sur l'approche système de santé de district et la stratégie des Soins de Santé Primaires recommandées lors de la réunion d'Alma Atta et conforme à sa situation socio-économique.

Au plan administratif, le niveau central est composé essentiellement du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des Directions Centrales et Coordinations de Programmes. Le niveau régional au plan administratif se confond avec le niveau district (périphérique). De ce fait, les équipes cadres de districts dirigées par les médecins chefs districts sont les premiers responsables sanitaires des régions administratives qui correspondent aux districts sanitaires (5 districts de l'intérieur (ruraux) et un district urbain à Djibouti). Toutefois, l'unité administrative de base est le secteur sanitaire.

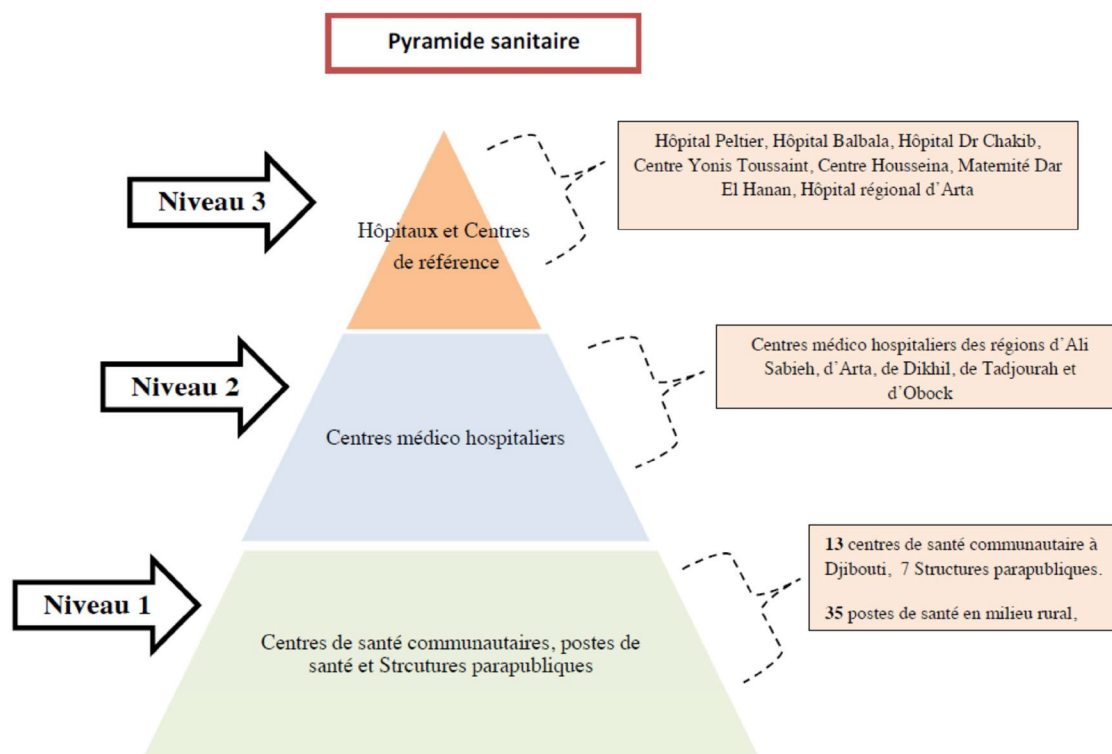


Figure 6 : Pyramide sanitaire de Djibouti

L'organisation des structures d'offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux. Il est régi par la carte sanitaire qui doit être révisée tous les cinq ans selon la politique nationale de santé. Il existe trois sous-secteurs d'offre de soins à l'intérieur de cette pyramide : (public, parapublic et privé).

- Dans le sous-secteur public, le premier niveau est constitué par les postes de santé en milieu rural et les centres de santé communautaires à Djibouti ville. Ces structures de soins assurent le premier contact du système de santé avec les populations.
- Le deuxième niveau est composé de cinq Centres Médicaux Hospitaliers qui jouent également le double rôle d'hôpital de district et d'hôpital régional dans la plupart des régions mais le MS a changé d'optique en instituant progressivement dans les régions un deuxième échelon de référence, les hôpitaux régionaux.
- Le troisième niveau de soins (tertiaire) est constitué par un hôpital national de référence, d'une maternité nationale de référence et de deux centres spécialisés. De nos jours, seul l'Hôpital Général Peltier bénéficie d'une autonomie de gestion et d'une personnalité morale dans le cadre d'un projet pilote en vue de son extension à l'ensemble des structures du niveau tertiaire conformément à la politique sanitaire.

Les sous-secteurs parapublic et privé se limitent à Djibouti ville.

Les structures parapubliques au nombre de six sont composées de quatre structures sanitaires des Forces Armées et de deux structures sanitaires de l'organisme de la protection sociale. L'offre de services privés est structurée autour de trois polycliniques, cinq officines privées (pharmacies) et 10 cabinets médicaux.

La décentralisation du système de santé est une des priorités de la politique de santé de Djibouti, elle stipule que le secteur sanitaire est l'unité territoriale de base, administrative, technique et financière de la carte sanitaire. Les secteurs sanitaires sont regroupés par district sanitaire, dont les limites géographiques sont celles du district administratif (ou de la région administrative).

Pour répondre aux besoins de la population djiboutienne, le pays dispose d'environ 78 structures de santé dont 34 à Djibouti Ville, 8 à Ali Sabieh, 6 à Arta, 8 à Dikhil, 8 à Obock et 11 à Tadjourah. La capacité litière est de 1225 lits. Le fonctionnement de ses structures est assuré par 2757 professionnels de santé et personnel d'appui dont 76 médecins généralistes, 97 médecins spécialistes, 299 infirmiers diplômés d'état (IDE) et 157 sages-femmes (annuaire santé). Le nombre de pharmacies est de 41 avec 28 pharmacies publiques et 13 pharmacies privées.

Tableau 6: Evolution des infrastructures sanitaires de 2011 à 2014

Années	Centre médico-Hospitalier	Postes de Santé	Centres de Santé Communautaire	Hôpitaux de référence nationale et régionale	Centres et maternités de référence	Cliniques et cabinets Privés	Structures parapubliques	
							Forces de défense et de sécurité	CNSS
2004	5	22	8	2	2	ND	3	2
2005	5	22	8	2	2	ND	3	2
2006	5	22	11	2	2	ND	3	2
2007	5	23	11	2	2	ND	3	2
2008	5	24	11	2	2	ND	4	2
2009	5	27	11	2	4	ND	4	2
2010	5	27	11	2	4	ND	4	2
2011	5	27	11	2	4	8	4	2
2012	5	32	12	3	4	13	4	2
2013	5	33	12	3	4	13	4	2
2014	5	35	13	3	4	13	5	2

II.2. Politique Nationale de Santé

Dès le lendemain de son accession à l'indépendance en 1977, la République de Djibouti a fait son choix en matière de politique sanitaire en adhérant en 1980 à la déclaration d'Alma Ata de 1978 visant par le développement des soins de santé primaires, la santé pour tous. Par la suite, de nombreux 'Engagements Internationaux' ont été pris dans le domaine de la santé ainsi que la promulgation de nombreuses lois, dont notamment celle n°48/AN/99/4ème L du 3 juillet 1999 portant orientation politique de la santé et qui fut une étape décisive pour le Gouvernement djiboutien. Car le droit à la santé pose le principe de la solidarité et de l'égalité en matière d'accès et de dépenses de santé qui sont des aspects fondamentaux. L'accessibilité et la disponibilité des médicaments essentiels y sont également garanties. L'offre de soins de la médecine traditionnelle n'est pas encore structurée officiellement. Toutefois la médecine traditionnelle est reconnue comme partie intégrante du système de santé et prévoit une délivrance d'agréments aux cabinets et officines de médecine traditionnelle.

Cette loi oblige l'Etat à apporter une assistance prioritaire aux enfants, aux mères, aux personnes handicapées, aux groupes les plus vulnérables et aux victimes des catastrophes naturelles. Les programmes nationaux prioritaires reconnus par cette loi prennent en compte les interventions nécessaires pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les autres groupes vulnérables tels que les indigents dont la prise en charge gratuite est prévue.

Les priorités de la politique de santé sont (i) la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments, (ii) la promotion de la prévention et (iii) celle de l'hygiène.

Dans le cadre du Partenariat de la Corne d'Afrique pour la Lutte contre la Vulnérabilité au VIH et la Migration transfrontalière (HOAP), les autorités de Djibouti, tout en rappelant les engagements internationaux antérieurs pris dans ce sens (notamment la Déclaration du Sommet d'Abuja, l'engagement sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement et d'appui contre les VIH/SIDA...) se sont réengagés à intensifier et à renforcer la collaboration interministérielle au niveau national et sous régional afin d'arrêter la propagation du VIH/SIDA et d'inverser la tendance actuelle de ce fléau. Cette synergie d'interventions sous régionales s'étend aussi sur les différentes endémies et épidémies de la sous-région tels que la tuberculose, le paludisme, le choléra, la rougeole, la méningite, la poliomyélite, la grippe aviaire...

II.3. Situation sanitaire de Djibouti

a. Indicateurs du secteur de la santé

Les indicateurs de couverture restent préoccupants dans l'ensemble du pays : ce sont les indicateurs préventifs tels que la CPN, l'accouchement assisté, le TPC qui sont les plus alarmants. La couverture vaccinale semble stagner à 80% : le niveau des enfants complètement vaccinés est faible et cache probablement des disparités énormes entre régions et entre localités si l'on sait que les problèmes d'accessibilité sont importants pour certaines régions. L'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié n'atteint pas la moitié des femmes en 2012 alors que l'objectif affiché du PNDS en 2012 a été fixé à 93%. La PC n'est que de 12% sur l'ensemble du pays. La mortalité néonatale est de l'ordre de 45 pour mille en 2010. Les données du PAPFAM concernant la mortalité maternelle et infantile ne sont pas encore disponibles mais les niveaux connus de 2008 sont très élevés car de l'ordre respectivement de 546 pour 100.000 naissances vivantes et 67 pour mille.

La Prévalence de la tuberculose reste toujours très élevée dans le pays et est la plus forte au niveau mondial bien que des efforts importants soient fournis avec la décentralisation et l'extension des structures de soins qui ont atteint le nombre de 15 CDT et 11 CTDO fonctionnels. Le programme tuberculose a doublé les centres de prise en charge. Le nombre de cas dépistés par année est passé de 3717 cas en 2008 et 3726 cas en 2011 mais les perdus de vue sont trop nombreux car ils atteignent 15% en 2012 ; taux constant depuis 2008 alors que l'objectif fixé dans le PNDS en 2012 était de les réduire à 5. Cette situation s'explique en partie par les importantes ruptures en intrants de laboratoire suite à la non intégration de l'approvisionnement dans le système de la CAMME, de l'importance des migrations ainsi que de la centralisation excessive des activités comme de tous les programmes de santé gérés au niveau central. Le taux de guérison de 81,2 % en 2012 est cependant remarquable.

En matière de lutte contre le VIH, le nombre de patients sous ARV est passé de 816 en 2008 à 1328 en 2011. Cependant 80% des patients dépistés lors du CDV accèdent tardivement à la PEC médicale. Sur 5100 OEV de moins de 18 ans, seuls 700 (13,73%) ont bénéficié d'un appui multiforme comprenant les soins médicaux, l'aide scolaire, l'aide psychologique et le soutien socio-économique. Entre 800 et 850 personnes sous ARV reçoivent de l'appui alimentaire. Une étude récente a montré que la dénutrition affecte de nombreux patients (38%) sous ARV à Djibouti. La prévalence globale au niveau national est de 2,9% population globale dont 2,3% chez les femmes enceintes avec un objectif en 2012 de 2%. Plus de 63% de la population et 93% des jeunes ne connaissent pas leur statut sérologique. Les taux très élevés des perdus de vue après dépistage et counseling suite à la démotivation des agents de santé et communautaires dans le cadre de la gestion du programme sont très inquiétants. Il n'y a pas de programme MSM. Le PTPE couvre l'ensemble des districts du pays.

En ce qui concerne le paludisme, la couverture en MII n'est que de 49,3 % en 2012 par rapport à un objectif de 80%. Dans certaines régions à plus basse température, le paludisme est à l'état endémique.

La lutte contre les maladies non transmissibles n'est pas encore développée mais ces dernières occupent de plus en plus les premiers rangs dans la morbidité et la mortalité dans les régions et la situation serait préoccupante dans le pays. Le diabète et l'HTA occupent une place de plus en plus élevée dans la morbidité et la mortalité. Comme on le voit, la situation des maladies non transmissibles est de plus en plus préoccupante à Djibouti et la situation risque de s'aggraver tenant compte du mode de vie urbaine sédentaire qui s'impose de plus en plus.

La PCIME clinique et communautaire est généralisée dans toutes les structures de santé. Les zones périurbaines ne devraient pas être omises par cette approche. Le nombre d'enfants soignés par l'approche PCIME est passé de 15599 en 2005 à 53345 en 2007, 59894 en 2009 et à 84 276 en 2011. Bien que le programme soit très dynamique dans l'ensemble, la malnutrition des enfants de moins de 5 ans et des adultes est très préoccupante dans le pays.

La couverture passive en infrastructures sanitaires s'est améliorée dans l'ensemble mais il a été noté une forte concentration des investissements dans la capitale. Il faut noter cependant qu'un troisième niveau de référence se met progressivement en place avec le début de l'érection d'hôpitaux régionaux. Le système d'orientation de recours et la référence dans la ville de Djibouti sont à améliorer car le système ne dispose pas d'un échelon intermédiaire adéquat.

Les investissements réalisés sont nombreux mais l'efficacité n'est pas toujours démontrée. Les coûts récurrents demeurent importants et le budget santé de l'Etat sont faibles. En plus, la dispersion des populations en milieu rural ainsi que leur enclavement accentué par la transhumance d'une partie de la population face à l'immobilisme des équipes de santé aggravent la faiblesse de la couverture sanitaire.

Tableau 7: Evolution annuelle des indicateurs clés du système de santé de Djibouti

Indicateurs au niveau national	2010	2011	2012	2013	2014
Population totale	841 067	864 617	888 827	913 714	939 298
Infrastructures					
Postes de santé	28	29	30	33	35
centres de santé communautaire	11	11	11	12	13
Centre médico hospitaliers	5	5	5	5	5
Maternité de référence	1	1	1	1	1
Hôpital de référence	2	2	2	3	3
Centre de références	3	3	3	2	2
Hôpital régional	0	0	1	1	1
Structures parapubliques	6	6	6	6	7
Rayon moyen d'action(Km)	12,35	12,35	11,99	11,67	11,27
Ressources financières					
Budget du Ministère de la Santé(en millions de Fdj)	7 011	7 418	9 428	6 538	9 080
Total des dépenses du personnel (en millions de Fdj)	2 937	3 226	3 479	ND	ND
% du budget de la santé	9,72%	9,55%	10,54%	6,73%	9,15%
Santé de la reproduction					
Couverture prénatale en CPN1 (%)	48,24	65,24	80,07	67,16	68,74
Couverture prénatale en CPN2 (%)	33,59	42,49	46,95	39,98	40,47
Couverture prénatale en CPN3+(%)	31,7	41,69	41,37	31,64	33,41
Couverture en postnatale en CPoN1 (%)	9,78	9,57	10,27	9,04	11,81
Couverture en postnatale en CPoN2 (%)	4,57	4,41	5,26	3,09	6,36
Prévalence contraceptive (%)	11,68	11,86	12,97	12,07	12,33
Soins curatifs					
Effectif des enfants examinés en PCIME	79 632	84 276	107 301	102 839	145 116
Taux de fréquentation des enfants de moins de 5 ans	83,05	90,36	96,36	87,61	136,52
(%) des enfants examinés et suivi pour la visite	7,75	8,12	8,73	11,19	09,31
Effectif des adultes examinés en soins ambulatoires	175 846	179 748	182 874	188 514	204 863
Taux de fréquentation des adultes (> de 5 ans)	23,6	23,46	23,22	23,24	24,62
Vaccination					
Couverture en BCG(%)	53,61	49,4	68,58	66,48	66,72
Couverture en Penta1(%)	57,44	59,91	69,91	63,17	65,35
Couverture en Penta2(%)	54,58	61,7	69,69	70,02	69,46
Couverture en Penta3(%)	53	58,24	67,16	66,31	66,27
Couverture en Rougeole(%)	52,45	53,82	70,46	49,57	55,44
Epidémiologie					
Nombre de cas de Paludisme	1019	230	25	1687	9438
Nombre de cas de méningite	3	28	15	0	0
Nombre de cas de rougeole	1557	732	544	22	81
Nombre de cas de choléra	103	52	78	1	0
Nombre de cas de dengue	105	41	214	112	172
Maladies prioritaires					
Nouveaux cas de Tuberculose pulmonaire	1181	1337	1170	1193	1069
Total cas de tuberculose dépisté	4191	3726	3546	3162	2807
Nouveaux cas de VIH+ (CDV)(Niveau 1, 2 et 3) hors PTPE	685	488	683	576	620

Tableau 8: Evolution annuelle de l'incidence (%) des principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

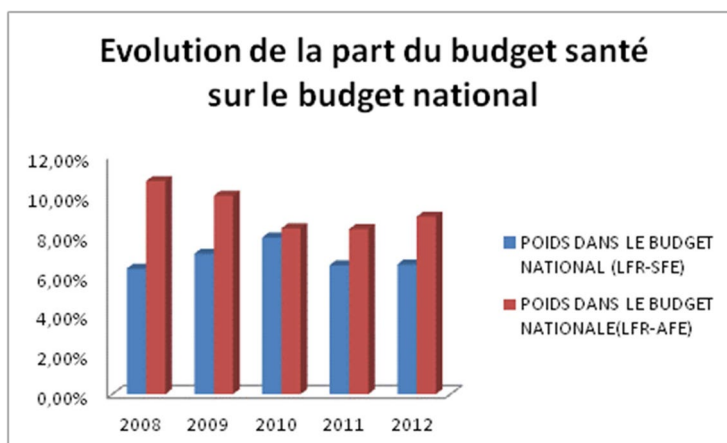
Région	Année	diarrhée (%)	Malnutrition sévère (%)	Malnutrition modérée (%)	Malnutrition globale (%)	pneumonie(%)
Djibouti ville	2010	23,15	4,75	6,73	11,48	22,18
	2011	9,92	2,87	6,15	9,02	19,33
	2012	14,29	4,27	6,2	10,47	24,97
	2013	12,61	4,92	5,71	10,63	21,17
	2014	15,77	3,9	2,41	6,31	21,5
Ali Sabieh	2010	19,04	4,24	8,65	12,89	52,74
	2011	17,93	4,57	14,06	18,63	31,69
	2012	20,76	3,75	9,85	13,6	36,49
	2013	18,36	3,05	7,19	10,24	30,31
	2014	21,68	3,93	7,84	11,77	31,62
Arta	2010	31,7	6,16	11,28	17,44	33,15
	2011	30,19	2,15	11,26	13,41	22,64
	2012	23,78	2,53	9,55	12,08	22,9
	2013	23,91	5,88	12,38	18,26	29,58
	2014	31,6	10,02	21,44	31,46	19,94
Dikhil	2010	20,18	5,31	9,45	14,76	26,51
	2011	20,31	7,15	12,43	19,58	22,97
	2012	21,03	4,49	5,18	9,67	18,11
	2013	22,78	8,56	12,18	20,74	20,08
	2014	36,17	11,3	14,77	26,07	27,54
Obock	2010	14,87	6,58	10,71	17,29	41,52
	2011	19,01	4,99	9,23	14,22	14,84
	2012	25,87	5,63	9,55	15,18	12,01
	2013	24,46	9,83	14,04	23,87	16,56
	2014	21,59	7,75	14,55	22,3	17,07
Tadjourah	2010	20,96	6,47	9,96	16,43	32,27
	2011	23,35	5,27	10,47	15,74	37,56
	2012	12,13	1,41	2,78	4,19	13,07
	2013	13,9	4,22	5,06	9,28	10,37
	2014	12,38	4,6	8,56	13,16	13,68
Ensemble du pays	2010	21,65	5,59	9,46	15,05	34,73
	2011	20,12	4,5	10,6	15,1	24,84
	2012	16,51	3,91	6,45	10,36	23,48
	2013	15,59	5,32	7,23	12,55	21,18
	2014	19,35	5,02	6,3	11,32	22,12

b. Financement du secteur de la santé

La dépense de santé par habitant à Djibouti, de l'ordre de 90 USD est nettement plus élevée que dans de nombreux pays africains. L'aide extérieure finance 44% des dépenses publiques et 24% des dépenses totales de santé.

La tendance de la part du budget du Ministère de la santé sur le budget général y compris le financement extérieur dans le budget de l'Etat a baissé de 12,6% en 2007 à 10,74% en 2008 puis à 8,31% et 8,94% en 2011 et 2012, bien loin des 15% conformément aux engagements

internationaux pris par les gouvernements notamment sur les OMD. Cette part n'est plus que de 7,78% en 2007 à 6,55 % en 2012 soit moins de 2 % du PIB hors financement externe.



Source: MEFI

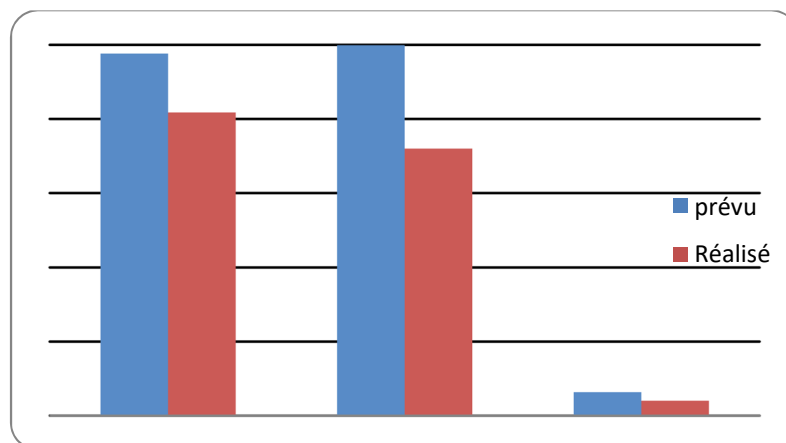
Figure 7: Evolution de la part du budget santé sur le budget national

L'évolution du budget du Ministère de la santé en valeur nominale, de 2002 à 2012, montre une croissance évolutive surtout à partir de 2006, signe d'efforts accrus de mobilisation de ressources auprès du Trésor Public mais a bénéficié essentiellement au personnel de santé. Les autres catégories de dépenses en l'occurrence le matériel et surtout le fonctionnement ont peu évolué. Il faut noter aussi la grande faiblesse et l'inadéquation du budget des régions et la nécessité d'améliorer l'allocation aux régions sur la base de critères.

Le développement des alternatives de paiement solidaire des soins à travers la micro-assurance santé (mutuelle santé), la caisse de sécurité sociale et les assurances santé n'assurent qu'une infime partie de la population. L'Organisme de Protection Sociale offre une couverture santé aux travailleurs du secteur privé. Les travailleurs du secteur public, du secteur informel, du monde rural ne bénéficient pas jusque-là de couverture médicale. Un projet d'assurance maladie est cependant à l'étude mais sa concrétisation dépassera sans aucun doute le cadre de ce plan.

Le cadre de dépense à moyen terme (CDMT) élaboré pour la période 2009-2012, n'a pas encore été actualisé, ni utilisé dans le processus de programmation –budgétisation 2013, un des handicaps qui a freiné la mise en application et l'utilisation du CDMT Sectoriel a été l'absence de cadrage macroéconomique pluriannuel au niveau du Ministère délégué au Budget (CBMT), mais également l'absence des ressources humaines qualifiées au niveau sectoriel dans la maîtrise de cet outil. Néanmoins, en 2012 le Ministère délégué au Budget a engagé des réformes budgétaires majeures, à savoir la révision de la nomenclature budgétaire.

Le système de participation financière des populations à l'effort de santé encore très faible dans le financement du système de santé fait son chemin timidement. Mais avec des systèmes de gratuité non coordonnés mis en place, le recouvrement des coûts dans le cadre de l'IB en vue de renforcer le fonctionnement des structures de santé et leur autonomie au plan de l'approvisionnement en médicaments essentiels se trouve largement compromis, alors qu'il n'y a pas de distinction entre les indigents et les non indigents dans les faits.



Sources : MEFI/PAPBS/DFRH/UGP/PTF/Rapport Mahyub

Figure 8: Prévision et réalisation du financement du PNDS 2008-2012

Dans le domaine de la mobilisation des ressources financières au profit du secteur de la santé, des efforts restent à fournir en relançant les comptes nationaux de la santé, en réalisant régulièrement les études de traçabilité et de revue de la dépense publique de santé et en faisant surtout des bilans financiers annuels consolidés et en diffusant tous ces résultats aux différents acteurs. L'élaboration des plans annuels budgétisés par structure, la mise en œuvre de ces plans ainsi que le suivi évaluation permettront de mobiliser davantage de ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Les populations n'ont été que peu sollicitée dans le cadre de la participation surtout dans les régions, l'essentiel du recouvrement venant de Djibouti ville.

Les principaux indicateurs selon les Comptes Sanitaires 2011 à 2013 se présentent comme suit :

Tableau 9: Principaux indicateurs selon les Comptes Sanitaires 2011 à 2013

Principaux indicateurs des dépenses en santé	2011	2012	2013
Dépenses totales de santé par habitant (FDJ)	12782	12100	12699
Dépenses de santé en pourcentage(%)	6,70%	6,07%	6,18%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	35,44%	24,40%	29,32%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	57,74%	60,88%	56,33%
Dépenses des soins préventifs en % des dépenses totales de santé	3,24%	3,60%	4,51%
Dépenses des soins curatifs en % des dépenses totales de santé	31,51%	32,79%	30,79%
Dépenses courantes de santé en % des dépenses nationales	97,92%	92,91%	93,86%
Dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses totales de santé	0,40%	0,27%	0,21%

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

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

- (a) Analyse du PEV par composante
- (b) Analyse des Initiatives de lutte accélérée contre les maladies
- (c) Points forts et points faibles de la performance du programme

Cette analyse a été faite en tenant compte non seulement de l'environnement interne et externe mais aussi des composantes du PEV. Ainsi, elle a été basée sur les cinq composantes opérationnelles du système de vaccination à savoir:

- Prestation des services ;
- Approvisionnement et qualité des vaccins;
- Logistique ;
- Surveillance
- Communication

et sur les trois composantes d'appui qui sont :

- Gestion du programme ;
- Financement ;
- Gestion des ressources humaines

III.1. ANALYSE DES COMPOSANTES DE LA VACCINATION

III.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV

III.1.1.1. Prestation de Services de vaccination

A l'échelle nationale, tous les établissements de santé fournissent des services de vaccination à l'exception de trois hôpitaux à Djibouti Ville/Balbala (Peltier, Balbala et Dra Hanan). Aussi, l'offre des services de vaccination est intégrée dans toutes les structures de soins de santé primaires (y compris dans les camps des réfugiés gérés par le UNHCR). Selon la revue externe du PEV, tous les postes de santé visités offrent des prestations vaccinales 6 jours par semaine. Tous les PS interrogés sont unanimes quant à la vérification des cartes de vaccination aussi bien pour les enfants que pour les femmes en âge de procréer. Les retardataires sont ainsi orientés vers les unités de santé maternelle et infantile.

Cependant, des problèmes d'ordre logistique ou communicationnel peuvent engendrer l'arrêt temporaire des activités de vaccination (c'est le cas de deux Postes de Santé à Tadjourah). Pour Djibouti Ville et Balbala, la stratégie fixe est la plus dominante, néanmoins des sorties sur le terrain sont parfois nécessaires. Alors qu'au niveau des Régions Sanitaires les quatre stratégies, citées ci-dessus, sont utilisées en fonction du contexte. A Djibouti Ville et Balbala, la proximité de ces centres du dépôt national et de l'ampleur de la demande font que toutes les séances de vaccination programmées ont été réalisées. De même, les Responsables des CMH veillent à ce que les activités de vaccination ne soient interrompues sous n'importe quel prétexte. Il a été relevé que cet effort, déployé dans le cadre du PEV de routine, n'a pas été accompagné par des actions de communication structurées et selon un calendrier bien établi et correctement affiché.

