

Rapport de l'évaluation conjointe

Pays	Comores
Période considérée	<i>Mois/Année du dernier rapport d'évaluation – Juin/2015 de l'évaluation en cours</i>
Période du PPAC	2010–2014
Exercice financier	01/01/2014 – 31/12/2014
Date de la graduation	<i>Non applicable pour les Comores</i>

1. RÉSUMÉ

1.1. Aperçu du portefeuille de subventions de Gavi

Les financeurs de proximité du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont l'UNICEF avec 260,000 dollars US et l'OMS avec 107 000 US dollars en 2014. Cependant l'ensemble du portefeuille de GAVI reçu par l'Union des Comores en 2014 ont permis d'apporter des éléments financiers indispensables à la bonne marche du PEV.

La subvention sur les nouveaux vaccins (SVN) pour l'achat du vaccin Pentavalent à hauteur de 106,500 dollars US cofinancé à hauteur de 11,000 USD par l'Union des Comores a permis d'organiser la vaccination pour ses antigènes même si l'objectif n'a pas été atteint (79.6% contre 90% qui était prévu).

Près de 50% de la subvention soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN) 2014 de 165,500 dollars US (incluant l'achat des vaccins et des seringues), pour l'introduction d'un nouveau vaccin en l'occurrence le Vaccin Polio Inactivé (VPI) a permis de réaliser tous les préparatifs à une introduction qui a eu lieu comme prévu en janvier 2015.

Enfin la subvention Renforcement du Système de Santé (RSS) qui avait démarré en janvier 2013 a dû être interrompue en juillet 2014 au regard de la non satisfaction des éclaircissements requis pour le renouvellement de la deuxième tranche financement et l'absence d'audit externe, comme stipulé dans l'Aide-Mémoire signé entre le Ministère de la Santé et Gavi en 2012. Cependant, la première tranche engagée et dépensée de 596,605 dollars US avait permis de construire un bâtiment dédié au PEV et d'avoir des matériels roulants qui ont pu servir aux activités grâce à l'appui en carburant des partenaires. Suite à un plan de relance agréé par Gavi et le Ministère de la Santé à la fin 2014, la seconde tranche d'un montant de 601,771 dollars US fut enfin décaissée en mars 2015 au travers d'un partenaire de l'Alliance Gavi l'UNICEF dans l'attente de la réception des rapports d'audit et autres considérations de bonne gouvernance du programme PEV/RSS. Il est à noter que l'appui global de Gavi représente près de 70% du fonctionnement annuel du programme Elargi de Vaccination (PEV).

1.2. Résumé de la performance des subventions, défis et principales recommandations

Performance des subventions (gestion programmatique et financière des subventions allouées au titre du SVN et du soutien au RSS)

La couverture vaccinale (CV) du DTC 3 a été en baisse pour la seconde année consécutive : 85.6% en 2012, 82.8% en 2013, 79.6% en 2014. Et, cela, malgré l'appui de l'UNICEF et l'OMS notamment dans la mise en œuvre des stratégies avancées et alors que l'appui RSS était interrompu. Cet état de fait repose sur des défaillances structurelles importantes (faible qualité des données, insuffisance de motivations des acteurs du PEV, problèmes d'équipement et maintenance de la chaîne de froid, non maîtrise de la population cible).

Il est cependant à noter que le pays n'a connu aucune rupture de stock des vaccins en 2014 aussi bien dans l'approvisionnement national que dans sa distribution à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les subventions allouées au titre du SVN en 2014 ont permis la disponibilité du Pentavalent et l'introduction du VPI en janvier 2015.

En 2014, tout comme en 2013, une analyse de l'équité par critères géographiques montre des résultats nuancés selon les régions ; la région de Ngazidja ayant des couvertures vaccinales (CVs) inférieures à 80% versus des CVs pouvant aller au-delà des 100% à Ndzuani. Ce schéma, identique quelque soient les antigènes, pose la problématique de la différenciation des résultats et donc des objectifs selon les régions, avec en toile de fond une question récurrente qui est celle du dénominateur, sachant que les populations cibles sont uniquement mises à jour sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2003. Cette problématique pourrait également avoir comme source les migrations importantes de la population Comorienne. Le processus d'un nouveau recensement est lancé mais les résultats ne sont attendus qu'en 2017/2018. Une enquête type Demographic Health survey serait également la bienvenue afin d'avoir des indicateurs d'impact pertinents tel que la mortalité infantile. Dans l'attente de ces enquêtes un dénombrement de la population cible est indispensable.