Les principaux fournisseurs des prestations vaccinales sont le Ministère de la Santé (environ 77%), les Assurances (environ 20%), le Secteur Privé (environ 2%) et les Services de Santé Militaires (environ 1%). Les ONG contribuent aux activités de mobilisation sociale et de communication. Le Ministère de la Santé veille à l'implication du secteur privé (ex: clinique Errahma et clinique Afia) et ce, pour faciliter l'accès de la population cible aux services de vaccination. Les cliniques impliquées sont dotées par le MS en quantités suffisantes de vaccins nécessaires. Ces derniers se sont engagés à administrer gratuitement ces vaccins tout en respectant le calendrier national. Un rapport périodique concernant les prestations réalisées est élaboré et transmis au PEV Central.

Pour couvrir les zones et les populations à risque, le PEV fait appel à plusieurs partenaires dont le UNHCR. Il s'agit de deux camps de réfugiés situés à Ali Sabieh: Ali Adde qui compte environ 1800 réfugiés et HollHoll environ 5000. Ces camps qui reçoivent des somaliens et des éthiopiens sont dotés de centres médicaux qui assurent la vaccination de routine et la vaccination lors des campagnes. Il faut ajouter à cela les nouveaux réfugiés du Yémen (environ 5000 personnes inscrites à Obock).

Certaines personnes interrogées apprécient beaucoup l'utilité de l'intégration des services de santé maternelle et infantile (PCIME) comme la vaccination, la nutrition, le paludisme.

Signalons que, tous les services de vaccination sont intégrés dans les activités de soins de santé primaires. A l'échelle locale, les ONG contribuent d'une part, aux activités de sensibilisation lors des campagnes de vaccination et d'autre part, à la surveillance épidémiologique des maladies à prévention vaccinale (recherche active des cas).

La mobilité de certaines populations tels que les migrants, les nomades, les clandestins et les déplacés a souvent entravé la prise en charge vaccinale des populations. L'identification des zones à haut risque a toujours constitué une préoccupation des responsables des Régions Sanitaires. Ils cherchent toujours à mieux planifier et mettre en œuvre des actions correctives adéquates et adaptées. La réalisation de ces actions, dans les délais raisonnables, nécessite un appui en termes de supports de communication, de moyens de transport et parfois l'implication des Forces Armées djiboutiennes.

Les maladies ciblées par le PEV à Djibouti sont: la tuberculose, la diphtérie, le tétanos maternel et néo-natal, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite virale B, les infections à Haemophilus influenzae type b, les diarrhées à rotavirus et les infections à pneumocoques. Pour les vaccinations de routine, les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes sont concernées. Le calendrier vaccinal du PEV Djibouti se présente comme suit :

Tableau 10: Calendrier vaccinal du PEV systématique Djibouti

Chez les enfants : 0-11 mois		Chez les femmes : 15-49 ans	
Naissance	BCG, VPO 0, HepB0	Premier contact ou le plus tôt possible lors de la grossesse	VAT1
6 semaines	DTC1-HepB1-Hib1, VPO1, Pneumo1, Rotarix1	4 semaines après VAT1	VAT2
10 semaines	DTC2-HepB2-Hib2, VPO2, Pneumo2, Rotarix2	6 mois après VAT 2 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT3

Chez les enfants : 0-11 mois		Chez les femmes : 15-49 ans	
14 semaines	DTC3-HepB3-Hib3, VPO3, Pneumo3, VPI	Un (1) an après VAT 3 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT4
6 mois	Vitamine A	Un (1) an après VAT 4 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT5
9 mois	Rougeole		
12 mois	Vitamine A		
15 mois	Rappel DTC, Polio, Rougeole		

a. Stratégies de vaccination

Pour atteindre les populations cibles, le PEV a adopté quatre stratégies complémentaires de vaccination à savoir :

- la stratégie fixe (70%),
- la stratégie avancée (10%),
- la stratégie mobile (20%) et
- l'organisation annuelle des activités de vaccination intensives (AVI) pour rattraper les retardataires ou éradiquer/éliminer certaines maladies.

b. Couverture vaccinale de routine

b1- Données administratives

Les couvertures vaccinales de Djibouti de 2011 à 2014 selon les données de routine se présentent comme suit :

Tableau 11: Couvertures vaccinales administratives de Djibouti de 2010 à 2015

ANTIGENE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BCG	90%	89%	ND	86%	94%	90%
VPO 1	90%	89%	ND	87%	90%	86%
VPO3	88%	87%	ND	82%	84%	78%
PENTA 1	90%	89%	ND	87%	90%	86%
PENTA 3	88%	87%	ND	82%	84%	78%
ROTA 1				-	-	86%
ROTA 2				-	--	82%
PNEUMO1				87%	90%	86%
PNEUMO3				82%	90%	78%
VAR 1	85%	84%	ND	80%	78%	70%
Enfant complètement vacciné	ND	ND	82	ND	ND	ND
VAT2+	69%	70%	ND	75%	60%	64%

Source : Rapports annuels JRF du PEV

Tableau 12: Répartition des activités de la vaccination au niveau des régions en 2014

Région	CMH/PS	BCG + POLIO 0	Penta 1+ Polio1+Pneu1	Rota virus 1	Penta 2+ Polio2+Pneu2	Rota virus 2	Penta 3+ Polio3+Pneu3	Rota virus 3	Rougeole	Vitamine A	Enfant complètement Vacciné (1er anniversaire)
Ali-Sabieh	CMH	484	711	354	520	316	511	272	469	469	469
	Holl-Holl	75	44	18	98	25	35	20	65	35	80
	Goubéto	39	29	18	96	14	30	16	34	36	33
	Ali-Addeh	80	46	27	239	23	30	16	34	17	34
	Assamo	46	44	30	121	26	24	9	41	28	30
	Dasbyo	30	25	9	120	9	32	11	30	24	32
	Guestir	25	33	24	114	20	21	15	25	45	25
	Total région	779	932	480	1308	433	683	359	698	654	703
Arta	CMH	75	131	93	128	80	117	69	132	123	132
	Wéah	77	99	54	119	68	114	65	89	89	78
	Chebelleh	4	9	7	18	12	20	11	13	5	8
	Damerjog	114	152	75	119	49	126	46	122	121	198
	Douda	36	65	12	68	12	61	7	64	64	64
	Pl 51	23	55	10	46	14	30	5	39	39	38
	Karta	1	4	0	4	0	0	0	4	1	7
	Equipe mobile	6	23	0	15	0	30	0	18	18	18
	Total région	336	538	251	517	235	498	203	481	460	543
Dikhâ	CMH	394	464	265	407	215	405	221	349	349	349
	Koutabouya	48	48	23	59	32	61	23	62	59	54
	Yoboki	55	31	14	32	11	24	12	14	8	8
	Galamo	37	30	18	32	20	37	22	27	27	21
	Gourabous	64	67	33	57	26	70	28	51	40	103
	Mouloud	48	99	39	90	35	85	33	62	62	73
	As-Eyla	162	142	67	123	47	129	39	122	85	106
	Sankal	107	116	102	73	63	92	78	71	47	86
	Total région	915	997	561	873	449	903	456	758	677	800
Obock	CMH	192	173	77	139	57	148	54	138	138	188
	Assassan	4	3	2	3	2	3	2	2	2	2
	Médého	8	13	8	9	3	7	4	8	8	7
	Dalay Af	6	9	4	7	7	10	7	2	2	2
	Khor-Angar	15	17	11	10	4	14	6	20	20	20
	Waddi	17	21	15	23	19	19	13	17	17	16
	Alaïli-dada	21	16	14	10	9	6	5	6	6	5
	Total région	263	252	131	201	101	207	91	193	193	240
Tadjourah	CMH	298	303	168	303	145	280	98	294	294	294
	Randa	45	102	56	91	47	89	36	50	50	33
	Adaïlou	55	62	37	55	30	57	36	52	37	52
	Dorra	48	41	23	36	23	44	31	42	44	49
	Assa Guella	29	22	19	21	13	29	21	33	33	33
	Ripta	0	0	0	5	1	4	1	1	1	1
	Sagallou	33	62	31	62	30	61	30	31	27	25
	Day	46	57	22	49	12	49	17	35	41	87
	Adoyla	8	14	9	16	14	32	24	16	16	11
	Guïrroi	26	19	6	18	3	19	3	15	15	19
	Balho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total région	588	682	371	656	318	664	297	569	558	604
Total région	2881	3401	1794	3555	1536	2955	1406	2699	2542	2890	

Tableau 13: Répartition des taux de couverture des activités de la vaccination au niveau national en 2014

Activités de vaccination selon la région sanitaire										
Région	BCG + POLIO 0	Penta 1+ Polio1+Pneu1	Rota virus 1	Penta 2+ Polio2+Pneu2	Rota virus 2	Penta 3+ Polio3+Pneu3	Rota virus 3	Rougeole	Vitamine A	Enfant complètement Vacciné (1er anniversaire)
Ali-Sabieh	779	932	480	1308	433	683	359	698	654	703
Arta	336	538	251	517	235	498	203	481	460	543
Dikhil	915	997	561	873	449	903	456	758	677	800
Obock	263	252	131	201	101	207	91	193	193	240
Tadjourah	588	682	371	656	318	664	297	569	558	604
Djibouti ville	11856	11034	4893	11789	4309	11684	3744	9547	8309	6513
Ensemble	14737	14435	6687	15344	5845	14639	5150	12246	10851	9403
Taux de couverture vaccinale										
Région	BCG + POLIO 0	Penta 1+ Polio1+Pneu1	Rota virus 1	Penta 2+ Polio2+Pneu2	Rota virus 2	Penta 3+ Polio3+Pneu3	Rota virus 3	Rougeole	Vitamine A	Enfant complètement Vacciné (1er anniversaire)
Ali-Sabieh	33,92	40,58	20,90	56,95	18,85	29,74	15,63	30,39	28,48	30,61
Arta	30,04	48,10	22,44	46,22	21,01	44,53	18,15	43,01	41,13	48,55
Dikhil	38,95	42,44	23,88	37,17	19,11	38,44	19,41	32,27	28,82	34,06
Obock	26,32	25,22	13,11	20,12	10,11	20,72	9,11	19,32	19,32	24,02
Tadjourah	25,68	29,79	16,21	28,65	13,89	29,00	12,97	24,85	24,37	26,38
Djibouti ville	90,94	84,64	37,53	90,43	33,05	89,62	28,72	73,23	63,73	49,96
Ensemble du pays	66,72	65,35	30,27	69,46	26,46	66,27	23,31	55,44	49,12	42,57

Source : Annuaire statistique 2014

L'analyse de la situation du PEV de routine de 2010–2014 montre une évolution en dents de scie de la couverture vaccinale administrative des différents antigènes ne permettant pas ainsi d'atteindre les objectifs fixés (95% au niveau national).

Demande de la vaccination

Les niveaux des taux de déperdition mettent en évidence l'ampleur de la tendance à la baisse des taux de couverture vaccinale des enfants : il y a un relâchement dans le suivi du calendrier vaccinal des enfants qui s'accroît considérablement au fil du temps dans tous les districts sanitaires et dans tous les milieux de résidence.

Les plus forts taux de déperdition entre le Penta1 et le Penta3, au-dessus de 10%, sont obtenus à Obock (14,5%), Arta (17,8%) et dans le milieu rural (12,9%). Les taux de déperdition entre le Penta1 et le vaccin anti-rougeoleux ont un niveau au-dessus de 10% dans tous les districts sanitaires et dans tous les milieux de résidence sauf à Ali Sabieh où le taux est de 6,7%. Là aussi les plus forts taux sont enregistrés à Obock (25,0%), à Arta (26,0%) et dans le milieu rural (20,5%). Les taux de déperdition sont élevés entre le Penta3 et le vaccin anti-rougeoleux. Ces chiffres qui

peuvent être qualifiés d’alarmants en matière de vaccination obligatoire des enfants, appellent à trouver dès maintenant une réponse énergique pratique et durable pour assurer une très large couverture vaccinale à tous les enfants et pour tous les antigènes. Les raisons évoquées par la population peuvent aider à mettre en place une riposte stratégique dans ce sens.

Tableau 14: Evolution des taux d’abandon de 2010 à 2014

ABANDON	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux abandon spécifique Penta1/Penta3						
Taux abandon global (BCG-VAR)						

Équité de la vaccination

Malgré les couvertures vaccinales DTC3 globalement bonnes pour l’ensemble du pays et par région, l’accès équitable à la vaccination est remis en question par l’existence de régions qui n’ont pas atteint 80% de couverture vaccinale DTC3.

Selon des documents examinés, il existe une instabilité de la couverture vaccinale avec des disparités entre Djibouti Ville/Balbala et les régions sanitaires d’une part, et entre le milieu urbain des régions sanitaires et leurs zones rurales difficiles d’accès, d’autre part.

Tableau 15: Performance des régions de 2010 à 2014 (Penta3).

Années	Performance des régions		
	CV moins de 50%	CV de 50 à 79%	CV de 80 % et Plus
2010	0	2	4
2011	0	1	5
2012	0	ND	ND
2013	0	3	3
2014	0	5	2

Sources : Rapport JRF du PEV

Introduction des nouveaux vaccins

Le calendrier national de vaccination de Djibouti s’est enrichi ces dernières années par l’introduction de plusieurs antigènes: Vaccin anti-HepB, Vaccin anti-Hib en 2007, anti-pneumococcique (PCV-13) en 2012, anti-rotavirus en 2014, le Vaccin antipoliomyélique inactivé le 16 Avril 2016. Il s’agit d’une grande décision politique suite aux recommandations de l’OMS et l’avis du comité technique et de l’ICC. Les fonds nécessaires à l’acquisition de ces vaccins sont disponibles grâce à une collaboration exemplaire et un mécanisme stable de cofinancement par MS/GAVI/UNICEF.

Après une introduction du nouveau vaccin antipoliomyélique inactivé dans son programme de vaccination de routine, le pays a le 26 avril 2016, à l’instar des autres pays de la sous-région et de l’Afrique, remplacé le vaccin anti-poliomyélique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) pour réduire les risques d’apparition d’épidémie de poliomyélite due à la souche 2 du VPOt et renforcer l’immunité des enfants contre les trois types de poliovirus sauvageLe pays a officiellement validé le switch du VPOt au VPOb le 3 Mai 2016 et transmis les rapports à l’OMS.

L'introduction de nouveaux vaccins est toujours précédée par la formation à tous les niveaux, la mobilisation sociale, la mise à jour des outils de gestion (base de données, registre, carte de vaccination, fiches de stock, fiches de pointage, etc.) et l'inventaire de la CDF.

b2- Données d'enquête de couverture vaccinale

Selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2014, la couverture vaccinale par antigène a connu une amélioration entre 2008 et 2014 (dates des deux dernières enquêtes de couverture vaccinale). A cet effet, entre les deux enquêtes, la couverture vaccinale complète a progressé de 72,9% à 82,7% à l'échelle nationale.

Tableau 16: Principaux résultats nationaux de l'enquête de couverture vaccinale de 2014

Cibles	Antigènes	Couverture vaccinale (%)	
		0 - 11 mois	12 - 23 mois
Enfants	BCG/Polio	99,5	99,4
	Penta1/Polio1	93,0	97,5
	Penta2/Polio2	86,1	95,0
	Penta3/Polio3	78,0	90,7
	Anti-rougeole	71,2	83,1
	Complètement vacciné	-	82,7
Femmes en âge de procréer	VAT 2 et plus	58,7	

Source : Enquête de CV/2014.

Tableau 17: Couverture vaccinale des enfants de 0 - 11 mois (en %) par antigène selon le district sanitaire et le milieu de résidence.

ECV 2014	BCG/Polio	Penta1/Polio1	Penta2/Polio2	Penta3/Polio3	Anti Rougeole
District Sanitaire					
Djibouti ville	100,0	92,7	87,9	80,9	73,7
Balbala	100,0	94,0	88,3	81,7	72,4
Ali Sabieh	98,6	92,6	82,8	75,2	75,7
Dikhil	100,0	92,7	81,3	73,7	65,9
Tadjourah	98,1	90,7	86,1	75,8	72,3
Obock	93,4	89,4	72,8	52,6	45,1
Arta	97,2	92,7	79,0	64,4	61,7
Milieu de résidence					
Urbain Djibouti ville	100,0	93,5	88,3	81,6	72,2
Urbain : Autres	98,8	94,8	86,6	78,2	79,0
Rural	97,6	89,5	77,2	64,2	59,0
Ensemble	99,5	93,0	86,1	78,0	71,2

Tableau 18: Couverture vaccinale des enfants de 12 - 23 mois (en%) par antigène selon le district sanitaire et le milieu de résidence.

ECV 2014	BCG/Polio0	Penta1/Polio1	Penta2/Polio2	Penta3/Polio3	Anti Rougeole	Rappel1 DTC
District Sanitaire						
Djibouti ville	99,4	97,1	95,4	91,7	80,1	46,7
Balbala	100,0	98,5	96,5	92,3	85,8	57,1
Ali Sabieh	99,0	92,8	89,0	88,4	86,8	58,3
Dikhil	100,0	98,5	95,7	91,8	84,6	33,3
Tadjourah	98,4	97,8	94,2	88,6	84,6	51,5
Obock	94,3	90,5	86,9	77,4	67,8	32,2
Arta	96,8	95,1	85,6	78,1	70,3	54,0
Milieu de résidence						
Urbain Djibouti V	99,8	98,1	96,2	92,2	84,1	53,6
Urbain : Autres	99,0	96,7	93,0	89,6	85,2	55,6
Rural	97,3	94,4	88,9	82,2	75,1	38,3
Sexe						
Masculin	99,5	97,7	95,8	91,2	82,9	50,4
Féminin	99,4	97,3	94,1	90,2	83,4	54,5
Ensemble	99,4	97,5	95,0	90,7	83,1	52,2

b3- Raisons de non vaccination des enfants selon l'enquête de couverture vaccinale

Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2014, les raisons de la vaccination incomplète et de non vaccination des enfants les plus fréquemment évoquées sont les mêmes dans les deux cas à des degrés divers. Ces principales raisons doivent guider la formulation des stratégies de réponses à donner aux problèmes de l'insuffisance de la couverture vaccinale. Les raisons fréquemment évoquées sont les suivantes :

* **lieu de vaccination trop éloigné** : cette raison est évoquée principalement en milieu rural avec 77,2% de cas de non vaccination et 49,9% de cas de vaccination incomplète. La même raison est accessoirement évoquée à Djibouti ville (9,8%) dans le cas de la vaccination incomplète. Ce problème se traduit généralement par une insuffisance de la couverture sanitaire et/ou l'enclavement de certaines zones ;

* **Vaccin(s) non disponible(s)** : l'indisponibilité des vaccins est évoquée pour justifier la non vaccination et vaccination incomplète aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural avec des pourcentages plus élevés dans ce dernier milieu : 12,5% (autres urbains) versus 26,5% (milieu rural) pour la non vaccination et 16,8% (Djibouti ville) versus 23,3% (milieu rural) ;

* **Absence de vaccinateur** : tout comme pour l'éloignement du lieu de vaccination, l'absence de vaccinateur est évoquée surtout en milieu rural avec 30,9% de cas de vaccination incomplète et 19,9% de cas de non vaccination ;

* **Ignore la nécessité d'être vacciné** : cette raison est fréquemment dans le cas de non vaccination dans tous les milieux : 36,0% à Djibouti ville, 33,3% dans les autres milieux urbains et 38,4% dans le milieu rural. Elle est évoquée également dans le cas de vaccination incomplète dans d'autres milieux urbains (13,6%) et dans le milieu rural (26,0%). On conviendra que l'existence de cette raison relève plutôt du manque ou de l'insuffisance de sensibilisation et de communication ;

* **Peur des effets secondaires** : ce problème concerne surtout le milieu urbain dans le cas de non vaccination avec 46,8% à Djibouti ville et 20,8% dans les autres urbains ;

* **Parents trop occupés / refus par principe** : l'indisponibilité des parents ou leurs refus de vacciner les enfants, évoqués fréquemment dans tous les milieux surtout pour les cas de

vaccination incomplète, semblent être l'expression même du relâchement dans le suivi du calendrier vaccinal des enfants. Dans ce cas de figure le message « *la vaccination est un droit de l'enfant et un devoir des parents* » peut ne pas avoir été bien passé. Ces deux raisons font également partie des raisons de la non vaccination.

* **Problème de famille/ maladie de la mère/ maladie de l'enfant** : ces raisons sont fortement évoquées en milieu urbain pour expliquer des cas de vaccination incomplète des enfants.

b3- Estimation OMS-UNICEF des couvertures vaccinales 2015 de Djibouti

Tableau 19: Estimation OMS-UNICEF des couvertures vaccinales 2015 de Djibouti

Antigènes	Couverture Vaccinale 2015
BCG	92%
HeptB0	92%
Penta 3	84%
VPO3	84%
PCV 13	82%
VAR1	74%
VAR2	82%
Rota1	86%

IV.1.1.1. Approvisionnement et qualité des antigènes et consommables

L'approvisionnement du PEV en vaccins et intrants secs se fait à travers l'UNICEF à l'aide de l'outil de prévision de l'UNICEF (Forecast). L'achat des vaccins et matériels d'injection reçoit aussi une participation de l'Etat à travers une ligne budgétaire créée à cet effet par le Gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale en Afrique.

Le pays bénéficie du soutien de GAVI pour l'approvisionnement en nouveaux vaccins :

- 2012, vaccin antipneumococcique PCV-13, le vaccin contre les diarrhées à Rotavirus,
- 2016, vaccin antipoliomyélitique inactivé

Le pays bénéficie également de l'appui de l'UNICEF pour l'achat et l'approvisionnement des vaccins antipoliomyélitique, antitétanique et antirougeoleux utilisés lors des activités de vaccinations supplémentaires.

a. Approvisionnement des vaccins /consommables

La chaîne d'approvisionnement des vaccins et consommables comprend trois niveaux : central, district et Poste de santé.

- **Niveau central**

L'approvisionnement est basé sur les commandes établies par le PEV en termes de types de vaccins, de quantité et de délais d'acquisition. Ces vaccins portent automatiquement une PCV (Pastille de Contrôle du Vaccin). Le PEV est approvisionné par l'Unicef selon les besoins exprimés de façon semestrielle.

- **Niveau district**

Les districts reçoivent les vaccins du niveau central à une fréquence de collectes/livraisons par an. Les consommables (seringues, boîtes de sécurité, etc.) sont fournis par le niveau central au même moment que les vaccins.

- **Niveau prestation des services**

Les points de prestation de services (centre de santé) s'approvisionnent en vaccin à partir des dépôts de districts en raison de 12 livraisons/collectes par an. Il arrive des fois que certains postes, pour diverses raisons, s'approvisionnent deux fois par mois. Les consommables (seringues, boîtes de sécurité, etc.) sont fournis par le niveau district de façon mensuelle.

b. Chaîne du froid

Les équipements de la chaîne du froid utilisés sont homologués. Grâce au soutien des partenaires, le PEV mobilise toute la logistique de chaîne du froid nécessaire pour couvrir tout le territoire national. Cependant, il existe des appareils en panne et qui doivent être réparés ou remplacés surtout dans les postes de santé des régions sanitaires de l'intérieur. Ces défaillances engendrent des perturbations dans l'organisation des séances de vaccination et par conséquent le non-respect du calendrier de vaccination national.

A l'échelle Centrale

Le PEV ne dispose pas de lignes directrices nationales relatives à la gestion de la chaîne du froid. Le stockage des vaccins est réalisé dans deux dépôts à Einguella et Balbala :

- * **Premier dépôt à Einguella** : il existe une chambre négative (9 m³) et une chambre positive (12 m³), 13 congélateurs dont 3 sont réservés au stockage du VPO et 3 pour la conservation des briquettes, 7 réfrigérateurs sont réservés à la conservation des autres antigènes et environ 200 portes-vaccins sont utilisés par les équipes de vaccination lors des campagnes.
- * **Deuxième dépôt à Balbala PK12** : il existe une chambre froide négative (15 m³) et une chambre froide positive de 25 m³.

Les deux dépôts de vaccins à Engueila et Balbala sont dotés chacun d'un groupe électrogène. Par contre, ils ne disposent pas de système d'alarme automatique et le PEV n'a pas mis en place un plan d'urgence.

La maintenance préventive et curative de la chaîne du froid reste le point le plus vulnérable du PEV. Les arrivages des vaccins à travers l'aéroport de Djibouti sont accompagnés de toute la documentation nécessaire (rapports). Une évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) a été réalisée en 2014 et un suivi a été réalisé en 2015 et en 2016 lors de la revue externe.

A l'échelle Régionale

A Djibouti ville, tous les Centres de Santé Communautaires (CSC) sont dotés de réfrigérateurs électriques.

Les régions sanitaires d'Ali Sabieh, Dikhil, Arta, Tadjourah et Obock disposent, au niveau des CMH, d'une chaîne du froid permettant la conservation des stocks de vaccins à leur niveau. Cependant, lors des campagnes nationales de vaccination, cette chaîne de froid devient insuffisante pour permettre une conservation adéquate de ces vaccins.

A l'échelle Poste de santé

Les postes de santé disposent de réfrigérateur. La majorité des postes de santé sont équipés de réfrigérateurs solaires. Il est solaire quand on se retrouve en zone rurale et électrique quand le centre est en ville (les centres de santé de Djibouti ville).

Cependant, les pannes sont très fréquentes à ce niveau. Le manque d'une maintenance préventive et curative pose un problème de taille.

c. Inventaire de la chaîne du froid

L'inventaire des équipements de la CDF est réalisé tous les ans au niveau national. Le dernier inventaire date de 2015. Une mise à jour nationale et régionale est prévue cette année avec le concours de l'Unicef qui a recruté un consultant à cet effet. Ceci permettra d'élaborer un plan de renouvellement des équipements par niveau en fonction des besoins en capacité de stockage pour les prochaines années.

Tableau 20: Pourcentage de districts avec un nombre suffisant de matériel frigorifique homologué et fonctionnel

N°	Les régions	2015
1	• Niveau du dépôt central d'Einguela: 3 appareils de réfrigération en panne sur 13	99.7%
2	• Niveau de Djibouti Ville/Balbala: pas de problème de chaîne de froid	100%
3	• Niveau du District Obock: 1/6 appareils en panne	90%
4	• Niveau du District Ali Sabieh: 3/6 appareils en panne	50%
5	• Niveau du District Dikhil: 2/7 appareils en panne	73%
6	• Niveau du District Arta: 1/5 appareils en panne	80%
7	Niveau du District Tadjourah: 3/10 appareils en panne	70%

L'exploitation des données de la dernière mission de supervision de la chaîne de froid à l'échelle régionale (janvier 2016) a permis de relever que 10/34 postes de santé souffrent de panne des réfrigérateurs (soit 30%) entraînant par conséquent une interruption des activités de vaccination dans ces localités.

d. Estimation des besoins en vaccins et consommables

Au niveau central, l'estimation des besoins se fait à l'aide de l'outil de prévision de l'UNICEF appelé forecast. Dans cet outil, figure en même temps les périodes d'approvisionnement, les sources de financement. Le calcul des estimations des besoins des vaccins se fait en fonction de la population cible, l'objectif de couverture, le nombre des doses et le facteur de perte.

Au niveau des districts et postes de santé, l'estimation des besoins se fait par rapport à la population cible par les points focaux PEV.

e. Gestion des besoins en vaccins et consommables

Il n'y a pas de lignes directrices pour la gestion des vaccins élaborées et partagées avec les structures concernées (centres de santé communautaires, postes de santé, secteur privé). La

gestion des vaccins et des matériels de vaccination est assurée de façon manuelle. Les besoins en vaccins sont exprimés tous les mois et les pertes ne sont rapportées que rarement.