Concernant le vaccin VPI, une demande d'appui a été réalisée en 2014 pour une introduction en 2015. La coordination du PEV a réussi son pari en permettant aux Comores d'être le premier pays francophone africain à introduire le VPI en janvier 2015. Une évaluation post introduction est prévue en septembre 2015.

Programmation RSS 2013/2015.

L'appui pour le RSS a été interrompu en juillet 2014 au regard des conditions de mise en œuvre stratégique et financière du programme.

Alors que des avancées avaient pu être obtenues par l'appui RSS année 2013 avec la construction d'un bâtiment dédié au PEV, l'acquisition de matériel roulant, et l'embauche de plusieurs personnels de soutien du volet RSS et au développement du plan de la gestion efficace des vaccins, l'arrêt des financements en 2014 n'a pas permis de les concrétiser avec un bâtiment sans électricité et sans moyens de communication, et des personnels non rémunérés durant toute l'année.

Un nouvel accord tripartite a été signé en février 2015, donnant la gestion financière de l'année 2014 exécutée en 2015 à l'UNICEF sur un nouveau programme d'appui approuvé par le CCIA le 6 mars 2015. Ce programme comprend 3 principaux axes qui sont (1) l'appui structurel à la CNPEV; (2) l'appui aux activités dans les régions et districts (3) l'appui à la mise en œuvre d'une convention avec la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels en Union des Comores (CAMUC) pour une meilleure gestion de la chambre froide nationale. Les engagements ont démarré en avril 2015.

Chaîne de froid.

La chaîne de froid a été évaluée en mai 2015 (évaluation de la gestion des Vaccins GEV). Malgré un contrat de maintenance établi par l'UNICEF depuis décembre 2014, les premiers constats sont alarmants (11 réfrigérateurs en panne soit 20% du parc, vétusté de l'équipement, inexistence de maintenance). Les Fridge-tags ont été introduits en février 2015. La chambre froide nationale est fragilisée par le manque de courant national et une gestion logistique limitée. Le groupe électrogène doit prendre en charge les pannes d'électricité mais il consomme énormément de carburant qui est soutenu financièrement uniquement par l'UNICEF et la CAMUC. Une convention avec cette dernière (ou se situe la chambre froide) résoudrait la bonne marche de cette dernière car les compétences de logistique et de gestion des vaccins y sont présentes.

Documents de référence

Le PPAC (2015-2019) n'est pas disponible malgré un premier travail d'actualisation réalisé au début de l'année 2014 avec le soutien des partenaires. Il est important de finaliser le travail déjà commencé pour une validation indispensable de ce document prenant en considération les nouveaux éléments stratégiques inclus dans le PNDS et l'évaluation de la gestion des vaccins (GEV). La politique de la sécurisation des injections incluant le plan d'élimination des déchets médicaux est également nécessaire à plus ou moins court terme. Cependant il est à noter qu'un plan d'action annuel pour 2015 est disponible réalisé en grande partie sur la programmation du RSS.

Points financiers

Actuellement il manque l'état financier RSS des mois de Janvier à mars 2014 ainsi que celui du VPI sur l'année 2014. Le processus d'audit externe demandé dans le rapport d'évaluation 2014 a été initié depuis début 2015. Le choix de l'auditeur a été effectué en mai 2015. Les termes de références de cet auditeur prévoient l'audit de l'année 2013/2014 ainsi que le budget d'introduction du VPI. Les résultats de l'audit sont attendus pour août 2015.

Divers

Aucune donnée ventilée par genre n'est disponible alors que les registres au niveau des postes de santé sont dépositaires de cette information. Un travail spécifique (révision de recueil mensuel) sur l'intégration de ces données devrait être réalisé en 2015-2016 pour pouvoir objectiver l'accès à la vaccination par genre.

Défis

Les défis sont nombreux et nécessitent la présence de personnes ressources à chaque poste indispensable à l'efficacité du Programme élargi de vaccinations.

Le défi majeur est de pouvoir remonter et maintenir les couvertures vaccinales dans tous les districts et vérifier les districts qui rapportent des CV au-delà de 100% et enfin atteindre l'objectif affiché de 90% théorique de CV pour le DTC 3.

Cet objectif ne pourra être atteint qu'en prenant en considération les priorités absolues qui sont reprises dans les actions ci-dessous.

Principales actions recommandées pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité

- Demander à Gavi le renouvellement d'appui pour 2016 des vaccins (PENTA et VPI) et une demande d'approbation de la troisième année du programme RSS ainsi que le prolongement du programme RSS d'une année sans coût additionnel.
- Elaborer et valider des documents normatifs indispensables
 - PPAC 2015-2019
 - Politique de la sécurité des injections et plan d'éliminations des déchets biomédicaux
- Mettre en œuvre un plan de renouvellement de la chaîne de froid couplé à des formations de maintenance de la chaîne ; sécuriser la chambre froide nationale par la formalisation de la convention avec la CAMUC qui assurerait la maintenance et la gestion des vaccins au niveau national.
- Améliorer la surveillance, suivi et qualité des données
 - Analyser systématiquement les données en collaboration avec la direction des statistiques et la direction de la surveillance
 - Réaliser un dénombrement des populations cibles qui permettra de s'assurer de la qualité des données.
 - Réaliser des études de qualité sur le reporting des données
- Renforcement des capacités humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux.
 - Assurer une assistance technique au niveau des 3 régions pour appuyer la coordination des activités et l'analyse des données.
 - Organiser des supervisions formatives semestrielles au niveau national pour chaque district

- Proposer des formations diplômantes pour les acteurs du PEV
- Renforcer les activités au niveau périphérique
 - Appuyer les stratégies avancées
 - Développer un partenariat avec les OSC (CARITAS, Croissant Rouge Comorien)
 - Mettre en place une stratégie de communication pour le PEV pour une meilleure motivation des acteurs et des bénéficiaires du programme.

Recommandations pour le Panel de haut niveau pour la revue du soutien (Panel) de Gavi

Renouvellement des subventions

Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN) pour 2016

- Renouvellement du soutien au vaccin VPI dans une nouvelle présentation 5 doses /flacons afin de limiter si possible le taux de perte.
- Renouvellement du soutien au vaccin Pentavalent dans sa présentation de 10 doses/flacon.
- Actuellement les résultats de PEV ne permettent pas de justifier l'introduction de nouveaux vaccins :
 - Rougeole 2^{ème} dose, la CV vaccinale est inférieure à 85% ;
 - Les nouveaux antigènes requièrent des ressources humaines et financières (augmentation du cofinancement de l'Etat) qui pour l'instant ne peuvent être garanties.

Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

- Actuellement l'appui RSS GAVI 2013/2015 est en cours d'exécution ; une demande d'approbation de la troisième année du programme RSS est ici requise.
- Un prolongement d'une année sans coût additionnel de la troisième tranche du RSS GAVI 2013/2015 est demandé. Le budget sera envoyé à Gavi en septembre 2015 en tenant compte des progrès réalisés sur la deuxième tranche et les résultats de l'audit. Le programme initialement devait s'achever en 2015 mais s'achèvera ainsi en 2016.
- Une nouvelle demande d'un RSS 2 avec un démarrage prévu en 2017 sera enclenchée courant de l'année 2016 (soumission probable d'un nouveau financement en septembre 2016).

1.3. Description succincte du processus de l'évaluation conjointe

L'évaluation conjointe qui s'est déroulée du 8 au 12 Juin a été préparée avec l'appui des principaux acteurs du PEV aux Comores : le Ministère de la santé des Comores, l'UNICEF, l'OMS et un appui technique de l'Agence de Médecine Préventive (AMP) et du Secrétariat de Gavi. Cependant l'absence au cours du mois précédant cette évaluation de la coordonnatrice du CNPEV, les multiples missions impliquant le PEV et ses partenaires pendant cette même période, n'ont pas permis à tous les acteurs de se retrouver pour partager les éléments de réflexion de cette évaluation. Il serait important pour l'année 2016, que cette évaluation soit inscrite dès le mois de janvier à l'agenda du CNPEV et de ses partenaires pour permettre une vraie appropriation de cette démarche.

Une session du CCIA en date du 12 juin 2015 a clôturée cette mission d'évaluation par l'approbation de ce présent rapport et des données incluses dans le RSA 2014.

2. CONTEXTE NATIONAL

2.1. Veuillez décrire les principaux facteurs contextuels qui affectent directement la performance des subventions de Gavi.

L'Union des Comores est un pays-archipel, dont la population d'environ 763,953 habitants est basée sur trois îles distinctes et distantes. Comme déjà indiqué, la population est estimée selon le RGPH de 2003, soit plus de 12 années. Les perspectives ne prenant pas en considération les migrations, les améliorations très probables des indicateurs démographiques entraînent très vraisemblablement des résultats non fiables.