Selon la revue externe du PEV de 2014, tous les centres visités disposent de fiches de stocks des vaccins le plus souvent bien entretenues (n° des lots, dates de péremption, quantité disponible). Ces centres reçoivent une dotation mensuelle des vaccins à partir des Dépôts centraux ou des CMH et ce, à la suite d'une commande officielle et signée. Cette commande est réalisée sur un carnet à souche.

Selon des responsables du PEV Central, depuis octobre 2015, aucune rupture de stock en vaccins n'a été signalée et aucun vaccin périmé n'a été trouvé. Une seule région a déclaré avoir eu une rupture de stock en VAT (courte période).

Cependant, le calcul des pertes fait défaut à tous les niveaux d'intervention.

f. Sécurité de la vaccination

Tous les vaccins du pays sont achetés à travers l'Unicef à Copenhague, préqualifiés par l'OMS et donc leur qualité est irréprochable. Les vaccins sont conservés dans des équipements de froid répondant aux normes de conservation des vaccins (respect de la température, respect des conditions de transport, respect des conditions d'administration des vaccins etc ...)

La vaccination se fait avec les seringues autobloquantes dans tous les postes de santé de Djibouti.

Aucun document de Politique Nationale de sécurité des injections n'est encore disponible.

g. Gestion Efficace des Vaccins (GEV)

1. Evaluation de la GEV en 2014

Les résultats obtenus suite à l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux du système de santé se présentent comme suit :

Tableau 21: Résultats de l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement du PEV de Djibouti en 2014

Critères de la GEV	Cible	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement		
		National	Région	PS
E1: Procédures d'arrivée et réception des vaccins	80%	69%		
E2: Température de stockage des vaccins	80%	52%	57%	40%
E3: Capacités de stockage	80%	95%	86%	59%
E4: Bâtiments, Equipements, Transport	80%	66%	70%	82%
E5: Maintenance	80%	66%	61%	53%
E6: Gestion des stocks	80%	45%	17%	13%
E7: Distribution	80%	53%	24%	29%
E8: Gestion des vaccins	80%	86%	50%	61%
E9: Système d'information et fonction d'appui à la gestion	80%	56%	11%	
Catégories de la GEV				
Bâtiments	80%	84%	86%	98%
Capacité	80%	100%	100%	74%
Equipements	80%	59%	60%	78%

Critères de la GEV	Cible	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement		
		National	Région	PS
Management	80%	52%	18%	18%
Réparation/Maintenance	80%	66%	61%	53%
Formation	80%	83%	73%	69%
Véhicule	80%	58%	0%	

Tableau 22 : Ecarts et gains obtenus entre GEV 2011 et GEV 2014

Niveau	Année	<i>Réceptif Vaccins</i> / <i>Température</i> / <i>Capacité</i> / <i>BET*</i> / <i>Main tenance</i> / <i>Gestion Stocks</i> / <i>Distribution</i> / <i>Gestion Vaccins</i> / <i>SIG & Appui</i> / <i>Batiments</i> / <i>Capacité</i> / <i>Equipements</i> / <i>Gestion</i> / <i>Main tenance</i> / <i>Formation</i> / <i>Véhicule</i>																
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	
Central	2011	54%	52%	89%	75%	61%	54%	61%	39%	41%	95%	100%	72%	44%	61%	89%	17%	
	2014	69%	52%	95%	66%	66%	45%	53%	86%	56%	84%	100%	59%	52%	66%	83%	58%	
	Ecart	15%	0%	6%	-9%	5%	-9%	-8%	47%	15%	-11%	0%	-13%	8%	5%	-6%	41%	
Régional	2011		94%	70%	51%	49%	63%	57%	50%	16%	84%	80%	46%	54%	49%	79%	33%	
	2014		57%	86%	70%	61%	17%	24%	50%	11%	86%	100%	60%	18%	61%	73%	0%	
	Ecart		-37%	16%	19%	12%	-46%	-33%	0%	-5%	2%	20%	14%	-36%	12%	-6%	-33%	
Poste Santé	2011		66%	67%	70%	61%	54%	63%	74%		69%	78%	71%	53%	61%	83%		
	2014		40%	59%	82%	53%	13%	29%	61%		98%	74%	78%	18%	53%	69%	0%	
	Ecart		-26%	-8%	12%	-8%	-41%	-34%	-13%		29%	-4%	7%	-35%	-8%	-14%	0%	
*BET:	Bâtiments, Equipement & Transport																	



Graphique 1 : Evolution des scores des critères et catégorie GEV 2011 et GEV 2014

Entre 2011 et 2014 des efforts ont été consentis. Ses efforts restent encore insuffisants pour une bonne gestion du PEV.

2. Recommandations générales de la GEV de 2014

Pour l'atteinte des objectifs de la GEV, il est nécessaire, en plus de la mise en œuvre du plan d'amélioration, de suivre certaines recommandations qui certes demandent de ressources financières mais pour l'essentiel constituent des réflexes et des conduites à avoir dans le travail pour une gestion efficace des vaccins et du système de vaccination. Il s'agit de :

a. Au ministère de la Santé

Formation

- Assurer une formation et/ou un recyclage en gestion du PEV au personnel en charge de la gestion des vaccins et consommables à tous les niveaux (température de stockage, stocks critiques, monitoring des taux de perte, conditionnement des accumulateurs, test d'agitation etc.) ;
- Assurer la formation/recyclage du personnel en charge de la gestion des vaccins et consommables (niveau central et régional) sur les outils informatiques de gestion et monitoring des vaccins et consommables (SMT et DVD-MT);
- Assurer des supervisions formatives régulières de qualité à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

Equiper de CDF, Transport et Maintenance

- Equiper les chambres froides et les réfrigérateurs de tout le pays d'enregistreurs continus de température ;
- Faire un inventaire physique et exhaustif de la CDF et de la logistique à tous les niveaux ;
- Réaliser et actualiser au moins une fois par an l'inventaire exhaustif des équipements de CDF et de matériel roulant et élaborer un plan de réhabilitation;
- Remplacer les équipements de CDF non homologués au niveau des dépôts régionaux et postes de santé.
- Doter les dépôts régionaux et de districts en matériel informatique pour la gestion et le monitoring informatisés des stocks et données de vaccination (SMT, DVD-MT) ;
- Doter le dépôt central et les dépôts régionaux en extincteurs d'incendie et les faire tester régulièrement une fois par an ;
- Mettre en place l'utilisation des indicateurs de congélation lors du transport des vaccins à tous les niveaux.

Elaboration de documents techniques

- Réviser les outils de gestion des stocks pour prendre en compte les éléments manquants (exemple : les stocks critiques, les pertes, etc.) ;
- Elaborer et/ou mettre à disposition des agents aux différents niveaux des PON (test d'agitation, élimination des vaccins périmés, transport des vaccins, stockage des vaccins en cas d'urgence, etc.) ;
- Elaborer un canevas de plan de maintenance préventive et le mettre à la disposition des régions et postes de santé pour adaptation et adoption ;
- Rédiger une directive nationale en matière de choix d'accumulateur de froid conditionné ou à eau refroidie.

b. Aux partenaires techniques et financiers

- Accompagner le Ministère de la santé dans la mise en œuvre et le suivi des recommandations issues de l'évaluation.
- Appuyer la mise en place d'un consultant technique pour au moins trois (03) pour la mise en place d'un système de gestion efficace du PEV

IV.1.1.2. Logistique

A. Transport

La coordination du PEV dispose d'un véhicule 4x4 pour les activités du programme. Le transport des consommables du niveau central vers les régions est assuré par un camion. Les régions viennent s'approvisionner en vaccin au niveau central avec leur véhicule.

B. Maintenance

Une politique de maintenance préventive et curative n'existe pas encore pour les appareils de chaîne du froid. Un appui technique de l'Unicef en cours permettra d'élaborer un document adéquat.

C. Gestion des déchets

Il n'y a pas de lignes directrices pour l'élimination des déchets.

Pour supprimer tout risque de contamination (VIH, hépatites, etc.), l'usage exclusif des seringues autobloquantes est de règle pour l'administration du vaccin lors des séances de vaccination.

En zone urbaine (Djibouti), toutes les seringues usagées sont collectées dans les boîtes de sécurité et transportées par des camions vers les CMH pour être ensuite incinérées à Djibouti ville.

Dans les zones rurales, tous les postes de santé disposent chacun d'un incinérateur fonctionnel.

IV.1.1.3. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV

Toutes les maladies évitables par la vaccination (PEV) bénéficient d'une surveillance épidémiologique à l'échelle nationale.

Tableau 23: Fréquence de notification des maladies du PEV sous surveillance

Maladies	Fréquence des notifications	Structures responsables
Poliomyélite / PFA	Déclaration immédiate Rapports hebdomadaires	PEV et INSPD
Rougeole	Déclaration immédiate Rapports hebdomadaires	PEV et INSPD
Tétanos	Rapport mensuel	INSPD
Hépatite virale B	Rapport mensuel	INSPD
Méningite	Rapport hebdomadaire	INSPD

L'INSPD a élaboré et diffusé des lignes directrices intégrées relatives à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire y compris les maladies à prévention vaccinale. Ces lignes directrices concernent les conseils sur le flux de l'information, le mécanisme de notification, la fréquence de notification, les définitions de cas standard, les formulaires d'investigation des cas standards et les formulaires de notification standard.

L'INSPD dispose d'une équipe composée de cinq professionnels de santé pour la surveillance clinique et huit professionnels de santé pour la surveillance au laboratoire.

Une importance capitale est accordée aux PFA et à la rougeole dans cette surveillance.

Malgré les problèmes liés à la coordination, le contact reste ouvert entre le PEV et l'INSPD et ce, à travers des réunions formelles, la notification régulière des données et l'accès à la base de données.

La déclaration des maladies cibles du PEV est obligatoire. Il s'agit de la poliomyélite, la rougeole, le tétanos néonatal, le rotavirus, la diphtérie, la coqueluche. Ce système est appliqué pour le secteur de la santé publique. Selon les responsables de l'INSP, cette surveillance est agrégée, elle utilise des listes descriptives des maladies, des cas confirmés en laboratoire et enfin à travers des

sites sentinelles. Il est à noter que pour la surveillance des PFA, il existe un logiciel (PEV) qui permet de suivre les cas déclarés avec plusieurs intervenants (MS/PEV - OMS).

Pour renforcer la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire l'INSPD en collaboration avec l'OMS a lancé récemment une formation des professionnels de santé concernés et a distribué des tablettes pour la collecte et la transmission électronique immédiate des informations concernant cette surveillance.

La rétro-information est assurée à travers un bulletin, des lettres officielles et des réunions programmées à cet effet. De même, le partage de l'information se fait avec les cliniques privées, les médecins du secteur privé, les assurances maladie, les hôpitaux, les établissements militaires et les établissements des ONG. Aussi, les indicateurs de qualité ont été mis en place par l'INSPD.

L'évaluation de ce système de surveillance est assurée à travers des indicateurs de qualité du système de surveillance, la validation des données, l'examen de la surveillance et les réunions d'examen. Ce système a été évalué en 2014.

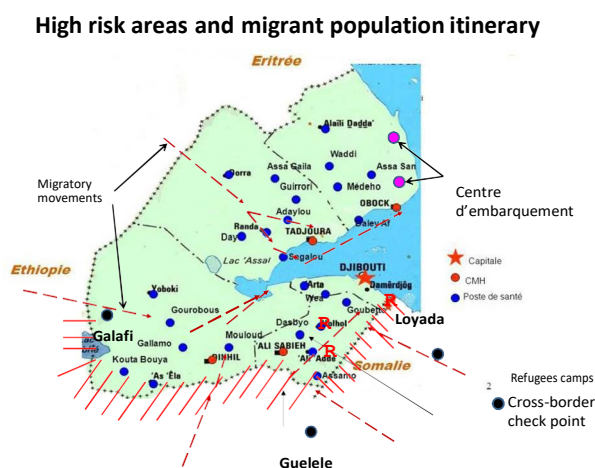


Figure 9: Zones à risque élevé et itinéraire des populations migrantes

Il s'agit des zones montagneuses et frontalières surtout dans les districts de Tadjourah (Nord de Balho et Siyarou), Obock (Adgueno, Dadato et Moussa Ali) et Dikhil (Gagade et Daka).

1. Surveillance de la Poliomyélite par les paralysies flasques aiguës (PFA)

La surveillance active des PFA est faite de façon régulière (hebdomadaire) par l'examen rétrospectif des registres de consultations des services de pédiatrie, des centres de rééducation physique et des services d'accueil (Aiguillage) des hôpitaux nationaux, centres hospitaliers régionaux et hôpitaux de districts et les formations sanitaires privées. Les cas de PFA peuvent se trouver aussi dans les autres structures ciblées telles que chez les tradi-praticiens, chez les marabouts et au niveau des points de distribution des denrées alimentaires.

Les indicateurs de surveillance des PFA ont évolué à la baisse depuis 2013. Le taux de PFA non polio est passé de 2,4 en 2013, à 1,7 en 2014 et à 1 en 2015 pour un objectif de 2 cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans. Le pourcentage d'échantillons de selles adéquates a diminué passant

de 85% en 2013 à 66,7% en 2014 et 2015. 83,3% des districts sont silencieux pour la surveillance des PFA. Aucun district n'a atteint les objectifs des deux indicateurs clés de la surveillance PFA en 2014 et 2015.

Tableau 24: Indicateurs de performance de la surveillance des PFA par région de en 2015

Année	Population Cible	Nbre PFA	PFA. NP	Echant adéquats	Complétude rapports	Suivi 60J	Classifi des cas	Couv. Vacc
2001	246,903	1	0.40	100%	43.74		1	48.92%
2002	254,311	0	0	0	64.00		0	66.28 %
2003	261,940	2	0.76	100%	87,68		1	66.28 %
2004	269,798	2	0.74	0%	60,62		2	52,16%
2005	277,656	2	0.72	100%	60.62			
2006	286,273	2	0.71	50%	81,35		2	56%
2007	293,372	3	1.03	100%	66.3			88,3
2008	301,230	6	2	50%	85.5		3	89%
2009	243902	6	2.4	66.7%	52%		2	89%
2010	286356	3	1.05	33.3%	80%		1	
2011	296631	6	2.03	66.7%	80%			
2012	305530	6	1.96	50%	94.6%		3	
2013	309726	7	2.4	85%	100%		1	82%
2014	313922	3	1	66.7	100%	100%	1	84%
2015	318.120	3	1	66.7	100%	100%	1	80%

Le taux de PFA non poliomyélite n'a atteint un niveau satisfaisant qu'en 2008, 2009, 2011, 2012, 2013 et 2014. Depuis 2008, la qualité des échantillons des selles pose un problème (varie entre 33% et 67%), et ce, à cause d'une part, du retard du dépistage et de l'investigation des cas et/ou d'autre part, au recueil des échantillons après le 14ème jour de la paralysie.

2. Surveillance du tétanos maternel et néonatal

La surveillance du TNN n'est pas encore effective à Djibouti.

3. Surveillance de la rougeole

La surveillance cas par cas de la rougeole n'est pas réalisée à Djibouti. La morbidité et la mortalité liées à cette maladie a nécessité une campagne contre la rougeole en 2015.

La carte ci-dessous illustre la situation des épidémies de rougeole dans les districts sanitaires

Tableau 25: Situation épidémiologique de la rougeole durant les sept dernières années.

Années	Nombre cas suspects	Nombre cas testés	Nombre cas + Laboratoire
2009	48	48	32
2010	07	05	00
2011	44	23	-
2012	709	32	16
2013	20	07	04
2014	14	07	05
2015	140	61	47

4. Surveillance des Manifestations Adverse Post Immunisation (MAPI)

Le PEV est en principe chargé de la déclaration, l'investigation et la prise en charge des cas de MAPI. La gestion de ces MAPI n'a jamais bénéficié de lignes directrices pour orienter les professionnels de santé dans l'identification et la déclaration des cas constatés. De même, il n'y a pas de comité national chargé de l'examen et de la classification des cas de MAPI.

Selon les responsables du PEV, aucun cas de MAPI n'a été déclaré depuis une année par les structures de santé.

Les régions sanitaires ne disposent ni de lignes directrices concernant la gestion des MAPI ni d'un comité d'examen de ces derniers. Aussi, aucun cas de MAPI n'a été déclaré à ce niveau.

Le besoin en termes de supports didactiques, éducatifs et de formation est manifeste.

Il y a toujours des professionnels de santé qui sont victimes des piqûres d'aiguilles lors de la préparation des vaccins. Les responsables de ces centres n'ont aucune connaissance sur l'existence d'un système national de notification des MAPI et de la disponibilité des lignes directrices les concernant. De plus, aucun support n'est mis en place pour notifier ces MAPI.

5. Laboratoire

Les laboratoires jouent également un rôle très important dans la détection des épidémies par l'analyse rapide des échantillons de prélèvements de cas mis à leur disposition. Ainsi, pour les premiers cas suspects infraliminaires au seuil épidémique des prélèvements sont systématiquement effectués pour la confirmation biologique des cas. Dans les activités du PEV, le laboratoire n'intervient à Djibouti que dans la surveillance de la rougeole. Les prélèvements de selles de PFA sont acheminés à Nairobi à KEMRI – laboratoire de référence régional pour les analyses sur la recherche de poliovirus dans les selles.

IV.1.1.4. Communication

a. Niveau central

Selon la revue externe du PEV, le PEV Central dispose d'un point focal pour la communication. Ce dernier n'a jamais bénéficié d'une formation spécifique.

Un plan de communication annuel concernant la promotion de la vaccination a été élaboré et mis en œuvre par la Direction de la Promotion de la santé (DPS) (PA 2012/2015). Le programme, qui constitue une partie prenante de cette composante, ne dispose pas d'une copie de ce plan et par conséquent reste non informé des activités programmées et leurs sources de financement. Le degré d'exécution de ce plan a été estimé à 25% par la Direction de la Promotion de la Santé.

En 2012, le Ministère de la santé a élaboré avec l'appui d'un consultant international, une stratégie de communication pour l'introduction des nouveaux vaccins. C'est sur la base de cette stratégie que découle toutes les activités de la communication, de la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement. Ce plan a été mis en œuvre à chaque introduction des nouveaux vaccins au niveau pays.

En effet, les différentes stratégies de communication ont été utilisées pour informer et mobiliser la population. Il s'agit de : plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement et social et le partenariat avec le secteur public et privé.

L'introduction du vaccin Rota en 2014 a été marquée par l'organisation d'une cérémonie officielle présidée par Mr. le Ministre de la Santé et la participation de toutes les parties prenantes. Au cours de l'année 2015, le Ministère de la Santé a conduit une campagne de vaccination, en deux phases, contre la poliomyélite (enfants de moins de 5 ans) et la rougeole (les enfants de 9 mois à 15 ans). Cet événement a bénéficié d'une large couverture médiatique et ce, à travers la radio, la télévision, la participation des mobilisatrices, des agents de santé communautaires et les relais communautaires. A ce titre, plusieurs supports ont été produits et distribués à l'échelle nationale tels que les affiches, les T-shirts, les casquettes, les banderoles. Il est à noter que quelques cas de refus à la vaccination sont observés à travers le pays. Toutefois, la population accepte d'une manière générale la vaccination.

En 2014, le Ministère de la Santé avec l'appui l'UNICEF a élaboré une stratégie de communication pour le développement pour renforcer l'approche communautaire, afin de la rendre plus participative et favoriser la demande de services de vaccination.

b. Niveau Région et poste de santé

Tous les CMH disposent de points focaux pour les activités de communication et de mobilisation sociale, mais ces derniers nécessitent un renforcement de capacités en termes de la planification, la mise en œuvre et du suivi-évaluation. Par contre, les CMH ne disposent pas de documents stratégiques permettant l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication et de plaidoyer au niveau local.

Les actions de communication développées au niveau des Régions sont facilitées par les points focaux, les Agents de Santé Communautaires, les Mobilisatrices, les animateurs, les Enseignants des écoles et les Imams.

Lors des campagnes de vaccination, les médecins des CSC et le coordonnateur du PEV en collaboration avec la DPS, sont appelés à intervenir à la Radio et à la Télévision pour passer des messages sur la vaccination à la population générale.

Les Districts ne produisent, à leur niveau, aucun support éducatif ou didactique pour les activités de routine. C'est le niveau Central qui les produit et les diffuse au niveau national. Au moins, l'enquête de couverture vaccinale réalisée en novembre 2014 donne une proportion de 21% de cas de refus au niveau national. La répartition de ces cas est la suivante : 25,9% à Djibouti-ville, 12,5% dans les chefs-lieux de régions et 20,5% en milieu rural. Donc, il va falloir intensifier les activités de communication et mobilisation sociale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

IV.1.2. Composantes d'appui

IV.1.2.1. Gestion du programme

Selon les administrateurs du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'ensemble des programmes de santé prioritaires du Ministère de la Santé est constitué par le PEV, la PCIME, la Nutrition, la lutte contre la tuberculose, le paludisme, le SIDA. Ces responsables rapportent que le PEV occupe une place assez importante parmi ces programmes

A. Législation et réglementation

La vaccination contre les maladies cibles du PEV ne bénéficie pas d'un cadre réglementaire (Loi/Décret) rendant obligatoire cette vaccination. Néanmoins, la Loi de finance contient une ligne budgétaire destinée au PEV et par conséquent une contribution substantielle à l'achat des vaccins (cofinancement MS/GAVI).

B. Politique et Planification

Pour mener à bien sa mission, le PEV bénéficie du soutien de trois partenaires importants, il s'agit de l'Organisation Mondiale de la Santé, de GAVI et de l'UNICEF. D'autres partenaires apportent leur soutien comme le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère des Affaires Islamiques, les Forces Armées Djiboutiennes, le Croissant Rouge Djiboutien, les Organismes Communautaires. Ces derniers jouent un rôle important dans la communication et la mobilisation de la population (surtout lors des campagnes).

Selon la revue externe du PEV, les Responsables du PEV ne disposent d'aucune information sur l'existence de politiques ou d'un cadre réglementaire (lois/Décrets) soutenant les activités du PEV. Ils pensent qu'il n'y a pas d'initiatives spécifiques venant du système de santé qui visent le soutien de leur programme alors qu'il a besoin d'être renforcé en termes de ressources humaines, de chaîne du froid, d'amélioration des compétences et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Le PEV dispose d'un plan pluriannuel global 2011-2015. La planification des activités du PEV est en adéquation avec le cycle national de planification du secteur de la santé (biennal). Cependant, il n'y a pas un plan d'action propre au PEV qui regroupe toutes les actions à mener durant une période déterminée. Néanmoins il existe des plans d'action bilatéraux avec les partenaires traditionnels (MS/PEV-OMS, MS/PEV-UNICEF et GAVI-RSS). Des lignes directrices pour aider les régions sanitaires à élaborer une micro-planification n'ont pas été préparées et diffusées par le PEV Central.

Toutes les Régions Sanitaires ne disposent pas du plan pluriannuel ni de plan d'action annuel pour le PEV. De même, ces régions n'ont jamais reçu de guide pour l'élaboration d'une micro planification des activités du PEV.

C. Coordination

Au niveau central, le PEV est placé sous la Direction des Programmes Prioritaires de Santé (DPPS) et géré par le Coordonnateur du PEV qui est nommé par le Ministre de la Santé.

Pour une meilleure coordination des activités du PEV avec les pays limitrophes, des réunions inter-pays sont occasionnellement organisées. Ces réunions sont périodiques et rassemblent Djibouti avec ses voisins comme l'Ethiopie, la Somalie et le Yémen.

Le PEV disposant d'un comité technique comprenant parmi ses membres les Directeurs Centraux et les Médecins Chefs des régions Sanitaires du Ministère de la Santé est présidé par Mr. le Secrétaire Général ou par le Directeur de la DEPCI.

Selon la revue du PEV, seuls 50% des responsables des CMH déclarent disposer, à leur échelle, d'un organigramme pour le PEV.

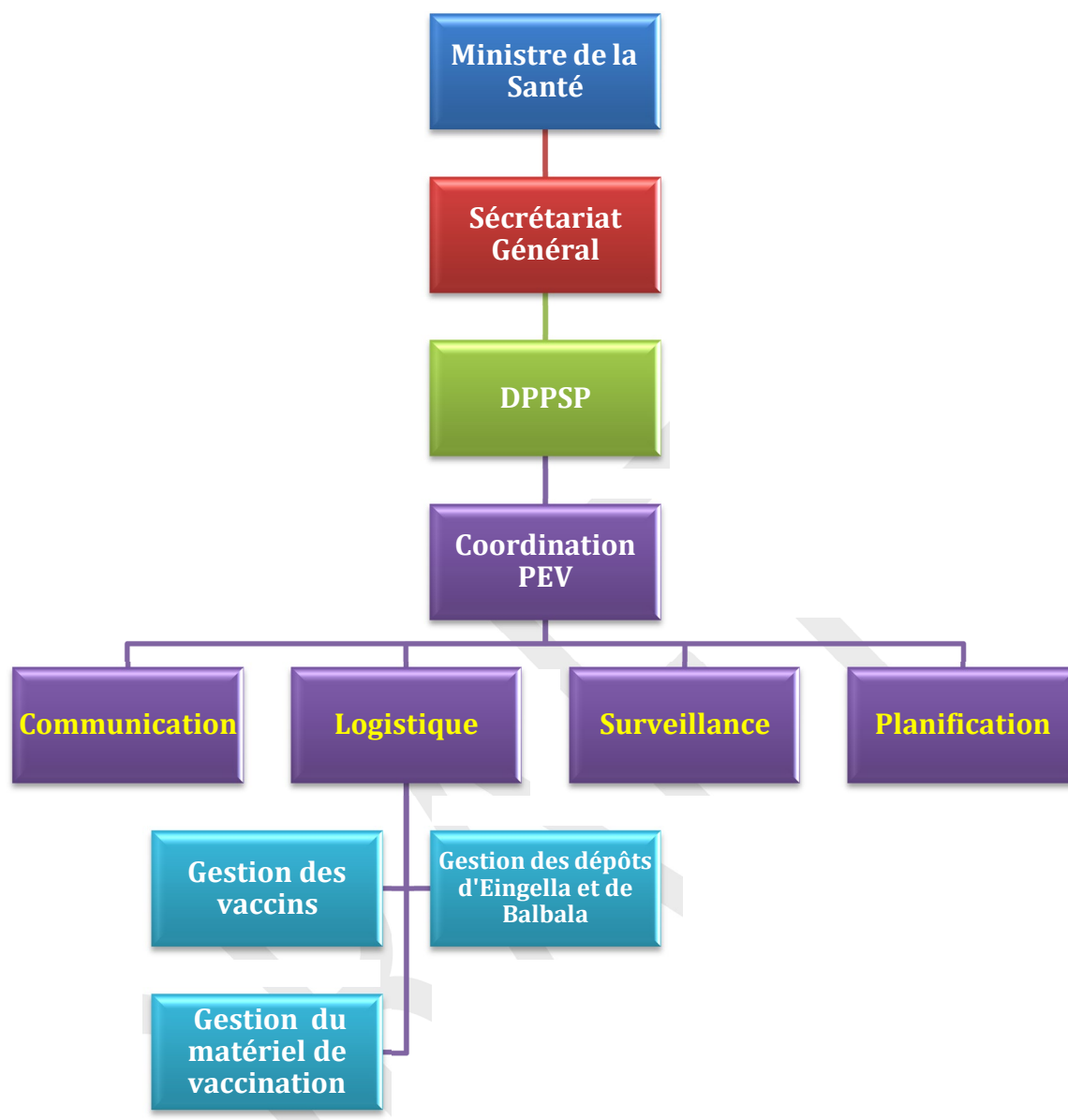


Figure 10: Organigramme du PEV

Il est à noter que la coordination du PEV n'organise pas de réunions régulières au sein de l'équipe centrale pour une planification et coordination des activités des différentes divisions et services.