La gouvernance.

Le CCIA est présidé par le Vice-président en charge du Ministère de la santé et rassemble les représentants du Ministère de la santé et les trois (3) Directeurs Régionaux de la Santé des trois îles de l'archipel. des partenaires de développement (UNICEF, OMS, FNUAP, PNUD), des OSC (Croissant Rouge comorien, Caritas et Quatary Charity) et un représentant du ministère des finances. Actuellement le CCIA va intégrer le Comité National de la Santé. Un projet de décret est en cours d'élaboration.

Le CCIA ne s'est réuni qu'une seule fois en 2014. Les points inscrits à l'ordre du jour ont porté exclusivement sur la validation de plusieurs documents stratégiques du PEV en l'occurrence;

- Le Plan Pluriannuel complet (PPAC) 2014-2019
- Le plan d'introduction du vaccin anti poliomyélitique inactivé
- Le Rapport de Situation Annuelle 2013 avec la composante RSS et l'Evaluation conjointe

Il est à souligner que quatre (4) CCIA minimum doivent se tenir dans l'année pour s'assurer de l'état d'avancement du fonctionnement du PEV. Il est à souligner l'importance de la tenue des réunions techniques de manière mensuelle.

Investissements structurels

L'année 2013 avait marqué un effort important pour renforcer la capacité de gestion au niveau national. Près de 60% des fonds avaient été alloués pour l'infrastructure et les équipements roulants. 17% avaient été alloués au paiement des personnels afin de permettre la stabilité au sein du programme. Ces acquis ont permis, malgré l'arrêt de la seconde tranche du RSS GAVI de continuer les activités avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS.

Contexte vaccinal

L'appui constant de GAVI (vaccin Pentavalent) et de l'UNICEF (autres vaccins traditionnels – l'UNICEF payant l'intégralité des vaccins traditionnels posant un sérieux problème de pérennité) a permis d'assurer la fourniture constante des vaccins à tous les niveaux sanitaires en 2014.

Depuis deux années consécutives la couverture vaccinale du DTC 3 est en baisse : 85.6% en 2012, 82.8% en 2013, 79.6% en 2014. Ces résultats restent inférieurs à l'objectif fixé, qui était de 93% dans le PPAC (2010-2014) revu en 2012 à 90% dans le RSA 2012. L'impact de ces résultats en termes de mortalité infantile n'est pas quantifiable faute de données récentes. En termes de surveillance en 2014, 66 cas de rougeole ont été notifiés dont 0 cas ont été confirmés. Il est à noter que l'Union des Comores a obtenu le Certificat « polio free » en 2015 avec une restriction portée sur les CVs. Ainsi, sans une surveillance forte, cet acquis ne pourrait être consolidé dans les prochaines années. Ce focus aurait également un impact sur les maladies évitables par la vaccination.

En termes de résultats et malgré une moyenne nationale en deçà de l'objectif de 90%, la couverture vaccinale du DTC 3 montre une diversité selon les régions. Pour 2014 :

- dans la région de Ngazidja, 100% (7/7) des districts ont une CV de moins de 80% ;
- à Ndzouani, tous les districts (7) ont une CV au-dessus de 90%, 3 districts ayant même des CV de plus de 100%, et

- 1 district sur 3 à Mwali a une CV au-dessous de 80%.

Ces résultats posent la problématique de la différenciation des résultats selon les régions (différenciation qui existe pour tous les antigènes) avec en toile de fond une question récurrente qui est celle du dénominateur, sachant que les populations cibles sont uniquement mises à jour sur la base du recensement de 2003. Il est important de différencier les objectifs par région pour être au plus près de cette réalité. De plus, il apparaît indispensable de pouvoir bénéficier des populations cibles qui ne peuvent être définies que lors d'un dénombrement spécifique. Ce processus devrait être engagé le plus rapidement possible avec l'appui d'une expertise externe.

Aucune donnée ventilée par genre n'est disponible alors que les registres au niveau des postes de santé sont dépositaires de cette information. Un travail spécifique sur l'intégration de ces données devrait être réalisé en 2015-2016 pour pouvoir objectiver l'accès à la vaccination par genre.

Problématiques structurelles au sein du PEV et de la CNPEV

L'arrêt de la subvention RSS 2014 ne peut justifier des faibles résultats énoncés. Des défaillances structurelles importantes (faible qualité des données, insuffisance de motivations des acteurs du PEV, problèmes d'équipement et maintenance de la chaîne de froid, non maîtrise de la population cible) sont à l'origine de la baisse consécutive sur deux années de la CV.

De plus, une crise profonde interne à la CNPEV n'a pas permis la mise en œuvre des activités en toute sérénité malgré un continuum d'appui par l'UNICEF et l'OMS. Après plusieurs mois sans coordonnateur du programme, le Ministère de la santé a nommé une nouvelle coordonnatrice en octobre 2014 qui a permis la reprise du programme. Cette reprise a été rapidement visible par la mise en œuvre des préparatifs d'introduction du nouveau vaccin VPI qui a pu être réalisée comme prévu en janvier 2015, faisant de l'Union des Comores le premier pays francophone africain à introduire le VPI.

Cependant il est à noter que la CNPEV est composé uniquement de 4 personnes, ce qui est très largement insuffisant pour mener toutes les activités qui lui sont dédiées. De plus certaines compétences indispensables au programme n'y sont pas disponibles.

Problématique de la chaîne de froid (incluant la gestion de la chambre froide nationale)

La chaîne de froid a été évaluée en mai 2015 (évaluation de la gestion des Vaccins GEV). Malgré un contrat de maintenance établi par l'UNICEF depuis décembre 2014, les premiers constats sont alarmants (11 réfrigérateurs en panne soit 20% du parc, vétusté de l'équipement, inexistance de maintenance). L'installation des Fridge-tags en février 2015 offre cependant la possibilité de faire un suivi de qualité de l'opérationnalité des équipements.

La GEV va permettre d'élaborer un plan d'amélioration pour la Gestion Efficace des Vaccins dans son ensemble, en particulier :

- Mettre en place un système pérenne de maintenance des équipements de la chaîne du froid
- Renforcer les capacités de stockage à tous les niveaux (augmentation et choix des équipements plus adaptés)
- Améliorer la capacité opérationnelle du PEV par la formation des ressources humaines

La gestion de la chambre froide nationale est complexe. En effet, l'électricité nationale se raréfiant, un groupe électrogène disproportionné par rapport à la nécessité prend le relais. De ce fait, la consommation de carburant est astronomique et l'UNICEF ne peut supporter à elle seule son financement (1000l/ 15 jours d'utilisation). La recherche de carburant et les pannes du groupe électrogène, éléments gérés par la CNPEV mettent en péril régulièrement les vaccins et sont chronophages pour l'équipe du niveau national.

Il est à noter que malgré les recommandations de l'évaluation conjointe de 2013 et des deux sessions de CCIA (2014/2015), aucune avancée n'est perceptible sur la mise en gestion de

cette chaîne de froid à la CAMUC, qui en a les compétences. Cette signature permettrait la sécurisation pérenne des vaccins et dégagerait la CNPEV de cette gestion ; ce qui lui permettrait de s'acquitter de ses autres missions en toute sérénité.

3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS, DEFIS ET DEMANDES DE RENOUVELLEMENT DU SOUTIEN

3.1. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

3.1.1. Performance des subventions et défis

Il est à noter que le pays n'a connu aucune rupture de stock des vaccins en 2014 aussi bien dans l'approvisionnement national que dans sa distribution à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Performance :

Le tableau ci-dessous montre les disparités selon les années et les districts de la couverture vaccinale du DTC 3.

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	Districts « GAVI » 2013	Districts « GAVI » 2015
Région de Ngazidja					
MORONI	77.6	83.8	75	X	X
MITSOUDJE	40.6	51.5	51	X	X
OUZIOINI	74.4	73.1	55		X
FOUMBOUNI	70.6	55.4	58	X	X
OICHILI	62	61.0	57	X	X
MBENI	80.6	75.2	63		X
MITSAMIOULI	63.5	55.2	59	X	X
Région de Ndzouani					
MUTSAMUDU	97.9	84.9	101	X	
OUANI	106.9	90.8	94		
TSEMBEHOU	101.8	94.9	101	X	
DOMONI	112.1	90.4	91		
MREMANI	98	93.6	96		
POMONI	95.3	86.1	94		
SIMA	109.4	104.5	104		
Région de Mwali					
NIOUMACHOUA	97.5	95.6	77		X
WANANI	89.0	126.8	89		
FOMBONI	84.2	88.3	84	X	

Comme déjà indiqué la région de Ngazidja est en deçà de l'objectif fixé de 90% quel que soit le district. Malgré un appui spécifique théorique par le RSS GAVI sur 5 districts, ces derniers n'ont pas eu d'amélioration notable dans leur couverture vaccinale.