C.1 Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)

Le programme bénéficie du soutien de nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) et de partenaires de la Société civile. La coordination de ces partenaires est assurée au travers d'une structure spécifique, le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) dont la présidence est assurée par le Secrétaire Général et le secrétariat par la DEPCI. Ce comité se réunit trimestriellement sur convocation de son président. Le CCIA est fonctionnel et se réunit trimestriellement, mais des réunions extraordinaires peuvent se tenir, convoquées par le Président du CCIA. Un PV est rédigé à chaque réunion du CCIA,

C.2 Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV)

Le Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) a été créé en 2010 par une note du Ministère de la Santé. Cependant ce groupe n'est pas fonctionnel actuellement.

D. Suivi et évaluation

Les instances appropriées du Ministère de la Santé et le CCIA, avec l'appui technique de la Coordination du PEV, sont chargés du suivi et de l'évaluation des performances du Programme.

Au niveau périphérique, les médecins chef des régions sont chargés en première intention du suivi des activités et de l'évaluation des performances du programme dans leurs régions respectives.

Le suivi des performances du PEV est assuré grâce à des indicateurs. Les informations reçues ne sont pas utilisées, le plus souvent, pour l'identification des zones à haut risque, la planification et la dotation en ressources.

Le numérateur concerne le nombre d'enfants et de femmes vaccinés alors que le dénominateur est calculé à partir des projections sur la base du dernier recensement de 2009. Ce dénominateur fourni par le SIS ne concorde pas le plus souvent avec celui proposé par la DISED.

Le pourcentage de migrants reste imprécis (7 à 10%) compte tenu de l'instabilité de cette population. Malgré l'absence d'informations précises concernant cette population, les enfants de moins d'un an des migrants reçoivent les vaccins nécessaires et ce, conformément au calendrier national (ces enfants sont ajoutés au numérateur mais pas au dénominateur).

Les performances du PEV ne sont pas affichées sur un tableau de bord. La couverture vaccinale par antigène inférieure à 90% est attribuée le plus souvent aux problèmes de collecte et de cheminement de l'information, à la rupture de la chaîne de froid, à la sous-utilisation des services de santé (rural) et à la surestimation du dénominateur. De plus, la qualité des données reste non vérifiée à tous les niveaux d'information (absence d'évaluation).

Ce système d'information est considéré comme "moyen" par les responsables du PEV. Ce jugement est justifié par le manque de ressources humaines qualifiées, l'insuffisance des moyens logistiques, le mécanisme de la collecte et du cheminement de l'information et l'insuffisance de la motivation des professionnels de santé. A cet effet, la revue du mécanisme de coordination et l'affectation au PEV d'une personne qualifiée en matière de gestion de l'information constituent une priorité.

Selon des documents examinés, il existe une variabilité de la couverture vaccinale avec des disparités entre Djibouti Ville/Balbala et les régions sanitaires d'une part, et d'autre part entre le milieu urbain des régions sanitaires et les zones rurales difficiles d'accès..

En effet, le PEV connaît, depuis 4 années, des difficultés à améliorer et maintenir la couverture vaccinale au-delà de 90%. La fiabilité des données est mise en cause par l'existence de deux sources de données : le SIS et le PEV. Le SIS collecte les données mensuelles des centres de santé à travers le Rapport d'Activités Mensuel et le PEV qui directement prend les données à partir des outils de collecte opérationnels (échancier, registre de vaccination..) des centres de vaccination. Les chiffres issus de ces deux systèmes sont complètement différents.

Dans ce contexte, et compte tenu de l'obligation de produire des données plausibles, le PEV a réalisé une enquête nationale de couverture vaccinale en 2014.

L'évaluation du PEV est occasionnelle (ex: préparation du plan pluriannuel) et la recherche opérationnelle est rare.

Tableau 26: Evaluations du PEV depuis 2002

Evaluation	Réalisée par	Années
Enquête sur la couverture du PEV	MS/DISED/ UNICEF	2008 et 2014
Enquêtes de satisfaction des utilisateurs	NON	
Examen du PEV	OMS	2002 et 2011
Examen de la surveillance (revue de la surveillance)	INSPD	2014
Évaluation de la qualité des données<0}	NON	
Évaluation post-campagne	MS/DISED /OMS	2015 et 2016
GEV	MS/OMS	2012 et 2014

L'examen périodique des activités du PEV est exceptionnel à l'échelle des régions sanitaires. La seule région qui a déclaré avoir conduit une revue du PEV lors d'une réunion a décelé l'existence d'une quantité importante du vaccin VAR en stock et la rupture en VAT. Cependant, des activités de recherche n'ont jamais été conduites.

E. Gestion des données

La coordination du PEV ne dispose pas de gestionnaire de données. Le programme n'a pas d'indicateurs de performance au niveau régional. La population cible et le dénominateur sont en principe définis au niveau central. Il a été relevé par certains responsables que le dénominateur diffère selon la source qui le produit et le diffuse (SIS et DISED).

La part des étrangers dans la population est estimée entre 2% et 4% et la part des enfants de moins d'un an dans cette population est d'environ 1%. Les enfants et les femmes des migrants reçoivent gratuitement les vaccins nécessaires selon le calendrier national. Ces prestations sont incluses dans le numérateur mais pas dans le dénominateur. Par ailleurs, seuls les enfants des étrangers nés dans le pays sont enregistrés et inclus dans le dénominateur.

Le tableau de bord ne contient pas de suivi de la couverture vaccinale à l'échelle régionale. Une couverture inférieure à 90% est attribuée par les responsables du PEV à ce niveau à une surestimation de la population cible ou une erreur dans la collecte et le calcul des prestations vaccinales.

La qualité des données du système d'information n'a jamais été vérifiée. Les responsables des régions sanitaires ne sont pas satisfaits du système d'informations actuel. Les causes avancées sont constituées par le manque de coordination entre les différents intervenants, l'insuffisance des moyens logistiques, le manque de supervision structurée, la rareté des actions de formation, etc. A ce titre, ils proposent l'informatisation du système d'information, la mise en place d'un mécanisme de coordination efficace, la formation des PS à tous les niveaux, la supervision, l'encadrement et la conduite d'études de qualité des données.

Il n'y a pas de point focal chargé de la gestion du système d'informations du PEV à l'échelle de chaque région sanitaire. De même, il n'y a pas de lignes directrices provenant du niveau central qui facilite la gestion de ce système. Les rapports relatifs aux réalisations vaccinales sont rédigés sur

papier puis transmis au niveau supérieur (du poste de santé au CMH puis au SIS/ parfois au PEV). Presque tous les rapports concernant 2015 sont reçus par les CMH dont environ 60% dans les délais préconisés.

Les supports d'information tels que les registres pour enfants, les feuilles de pointage, les registres de gestion des stocks, les cartes de vaccination, les fiches individuelles sont disponibles et adaptées à la situation actuelle du PEV (ajout du vaccin anti rotavirus). Ces supports sont remplis manuellement.

Il est à noter que les réalisations vaccinales ne sont jamais analysées et exploitées localement et par conséquent aucune mesure ne peut être justifiée et mise en œuvre.

IV.1.2.2. Gestion des ressources humaines

A. Ressources humaines

o Au niveau central

Le coordonnateur du PEV dispose d'un personnel de 11 personnes affectées aux différents postes correspondants aux composantes du PEV (planification, surveillance, communication, gestion des vaccins, logistique). Le programme ne dispose pas d'un gestionnaire de données.

o Au niveau régional et Poste de santé

Au niveau régional, le PEV est géré par le médecin chef et le point focal PEV.

Pour chaque poste de santé, un vaccinateur et un enregistreur sont affectés aux cellules de vaccination.

B. Renforcement des capacités

La qualité des prestations de service requiert de bonnes compétences du personnel. Les besoins en formation sont importants à tous les niveaux et couvrent les différentes composantes du PEV.

Selon la Revue externe du PEV, les besoins prioritaires en matière de formation concernent toutes les composantes du PEV telles que la sécurité des injections, les manifestations post-vaccinales, la chaîne du froid, la surveillance épidémiologique, l'introduction de nouveaux vaccins, les campagnes de vaccination, la stratégie «Atteindre chaque communauté», la planification/gestion, le plan pluriannuel global et le suivi et l'évaluation. Ce besoin est défini d'une façon subjective (jugement personnel). Les responsables des Régions Sanitaires ont insisté sur l'importance de la formation et la disponibilité des supports nécessaires et se sont engagés à contribuer à toute initiative permettant l'amélioration des compétences des professionnels de santé à leur niveau.

Tableau 27: Formations réalisées ou reportées selon les responsables du PEV.

Domaine de formation	Catégories des participants	Mise en œuvre
Gestion au niveau intermédiaire	-	-
Micro planification	-	-
Gestion des vaccins	Vaccinateurs	Fait

Domaine de formation	Catégories des participants	Mise en œuvre
Qualité des données	-	-
Surveillance	Professionnels de santé	Fait
MAPI	-	-
Sécurité des injections	-	-
Communication	Professionnels de santé et mobilisatrices lors des campagnes de vaccination	Fait

Source : Revue externe PEV 2014

Tableau 28: Evaluation des besoins en formation

Domaine de formation	Besoin XXX	Besoin XX	Besoin X
Sécurité des injections	X		
MAPI	X		
Chaine de froid	X		
Surveillance épidémiologique	X		
Introduction de nouveaux vaccins		X	
Campagnes	X		
Stratégie atteinte chaque District			X
Gestion niveau intermédiaire	X		
Plan pluriannuel global	X		
Suivi-Evaluation	X		

Source : Revue externe PEV 2014

Consciente de l'importance de cette activité, l'équipe du PEV est prête à contribuer à la formation des professionnels de santé en charge des activités de vaccination sur le terrain et ce, quel que soit le domaine souhaité et le temps accordé. Le manque de supports (guides/manuels/brochures) est manifeste et constitue un handicap pour toute initiative de formation. Néanmoins, quelques documents de référence OMS sont disponibles (lieu non précisé) mais rarement exploités et utilisés. A cet effet, l'amélioration des capacités du PEV passe par le renforcement des compétences de ses gestionnaires à tous les niveaux d'intervention.

C. Supervision

Selon la Revue externe du PEV :

- le PEV ne dispose pas d'un plan annuel de supervision. Cette activité est réalisée d'une façon occasionnelle principalement lors des campagnes de vaccination.
- Une grille de supervision est disponible mais rarement utilisée.
- Le feedback se limite à des directives verbales ou recommandations sur un cahier.
- Les observations relevées concernent le plus souvent la gestion des vaccins et de la vaccination, la chaine de froid, la surveillance épidémiologique et le suivi des performances.
- Des actions correctrices sont rarement entreprises.
- Le manque de moyens de mobilité et de fonds nécessaires sont les principales causes de la faiblesse de la supervision (précisent les responsables du PEV) d'où la nécessité de mobiliser des fonds additionnels si GAVI ne couvre pas cette activité.

- Selon les personnes interrogées, il n'y pas de plan de supervision à l'échelle des CMH. Certains responsables ont déclaré disposer d'une grille de supervision qu'ils utilisent occasionnellement. Le feedback se limite le plus souvent à des directives orales.
- La supervision des centres de santé communautaires et des postes de santé par les responsables du PEV est très rare. Elle reste le plus souvent occasionnelle et verticale. Les dernières supervisions remontent à environ six mois et elles n'ont concerné que le volet statistique. Le feedback est exceptionnel et se limite à un constat ou des recommandations orales. Certains responsables demandent à ce que le PEV central organise des visites de supervision/encadrement périodique et fournit des recommandations claires permettant d'améliorer ce programme.

IV.1.2.3. Financement des activités du programme

A. Généralités

Les activités du PEV (y compris les vaccins) bénéficient d'une ligne budgétaire dans la loi de finance du pays. Le montant (pourcentage) n'est pas connu des responsables de ce programme et par conséquent ils ne peuvent savoir si ce montant répond ou non aux besoins du fonctionnement et des investissements.

Le financement du PEV est assuré par le Gouvernement, l'OMS, l'UNICEF et l'Alliance GAVI. Aussi, il a été précisé que l'achat des vaccins est assuré par un cofinancement faisant contribuer le Gouvernement, l'Alliance GAVI et l'Unicef.

Tableau 29: Financement du PEV

Articles	Sources de financement
Fonctionnement du PEV: Locaux administratifs/eau-électricité/salaires	Etat
Ligne budgétaire pour le PEV	Etat
Vaccins et matériels de vaccination pour le PEV de routine et la campagne	UNICEF
Nouveaux vaccins: Rota/Penta/Pneumo/PCV13	GAVI avec un cofinancement de l'Etat.
Vaccin IPV et matériels de vaccination	GAVI
Formation, supervision	OMS /UNICEF
Chaîne du froid : Matériels et maintenance	UNICEF
Surveillance	OMS /UNICEF
Communication	Unicef et OMS
Moyens de mobilité	GAVI

Compte tenu de la conjoncture nationale et internationale, il est difficile, mais pas impossible, de mobiliser des ressources supplémentaires (selon les Responsables du Ministère de la Santé).

Il a été relevé que les fonds alloués au PEV arrivent le plus souvent en retard et entraînent par conséquent un report voir une annulation de certaines activités telles que la supervision, la surveillance épidémiologique, l'acquisition des moyens logistiques, la communication, etc.

Tableau 30: Financement du PEV de 2010 à 2015 en \$US

Dépenses	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses du gouvernement pour les vaccins administrés dans la vaccination de routine	N/A	N/A	N/A	51 000		
En pourcentage des dépenses totales pour les vaccins	N/A	N/A	N/A	3%		
Dépenses totales (toutes sources) pour les vaccins administrés dans la vaccination de routine	374 727	297 962	631 772	1 624 519		
Dépenses du gouvernement pour la vaccination de routine	805 165	694 910	1 426 598	1 656 919		
En pourcentage des dépenses totales pour la vaccination de routine	50%	38%	60%	60%		
Dépenses totales (toutes sources) pour la vaccination de routine	1 610 331	1 849 431	2 373 728	2 761 532		

Source: Comptes nationaux de la santé de l'OMS, 24 juin 2015

B. Contribution de l'Etat au financement du PEV

Les postes de santé ne disposent pas de ressources financières gérées à leur niveau. Cette situation n'empêche pas les Agents de Santé Communautaires de contribuer à la communication, la mobilisation sociale et au suivi des abandons. Cependant, ces agents ne participent que rarement aux activités de surveillance des maladies évitables par la vaccination.

C. Contribution des partenaires au financement du PEV

Pour leur part, les PTF financent essentiellement les équipements, les formations et les opérations. Finalement, la plus importante menace sur le PEV est que son financement dépende majoritairement de l'extérieur et les défis que le programme doit relever en matière de financement sont entre autres la mobilisation locale des ressources, leur décentralisation et leur gestion rigoureuse à tous les niveaux. Les principaux partenaires traditionnels du PEV sont l'OMS, l'Unicef et GAVI.

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

Tableau 31: Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2013	2014	2015
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR ?	SO	SO	SO
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Oui	Oui	Oui
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ?	Non	Non	Non
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Non	Non	Non
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination	0	0	0
Coordination	Nombre de réunions du CCI (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	4	4	4
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	0	0	0
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	2	2	2
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé pour une population de 10 000 habitants			
	Médecins.....	ND	ND	2,8
	IDE.....			4,9
	Sages femmes.....			3,1
	Nombre d'infirmiers pour une population de 5 000 habitants	ND	ND	ND
	Nombre de sage-femmes pour une population de 5 000 FAP	ND	ND	ND
	Proportion de formations sanitaires disposant de personnel selon les normes et standards du MSP	ND	ND	ND
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP	ND	ND	0 80% ??
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque région	1	1	1

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2013	2014	2015
	Taux réalisation de la supervision par niveau région	ND	ND	ND
	Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau Central)	ND	ND	ND
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	60%	60%	60%??
	Quel est le financement réel de la proportion que représente la ligne budgétaire (<i>line item</i>) dans le budget national en faveur du programme de vaccination ?	ND	ND	ND
	Pourcentage des ressources nécessaires au programme de vaccination provenant réellement du budget national de santé (tel qu'identifié dans le plan budgétaire annuel)	3%	3%	3%
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700)	ND	ND	ND
	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	ND	ND	ND
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	ND	ND	ND
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	Non	Non	Non
	Indiquez l'antigène et la durée de rupture	NA	NA	NA
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	ND	ND	70%
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ?	SO	2014	SO
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	0	0	0
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid	0	0	0
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Non	Non	Non
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture de routine	Couverture par DTC3	82%	84%	ND
Demande	Pourcentage d'abandon du DTC1 - DTC3 à l'échelon	2%	6%	6%

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2013	2014	2015
	national			
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC1 - DTC3 > 10 %	ND	ND	ND
Équité	Nombre de districts avec une couverture < 80 % Djibouti Ville et Balbala..... Régions sanitaires de l'Intérieur.....	100% 50%	100% 50%	
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	ND	10%	ND
	Nombre de communautés à haut risque identifiés pour la programmation de la vaccination de routine accélérée : secteurs limitrophes avec l'Ethiopie, Somali, Yémen.	3	3	3
Nouveaux vaccins	Pourcentage de couverture de vaccination PCV13-3 (ou de couverture pour d'autres nouveaux antigènes)	82%	90%	78%
	Pourcentage de couverture de vaccination anti rotavirus 2	SO	SO	82%
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports (notification) de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escomptés (exhaustivité)	70%	67,6%	55,2%
	Taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	2,4	1	2,3
	% d'échantillons de selles adéquates	85%	66,7%	66,7%
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	ND	ND	ND
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	NA	NA	NA
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rotavirus	Non	Non	Non
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/VPH)	Non	Non	Non
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococcique conformément au protocole standard	ND	ND	ND
Contrôle de la couverture	Écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par DTC3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	SO	6,7	SO
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100%	100%	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Non	Non	Non
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	0	0	0
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	Oui	Oui	Oui

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2013	2014	2015
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	SO	2014	SO
Demande de la vaccination	Pourcentage des mères prêtes à revenir au centre de santé pour la vaccination de leur enfant	SO	ND	SO

IV.2. Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Djibouti

Les initiatives de lutte accélérées concernent les maladies suivantes à Djibouti:

- La poliomyélite : Eradication de la poliomyélite
- La rougeole : Elimination de la rougeole

Pour les vaccinations supplémentaires, les cibles concernées par les différentes campagnes de masse sont :

- Éradication de la poliomyélite : JNV polio pour les enfants de 0 à 59 mois.
- Contrôle de la rougeole : campagnes de rattrapage pour les enfants de 9 mois à 14 ans et de suivi pour les enfants de 9 mois à 5 ans.

III.2.1 Activités supplémentaires de vaccination

Dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, en plus des efforts fournis par le PEV de routine, Djibouti, à l'instar des autres pays, organise des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ciblant la Poliomyélite et la Rougeole.

a) Elimination de la rougeole

Pour l'élimination de la rougeole, en plus de la vaccination de routine, le pays a planifié des AVS rougeole en 2012 et 2015

Tableau 32: Répartition des cibles et objectifs de couverture des AVS rougeole à Djibouti

Cible	AVS rougeole 2012	AVS rougeole 2015
Cible des AVS	9 mois à 14 ans	9 à 59 mois
Population cible		
Objectif de couverture	95%	95%

Source :

b) Eradication de la Poliomyélite

Djibouti a souscrit aux résolutions d'éradication de la poliomyélite prises lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1988, c'est dans ce cadre que chaque année le pays organise des campagnes de vaccination contre la poliomyélite. L'objectif poursuivi est de vacciner 100% des enfants de la tranche d'âge de 0 à 59 mois afin d'arrêter la circulation du polio virus sauvage.

En effet, entre 2011 et 2015, le pays a organisé huit passages de journées nationales de vaccination. Pour tous les passages de Journées Nationales de vaccination (JNV) les taux de couverture réalisés varient de 83% à 98%. Le monitoring « End Process » montre qu'il y a encore des enfants qui ne sont pas vaccinés. Il existe donc des zones insuffisamment couvertes.

Le pays a également introduit le VPI dans le PEV de routine en 2015.

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

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

Tableau 33: Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies

Initiative du contrôle des maladies	Indicateurs proposés	Situation nationale		
		2013	2014	2015
Polio	Couverture VOP3	%	%	%
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans	ND	ND	ND
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV) et locales (JLV) Écart de couverture	JNV 2 passages 101 - 102%	JNV 6 passages 100-103%	JNV 4 passages 102-103%
Tétanos Maternel et Néonatal	Couverture par TT2+	75%	60%	64%
	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal	ND	ND	ND
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	ND	ND	ND
	Y a-t-il eu des activités supplémentaires de vaccination ? (O/N)	Non	Non	Non
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	ND	ND	ND
	Taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	ND	ND	ND
Rougeole et rubéole	Couverture du vaccin anti-rougeole (1 ^{ère} dose)	80%	78%	70%
	Couverture du vaccin anti-rougeole (2 ^e dose)	ND	ND	ND
	Nombre de flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	ND	ND	1
	Étendue géographique des JNV Groupe d'âge Couverture	SO	SO	JNV 9 - 15 ans %
	Nombre total de cas de rougeole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	4	5	47
	Nombre total de cas de rubéole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	ND	ND	ND

IV.3. Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

A. Forces et faiblesses du PEV Djibouti

Tableau 34: Forces et Faiblesses du PEV Djibouti

FORCES	FAIBLESSES
1. GESTION DU PROGRAMME	
<ul style="list-style-type: none"> • Un engagement politique de haut niveau • Existence d'un Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2013-17, • Existence d'un Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) pour le PEV-2011-2015 • Existence d'un cadre de coopération avec L'UNICEF pour l'achat des vaccins et l'appui aux services de vaccination; • Appui technique et financier des partenaires pour les activités de la vaccination et de surveillance (OMS, Unicef, GAVI, Associations, etc.) ; • Existence d'un Comité de Coordination Inter Agence des activités du PEV (CCIA/PEV); • Tenue de réunions de coordination au niveau DS pendant les campagnes de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence de l'Autorité Nationale de Réglementation • Absence de réunion de coordination de l'équipe centrale du PEV • Faible coordination des activités du PEV à l'échelle nationale, régionale et locale. • Non exploitation du PPAC PEV-2011-2015 • Absence de plans annuels de travail au PEV • Non maîtrise de la population cible au niveau opérationnel • Non-vulgarisation de l'approche ACC (Atteindre chaque communauté) aux niveaux régional et opérationnel • Insuffisance du budget alloué par l'Etat au secteur santé • Déficit dans l'archivage des documents du PEV • Faible disponibilité des documents de directives, guides et politiques sur la vaccination et la surveillance • Insuffisance de la micro planification au niveau des PS (Non maîtrise de la population cible des aires de santé des PS sur ou sous-estimation); • Manque de coordination entre le PEV, la DRS et l'INSPD en matière de surveillance épidémiologique • NITAG (GTCV) n'est pas fonctionnel • Non complétude des données du PEV et de surveillance • Absence d'analyse des données à tous les niveaux. • Discordance des données de vaccination selon les sources d'information.
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de capacité en matière de vaccination et de surveillance pendant les campagnes; • Existence de ressources humaines mais non compétentes pour l'amélioration de la gestion et la qualité des activités de vaccination à tous les niveaux ; • Disponibilité des outils et grille de supervision au niveau central; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la gestion des ressources humaine : manque de définition poste et tâches, inadéquation poste profil, pléthore en milieu rural et insuffisance en milieu urbain, etc. • Insuffisance quantitative, qualitative des ressources humaines, • Irrégularité des supervisions formatives à tous les niveaux • Insuffisance de formation des agents à tous les niveaux sur les différentes thématiques du PEV et de la surveillance (MLM, techniques vaccinales, ACC, DQS et gestion informatisée des données, LOGIVAC, maintenance CDF...) • Absence de description de poste des agents du PEV à

FORCES	FAIBLESSES
	tous les niveaux <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du suivi post-formation PEV;
3. FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PEV	
<ul style="list-style-type: none"> • PNDS 2013-2017 avec des éléments de cadrage budgétaire • Existence d'une ligne budgétaire pour le cofinancement de l'achat des vaccins financés par GAVI • Déblocage à temps de la quote-part de l'Etat pour le cofinancement de l'achat des vaccins ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement du PEV dépend essentiellement de l'appui extérieur • Faible proportion du budget de l'Etat alloué à la Santé alors que les engagements d'Abuja sont de 15% • Non financement de l'achat des vaccins traditionnel par l'Etat
4. PRESTATIONS DES SERVICES	
<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs stratégies sont utilisées au niveau opérationnel: Fixe (0-5Km), Avancée (6-15 Km) et Mobile au-delà de 15 Km • Organisation de campagnes de vaccinations de masse • PEV mis en œuvre dans tous les postes de santé • Bonne couverture vaccinale nationale PENTA 3 (CV nationale > 90% selon ECV 2014) • Taux d'abandon spécifique et global faibles (en Moyenne = 7% pour le taux d'ab. Spécif.) • Bonne maîtrise du calendrier vaccinal au niveau PS • Intégration d'autres interventions dans le PEV (Vit A, distribution de MII) • Existence des outils de gestion du PEV à tous les niveaux (registres de vaccination, cartes de vaccination, cahiers de séance, feuilles de relevé de température, les registres de gestion des stocks, le cahier de rapport mensuel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination de la vaccination de routine dans les centres de santé de Djibouti par le niveau central • Insuffisance de planification et mise en œuvre de stratégies pour atteindre les populations nomades et celles des zones d'accès difficile et d'insécurité ; • Persistance d'un nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés pendant la vaccination de routine et les AVS (JNV Polio et rougeole) • Faible couverture vaccinale dans certains secteurs des régions sanitaires de l'intérieur du pays. • Refus de la vaccination par certaines familles des quartiers résidentiels (à Djibouti Ville) pour leurs enfants pendant les campagnes de vaccination • Disparité dans la couverture vaccinale selon les régions et le milieu urbain ou rural • Relâchement dans le suivi du calendrier national de vaccination • Insuffisance de la stratégie avancée : lieu de vaccination trop éloigné principalement en milieu rural pour les mères (77,2% des cas de non vaccination et 49,9% de cas de vaccination incomplète selon l'ECV 2014) • Absence parfois du vaccinateur surtout en milieu rural (30,9% de cas de vaccination incomplète et 19,9% de cas de non vaccination selon l'ECV 2014).
5. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de définition des flambées pour certaines maladies à prévention vaccinale telles que la poliomyélite et la rougeole • Existence d'un système National d'informations sanitaire; • Existence d'un comité national de certification d'éradication de la poliomyélite; • Existence d'un système de surveillance PFA basée sur les cas • Existence d'outils de collecte des données de la surveillance • Transmission hebdomadaire des données sur les maladies à potentiel épidémique (PFA 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrégularité des réunions du comité national d'experts polio • Insuffisance du monitoring des activités de surveillance; • Recrudescence des cas rougeole • Absence de la surveillance épidémiologique à base communautaire; • Non utilisation des directives pour la gestion des MAPI au niveau des régions et des postes de santé • Insuffisance dans la recherche active des cas de maladies sous surveillance et des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI); • Faiblesse dans le suivi et l'évaluation de la surveillance

FORCES	FAIBLESSES
<p>immédiat)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de supports électroniques (masque de saisie) pour le rapportage des données de surveillance PEV • Existence de points focaux régionaux pour la surveillance • Existence de directives pour la gestion des MAPI au niveau central 	<ul style="list-style-type: none"> • Discordances des données entre le système de notification intégré et le système de notification au cas par cas • Insuffisance de fonctionnement des points focaux régionaux pour la surveillance • Insuffisance de coordination au niveau central des structures impliquées dans la surveillance des maladies (INSPD, PEV et SNIS) • Insuffisance de l'implication du laboratoire dans la surveillance des maladies du PEV
6. INITIATIVES MONDIALES DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES	
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de campagnes contre la rougeole • Organisation de campagnes contre la polio 	<ul style="list-style-type: none"> • Survenue de flambée/épidémie de rougeole tous les ans • Irrégularité des réponses aux flambées épidémiques de la rougeole • Non atteinte des indicateurs de la pré élimination de la rougeole ;
7. LOGISTIQUE/APPROVISIONNEMENT ET QUALITE DES VACCINS	
<ul style="list-style-type: none"> • Appui constant des partenaires (Unicef, OMS, GAVI, ...) pour l'achat des vaccins et des consommables et la mise en place d'une logistique conséquente (parc auto, chaîne de froid performante) au niveau central. • Existence de moyens logistiques (véhicules du CMH) pour l'approvisionnement des régions en vaccins et consommables; • Disponibilité régulière de tous les antigènes. • Disponibilité des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux (chambre froide, réfrigérateurs, congélateurs, portes vaccins) • Existence de groupes électrogènes de secours au niveau central • Existence de magasins de stockage au niveau central mais capacité insuffisante, • Conduite et mise en œuvre régulière de la gestion efficace des vaccins assortie d'un plan d'amélioration • Disponibilité des boîtes de sécurité pour les seringues utilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de véhicule frigorifique pour le transport des vaccins • Absence d'un guide (directives) de gestion des vaccins • Insuffisance dans l'utilisation des outils électroniques de planification et de gestion de stocks (Ordinateurs (portable), logiciel SMT, DVD-MT) • Non estimation systématique des taux de perte de vaccins et des taux d'abandon des cibles • Existence de plusieurs réfrigérateurs en panne dans les régions de l'intérieur : 10/34 postes de santé (30%) • Absence d'agents formés dans le domaine de la logistique du PEV • Inexistence d'un Plan National de Gestion des Déchets • Insuffisance de matériels et équipements PEV (thermomètres, accumulateurs de froid, portes-vaccins, glacières, etc.) • Absence de système d'alarme automatique pour les groupes électrogènes des dépôts de vaccins • Absence d'un plan de maintenance de la chaîne de froid; • Insuffisance des véhicules de supervision pour les stratégies avancées et mobiles • Absence d'un plan de renouvellement du matériel de chaîne de froid; • Absence de formation du gestionnaire national des vaccins et de celui de PK12
8. GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de canaux d'information nombreux et variés • Utilisation de ces canaux pour la mobilisation sociale avant les campagnes de vaccination de masse 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistance des cas de refus lors des AVS et pour la vaccination de routine • Insuffisance de financement du plan de communication • Insuffisance du matériel de communication (affiches, dépliant et boîtes à image...) au niveau des formations

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan stratégique intégré de communication pour le PEV • Implication de plusieurs acteurs communautaires dans les activités de vaccination (les comités de santé; les autorités administratives, coutumières et élus locaux, les chefs religieux, les leaders d'opinions; : mobilisation sociale, recherche des cas de perdus de vue et abandons, etc • Disponibilité de supports éducatifs sur la vaccination (boîtes à image, affiches) mis à jour au niveau central • Lancement par les plus hautes autorités de l'introduction des nouveaux vaccins • L'implication des associations à base communautaire dans les différents comités de mobilisation sociale. • L'implication des leaders religieux dans la sensibilisation et la mobilisation de la population • L'utilisation des médias nationaux, les radios et la télévision pour la sensibilisation de la population à travers les spots, les interviews, magazines et d'autres émissions en faveur du PEV. Ces medias couvrent l'ensemble du territoire national • Recherche des perdus de vues par les relais communautaires • Existence de supports et modules de formation en communication PEV • Existence des outils de collecte des données de communication • L'engagement de la communauté dans le soutien du PEV • Utilisation efficace des medias (Radio et Télévision) pour la diffusion de message sur la campagne et l'introduction des nouveaux vaccins ; 	<p>sanitaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de réunions de comité de santé pour la mobilisation sociale avec les médecins de structure de santé • Insuffisance dans la supervision formative, le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé. • La faible utilisation de la communication interpersonnelle en faveur de la vaccination • Sous-utilisation des supports lors des séances d'IEC • L'insuffisance de formation des agents de santé en communication pour le développement. • L'insuffisance de recherche et de documentation des expériences en communication PEV • l'insuffisance de formation des acteurs de la mobilisation sociale en IEC/CCC/PEV ; • Faible implication des ONG nationales et internationales lors des activités de communication sur la vaccination ; • Insuffisance dans la conservation des documents de vaccination par les parents ; • Absence de plan de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé ; • Faible capacité des points focaux de communication dans la planification et la mise en œuvre des activités de communication • Ignorance des mères de la nécessité d'être vacciné selon l'ECV 2014: <ul style="list-style-type: none"> ○ raison de non vaccination 36,0% à Djibouti ville, 33,3% dans les autres urbains et 38,4% dans le rural. ○ raison de vaccination incomplète dans les autres urbains (13,6%) et dans le milieu rural (26,0%). • Peur des effets secondaires pour les cas de non vaccination selon ECV: 46,8% à Djibouti ville et 20,8% dans les autres urbains

B.

OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action mondial pour les Vaccins (GVAP) • Plan stratégique régional 2016-20120 • Multiplicité des partenaires et des sources de financement du PEV (OMS, UNICEF, GAVI, etc.) • Engagement politique en faveur du PEV • Existence des plages santé dans la grille de programme de toutes les radios • Volonté politique d'atteindre les ODD 2030 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des populations difficiles à atteindre (Réfugiés, nomades) • Mouvement important des populations de part et d'autre des frontières (réfugiés) ; • Forte dépendance du PEV des financements extérieurs • Insécurité dans certaines régions (au nord du pays).

V. BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV

V.1. BUT

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

V.2. OBJECTIFS

Les objectifs spécifiques sont définis ici pour les thématiques suivantes:

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

V.2.1. Objectifs spécifiques du PEV systématique

Les objectifs ci-dessous ont été fixés sur la base des estimations OMS-UNICEF de couverture vaccinale de 2015.

A. Couverture vaccinale

D'ici à 2020, atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district, plus spécifiquement il s'agira :

- De 92 % pour le BCG en 2015 à 95% en 2020.
- De 92% pour le HeptB0 en 2015 à 95% en 2020
- De 84% pour le Penta 3 en 2015 à 95% en 2020.
- De 84% pour le VPO 3 en 2015 à 95% en 2020.
- De 82% pour le PCV13_3 en 2015 à 95% en 2020.
- De 74% pour le VAR1 en 2015 à 50% en 2018.
- De 82% pour le VAR2 en 2015 à 50% en 2018.
- De 40% pour le RR1 en 2018 à 95% en 2020.
- De 40% pour le VAR2 en 2018 à 95% en 2020
- De 86 % pour le Rota 1 en 2015 à 95% en 2020.
- De 82% pour le Rota 2 en 2015 à 95% en 2020.
- De 64% pour le VAT2 et plus en 2015 à 80% en 2020
- De 50% pour le HPV en 2018 à 60% en 2020

B. Introduction de nouveaux vaccins

- RR : en 2018
- HPV : en 2020

Tableau 35: Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2020 par antigène.

Antigènes	Objectifs de la Couverture Vaccinale				
	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	92%	92%	93%	94%	95%
HeptB0	92%	92%	93%	94%	95%
Penta 3	84%	87%	90%	93%	95%
VAR1	74%	80%	50%		
VAR2	82%	85%	50%		
VPO3	84%	87%	90%	93%	95%
VPI (une dose)	84%	87%	90%	93%	95%
PCV 13	84%	87%	90%	93%	95%
ROTA1	86%	87%	90%	93%	95%
ROTA 2	82%	87%	90%	93%	95%
VAT2+-Femmes	64%	68%	72%	76%	80%
HPV			50%	55%	60%
RR1			40%	92%	95%
RR2			40%	92%	95%

C. Taux d'abandon

D'ici à 2020 :

- Réduire les taux d'abandon Penta1 - Penta3 < 10% dans tous les districts du pays.
- Réduire les taux d'abandon BCG-VAR < 15% dans tous les districts du pays

Tableau 36: Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2016 à 2020.

TAUX D'ABANDON	Année				
	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'abandon Penta1 - Penta3	10%	10%	10%	10%	10%
% district avec un taux d'abandon Penta1 - Penta3 <10%	10%	10%	10%	10%	10%
Taux d'abandon BCG-VAR	10%	10%	10%	10%	10%
% districts avec un taux d'abandon BCG-VAR <15%	10%	10%	10%	10%	10%

D. Taux de perte

D'ici à 2020, réduire les taux de pertes des antigènes suivant le tableau ci-après :

Tableau 37: Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2020

Antigènes	Objectifs taux de perte				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine					
BCG	50%	50%	50%	50%	50%
Hep B	5%	5%	5%	5%	5%
VAT	25%	20%	20%	20%	20%
PCV13	5%	5%	5%	5%	5%
VAR1	25%	25%			
VPO	15%	15%	15%	15%	15%
VPI	5%	5%	5%	5%	5%
DTC-HepB-Hib	15%	15%	15%	15%	15%
Vaccin Anti-rotavirus	5%	5%	5%	5%	5%
RR			25%	25%	25%
Campagne de Vaccination					
Polio	10%	10%	10%	10%	10%
Rougeole			15%		
Vitamine A	5%	5%	5%	5%	5%
Albendazole/Mébendazole	5%	5%	5%	5%	5%

V.2.2. Vaccinations supplémentaires

Poliomyélite

- Administrer deux gouttes de VPO à chaque enfant de 0 – 59 mois
- Vacciner au moins 95% des enfants cibles lors des campagnes de masse ou lors des ratissages;
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la poliomyélite autour des cas de poliovirus sauvage détectés.

Rougeole

- Vacciner contre la rougeole au moins 95% des enfants de 9 mois à 5 ans sur toute l'étendue du territoire au cours des campagnes de suivi en 2018
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la rougeole autour des foyers d'épidémie.
- Réduire de 95% la mortalité due à la rougeole d'ici 2020

Tétanos Maternel et Néonatal

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

V.2.3. Surveillance des maladies cibles du PEV

Renforcer le système de surveillance et de contrôle des maladies cibles du PEV.

Objectif pour la surveillance des PFA : d'ici à 2020,

- Amener 100% des districts à notifier au moins deux cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans;
- Obtenir au moins un taux de 80% pour des selles adéquates de PFA ;
- Maintenir l'interruption de la circulation du polio virus sauvage

Objectif pour la surveillance de la rougeole d'ici à 2020,

- Instaurer la surveillance cas par cas de la rougeole
- Porter à 80% la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;
- Obtenir 80% pour le prélèvement des cas suspects de rougeole;
- Investiguer 100% des foyers épidémiques de rougeole détectés.

Objectif pour la surveillance du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN)

- Investiguer 100% des cas de TMN détectés
- Organiser la riposte autour des cas de TMN dans 100% des cas confirmés

Objectif pour la surveillance des infections à pneumocoque

- D'ici 2020, Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite à HiB
- D'ici 2020, maintenir à 80% les cas de méningite suspectée qui font l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard

Objectif pour la surveillance du rota virus.

D'ici 2020, élaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus

V.3. PRIORITES

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

Tableau 38 : Priorités, étapes et objectifs nationaux

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR ? : 0	D'ici 2020, instaurer l'Autorité Nationale de Régulation	2018 : création ANR	1
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ? : OUI	D'ici 2020, maintenir la ligne budgétaire pour la vaccination	2016 à 2020	1
	Existe-t-il une législation	D'ici 2020, instaurer une	2018 : loi de	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
	identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ? : Non	législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	finances	
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ? : NON	D'ici 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	2017	1
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ? : Non	D'ici 2020, assurer l'élaboration du plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1	1
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination : 0%	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microprogramme annuel de vaccination	2016 : 30% 2017 : 80% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée : 4	Maintenir à 4 le nombre annuel de réunion du CCIA de 2016 à 2020.	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4	1
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière : 0	Assurer la fonctionnalité du GTCV à travers la tenue des réunions	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2	1
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées : 2	Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1	1
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Nombre de médecins pour une population de 10 000 habitants : 2,8	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines	2016 : 2017 : 2018 : 2019 : 2020 :	2
	Nombre d'infirmiers pour une population de 5 000 habitants : 4,9		2016 : 2017 : 2018 : 2019 : 2020 :	2
	Nombre de sages-femmes pour une population de 5 000 FAP : 3,1		2016 : 2017 : 2018 :	3

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
			2019 : 2020 :	
Nombre de RH	Proportion de Poste de santé (PS) disposant de personnel selon les normes et standards du MS	D'ici 2020, augmenter la proportion des PS disposant de personnel selon les normes et standards du MS deà%	2016 : % 2017 : % 2018 : % 2019 : % 2020 : %	2
Renforcement des capacités	Nombre/ pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type (gestion PEV, ACC, SMT/DVD) : ND	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV)	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
Supervision	Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau District) ; ND	D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	2016 : 50% 2017 : 75% 2018 : 80% 2019 : 85% 2020 : 90%	2
	Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau Central) : ND		2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 75% 2020 : 80%	1
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	la part de budget de l'Etat allouée à la vaccination est de% en 2015	D'ici 2020, assurer la pérennité du financement du programme.	2016 : 8% 2017 : 10% 2018 : 12% 2019 : 14% 2020 : 15%	1
	la part de budget des Collectivités Territoriales alloué à la santé de% en 2015		2016 : 1% 2017 : 2% 2018 : 3% 2019 : 4% 2020 : 4%	1
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Approvisionnement des vaccins	Nombre ruptures de stock d'antigènes: 0	D'ici 2020, maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	2016 : 0 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 0 2020 : 0	1
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement : 70%	D'ici 2020, renforcer la capacité de stockage de vaccins et consommables du niveau opérationnel à 100% ;	2016 : 70% 2017 : 80% 2018 : 90% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
	Nombre de DS ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de	2016 : 10% 2017 : 20% 2018 : 30% 2019 : 40%	2

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
	GEV : 0	la prochaine GEV.	2020 : 50%	
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid : 0	D'ici 2020 atteindre un niveau de 100% de districts disposant d'un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid	2017 : 50% 2018 : 75% 2019 : 100% 2020 : 100%	2
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets : Non	D'ici 2020, élaborer un plan de gestion de déchets 2016-2020	2017 : 100%	3
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture vaccinale	Estimation du % de la couverture officielle pour PENTA3 : 84%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 84% à 95% au niveau national pour le penta3	2016 : 84% 2017 : 87% 2018 : 90% 2019 : 93% 2020 : 95%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin contre la rougeole : 74%	D'ici 2018 accroître la couverture vaccinale du VAR de 74% à 90% au niveau national	2016 : 74% 2017 : 80% 2018 : 90%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin BCG : 92%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du BCG de 92% à 95% au niveau national	2016 : 92% 2017 : 92% 2018 : 93% 2019 : 94% 2020 : 95%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin contre les infections à Pneumocoques3 : 84%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du PCV13_3 de 84% à 95% au niveau national	2016 : 84% 2017 : 87% 2018 : 90% 2019 : 93% 2020 : 95%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin anti rota virus 2 : 82%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du Rota2 de 82% à 95% au niveau national	2016 : 82% 2017 : 87% 2018 : 90% 2019 : 93% 2020 : 95%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin contre Polio3 : 84%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du VPO3 de 84% à 95% au niveau national	2016 : 84% 2017 : 87% 2018 : 90% 2019 : 93% 2020 : 95%	
	Couverture du vaccin anti-poliomyélitique inactivé VPI : 84%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du VPI de 84% à 95% au niveau national	2016 : 84% 2017 : 87% 2018 : 90% 2019 : 93% 2020 : 95%	1
	Estimations du % de couverture officielle pour le vaccin VAT2+ : 64%	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale du VAT2+ de 64% à 80% au niveau national	2016 : 64% 2017 : 68% 2018 : 72% 2019 : 76% 2020 : 80%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
Demande de vaccination	Pourcentage d'abandon du PENTA1 – PENTA3 : 6%	d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon de 6% à 5%	2016 : 6% 2017 : 6% 2018 : 5% 2019 : 5% 2020 : 5%	1
	Pourcentage d'abandon du BCG – VAR : 16%	d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon de 16% à 10%	2016 : 16% 2017 : 14% 2018 : 12% 2019 : 11% 2020 : 10%	1
Équité de la vaccination	Écart Penta3 en pourcentage entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur : 10% (2014)	D'ici 2020, réduire l'écart en Penta3 de 10% à 6% entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur (milieu rural et urbain)	2016 : 10% 2017 : 9% 2018 : 8% 2019 : 7% 2020 : 6%	1
	Pourcentage des districts bénéficiant d'une couverture Penta3 supérieure à 80 % :%	D'ici 2020, accroître à 80% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	2016 : 50 % 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 75% 2020 : 80%	1
	Communautés à haut risque identifiées pour un programme de vaccination systématique accéléré : secteurs limitrophes avec l'Ethiopie, Somali, Yémen (Réfugiés, Migrants) : 3	D'ici 2020, Faire bénéficier au moins 30% des communautés à haut risque identifiées d'un programme de vaccination systématique accéléré	2016 : 10% 2017 : 15% 2018 : 20% 2019 : 25% 2020 : 30%	1
Introduction de nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la période planifiée : 2	D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre le cancer du col de l'utérus (HPV) et celui contre Rougeole/rubéole (RR)	2016 : NA 2017 : NA 2018 : RR 2019 : NA 2020 : HPV	1
	Estimation du % de couverture officielle pour le vaccin HPV : NA	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale de 60% pour le vaccin contre HPV au niveau national	2016 : 0% 2017 : 0% 2018 : 50% 2019 : 55% 2020 : 60%	1
	Estimation du % de couverture officielle pour le vaccin RR : NA	D'ici 2020 atteindre la couverture vaccinale à 95% du RR au niveau national	2016 : NA 2017 : NA 2018 : 40% 2019 : 92% 2020 : 95%	1
7. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté	D'ici 2020, obtenir 100% de complétude au niveau national des rapports des districts	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
	(exhaustivité) : ND			
	Taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants : 1 en 2015	D'ici 2020, obtenir au moins 2 pour le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2	1
	% d'échantillons de selles prélevés adéquates : 66,7% en 2015	D'ici 2020, Rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles à 80%	2016 : 70 % 2017 : 72 % 2018 : 80% 2019 : 80% 2020 : 80%	1
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé : ND	D'ici 2020, Rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	2016 : 30% 2017 : 40 % 2018 : 50% 2019 : 65% 2020 : 80%	1
	Pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole : ND	D'ici 2020, Rehausser à 80 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 80%	1
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le Rota virus : Non	D'ici 2020, Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	2017 : 1	
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/PCV) : Non	D'ici 2020, Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	2016 : 1	
Contrôle de la couverture	Écart entre les chiffres de couverture par DTC3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels en 2014 : 6,7	Réduire (5 points) l'écart entre les chiffres de couverture par DTC3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	2016 : NA 2017 : NA 2018 : 5 2019 : NA 2020 : NA	1
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques : 100%	Maintenir à 100% le Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné : Non	Mettre en place un comité de surveillance des MAPI à tous les niveaux	2017 : 1	1
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête : 0	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet.	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 100%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel	Objectifs	Étapes	Ordre de priorité
8. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Recherche Stratégie de communication	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination : 2009	D'ici 2020 conduire une enquête CAP sur la vaccination	2016 : 0 2017 : 0 2018 : 1 2019 : 0 2020 : 0	2
Demande de la vaccination	Pourcentage des mères prêtes à utiliser les services de vaccination : ND	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	2016 : 80% 2017 : 85% 2018 : 90% 2019 : 95% 2020 : 95%	1

VI. PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE DU SYSTEME

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

Tableau 39: Stratégies et activités par composante

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	D'ici 2020, instaurer l'Autorité Nationale de Régulation	Assurer la création de l'ANR	Mettre en place l'Autorité Nationale de Régulation (ANR)	2018
	D'ici 2017, réviser les textes législatifs relatifs aux vaccins et médicaments	S'assurer que les décideurs clés du Ministère connaissent les lacunes en matière de réglementation liée aux vaccins et médicaments	Réviser le cadre légal et réglementaire de la législation des vaccins et des médicaments.	2017
	D'ici 2020, instaurer une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Inciter les parlementaires à voter une loi identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Organiser un plaidoyer à l'endroit des parlementaires pour identifier les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination,	2017
	D'ici 2020, maintenir la ligne budgétaire pour la vaccination	Plaidoyer à l'endroit du Ministère des Finances pour le maintien de la ligne	Organiser une réunion avec le Ministère des Finances pour le maintien de la ligne budgétaire pour la	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
		budgétaire pour la vaccination	vaccination	
Politique	D'ici 2020, assurer l'élaboration d'une politique nationale de vaccination	Elaborer une politique nationale de vaccination	Rédiger la politique nationale de vaccination	2017
Planification	D'ici 2020, assurer l'élaboration d'un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Assurer la disponibilité du plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Elaborer un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	2016 à 2020
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microprogramme annuel de vaccination	Assurer l'augmentation des districts disposant d'un micro programme annuel de vaccination	Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les micros plans des régions	2016 : 30% 2017 : 80% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%
			Faire un micro plan spécifique aux zones de migrants lors de la planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes)	2016 à 2020
Coordination	Assurer la fonctionnalité du GTCV et du CCIA	Maintenir la fonctionnalité du CCIA	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	2016 à 2020
		Rendre fonctionnel le GTCV	Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	2016 à 2020
	Améliorer le leadership et la coordination du PEV	Renforcement de la coordination au sein du PEV	Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions du PEV central et aussi des réunions restreintes entre Divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des activités	2016 à 2020
			Désigner un point focal pour la gestion du PEV de la ville de Djibouti en dehors de l'équipe centrale du PEV	2016
		Assurer le monitoring régulier PEV à tous les niveaux	Organiser des réunions mensuelles de monitoring et de validation des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement	2016 à 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			des solutions à tous les niveaux (Central, Opérationnel)	
			Organiser des réunions semestrielles décentralisées des points focaux de la vaccination et de la surveillance	2016 à 2020
			Clarifier les rôles et responsabilités entre le PEV; la DRS et l'INSPD en matière de surveillance épidémiologique	
			Organiser des réunions trimestrielles de coordination entre les parties prenantes (SIS-PEV-INSPD..)	2016 à 2020
		Assurer l'archivage régulier des données du PEV à tous les niveaux	Mettre en place au PEV central un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	2016
		Assurer la vulgarisation des données PEV et des résultats des différentes enquêtes du PEV	Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du système de santé.	2016
Plaidoyer	Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Inciter les parlementaires à voter une loi contraignant les parents à respecter les droits des enfants à la vaccination	Organiser une fois l'an un plaidoyer à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	2016 à 2020
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines	Assurer le recrutement de nouveaux agents au poste de santé n'en disposant pas	Recruter de nouveaux agents de santé et les affecter dans les PS (Etat)	2016 à 2020
			Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	2016 à 2017

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Créer une base de données pour suivre la situation des agents formés sur les thématiques du PEV à tous les niveaux	2017
Renforcement des capacités	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Assurer la formation des agents sur la gestion du PEV	Former les gestionnaires des 2 dépôts centraux de gestions des vaccins du PEV en gestion logistique des vaccins (Cours LOGIVAC) à l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (Bénin);	2017 : 2
			Développer, adapter et promouvoir l'utilisation de guidelines de bonne pratique pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des services offerts en matière de vaccination	2016 à 2020
			Former les 60 agents de vaccinations sur les outils des gestions, sur le monitoring des activités PEV et suivi des couvertures vaccinales	2016
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions les axes stratégiques de l'approche ACC (Atteindre chaque communauté)	2017
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions en gestion PEV	2017 : 50% 2018 : 50%
			Former le staff du PEV central, les médecins-chefs des régions et les points focaux PEV en techniques de supervision formative	2017 : 50% 2018 : 50%
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions sur la maintenance préventive de la CDF	2017 : 50% 2018 : 50%
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions sur la connaissance et l'utilisation	2017 : 50% 2018 : 50%

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			des outils de gestion et de monitoring des vaccins et de la CDF (DVD/MT, SMT, fridge tag, etc.)	
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions sur la surveillance des MAPI	2017 : 50% 2018 : 50%
	D'ici 2020 renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	Assurer la formation de tous les acteurs intervenant dans le PEV sur la mobilisation sociale	Former les chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires sur les maladies cibles du PEV	2017 : 50% 2018 : 50%
			Former les relais communautaires sur l'importance de la vaccination et la visite à domicile	2017 : 50% 2018 : 50%
Supervision	D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Renforcer la supervision des activités du PEV à tous les niveaux	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2
			Assurer 4 supervisions par an du niveau district vers les postes de santé et autres centres de vaccination	2016 : 2 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4
			Renforcer la supervision des activités de la mobilisation sociale à tous les niveaux	2016 à 2020
			Conduire des actions de supervision pour supporter les équipes locales vers l'atteinte de meilleures qualité et sécurité des soins relatifs à la vaccination	2016 à 2020
			Assurer la régularité de la supervision au niveau des structures sanitaires tous les mois sur les reporting des données des registres	2016 à 2020
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
	D'ici 2020, assurer la pérennité du financement du programme.	Réduction de la dépendance du financement de l'extérieur du programme PEV	Plaidoyer de haut niveau pour augmenter à 15 % les fonds alloués à la santé conformément aux accords d'Abuja	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
		Augmentation de la ligne budgétaire de la vaccination	Plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
			Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	2016
			Plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	2016
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Gestion efficace des vaccins	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	Assurer la mise en œuvre des recommandations de la GEV	Mettre en œuvre les activités recommandées de la GEV	2016 à 2020
		Assurer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV	2016 à 2020
Approvisionnement des vaccins	D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	Approvisionnement continu en vaccins et matériel de vaccination	Assurer l'approvisionnement trimestriel des régions en vaccins, matériel et consommables	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4
		Assurer l'achat de matériel de transport pour tous les niveaux	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement des équipements	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
			Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la CDF	2016 à 2020
			Assurer une maintenance régulière et un entretien régulier de la chaîne de froid solaire au niveau des régions sanitaire	2016 à 2020
			Doter les sous directions des régions de 5 véhicules 4x4	2016 : 1 2017 : 3 2018 : 1

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Doter les postes de santé en motos pour mener les activités de stratégie avancée Doter tous les CSC et postes de santé de 2 motos	2016 : 36 2017 : 36
			Doter les moyens de transport équipés mobiles en carburant et assurer la maintenance de 7 véhicules acquis	2016 à 2020
			Doter le PEV central de 2 camions frigorifiques pour le transport et 30 congélateurs solaires pour la conservation des vaccins et produits essentiels périssables	2018
Chaîne du froid / Logistique	D'ici 2020, renforcer la gestion des vaccins et consommables aux niveaux central, régional et poste de santé	Assurer la gestion informatique des vaccins et consommables aux niveaux régional et district	Acquérir du matériel informatique (ordinateurs et accessoires) pour la gestion des stocks de vaccins et consommables du niveau central.	2016
			Acquérir du matériel informatique (ordinateurs et accessoires) pour la gestion des stocks de vaccins et consommables du niveau régional	2017 : 40% 2018 : 30% 2019 : 20% 2020 : 10%
			Acquérir 500 portes-vaccins pour les centres de vaccination	2017 : 50% 2018 : 30% 2019 : 10% 2020 : 10%
			Réaliser un inventaire annuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
			Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	2016 à 2020
			Assurer la maintenance des groupes électrogènes et mettre en place une	2016 à 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			réserve suffisante de carburant	
			Elaborer et mettre en œuvre un programme de maintenance préventive sur plusieurs années pour le bâtiment et les équipements de la chaîne du froid.	2017
			Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs et les former	2016
			Etablir un protocole ou un contrat de maintenance avec les sociétés locales privées pour la maintenance des équipements de la CDF	2017
		Assurer un monitoring régulier des données de gestion des vaccins	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion des stocks générés par le SMT	2016 à 2020
			Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluant et consommables	2016 à 2020
			Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);	2016 à 2020
			Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	2016 à 2020
			Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	2016 à 2020
		Assurer une bonne conservation des	Assurer le rangement des vaccins dans le	2016 à 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
		vaccins dans la chaîne de froid	réfrigérateur, conformément aux directives en vigueur	
			Etablir les procédures et les conditions adéquates de la logistique de la chaîne de froid pour les vaccins avec l'appui technique d'un consultant	2016
			Renforcer la chaîne de froid pour la conservation des vaccins aux différents niveaux du système de santé (évaluer périodiquement les besoins et le couvrir)	2016 à 2020
			Acquisition de 15 réfrigérateurs MK 304 électrique	2016
			Acquisition des 14 glacières homologuées par l'OMS	2016
			Doter les groupes électrogènes des dépôts de vaccins de système d'alarme automatique	2016
			Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	2016
			Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	2016 à 2020
			Assurer l'inventaire exhaustif du matériel de CDF et roulant utilisé pour les activités du PEV	2016 à 2020
Élimination des déchets	D'ici 2020, améliorer la gestion des déchets	Assurer une bonne gestion des déchets dans les centres	Elaborer un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination	2018
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture vaccinale	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national et dans tous les districts	Renforcement de la demande et de l'Offre des services de vaccination dans toutes les formations sanitaires	Appliquer l'approche Atteindre Chaque Communauté (ACC) dans tous les districts	2016 à 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Organiser les sorties mobiles intégrées par mois dans les districts pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	2016 à 2020
			Organiser des activités supplémentaires de vaccination pour couvrir les enfants non ou incomplètement vaccinés dans les zones d'accès difficile	2016 à 2020
			Organiser des recherches actives des perdus de vue PEV dans les zones périurbaines de Djibouti-ville avec la participation de la communauté	2016 à 2020
			Suivi des perdus de vue et de couverture vaccinal à la 14ème semaine	2016 à 2020
		Assurer l'organisation des AVS	Organiser au moins 2 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite	2016 à 2020
			Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole	2018
			Poursuivre l'intégration de la vitamine A et du Mebendazole/Albendazole dans le PEV de routine et dans les AVS	2016 à 2020
		Renforcement du Monitoring et la fiabilité des données des populations utilisées	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et par poste de santé	2016 à 2020
			Actualiser la cartographie des aires de santé	2016 à 2020
			Rendre disponible les supports de façon régulière et à tous les niveaux	2016 à 2020
			Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	2016 à 2020
			Conduire une enquête de couverture vaccinale	2018

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
Demande de vaccination	d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon	Réduction du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers les visites à domicile	2016 à 2020
	D'ici 2020, accroître à 80% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80% en Penta3	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	2016 à 2020
Équité de la vaccination	D'ici 2020, réduire l'écart en DTC3 entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Identifier les populations déplacées ou réfugiées et adapter les stratégies efficaces pour les atteindre	2016 à 2020
	D'ici 2020, identifier au moins 30% des communautés à haut risque bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Identifier les mouvements des populations et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	2016 à 2020
			Elaborer une cartographie des communautés à haut risque en collaboration avec les services d'élevage, de l'hydraulique, les élus et les leaders communautaires	2017, 2019
			Faire un micro plan spécifique aux zones nomades, migrants et difficiles d'accès lors de planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes, etc.)	2016 à 2020
	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale de 50% pour le vaccin contre la HPV au niveau national	Introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre le cancer du col de l'utérus (HPV) et celui contre la Rougeole/rubéole (RR)	Organiser l'introduction du vaccin contre la Rougeole/rubéole (RR) en remplacement du VAR	2018
	D'ici 2020 atteindre la couverture vaccinale de 90% du RR au niveau national		Organiser l'introduction du vaccin contre le cancer du col de l'utérus (HPV)	2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	D'ici 2020, obtenir 100% pour la complétude au niveau national des rapports des districts	Renforcement de la lutte contre les maladies à potentiel épidémiques	Doter les structures sanitaires en supports de collecte des données	2016 à 2020
			Renforcer les activités et les moyens de détection précoce, de déclaration, d'analyse et de riposte	2017
	D'ici 2020, obtenir au moins 2 pour le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	Assurer la détection et la notification des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en supports de définitions des cas	2016 à 2020
			Organiser des réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières et privées sur l'objectif d'éradication de la poliomyélite	2016 à 2018
			Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires dans la recherche active des cas de PFA	2016 à 2020
			Renforcer la surveillance active des maladies cibles du PEV en particulier la PFA à tous les niveaux	2016 à 2020
	D'ici 2020, Rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles à 80%	Assurer la notification et le prélèvement à temps et en quantité suffisante dans de bonnes conditions des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en kits de prélèvement	2016 à 2020
	D'ici 2020, Rehausser à 95 % le pourcentage des cas de rougeole pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	Renforcer des laboratoires pour l'analyse des échantillons	Mettre à disposition du laboratoire national les réactifs pour les tests de rougeole et rubéole	2016 à 2020
	D'ici 2020, Rehausser à 80 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	Renforcer la capacité des comités de gestion des épidémies	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	2016
	D'ici 2020, tous les cas de décès dus au tétanos néonatal ont	Assurer l'investigation de tout cas de décès dû	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas	2016 à 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	fait l'objet d'une enquête de suivi	au tétanos néonatal		
		Assurer la riposte autour des cas de TMN	Tenir la riposte autour de chaque de chaque de TMN confirmé	2016 à 2020
	D'ici 2020, assurer la surveillance des maladies dues au rota virus et le hib	Renforcer la lutte contre les maladies dues au rota virus et le hib	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	2016
			Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	2016
Sécurité de la vaccination	Maintenir à 100% le Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Assurer une disponibilité permanente de seringues autobloquantes et de boites de sécurité	Approvisionner régulièrement les Districts en seringues autobloquantes	2016 à 2020
			Approvisionner régulièrement les Districts en boites de sécurité	2016 à 2020
Manifestations indésirables	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet	Assurer la surveillance des MAPI à tous les niveaux	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en compte le PEV et les campagnes de vaccination	2016
			Elaborer et diffuser un guide de surveillance des MAPI	2016
			Mettre en place un système de rapportage (signalement) pour les événements indésirables et incidents relatifs à la vaccination	2016 à 2020
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Communication	D'ici 2020 conduire une enquête CAP sur la vaccination	Assurer l'organisation d'une enquête CAP pendant l'enquête de couverture vaccinale	Collecte et analyse des données pour l'enquête CAP	2018
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Plaidoyer/ Partenariat	Plaidoyer à l'endroit du gouvernement et des partenaires pour le financement du plan de communication	2016
			Assurer la mise en œuvre	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			du plan de communication PEV	
			Etablir un partenariat, network avec le secteur privé pour renforcer les actions du programme de vaccination	2016 à 2020
			Organiser une séance par an de plaidoyer dans les régions pour l'adhésion des autorités administratives, coutumières et religieuses aux activités du PEV	2016 : 6 2017 : 6 2018 : 6 2019 : 6 2020 : 6
			Organiser une séance de plaidoyer par an avec les partenaires publics et privés pour leur adhésion aux activités du PEV	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Mobilisation sociale	Elaboration du matériel de communication (affiches, dépliants, boîtes à images...)	2017
			Assurer la disponibilité des outils de communication sur le PEV	2017
			Organiser les séances de dialogue communautaire auprès de la population sur le PEV	2017
			Développer des actions renforçant l'engagement et l'implication active de la population relative à la vaccination	2016 à 2020
			Multiplication et distribution du matériel de communication (affiches, boîtes à image, dépliants...) au niveau des formations sanitaires.	2017
			Organiser les séances de causeries éducatives avec les parents d'enfants de moins de 5 ans sur le PEV	2016 à 2020
			Tenir 4 fois par an des réunions du comité de santé pour la mobilisation sociale au régional et Djibouti-ville	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Organiser 4 fois par an la supervision et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Communication pour le Changement de Comportement	Tenir une fois par mois des émissions au niveau des programmes des medias destinés aux chroniques sanitaires pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination	2016 : 5 2017 : 12 2018 : 12 2019 : 12 2020 : 12
			Développer des mesures incitatives (de motivation) pour l'atteinte de meilleures performances dans le domaine de la vaccination	2016 à 2020
			Utiliser les supports de communication PEV lors des séances d'IEC	2016 à 2020
			Organiser des séances de sensibilisation et mobilisation sociale avec les associations et des ONG pour l'implication de la communauté, lors des activités de communication sur la vaccination	2017
			Sensibilisation des mères pour la conservation des documents de vaccination (carnets,...) pendant les séances d'IEC et à la radio	2016 à 2020
			Organiser les visites à domicile dans les ménages qui refusent la vaccination	2016 à 2020
		Assurer le renforcement de capacités des acteurs sur la communication PEV	Former les points focaux, les agents de santé, mobilisatrices et les relais communautaires sur la communication interpersonnelle pour le PEV	2017 : 50% 2018 : 50%
			Former une fois tous les 2 ans les journalistes et animateurs radios et télévision en matière de communication sur la vaccination	2017 : 1 2019 : 1

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

Tableau 40: Alignement du PPAC avec le GVAP

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

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

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	graves (Manifestation post-vaccinale indésirable) et ainsi maintenir un certain degré de confiance et dissiper les craintes.				
	☑ S'adresser aux organisations de la société civile (OSC) du pays, les inciter et les appuyer à plaider, auprès des communautés locales et des responsables politiques et au sein des médias locaux et mondiaux, en faveur des bienfaits des vaccins.	X			
	☑ Mettre en place des plans de plaidoyer, aux niveaux national et régional, qui impliquent la participation des OSC du pays.	X			
	☑ Associer les activités de plaidoyer mondiales, nationales et communautaires aux réseaux professionnels et universitaires.		X		
Axe stratégique 3 : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élaborer et appliquer des nouvelles stratégies vers une plus grande équité	☑ Changer « Atteindre chaque district » par « Atteindre chaque communauté » pour remédier aux inégalités au sein des districts.	X			
	☑ S'adresser aux groupes mal desservis et marginalisés pour formuler des stratégies ciblées et adaptées à la localité, en vue de réduire les inégalités.	X			
	☑ Introduire des nouveaux vaccins, en rapport avec les besoins des individus, dans les programmes de vaccination (voir l'axe stratégique 5).	X			
	☑ Adopter une approche fondée sur la vie entière au moment de planifier et d'administrer les vaccins, ainsi que les nouvelles stratégies pour garantir le maintien de l'équité à tous les stades de la vie.		X		
	☑ Prévenir et faire face aux maladies à prévention vaccinale en cas d'épidémie, de crises humanitaires et dans les zones de conflit.	X			
Renforcer la base des connaissances et les capacités pour une prestation équitable	☑ Identifier le statut vaccinal de chaque individu, en se référant aux registres d'immunisation, aux bases de données électroniques et aux systèmes de numéros d'identification nationaux.		X		
	☑ Tirer parti des structures communautaires pour améliorer les communications et garantir les prestations de services (accoucheuses traditionnelles, registres des naissances).	X			
	☑ Impliquer les OSC dans les activités de sensibilisation des communautés et de planification.	X			
	☑ Mettre au point de nouvelles approches pour s'assurer l'engagement des communautés dans les zones urbaines et périurbaines.	X			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	<input checked="" type="checkbox"/> Former le personnel de santé et les OSC aux procédures à suivre pour encourager la participation des communautés, identifier les personnes influentes pouvant contribuer à la planification, l'organisation et le contrôle des programmes de santé et de vaccination, évaluer les besoins des communautés et œuvrer avec elles pour y répondre.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination..		X		
Axe stratégique 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Formuler et appliquer des nouvelles stratégies pour remédier aux inégalités	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que les programmes mondiaux de vaccination, ayant pour buts l'éradication et l'élimination, sont bien incorporés dans les programmes de vaccination nationaux.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que la distribution des nouveaux vaccins s'accompagne de plans détaillés de lutte contre les maladies.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer de la coordination entre les secteurs public et privé lors de l'introduction de nouveaux vaccins, de la notification des maladies à prévention vaccinale, et de la qualité de la vaccination dans les secteurs public et privé.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Envisager d'inclure les vaccins dans les programmes de santé, tout au long de la vie.	X			
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	<input checked="" type="checkbox"/> Améliorer la qualité de toutes les données de vaccination administratives, en promouvoir l'analyse et les utiliser à tous les niveaux administratifs pour optimiser la performance des programmes.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre au point et promouvoir le recours aux nouvelles technologies aux fins de collecte, de communication et d'analyse des données sur la vaccination. .	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Renforcer, améliorer la qualité et vulgariser les systèmes de surveillance des maladies pour générer des informations basées sur des cas confirmés en laboratoire, pour prendre des décisions, surveiller l'impact de la vaccination sur la morbidité et la mortalité et les changements perçus dans l'épidémiologie des maladies.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer de la capacité de mise en œuvre des activités axées sur la sécurité des vaccins, notamment la capacité de collecter et d'interpréter les données relatives à la sécurité, en prévoyant une		X		

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	capacité plus étendue dans les pays qui introduisent les vaccins récemment mis au point.				
Renforcer les capacités des administrateurs et du personnel de première ligne	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que les programmes de vaccination et tout autre programme de soins de santé primaires disposent des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services prévisibles de qualité.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Augmenter les niveaux de formation avant, en cours et après l'emploi des ressources humaines, et élaborer des nouveaux programmes pertinents pour lesquels la vaccination est une composante de la lutte exhaustive contre les maladies.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir la formation coordonnée et la supervision du personnel de santé œuvrant au sein des communautés.	X			
Renforcer l'infrastructure et la logistique	<input checked="" type="checkbox"/> Innover dans le but d'améliorer la capacité de la chaîne du froid et la logistique, ainsi que la gestion des déchets.	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> Minimiser - aussi bien à l'échelle des pays qu'à l'échelle mondiale - l'impact que peuvent avoir la consommation d'énergie, et les différentes matières et procédés qu'utilisent les systèmes d'approvisionnement de la vaccination, sur l'environnement.		X		
	<input checked="" type="checkbox"/> Pourvoir en nombre suffisant les systèmes d'approvisionnement en personnel compétent, motivé et responsabilisé.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Instaurer des systèmes d'information permettant au personnel de suivre les mouvements de l'approvisionnement disponible.	X			
Axe stratégique 5 : Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Accroître le montant total des fonds	<input checked="" type="checkbox"/> Obtenir l'engagement des pouvoirs publics d'investir dans la vaccination, en fonction de leur capacité de paiement et les avantages escomptés.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Trouver des éventuels nouveaux partenaires de développement et nationaux, et diversifier les sources de financement.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Préparer la nouvelle génération de mécanismes de financement novateurs.		x		
Améliorer « l'abordabilité » (viabilité financière) des pays à moyen revenu	<input checked="" type="checkbox"/> Examiner les différentes approches de tarification et définir des critères clairs et explicites, qui dictent l'échelle des niveaux de prix et des prix actuellement en vigueur et des futurs prix dont disposeront les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	<input checked="" type="checkbox"/> Examiner les mécanismes communs de négociation ou d'approvisionnement concernant les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	
Améliorer l'affectation des fonds dans les pays à faible et moyen revenus	<input checked="" type="checkbox"/> Renforcer la gestion budgétaire et financière dans le pays pour une meilleure intégration, d'une part de la planification financière et des soins de santé et, d'autre part, du processus de définition des priorités.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Coordonner le soutien financier des partenaires de développement et de la part d'autres sources extérieures.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Évaluer et améliorer les mécanismes de soutien financier en fonction de leur effectivité à atteindre les buts de la lutte contre les maladies.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Baser l'apport de fonds sur la transparence et l'objectivité, pour garantir la viabilité des programmes.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Encourager le recours à l'étude des coûts et du rapport coûts-bénéfices dans le cadre des levées de fonds, des prises de décision et de la protection du financement des programmes de vaccination.		x		
	<input checked="" type="checkbox"/> Étudier les systèmes de financement sur la base « payer selon la performance ».		x		
Garantir un approvisionnement de qualité	<input checked="" type="checkbox"/> Créer et appuyer des réseaux de régulateurs et de fournisseurs pour partager les meilleures pratiques et pour améliorer les capacités d'assurance qualité et du contrôle de la qualité.		x		
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre au point des outils susceptibles de renforcer la normalisation mondiale des processus de fabrication et les processus de réglementation.		x		
	<input checked="" type="checkbox"/> Renforcer les dispositifs réglementaires et mettre en place des réglementations harmonisées à l'échelle mondiale.		x		
	<input checked="" type="checkbox"/> Créer un forum à partir duquel les pays pourront dialoguer sur les demandes de vaccins et les différentes technologies disponibles, tout en étant capables de prodiguer des conseils aux fabricants sur les profils de produits recherchés.		x		
Axe stratégique 6 : Les innovations de l'activité R&D (recherche et développement) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination		Oui	No	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élargir les capacités et collaborer davantage avec l'utilisateur final	<input checked="" type="checkbox"/> Collaborer avec l'utilisateur final pour déterminer les niveaux de priorités des vaccins et les innovations en fonction de la demande et de la valeur ajoutée.			X	
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre en place des plateformes d'échange d'informations sur la recherche vaccinale et l'établissement d'un consensus.			X	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	☑ Renforcer la capacité et les ressources humaines dans les pays à faible et moyen revenus, pour aider le structures de recherche et de développement et encourager la réalisation de recherches supplémentaires.			X	
	☑ Impulser l'essor du réseautage entre les centres de recherche pour établir des partenariats efficaces au sein des institutions des pays à revenu élevé, moyen et faible.			X	
	☑ Promouvoir la collaboration entre les disciplines de recherche traditionnelles et les scientifiques spécialistes de disciplines n'ayant jamais été impliqués dans la recherche sur les vaccins.			x	
Favoriser la mise au point de nouveaux vaccins	☑ Étudier les principes de base des réponses immunitaires acquises et naturelles, en particulier chez l'être humain.			X	
	☑ Étudier les caractéristiques immunologiques et moléculaires des microbes.			X	
	☑ Affiner la compréhension de la portée et des causes de la variation des pathogènes et de la population humaine aux vaccins.			X	
Accélérer le développement, la délivrance des licences et l'administration des vaccins	☑ Promouvoir un plus grand accès à la technologie, le savoir-faire et la propriété intellectuelle concernant les adjuvants et leur formulation dans les vaccins.			X	
	☑ Développer des mécanismes d'administration de vaccins sans seringue et des conditionnements de seringue tenant compte des besoins et contraintes des programmes de chaque pays.			X	
	☑ Mettre au point des vaccins thermostables contre le rotavirus et la rougeole.			X	
	☑ Mettre au point des nouvelles technologies de biotransformation et de fabrication.			X	
	☑ Mettre en place un programme de recherche scientifique réglementaire, de portée mondiale.			X	
	☑ Adopter les meilleures pratiques en matière de gestion des portefeuilles et des partenariats pour soutenir la recherche et le développement.			X	
Améliorer les efficacités des programmes et élargir la couverture vaccinale et son impact	☑ Chercher à savoir comment utiliser plus efficacement des informations disponibles, grâce aux technologies de communication modernes.	x			
	☑ Entreprendre des études et des investigations représentatives épidémiologiques, immunologiques, sociales et opérationnelles sur l'impact des vaccins, dans un but d'orienter les analyses économiques de la santé.			x	
	☑ Entreprendre des recherches opérationnelles sur l'amélioration des méthodes d'administration pour une vaccination à vie, et sur la vaccination dans des cas d'urgences humanitaires, des États fragiles et			x	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
	des pays en proie à des conflits et sortant d'un conflit.				
	☑ Entreprendre des recherches sur les effets de l'interférence et sur les meilleurs délais d'administration.			x	
	☑ Entreprendre des recherches sur l'amélioration des outils de diagnostic, pour faciliter la surveillance dans les pays à faible revenu.			x	

VIII. CALENDRIER D'ACTIVITES

Tableau 41: Calendrier d'activités par composante

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
1. GESTION DU PROGRAMME								
Législation et réglementations	D'ici 2020, instaurer l'Autorité Nationale de Régulation	Assurer la création de l'ANR	Mettre en place l'Autorité Nationale de Régulation (ANR)			X		
			Réviser le cadre légal et réglementaire de la législation des vaccins et des médicaments.		X			
	D'ici 2020, instaurer une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Inciter les parlementaires à voter une loi identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Organiser un plaidoyer à l'endroit des parlementaires pour identifier les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination,		X			
	D'ici 2020, maintenir la ligne budgétaire pour la vaccination	Plaidoyer à l'endroit du Ministère des Finances pour le maintien de la ligne budgétaire pour la vaccination	Organiser une réunion avec le Ministère des Finances pour le maintien de la ligne budgétaire pour la vaccination	X				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Politique	D'ici 2020, assurer l'élaboration d'une politique nationale de vaccination	Elaborer une politique nationale de vaccination	Rédiger la politique nationale de vaccination		x			
Planification	D'ici 2020, assurer l'élaboration d'un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Assurer la disponibilité du plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Elaborer un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microprogramme annuel de vaccination	Assurer l'augmentation des districts disposant d'un micro programme annuel de vaccination	Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les micros plans des régions	X	X	X	X	X
			Faire un micro plan spécifique aux zones de migrants lors de la planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes)	X	x	x	x	x
Coordination	Assurer la fonctionnalité du GTCV et du CCIA	Maintenir la fonctionnalité du CCIA	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	X	x	x	x	x
		Rendre fonctionnel le GTCV	Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	X	x	x	x	x
	Améliorer le leadership et la coordination du PEV	Renforcement de la coordination au sein du PEV	Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions du PEV central et aussi des réunions restreintes entre Divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des	X	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			activités					
			Désigner un point focal pour la gestion du PEV de la ville de Djibouti en dehors de l'équipe centrale du PEV	X				
		Assurer le monitoring régulier PEV à tous les niveaux	Organiser des réunions mensuelles de monitoring et de validation des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement des solutions à tous les niveaux (Central, Opérationnel)	X	x	x	x	x
			Organiser des réunions semestrielles décentralisées des points focaux de la vaccination et de la surveillance	X	x	x	x	x
			Clarifier les rôles et responsabilités entre le PEV; la DRS et l'INSPD en matière de surveillance épidémiologique	X				
			Organiser des réunions trimestrielles de coordination entre les parties prenantes (SIS-PEV-INSPD..)	X	X	X	X	X

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Assurer l'archivage régulier des données du PEV à tous les niveaux	Mettre en place au PEV central un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	X				
		Assurer la vulgarisation des données PEV et des résultats des différentes enquêtes du PEV	Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du système de santé.	X				
Plaidoyer	Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Inciter les parlementaires à voter une loi contraignant les parents à respecter les droits des enfants à la vaccination	Organiser une fois l'an un plaidoyer à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	X	x	x	x	x
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES								
Nombre de RH	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines	Assurer le recrutement de nouveaux agents au poste de santé n'en disposant pas	Recruter de nouveaux agents de santé et les affecter dans les PS (Etat)	X	x	x	x	x
			Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	X	x	x	x	x
			Créer une base de données pour suivre la situation des agents formés sur les thématiques du PEV à tous les niveaux		x			

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement des capacités	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Assurer la formation des agents sur la gestion du PEV	Former les gestionnaires des 2 dépôts centraux de gestions des vaccins du PEV en gestion logistique des vaccins (Cours LOGIVAC) à l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (Bénin);		X			
			Développer, adapter et promouvoir l'utilisation de guidelines de bonne pratique pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des services offerts en matière de vaccination	X	X	X	X	X
			Former les 60 agents de vaccinations sur les outils des gestions, sur le monitoring des activités PEV et suivi des couvertures vaccinales	X				
			Former le personnel des Poste de santé et les staffs des régions les axes stratégiques de l'approche ACC (Atteindre chaque communauté)		x			
			Former le personnel des Postes de santé et les staffs des régions en gestion du PEV		X	X		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Former le staff du PEV central, les médecins-chefs des régions et les points focaux PEV en technique de supervision formative		x	x		
			Former le personnel des Postes de santé et les staffs des régions sur la maintenance préventive de la CDF		x	x		
			Former le personnel des Postes de santé et les staffs des régions sur la connaissance et l'utilisation des outils de gestion et de monitoring des vaccins et de la CDF (DVD/MT, SMT, fridge-tag, etc.)		x	x		
			Former le personnel des Postes de santé et les staffs des régions sur la surveillance des MAPI		x	x		
	D'ici 2020 renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	Assurer la formation de tous les acteurs intervenant dans le PEV sur la mobilisation sociale	Former les chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	x
			Former les relais communautaires sur l'importance de la vaccination et la visite à domicile		x	x		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Supervision	D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Renforcer la supervision des activités du PEV à tous les niveaux	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	X	x	x	x	x
			Assurer 4 supervisions par an du niveau district vers les postes de santé et autres centres de vaccination	X	x	x	x	x
			Renforcer la supervision des activités de la mobilisation sociale à tous les niveaux	X	x	x	x	x
			Conduire des actions de supervision pour supporter les équipes locales vers l'atteinte de meilleures qualité et sécurité des soins relatifs à la vaccination	x	x	x	x	x
			Assurer la régularité de la supervision au niveau des structures sanitaires tous les mois sur les rapportages des données des registres	x	x	x	x	x
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT								
	D'ici 2020, assurer la pérennité du financement du programme.	Réduction de la dépendance du financement de l'extérieur du programme PEV	Plaidoyer de haut niveau pour augmenter à 15 % les fonds alloués à la santé conformément aux accords d'Abuja	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Augmentation de la ligne budgétaire de la vaccination	Plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables	x	x	x	x	x
			Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	X				
			Plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	x				

4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS

Gestion efficace des vaccins	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	Assurer la mise en œuvre des recommandations de la GEV	Mettre en œuvre les activités recommandées de la GEV	X	x	x	x	x
		Assurer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV	X	x	x	x	x
Approvisionnement des vaccins	D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	Approvisionnement continu en vaccins et matériel de vaccination	Assurer l'approvisionnement trimestriel des régions en vaccins, matériel et consommables	X	x	x	x	x
		Assurer l'achat de matériels de transport pour tous les niveaux	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement des équipements	X	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la CDF	X	x	x	x	x
			Assurer une maintenance et un entretien régulier de la chaîne de froid solaire au niveau des régions sanitaire	x	x	x	x	x
			Doter les sous directions des régions de 7 véhicules 4x4	x	x	x		
			Doter les postes de santé en motos (2/PS) pour mener les activités de stratégie avancée	x	x			
			Doter en moyens de transport les équipes mobiles en carburant et assurer les maintenances de 7 véhicules acquis	x	x	x	x	x
			Doter le PEV de 2 camions frigorifiques pour le transport et 30 congélateurs solaires pour la conservation des vaccins et produits essentiels périssables			x		
Chaîne du froid / Logistique	D'ici 2020, renforcer la gestion des vaccins et consommables aux niveaux central, régional et poste de santé	Assurer la gestion informatique des vaccins et consommables aux niveaux régional et district	Acquérir du matériel informatique (ordinateurs et accessoires) pour la gestion des stocks de vaccins et consommables du niveau central.	X				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Acquérir du matériel informatique (ordinateurs et accessoires) pour la gestion des stocks de vaccins et consommables du niveau régional	X	x	x	x	x
			Elaborer et diffuser les Manuels Opératoires Standardisés sous forme de directives pour la gestion logistique à tous les niveaux		x			
			Acquérir 500 porte- vaccins pour les centres de vaccination	X	x	x	X	X
			Réaliser un inventaire annuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	X	X	x	X	X
			Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	X	x	x	x	x
			Assurer la maintenance des groupes électrogènes et mettre en place une réserve suffisante de carburant	X	x	x	x	x
			Elaborer et mettre en œuvre un programme de maintenance		x			

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			préventive et curative sur plusieurs années pour le bâtiment et les équipements de la chaîne du froid.					
			Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs et les former	X				
			Etablir un protocole ou un contrat de maintenance avec les sociétés locales privées pour la maintenance des équipements de la CDF		x			
		Assurer un monitoring régulier des données de gestion des vaccins	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stocks générés par le SMT	X	X	X	X	X
			Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluant et consommables	X	x	x	X	X
			Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisés des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de	X	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			vaccination (DVD-MT);					
			Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	X	x	x	x	x
			Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	X	x	x	x	x
		Assurer une bonne conservation des vaccins dans la chaîne de froid	Assurer le rangement des vaccins dans le réfrigérateur, conformément aux directives en vigueur	X	X	X	X	X
			Etablir les procédures et les conditions adéquates de la logistique de la chaîne de froid pour les vaccins avec l'appui technique d'un consultant	x				
			Renforcer la chaîne de froid pour la conservation des vaccins aux différents niveaux du système de santé (évaluer périodiquement les besoins et le couvrir)	x	x	x	x	x
			Acquisition de 15 réfrigérateurs MK 304 électriques	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Acquisition des 14 glacières homologuées par l'OMS	x				
			Doter les groupes électrogènes des dépôts de vaccins de système d'alarme automatique	X				
			Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	X				
			Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	X	x	x	x	x
			Assurer l'inventaire exhaustif du matériel de CDF et roulant utilisé pour les activités du PEV	X	x	x	x	x
Élimination des déchets	D'ici 2020, améliorer la gestion des déchets	Assurer une bonne gestion des déchets dans les centres	Elaborer un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination			x		
5. SERVICE DE VACCINATION								
Couverture vaccinale	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national et dans tous les districts	Renforcement de la demande et de l'Offre des services de vaccination dans toutes les formations sanitaires	Appliquer l'approche Atteindre Chaque Communauté (ACC) dans tous les districts	X	X	X	X	X
			Organiser les sorties mobiles intégrées par mois dans les districts pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	X	X	X	X	X

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Organiser des activités supplémentaires de vaccination pour couvrir les enfants non ou incomplètement vaccinés dans les zones d'accès difficile	x	x	x	x	x
			Organiser la recherche active des perdus de vue PEV dans les zones périurbaines de Djibouti-ville avec la participation de la communauté	x	x	x	x	x
			Suivi des perdus de vue et de couverture vaccinale au 14ème semaine	x	x	x	x	x
		Assurer l'organisation des AVS	Organiser au moins 2 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite, la vitamine A et le Mebendazole/Albendazole	x	x	x	x	x
			Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole			x		
			Poursuivre l'intégration de la vitamine A et du Mebendazole/Albendazole dans le PEV de routine et dans les AVS	x	x	x	x	x
		Renforcement du Monitoring et la fiabilité des données des populations	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		utilisées	par poste de santé					
			Actualiser la cartographie des aires de santé	X		x		
			Rendre disponible les supports de façon régulière et à tous les niveaux	X	X	X	X	X
			Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	X	X	X	X	X
			Conduire une enquête de couverture vaccinale			X		
Demande de vaccination	d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon	Réduction du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers les visites à domicile	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, accroître à 80% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80% en Penta3	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	X	X	X	X	X
Équité de la vaccination	D'ici 2020, réduire l'écart en DTC3 entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Identifier les populations déplacées ou réfugiées et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, identifier au moins 30% des communautés à haut risque bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré	Mise en œuvre de la stratégie ACC	Identifier les mouvements des populations et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	X	X	X	X	X
			Elaborer une cartographie des communautés à haut risque en collaboration avec les services		X		X	

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			d'élevage, de l'hydraulique, les élus et les leaders communautaires					
			Faire un micro plan spécifique aux zones nomades, migrants et difficiles d'accès lors de planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes, etc.)	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale de 50% pour le vaccin contre la HPV au niveau national	Introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre le cancer du col de l'utérus (HPV) et celui contre la Rougeole/rubéole (RR)	Organiser l'introduction du vaccin contre la Rougeole/rubéole (RR) en remplacement du VAR			X		
	D'ici 2020 atteindre la couverture vaccinale de 90% du RR au niveau national		Organiser l'introduction du vaccin contre le cancer du col de l'utérus (HPV)					X
6. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE								
Communication	D'ici 2020 conduire une enquête CAP sur la vaccination	Assurer l'organisation d'une enquête CAP pendant l'enquête de couverture vaccinale	Collecte et analyse des données pour l'enquête CAP			X		
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Plaidoyer/ Partenariat	Plaidoyer à l'endroit du gouvernement et des partenaires pour le financement du plan de communication	X				
			Assurer la mise en œuvre du plan de communication	X	X	X	X	X

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			PEV					
			Etablir un partenariat, network avec le secteur privé pour renforcer les actions du programme vaccination	x	x	x	x	x
			Organiser une séance par an de plaidoyer dans les régions pour l'adhésion des autorités administratives, coutumières et religieuses aux activités du PEV	X	X	X	X	X
			Organiser une séance de plaidoyer par an avec les partenaires publics et privés pour leur adhésion aux activités du PEV	X	X	X	X	X
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Mobilisation sociale	Elaboration du matériel de communication (affiches, dépliants, boites à images...)		X			
			Assurer la disponibilité des outils de communication sur le PEV		X			
			Organiser les séances de dialogue communautaire auprès de la population sur le PEV		X			
			Développer des actions renforçant l'engagement et	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			l'implication active de la population relative à la vaccination					
			Multiplication et distribution du matériel de communication (affiches, boîtes à image, dépliants...) au niveau des formations sanitaires.		X			
			Organiser les séances de causeries éducatives avec les parents d'enfants de moins de 5 ans sur le PEV	X	X	X	X	X
			Tenir 4 fois par an des réunions du comité de santé pour la mobilisation sociale au régional et Djibouti-ville	X	X	X	X	X
			Organiser 4 fois par an la supervision et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé	X	X	X	X	X
	D'ici 2020 amener 95% des mères à utiliser les services de vaccination	Communication pour le Changement de Comportement	Tenir une fois par mois des émissions au niveau des programmes des médias destinés aux chroniques sanitaires pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Développer des mesures incitatives (de motivation) pour l'atteinte de meilleures performances dans le domaine de la vaccination	x	x	x	x	x
			Utiliser les supports de communication PEV lors des séances d'IEC	X	X	X	X	X
			Organiser des séances de sensibilisation et mobilisation sociale avec les associations et des ONG pour l'implication de la communauté, lors des activités de communication sur la vaccination		X			
			Sensibilisation des mères pour la conservation des documents de vaccination (carnets,...) pendant les séances d'IEC et à la radio	X	X	X	X	X
			Organiser les visites à domicile dans les ménages qui refusent la vaccination	X	X	X	X	X
		Assurer le renforcement de capacités des acteurs sur la communication PEV	Former les points focaux, les agents de santé, les mobilisatrices et les relais communautaires sur la communication interpersonnelle pour le PEV		X	X		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Former une fois tous les 2 ans les journalistes et animateurs radios et télévision en matière de communication sur la vaccination		X		X	
7.NOTIFICATION ET SURVEILLANCE								
Surveillance de routine	D'ici 2020, obtenir 100% pour la complétude au niveau national des rapports des districts	Renforcement de la lutte contre les maladies à potentiel épidémiques	Doter les structures sanitaires en supports de collecte des données	X	X	X	X	X
			Renforcer les activités et les moyens de détection précoce, de déclaration, d'analyse et de riposte		x			
	D'ici 2020, obtenir au moins 2 pour le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	Assurer la détection et la notification des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en supports de définitions des cas	X	X	X	X	X
			Organiser des réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières et privées sur l'objectif d'éradication de la poliomyélite	X	X	X	X	X
			Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires dans la recherche active des cas de PFA	X	X	X	X	X
			Renforcer la surveillance active des maladies cibles du PEV en particulier la PFA à tous les niveaux	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
	D'ici 2020, Rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles à 80%	Assurer la notification et le prélèvement à temps et en quantité suffisante dans de bonnes conditions des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en pots de prélèvements	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, Rehausser à 95 % le pourcentage des cas de rougeole pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	Renforcer des laboratoires pour l'analyse des échantillons	Mettre à disposition du laboratoire national les réactifs pour les tests de rougeole et rubéole	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, Rehausser à 80 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	Renforcer la capacité des comités de gestion des épidémies	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	X				
	D'ici 2020, tous les cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	Assurer l'investigation de tout cas de décès dus au tétanos néonatal	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas	X	X	X	X	X
	D'ici 2020, assurer la surveillance des maladies dues au rota virus et le hib	Renforcer la lutte contre les maladies dues au rota virus et le hib	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	X				
			Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	X				
Sécurité de la vaccination	Maintenir à 100% le Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Assurer une disponibilité permanente de seringues autobloquantes et de boites de sécurité	Approvisionner régulièrement les Districts en seringues autobloquantes	X	X	X	X	X
			Approvisionner régulièrement les Districts en boites de sécurité	X	X	X	X	X

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Manifestations indésirables	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet	Assurer la surveillance des MAPI à tous les niveaux	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en compte le PEV et les campagnes de vaccination	X				
			Elaborer et diffuser un guide surveillance des MAPI	X				
			Mettre en place un système de reporting (signalement) pour les événements indésirables et incidents relatifs à la vaccination	X	X	X	X	X

IX. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Tableau 42: Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
GESTION DU PROGRAMME										
D'ici 2020, instaurer l'Autorité Nationale de Régulation	Arrêté de création de l'ANR	Inexistence de l'ANR	2014	Rapport Revue externe PEV			X			Procès-Verbal de la réunion d'installation de l'ANR
D'ici 2020, instaurer une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Disponibilité de la loi identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	Absence de législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination	2014	Rapport Revue externe PEV		X				Procès-Verbal de la réunion de l'assemblée nationale
D'ici 2020, maintenir la ligne budgétaire pour la vaccination	Existence de la ligne budgétaire pour la vaccination	Existence de la ligne budgétaire pour la vaccination	2014	Rapport Revue externe PEV	X	X	X	X	X	Loi des finances
D'ici 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	politique nationale de vaccination disponible	Inexistence de politique nationale de vaccination	2014	Rapport Revue externe PEV		X				Bordereau/ cahier de transmission

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020, Assurer l'élaboration du plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Disponibilité d'un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Absence d'un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	2014	Rapport Revue externe PE	X	X	X	X	X	supports électroniques et/ou copies dures du plan
D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microprogramme annuel de vaccination	Disponibilité de microprogramme annuel de vaccination au niveau de tous les districts	microprogramme annuel de vaccination disponible au niveau de certains districts	2014	Rapport Revue externe PEV	x	x	x	x	x	supports électronique et/ou hard du microprogramme annuel de vaccination au niveau
Maintenir à 4 le nombre annuel de réunion du CCIA de 2016 à 2020.	Tenue des réunions du CCIA	Quatre réunions ordinaires du CCIA sont organisées	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	PV de réunions
Assurer la fonctionnalité du GTCV	Tenue des réunions trimestrielles du GTCV	Aucune réunion tenue	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	PV de réunions
Améliorer le leadership et la coordination du PEV	Tenue des réunions régulières	Aucune réunion tenue	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	PV de réunions
Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Séance de plaidoyer à l'assemblée nationale	2 séances de plaidoyer à l'assemblée nationale	2014	Revue du PEV	X	X	X	X	X	Compte-rendu de la séance de plaidoyer

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES										
D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines	Recrutement et affectation des nouveaux agents	Insuffisance du personnel affecté au PEV	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Décisions d'affectation des nouveaux agents
D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Nombre d'agents formés sur les thématiques du PEV	Insuffisance des agents formés sur le PEV	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	Rapport d'activités de formation
D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Supervision à tous les niveaux	Irrégularité des supervisions du niveau central	2014	Revue PEV	x	x	x	x	x	Rapports de supervision du niveau central
CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT										
D'ici 2020, assurer la pérennité du financement du programme.	Augmentation de la ligne budgétaire pour achat des vaccins et consommables	Non financement des vaccins traditionnels par le budget national	2014	Revue PEV	x	x	x	x	x	La loi des finances
APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS										
D'ici 2020, maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	Disponibilité des vaccins et consommables	Pas de rupture de vaccin	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Rapports PEV : SMT
D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	Obtention de score de 80%	aucun district n'a obtenu un score de 80% pour les indicateurs de la GEV ;	2014	Rapport GEV 2014	X	X	X	X	X	Rapport GEV 2017

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020, renforcer la gestion des vaccins et consommables aux niveaux central, régional et poste de santé	Gestion informatisée des vaccins et consommables aux niveaux régional et district	Absence de gestion informatique des vaccins et consommables aux niveaux régional et district	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Rapport PEV : SMT
D'ici 2020, améliorer la gestion des déchets	disponibilité d'un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination	Absence d'un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Plan de gestion des déchets
Composante SERVICES DE VACCINATION										
D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de tous les antigènes au niveau national et dans tous les districts	couverture vaccinale par antigène au niveau national et district augmentée	Faibles couverture administratives des antigènes	2014	Rapport JRF	X	x	x	x	X	Rapport d'enquête
d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon	le taux d'abandon P1-P3 et BCG-VAR	6%	2014	enquête de couverture	X	x	x	x	X	Rapport d'enquête

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020, réduire l'écart en DTC3 entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	l'écart en DTC3 de entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	10%	2014	enquête de couverture	x	x	X	x	x	Rapport d'enquête
D'ici 2020, accroître à 80% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	2/6	2014	JRF	X	X	X	X	X	Rapports de vaccination
D'ici 2020, Faire bénéficier au moins 30% des communautés à haut risque identifiées d'un programme de vaccination systématique accéléré	communautés à haut risque identifiées d'un programme de vaccination systématique accéléré	3	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Rapports d'activités
D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre la Rougeole/rubéole, (RR) et le cancer du col utérin (PVH)	vaccins contre la Rougeole/rubéole, (RR) et le cancer du col utérin (PVH)	Vaccins RR, et PVH non introduits	2014	Revue PEV			X		X	Rapports d'activités
GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE										
D'ici 2020 conduire une enquête CAP sur la vaccination	Réalisation d'une enquête CAP	Absence d'Enquête CAP	2014	Revue PEV			X			Rapport d'enquête
D'ici 2020 amener 100% des mères à utiliser les services de vaccination	Proportion des mères ayant utilisé les services de vaccination	ND	2011	Rapport d'enquête de 2014	x	x	x	x	x	Rapport mensuel PEV

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
NOTIFICATION ET SURVEILLANCE										
D'ici 2020, obtenir à 100% la complétude au niveau national des rapports des districts	complétude au niveau national des rapports des districts	100%	2014	Revue PEV	X	X	X	X	X	Rapports de surveillance
D'ici 2020, Maintenir à au moins 2 le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	1	2015	Rapport surveillance PFA	X	X	X	X	X	Rapports de surveillance
D'ici 2020, Rehausser le taux de selles adéquates	taux de selles adéquates	66,7%	2015	Rapport surveillance PFA	X	X	X	X	X	Rapports de laboratoire
D'ici 2020, Rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire à été réalisé	% le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire à été réalisé	47	2015	Revue PEV	X	X	X	X	X	Rapports de laboratoire
D'ici 2020, Rehausser à 95 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	ND	2015	Rapport surveillance	X	X	X	X	X	Rapport surveillance
D'ici 2020, tous les cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	ND	2015	Rapport surveillance	X	X	X	X	X	Rapports d'investigation
D'ici 2020, Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour	plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	absence de plan de surveillance	2014	Revue du PEV	X					Bordereau/ cahier de transmission

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
le rota virus		sentinelle pour le rota virus								
D'ici 2020, Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	absence de plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	2014	Revue du PEV	X					Bordereau/ cahier de transmission
Mettre en place un comité de surveillance des MAPI à tous les niveaux	un comité de surveillance des MAPI	inexistence d'un comité de surveillance des MAPI	2014	Revue externe du PEV	X					Arrêté de création
D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet.	cas de MAPI graves signalés qui ont fait l'objet d'une enquête	ND	2014	Revue externe du PEV	X	X	X	X	X	Rapports d'investigation

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

X.1. Analyse des couts et financements du Programme

X.1.1 Contexte économique générale de Djibouti

Le Gouvernement de la République de Djibouti avec l'appui de la Banque Africaine de Développement (BAD) a élaboré un document de stratégie de développement pour la période 2016-2020 qui trace les perspectives de l'économie du pays sur la période.

Selon le préambule de ce document celui-ci a été préparé à un moment où l'économie du pays continue de connaître une embellie de la croissance enregistrée depuis 2011, un apaisement de l'environnement socio-politique, et le début de la mise en œuvre de la Vision Djibouti 2035. En effet selon les données de la BAD, le pays connaît une évolution positive de son économie depuis les quatre dernières années, passant progressivement de 4,5 en 2011 à 5,9 en 2014. Cette dynamique devrait se maintenir dans les années à venir, avec une perspective de 6,0% en 2015 et 2016. En outre, le PIB par habitant a plus que doublé en 15 ans, passant de 762 USD en 2000, à 1670 USD en 2013.

Malgré ces évolutions positives, le pays reste confronté à des défis majeurs que constituent le niveau élevé de pauvreté et de chômage. En outre, le pays fait face à une faible diversification économique et donc à une exposition relativement grande aux chocs économiques et environnementaux. La croissance et la diversification économique de Djibouti continue d'être freinée entre autre par une faible qualité des infrastructures économiques et un coût élevé des services. Au plan social et institutionnel, Djibouti reste confronté à d'importants défis, dont notamment la faiblesse des capacités, l'accentuation des tensions sociales causées par un chômage élevé, qui affecte près de 48% des actifs, et un niveau de pauvreté extrême qui est restée inchangée depuis 2002 et touche environ 23% de la population. L'Indice de Développement Humain (IDH) est assez bas, se situant à 0,467 en 2013 positionnant le pays au 170ème rang sur 187 pays.

X.1.2 Financement de la Santé et de la vaccination

Le plus grand problème de Djibouti est la fiabilité des données. Les données diffèrent selon la source. Néanmoins sur le plan méthodologique on a retenu les chiffres de l'annuaire statistique de 2014 publié sous le contrôle du Ministère de la Santé. Ainsi en ce qui concerne si la dépense totale de Santé par habitant, la République de Djibouti avec 70 \$US semble nettement au-dessus de la moyenne africaine (54%).

Selon les comptes nationaux de la Santé de 2014, sur la période 2011- 2014, les dépenses publiques de santé ont représenté en moyenne 57% des dépenses totales de Santé. Il est à noter que sur ces 57% environ 45% des dépenses ont été réalisés sur financement extérieur ce qui dénote de la vulnérabilité du système de santé de la République de Djibouti. En ce qui concerne les dépenses de vaccination, hormis les salaires et quelques petites dépenses de fonctionnement des services, la quasi-totalité des dépenses

spécifiques (vaccins et matériels d'injection, matériels de la chaîne froide et les activités opérationnelles) sont prises en charge sur financement extérieur.

Les données qui ont permis de confectionner les tableaux qui vont faire l'objet d'analyse dans ce Plan ont été collectées essentiellement auprès des partenaires en raison des difficultés à trouver des données uniformes au niveau de l'Administration.

L'absence des informations disponibles sur le financement de la communauté n'a pas facilité les prévisions de financement sur les prochaines années.

L'analyse des coûts et financements du Programme va porter essentiellement sur les points suivants :

- l'analyse des coûts du Programme pour l'année 2015 qui est l'année de
- Le financement du Programme au cours de l'année 2015
- La projection des coûts du Programme de 2016 à 2020
- Les financements assurés et probables projetés sur la période
- Et enfin l'analyse des Gaps et les stratégies de viabilité financière.

X.1.3 Les coûts du Programme de vaccination en 2015

Globalement le coût total du Programme de vaccination de la République de Djibouti en 2015 s'est élevé à environ 2824832 \$US dont 1934367 \$US si on ne raisonne qu'en termes de vaccination de routine représentant 68% des coûts totaux de vaccination. Sur ces coûts il convient de noter que les vaccins traditionnels n'ont représenté qu'un poids relativement faible environ 3% contre 8% pour les vaccins nouveaux et sous-utilisés alors que le personnel ne représentait qu'environ 4%. En réalité la conjonction de deux facteurs qui sont le faible poids de la population et la concentration de la plupart dans la capitale (60% de la population concentré dans la capitale) les coûts du PEV à Djibouti n'atteignent pas les mêmes proportions que dans d'autres pays. Ainsi par exemple les coûts des activités supplémentaires de vaccination n'ont représenté que 26% contre 68% pour la routine.

Tableau 43: Répartition des coûts du Programme de vaccination en 2015

Catégorie de coûts	2015
	US\$
Vaccins traditionnels	\$77 212
Vaccins sous-utilisés	\$113 000
Nouveaux vaccins	\$109 000
Matériel d'injection	\$58 077
Personnel	\$116 040
Transport	\$58 796
Autres coûts récurrents de routine	\$567 540
Véhicules	\$8 540
Équipements de la chaîne du froid	\$38 352
Autres biens d'équipement	\$23 488
Total dépenses spécifiques de vaccination	\$1934367
Activités de vaccination supplémentaire	\$744 724
Coûts partagés du système de santé	890464
Total besoins en ressources	\$2824832

Source : Costing tool PPAC 2016-2020

Le Graphique ci-dessous représente la principale structure des coûts pour la vaccination de routine en 2015

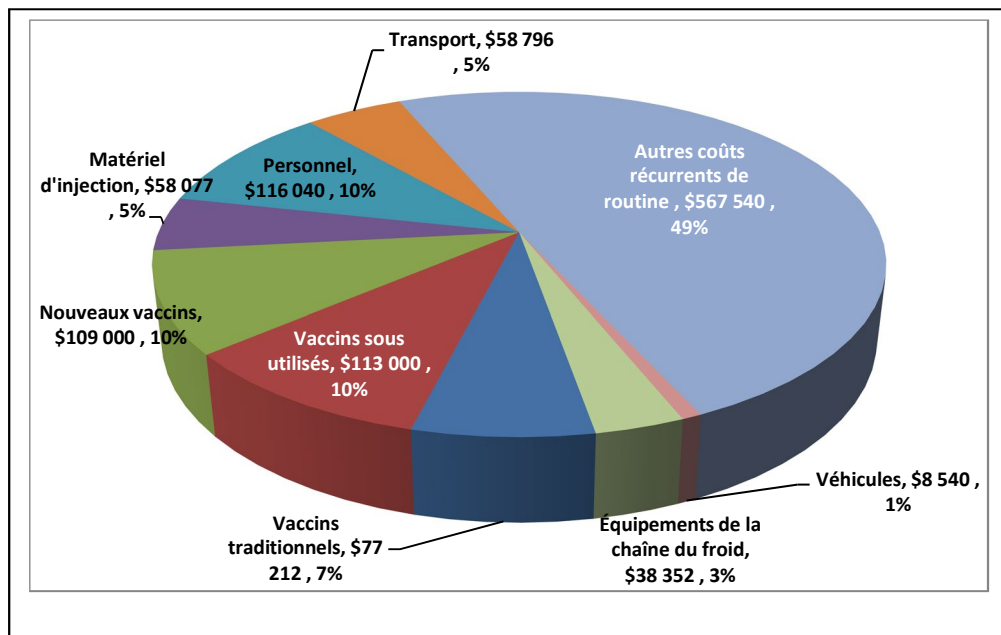


Figure 11: Processus structure des coûts pour la vaccination de routine en 2015

X.1.4 Le Financement du programme en 2015

Du point de vue du financement, il convient surtout de noter la grande vulnérabilité du Programme soulignée ci haut car comme on peut le constater sur le graphique ci-dessous, le plus gros contributeur du PEV à Djibouti demeure l'UNICEF qui a contribué en 2015 à hauteur de 40% notamment en ce qui concerne la fourniture des vaccins traditionnels, le matériel de la chaîne du froid et les activités opérationnelles . Les dépenses du Gouvernement qui s'élèvent 22% ne concernent en fait que le salaire du personnel permanent, le co-financement des vaccins introduits avec l'appui de Gavi et l'entretien des bâtiments ainsi que les investissements notamment dans les infrastructures sanitaires. Encore qu'en ce qui concerne les infrastructures certaines ont été construites sur financement extérieur mais l'insuffisance de traçabilité des dépenses à rendu difficile la classification des sources de ces dépenses. On retrouve en 3^e Gavi avec 21% pour les dépenses relatives aux vaccins nouveaux et sous utilisé. A cet effet, il convient de noter que Djibouti a introduit avec l'appui de Gavi trois vaccins dont le Pentavalent, en 2007, le vaccin contre les infections à pneumocoque en 2013 et le Rotavirus la même année .Enfin en 4^e position vient l'OMS avec 17% pour des dépenses relatives à la surveillance et aux coûts opérationnels de certaines campagnes comme celles pour la Polio et la Rougeole organisées en 2015.

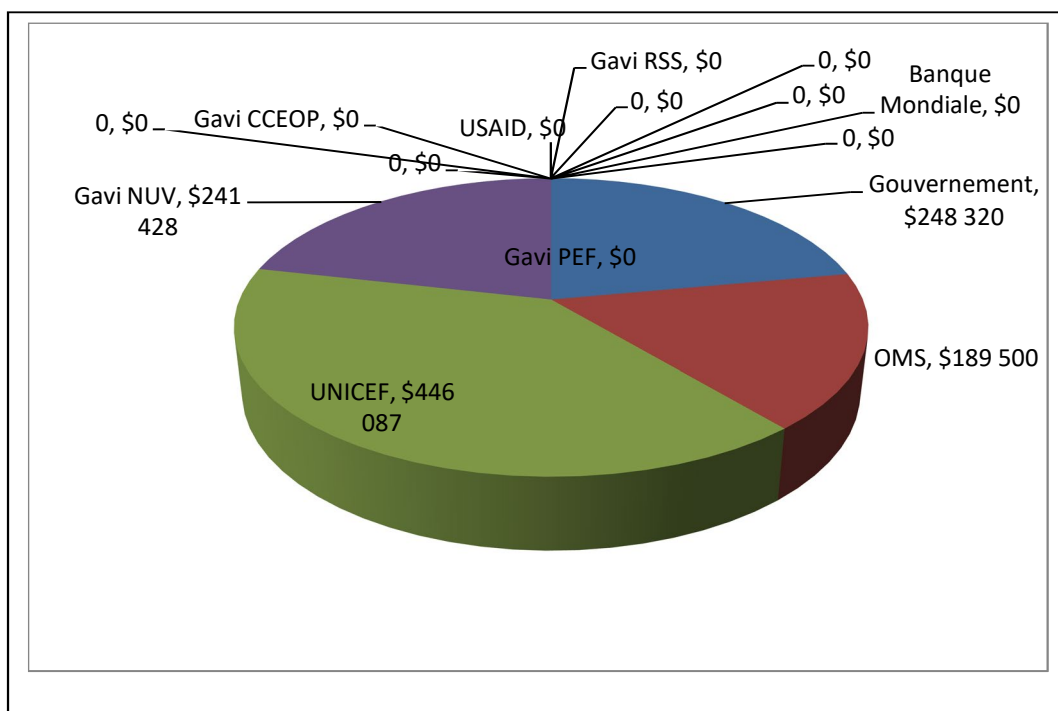


Figure 12: Processus Financement du programme en 2015

X.1.5 Le cout du Programme de 2016 à 2020

La République de Djibouti en tant que pays éligible au financement de Gavi introduit de 2007 à ce jour au moins quatre vaccins avec l'appui de GVA dont le Pentavalent en 2007, le vaccin contre les infections à pneumocoque en 2012, le vaccin contre les infections à Rotavirus en 2013 et le Vaccin Polio injectable en 2016. Le Gouvernement compte introduire le vaccin contre le cancer du col de l'utérus (HPV) à partir de 2018.

Tableau 44: Répartition des couts du Programme de vaccination de 2016 à 2020

Catégorie de coûts	2016	2017	2018	2019	2020
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Coûts récurrents de la vaccination systématique					
Vaccins traditionnels	\$45 556	\$59 570	\$40 129	\$42 321	\$44 352
Vaccins sous utilisés	\$211 379	\$180 462	\$155 606	\$160 846	\$167 104
Nouveaux vaccins	\$477 579	\$509 388	\$1 574 924	\$1 595 191	\$1 726 041
Matériel d'injection	\$23 889	\$25 573	\$39 090	\$40 356	\$42 807
Personnel	\$119 753	\$175 601	\$189 134	\$195 186	\$201 432
Transport	\$64 362	\$66 843	\$69 527	\$71 751	\$69 839
Autres coûts récurrents de routine	\$596 779	\$635 154	\$667 409	\$701 472	\$618 770
Véhicules	\$17 069	\$26 817	\$39 546	\$40 811	\$32 121
Équipements de la chaîne du froid	\$39 579	\$45 638	\$47 099	\$48 606	\$5 268
Autres biens d'équipement	\$24 239	\$25 015	\$25 816	\$26 642	\$27 494
Activités de vaccination supplémentaire	\$221 896	\$228 761	\$230 061	\$153 571	\$158 229

Source : Costing Tool PPAc 2016-2020

De l'analyse des évolutions des couts, il apparait les éléments suivants :

1. Les couts des vaccins traditionnels connaissent une chute à partir de 2018. Cela est dû essentiellement au fait que le pays compte remplacer à partir de 2018 les deux doses de vaccin contre la rougeole par le vaccin Rougeole-Rubéole, lequel vaccin

parties à la catégorie des nouveaux vaccins et donc quitte la catégorie des vaccins traditionnels

2. les vaccins sous utilisés vont connaître également un changement en ce sens que le pays a opté pour l'utilisation des flacons à 10 doses au lieu du flacon à 2 doses actuellement utilisé ce qui fait passer le cout de la dose de 2,32 \$US à 1,49\$US ce qui a un impact sur l'évolution du cout des vaccins sous utilisé
3. Les couts des vaccins nouveaux vont connaître un net accroissement à partir de 2018 avec l'introduction du vaccin contre le cancer du col de l'utérus (HPV)

En résumé à partir de 2018, le programme de vaccination devra connaître une évolution de son cout due à l'évolution de la couverture vaccinale, le renforcement de la capacité de la chaine du froid et l'introduction de nouveaux vaccins. Au total le cout du Programme en 2020 sera de l'ordre 4683122 \$US contre 2824832 \$US soit une augmentation de plus de 150%. Ce cout représentera en moyenne 0,18% du PIB. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des couts du programme de 2016 à 2020

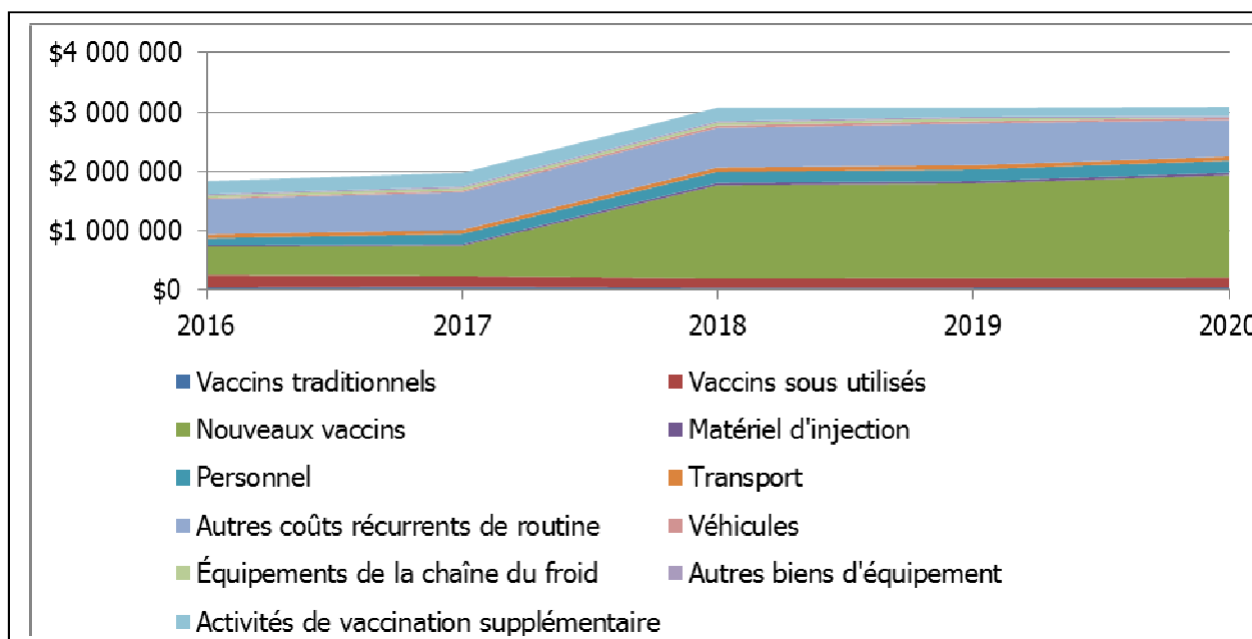


Figure 14: Evolution des couts du programme de 2016 à 2020

Contrairement à d'autres pays dont le financement de la vaccination constitue un véritable défi, la République de Djibouti est l'un des rares pays où malgré la vulnérabilité du programme (Programme financé à plus de 80% par l'extérieur), la question du financement des vaccins et des activités opérationnelles ne constitue pas un défi majeur. Les vaccins traditionnels sont assurés à 100% par l'UNICEF qui selon son plan de financement compte assurer ce financement jusqu'à 2020.

En ce qui concerne les autres activités opérationnelles et le renforcement de la chaîne du froid, le pays a bénéficié d'un financement de Gavi pour le renforcement des systèmes de

santé dont la mise en œuvre a accusé un certain retard et qui devrait démarrer en 2017 et se poursuivre jusqu'en 2020.

Le pays bénéficie également du soutien de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que l'USAID pour les activités de surveillance de la maladie. Sur le plan méthodologique, certains financements de l'OMS et de l'UNICEF tels que les contributions aux campagnes locales de vaccination ont été mis en financement probables à partir de 2018 pour la simple raison que ce sont des dépenses qui seront programmées en fonction des épidémies qui seront détectées et par conséquent ne peuvent pas être programmées de manière systématique.

Par rapport au financement sécurisé sur la base du tableau de projection de financement reçu des partenaires, la situation de financement de 2016 à 2020 se présente comme dans le tableau ci-dessous

Tableau 45: Financement de 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Total besoins en ressources	\$1 096 884	\$1 461 773	\$1 711 528	\$1 777 908	\$1 867 201
Financement Gouvernement	\$295 397	\$154 259	\$170 598	\$44 957	\$24 292
Financement OMS	\$618 554	\$311 921	\$331 004	\$276 853	\$134 218
Financement UNICEF	\$653 198	\$635 683	\$1 696 852	\$1 693 356	\$1 926 897
Financement Gavi-NUVI	\$0	\$381 908	\$306 096	\$156 901	\$83 030
Financement Gavi-RSS	\$1 096 884	\$1 461 773	\$1 711 528	\$1 777 908	\$1 867 201
Total financement assure	\$2 664 033	\$2 945 544	\$4 216 078	\$3 949 975	\$4 035 638
Total : ressources nécessaires	\$2 787 047	\$3 220 838	\$4 483 242	\$4 580 831	\$4 683 122
Écart de financement	\$123 014	\$275 294	\$267 164	\$630 856	\$647 484
Ecart de financement en % (financement assuré)	4%	9%	6%	14%	14%
Ecart de financement en % (financement assuré et probable)	4%	3%	1%	3%	2%

PPAc 2016-2020 Costing Tool.

Le Graphique ci-après indique l'évolution du financement par source de financement de 2016 à 2020.

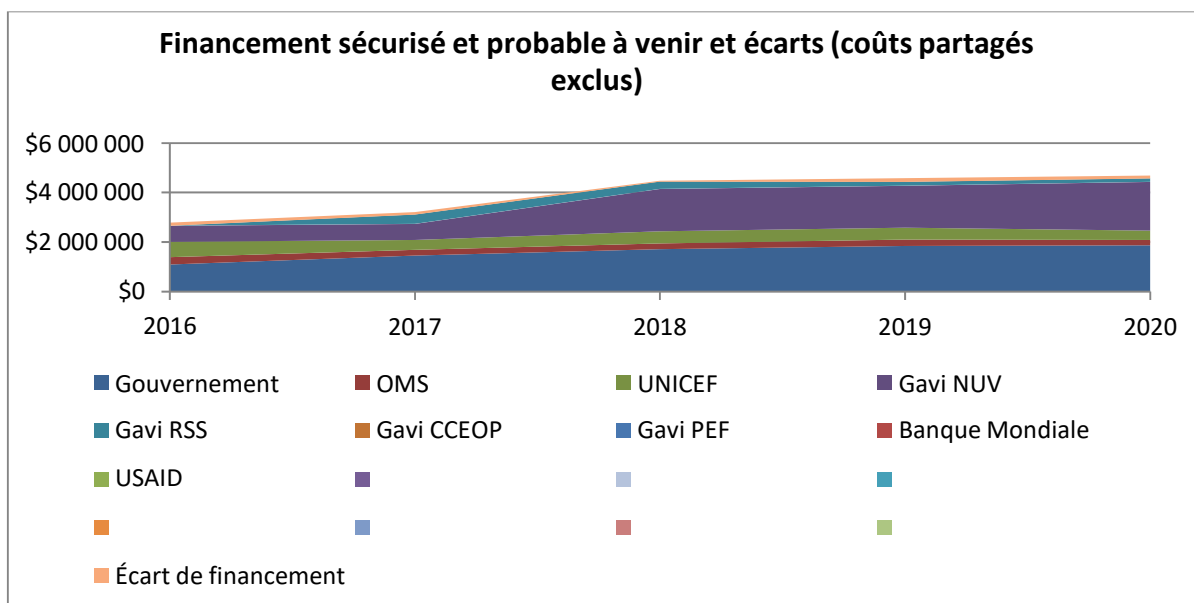


Figure 15: Evolution du financement par source de financement de 2016 à 2020

X.2. La Stratégie de viabilité financière du Programme

L'analyse de la viabilité financière a pour but d'étudier la capacité du pays à soutenir le programme de vaccination par des financements durables dans le temps avec des conditions de décaissement de fonds appropriées. En d'autres termes la viabilité financière consiste en la mise à disposition à temps de ressources durables à l'endroit approprié d'où l'analyse des principaux indicateurs macroéconomiques notamment l'évolution du PIB de façon globale qui permet de montrer que l'ensemble des dépenses de vaccination pourrait être supporté par la richesse nationale quel que soit le niveau des dépenses.

A cet effet, il semble très difficile de faire une analyse sereine de la viabilité financière du Programme de vaccination de la République de Djibouti tant les données sont inexistantes et même celles qui existent semblent peu fiables. A titre d'illustration on ne sait toujours pas si Djibouti va entrer en transition avec Gavi à partir de 2017, ceci pour la simple raison que le revenu par habitant officiel pour les dernières années n'est pas connu.

Néanmoins la seule dépendance du programme des ressources ne semble désormais pas acceptable. A partir du moment où une ligne budgétaire existe dans le budget national pour les dépenses de vaccination la logique serait que l'état prenne en charge au moins les dépenses pour les vaccins et matériels d'injection traditionnels en plus du co-financement et du salaire du personnel. Une autre possibilité serait de créer un Fond national de vaccination étant donné que la dépense totale de vaccination ne représente que 4\$US en moyenne par habitant sur la période 2016-2020.

XI. MISE EN ŒUVRE DU PPAC

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

- (1) Approbation et diffusion du PPAC ;
- (2) Création du plan annuel ;
- (3) Renforcement et intégration des activités ;
- (4) Hiérarchisation des activités ;
- (5) Suivi et supervision.

XI.1. Approbation et diffusion du PPAC

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

- Approbation des plus hautes autorités nationales.
- Intégration des principaux buts et cibles du Plan national du développement Sanitaire
- Consultation du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances pour veiller à ce que le financement du plan fasse partie des engagements du financement pluriannuel.
- Présentation du plan au CCIA et aux partenaires et dans le cadre de forums plus larges du secteur de la santé. Le PPAC pourra également être l'objet de réunion avec les parlementaires ou des personnalités politiques afin de les encourager à s'investir dans le programme de vaccination.
- Diffusion du plan à tous les niveaux (central, régional, périphérique) et aux autres acteurs impliqués dans le processus de planification.
- Organisation de forums dans le cadre d'une stratégie de plaidoyer et de communication en s'assurant de la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias, avec pour objectif de faire connaître les principaux buts et cibles du plan pluriannuel.

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

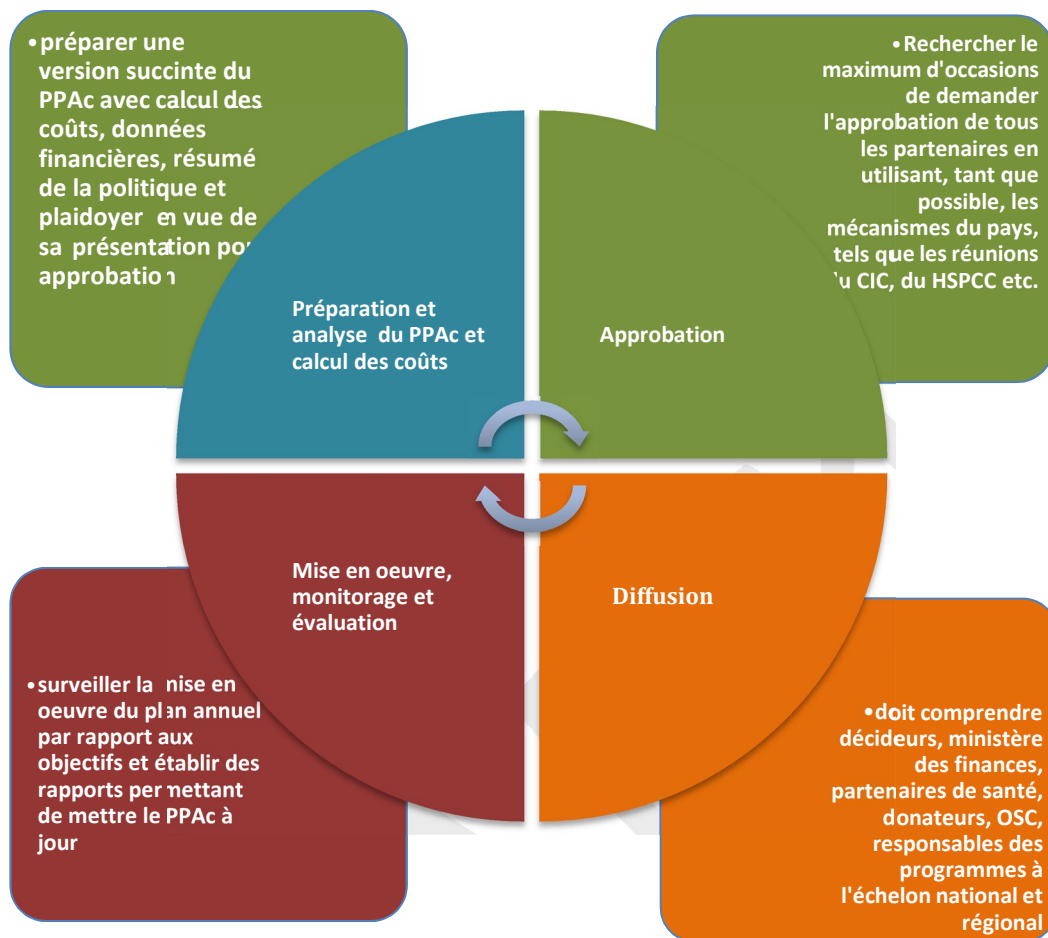


Figure 16: Processus d'approbation et de diffusion du PPAC

XI.2. Plan annuel du PPAC

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

Le plan de 2016 contient donc toutes les activités planifiées pour cette année en prenant en compte leur budgétisation dans l'outil costing.

Tableau 46: Plan de mise en œuvre annuel

Année 1 : 2016

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
GESTION DU PROGRAMME					
1	Organiser une réunion avec le Ministère des Finances pour le maintien de la ligne budgétaire pour la vaccination	Juin	Décembre	Maintien de la ligne budgétaire	
2	Elaborer un plan annuel de travail en faveur du financement de la vaccination	Juin	Décembre	plan annuel de travail en faveur du financement	
3	Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les micros plans des régions	Juin	Décembre	Micro-plans des régions évalués	
4	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	Juin	Décembre	réunions du CCIA	
5	Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	Juin	Décembre	réunions du GTCV	
6	Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions du PEV central et aussi des réunions restreintes entre Divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des activités	Juin	Décembre	Réunions de coordination PEV	
7	Désigner un point focal pour la gestion du PEV de la ville de Djibouti en dehors de l'équipe centrale du PEV	Juin	Décembre	Point focal pour la gestion du PEV de la ville de Djibouti	
8	Organiser des réunions mensuelles de monitoring et de validation des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement des solutions à tous les niveaux (Central, Opérationnel)	Juin	Décembre	Monitoring et validation des données de la vaccination et de la surveillance	
9	Clarifier les rôles et responsabilités entre le PEV; la DRS et l'INSPD en matière de surveillance épidémiologique	Juillet	Juillet	les rôles et responsabilités sont clarifiés entre le PEV, la DRS et l'INSPD en matière de surveillance épidémiologique	
10	Organiser des réunions trimestrielles de coordination entre les parties prenantes (SIS-PEV-INSPD)	Juin	Décembre	réunions trimestrielles de coordination entre les parties prenantes (SIS-PEV-INSPD)	\$200
11	Mettre en place au PEV central un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	Juin	Décembre	Centre d'archivage et de documentation PEV	
12	Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du	Juin	Décembre	Résultats de la revue du PEV et de la GEV	

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
	système de santé.			disponibles à tous les niveaux	
13	Organiser une fois l'an un plaidoyer à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Juin	Décembre	Soutien des parlementaires, des autorités administratives et coutumières à la vaccination	
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
14	Recruter de nouveaux agents de santé et les affecter dans les PS (Etat)	Juin	Décembre	Augmentation du nombre d'agents dans les PS	
15	Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	Juin	Décembre	Description de poste du personnel du PEV	
16	Développer, adapter et promouvoir l'utilisation de guidelines de bonne pratique pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des services offerts en matière de vaccination	Juin	Décembre	Amélioration de la qualité et la sécurité des services offerts en matière de vaccination	6 000\$
17	Former les 60 agents de vaccinations sur les outils des gestions, sur le monitoring des activités PEV et suivi des couvertures vaccinales	Juin	Décembre	60 agents de vaccinations formés	2 000\$
18	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	Juin	Décembre	Deux supervisions du niveau national vers le niveau régional	
19	Assurer 4 supervisions par an du niveau régional vers les postes de santé et autres centres de vaccination	Juin	Décembre	Deux supervisions du niveau régional vers le niveau PS	
20	Conduire des actions de supervision pour supporter les équipes locales vers l'atteinte de meilleures qualité et sécurité des soins relatifs à la vaccination	Juin	Décembre	meilleures qualité et sécurité des soins relatifs à la vaccination	29 400\$
21	Assurer la régularité de la supervision au niveau des structures sanitaires tous les mois sur le rapportage des données des registres	Juin	Décembre		4 000\$
CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT					
22	Plaidoyer de haut niveau pour augmenter à 15 % les fonds alloués à la santé conformément aux accords d'Abuja	Juin	Décembre	Augmentation à 15 % des fonds du BND	PM
23	Plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables	Juin	Décembre	rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables	PM
24	Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	Juin	Décembre	ressources internes disponibles pour le financement du PPAC	

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
25	Plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	Juin	Décembre	Respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	PM
APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS					
26	Mettre en œuvre les activités recommandées de la GEV	Juin	Décembre	Activités recommandées de la GEV mises en œuvre	
27	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV	Juin	Décembre	Activités recommandées de la GEV mises en œuvre	
28	Assurer l'approvisionnement trimestriel des régions en vaccins, matériel et consommables	Juin	Décembre	Vaccins, matériels et consommable disponibles dans les régions	
24	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement des équipements	Juin	Décembre	Plan de renouvellement des équipements	
29	Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la CDF	Juin	Décembre	Matériel roulant et de la CDF en bon état	
30	Assurer une maintenance et un entretien régulier de la chaîne de froid solaire au niveau des régions sanitaire	Juin	Décembre	chaîne de froid solaire en bon état	
31	Doter les sous directions des régions de 1 véhicule 4x4	Juin	Décembre	1 véhicule 4x4 acheté	40 000
32	Doter tous les CSC et poste de sante de 36 motos	Juin	Décembre	36 motos achetées	97 200
33	Doter en moyens de transport les équipes mobiles, en carburant et assurer la maintenance de 7 véhicules acquis	Juin	Décembre	carburant et maintenance de 7 véhicules acquis	35 000
34	Acquérir du matériel informatique (ordinateurs et accessoires) pour la gestion des stocks de vaccins et consommables du niveau central.	Juin	Décembre	Gestion informatisée des vaccins et consommables	
35	Réaliser un inventaire annuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	Juin	Décembre	l'inventaire annuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	
36	Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	Juin	Décembre	Rapport d'analyse des relevés de température	
37	Assurer la maintenance des groupes électrogènes et mettre en place une réserve suffisante de carburant	Juin	Décembre	Groupes électrogènes en bon état avec une réserve suffisante de carburant	
38	Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs et les former	Juin	Décembre	Manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid	

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
39	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stock généré par le SMT	Juin	Décembre	Rapport d'analyse de gestion de stock	
40	Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluant et consommables	Juin	Décembre	Outils manuels de gestion des stocks renseignés	
41	Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisés des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);	Juin	Décembre	Utilisation du SMT et du DVD-MT	
42	Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	Juin	Décembre	Rapport d'analyse de gestion de stock	
43	Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	Juin	Décembre	Rapport d'analyse de gestion de stock	
44	Assurer le rangement des vaccins dans le réfrigérateur, conformément aux directives en vigueur	Juin	Décembre	Vaccins bien rangés dans le réfrigérateur	
45	Renforcer la chaîne de froid pour la conservation des vaccins aux différents niveaux du système de santé (évaluer périodiquement les besoins et les couvrir)	Juin	Décembre	Bonne conservation des vaccins aux différents niveaux du système de santé	2 000
46	Acquisition de 15 réfrigérateurs MK 304 électriques	Juin	Décembre	15 réfrigérateurs MK 304 électriques	PM
47	Acquisition des 14 glacières homologuées par l'OMS	Juin	Décembre	14 glacières homologuées par l'OMS	PM
48	Doter les groupes électrogènes des dépôts de vaccins de système d'alarme automatique	Juin	Décembre	Système d'alarme automatique au niveau des groupes électrogène	
49	Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	Juin	Décembre	Directives sur le conditionnement des accumulateurs	
50	Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	Juin	Décembre	plan d'urgence pour le transport des vaccins	
PRESTATION DE SERVICE					
51	Appliquer l'approche Atteindre Chaque Communauté (ACC) dans tous les districts	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
52	Organiser les sorties mobiles intégrées par mois dans les districts pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
53	Organiser des activités supplémentaires de vaccination pour couvrir les enfants non ou incomplètement vacciné dans les zones d'accès difficile	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	3 000
54	Organiser des recherches actives de perte de vue PEV dans les zones périurbaine de Djibouti-ville avec la participation de la communauté	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	2 440
55	Organiser au moins 2 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite	Juin	Décembre	Absence de poliomyélite	
56	Poursuivre l'intégration de la vitamine A et du Mebendazole/Albendazole dans le PEV de routine et dans les AVS	Juin	Décembre	Distribution de la vitamine A et du Mebendazole/Albendazole aux cibles	
57	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et par poste de santé	Juin	Décembre	Données annuelles démographiques actualisées	
58	Rendre disponible les supports de façon régulière et à tous les niveaux	Juin	Décembre	Supports disponibles de façon régulière et à tous les niveaux	
59	Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	Juin	Décembre	Rapport DQS	
60	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers les visites à domicile	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
61	Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
62	Identifier les populations déplacés ou réfugiés et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
63	Identifier les mouvements des populations et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE					
64	Plaidoyer à l'endroit du gouvernement et des partenaires pour le financement du plan de communication	Juin	Décembre	Plan de communication PEV mis en œuvre	
65	Assurer la mise en œuvre du plan de communication PEV	Juin	Décembre	Plan de communication PEV mis en œuvre	
66	Etablir un partenariat, network avec le secteur privé pour renforcer les actions du programme vaccination	Juin	Décembre	renforcement du programme vaccination	3 600
67	Organiser une séance par an de plaidoyer dans les régions pour l'adhésion des autorités administratives, coutumières et religieuses aux activités du PEV	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
68	Organiser une séance de plaidoyer par an avec les partenaires publics et privés pour leur adhésion aux activités du PEV	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
69	Développer des actions renforçant l'engagement et l'implication active de la population relative à la vaccination	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	21 360
70	Organiser les séances de causeries éducatives avec les parents d'enfants de moins de 5 ans sur le PEV	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
71	Tenir 4 fois par an des réunions du comité de santé pour la mobilisation sociale au régional et Djibouti-ville	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
72	Organiser 4 fois par an la supervision et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
73	Tenir une fois par mois des émissions au niveau des programmes des medias destinés aux chroniques sanitaires pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
74	Développer des mesures incitatives (de motivation) pour l'atteinte de meilleures performances dans le domaine de la vaccination	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	31 000
75	Utiliser les supports de communication PEV lors des séances d'IEC	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
76	Sensibilisation des mères pour la conservation des documents de vaccination (carnets,...) pendant les séances d'IEC et à la radio	Juin	Décembre	Documents de vaccination disponibles chez les mères	
77	Organiser les visites à domicile dans les ménages qui refusent la vaccination	Juin	Décembre	Augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes	
NOTIFICATION ET SURVEILLANCE					
78	Doter les structures sanitaires en supports de collecte des donnes	Juin	Décembre	structures sanitaires dotées en supports de collecte des donnes	
79	Doter les structures sanitaires en supports de définitions des cas	Juin	Décembre	les structures sanitaires dotées en supports de définitions des cas	
80	Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires dans la recherche active des cas de PFA	Juin	Décembre	relais communautaires et tradipraticiens impliqués dans la recherche des cas de PFA	
81	Renforcer la surveillance active des maladies cibles du PEV en particulier la	Juin	Décembre	Absence de poliomyélite	5 000\$

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en USD (\$)
	PFA à tous les niveaux				
82	Doter les structures sanitaires en pots de prélèvements	Juin	Décembre	les structures sanitaires dotés en pots de prélèvements	
83	Mettre à la disposition du laboratoire national les réactifs pour les tests de rougeole et rubéole	Juin	Décembre	Cas de rougeole et rubéole confirmés par le labo	
84	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	Juin	Décembre	comités de gestion des épidémies redynamisés	
85	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas de TNN	Juin	Décembre	Cas de TNN investigués	
86	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	Juin	Décembre	plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	
87	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	Juin	Décembre	plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	
88	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en compte le PEV et les campagnes de vaccination	Juin	Décembre	comité de surveillance et gestion des MAPI fonctionnel	
89	Elaborer un guide surveillance des MAPI	Juin	Décembre	guide de surveillance des MAPI	
90	Mettre en place un système de rapportage (signalement) pour les événements indésirables et incidents relatifs à la vaccination	Juin	Décembre	MAPI notifiés	7 000

L'élaboration du plan annuel de 2017 se basera non seulement sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan de 2016 mais aussi sur une nouvelle analyse de la situation du PEV et sur le calendrier inscrit au chapitre VII du présent PPAC.

XI.3. Intégration et renforcement des activités du PPAC

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

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

XI.4. Hiérarchisation des activités du PPAC

La hiérarchisation des activités du PPAC consistera en l'établissement des activités prioritaires au profit des Centres de Santé (PS et CSC), des régions et des communautés selon leurs spécificités afin de combler les déficits susceptibles d'affecter l'une quelconque des composantes du système de vaccination et, en particulier, les composantes des services de vaccination liées à la couverture sanitaire. Ainsi, il y aura une analyse des données concernant les PS, CSC et les régions pour sélectionner les communautés et les districts auxquels accorder la priorité. Après avoir défini les activités et les districts prioritaires, un calendrier intégrant les personnes ou les services responsables sera établi au niveau des districts en prenant en compte les priorités du PNDS.

XI.5. Suivi et supervision du PPAC

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

CONCLUSION

La vaccination reste une priorité pour le Ministère de la Santé de la République de Djibouti. L'ancien plan pluriannuel étant arrivé à sa fin en 2015, la revue externe du PEV a été réalisée en Mars 2016 pour faciliter l'élaboration d'un nouveau plan couvrant la période de 2016 à 2020. Ce nouveau plan intègre les stratégies et les coûts liés aux activités sur la période de référence. Les activités concernent le PEV systématique, la surveillance et l'organisation d'activités supplémentaires de vaccination et inclut également les activités de renforcement du système de santé.