Les 3 autres districts appuyés spécifiquement par le RSS Gavi avaient déjà des couvertures vaccinales plus élevées. Le district de la région de Mwali n'atteint cependant pas l'objectif de 90%. Il est à noter qu'à Ndzouani, les districts ont des couvertures vaccinales élevées voire au-dessus de 100%.

Ces disparités de couverture vaccinale sont repérées également pour les autres antigènes : VAR, POLIO selon le même schéma.

Même si il est très probable que les populations cibles soient inexactes entraînant des CVs non fiables, le programme ne peut pour 2015, émettre des objectifs que sur ces résultats.

Cependant, il apparaît indispensable que la CNPEV se doit de comprendre cette disparité (problème organisationnel au niveau de Ngazidja, problème de dénombrement des populations cibles, autres...) afin d'avoir fin 2015 une vision certaine de la situation vaccinale des populations des trois régions.

L'appui du RSS doit continuer sur les districts les moins couverts pour essayer d'améliorer leurs résultats rapidement.

Le VPI

L'introduction du VPI a été réalisée avec succès en janvier 2015 grâce à l'allocation mis à disposition en 2014 ainsi qu'à l'achat des vaccins.

Cependant il est à noter que l'introduction du VPI a perturbé le reporting des données PEV. Il a été très difficile d'inclure les données VPI dans le logiciel. Cet état de fait a mis tout le système de reporting de toutes les données en retard de 4 mois. En mai 2015, les données de certains districts ne sont toujours pas incluses dans la base de données.

Une première supervision des districts de Ngazidja réalisée en mars 2015 a montré que certains postes de santé n'avait pas intégré la population cible de ce vaccin. Un rappel a été réalisé au cours des réunions mensuelles des points focaux PEV de la région de Ngazidja. Cependant, il serait intéressant de mettre en place une vraie stratégie de communication auprès des professionnels de santé ainsi que des bénéficiaires.

Une évaluation post introduction est prévue d'ici septembre 2015. Une assistance technique de l'OMS est demandée dans ce cadre.

Les défis.

Comme déjà indiqué les défis sont nombreux. Il est donc indispensable de les prioriser.

Selon ce qui relève de l'appui SVN spécifiquement une priorité peut être établie sur **la logistique**. En effet, au sein de la CNPEV, aucun logisticien formé n'est disponible. Un appui bimestriel est réalisé par l'UNICEF sur le logiciel de gestion des vaccins (SMT) au niveau national. Cependant il est à noter que cette expertise se réalise en langue anglaise.

De plus, il est à noter qu'en termes de **suivi, surveillance et qualité des données** un grand travail demeure.

Aucune réunion de validation de données n'a eu lieu en 2014, regroupant l'ensemble des acteurs du PEV (Ministère de la santé et partenaires). La direction de l'information des statistiques sanitaires (DISS) dont le but est de recueillir, compiler, analyser et diffuser les données du PEV est peu dotée en ressources humaines. Il semble opportun que la CNPEV et la DISS puissent chaque mois se réunir pour analyser et valider les données dans le cadre d'une réunion technique mensuelle ou seraient présents les partenaires de la CNPEV. La direction de la surveillance devrait également participer à cette réunion. En effet, elle est indispensable pour évaluer l'impact du PEV.

Au regard des résultats très diversifiés selon les districts sur la couverture vaccinale quel que soit l'antigène administré, il semble important d'effectuer un dénombrement des populations cibles par village. Ce processus doit être appuyé par une expertise extérieure, une OSC pouvant être maître d'œuvre au niveau national.

3.1.2. Demande de renouvellement du SVN/ Plans et priorités futures

Au regard des résultats présentés, l'Union des Comores confirme sa demande d'appui pour 2016 pour l'approvisionnement du vaccin pentavalent afin de continuer ses efforts de couverture vaccinale. Une étude spécifique va être réalisée pour comprendre cette disparité importante et apporter des solutions pérennes à des résultats atteignant l'objectif de 90% d'ici 2018/19. En effet, les couvertures vaccinales ont été révisées : 83% en 2015 ; 85% en 2016 ; 88% en 2017 et 90% en 2018. Elles seront intégrées dans le nouveau PPAC 2015/2019. Afin de comprendre les disparités reconnus entre les régions il faut prévoir :

- Un recensement spécifique des populations cibles.

- Une étude de qualité des données (DQS ou autre, sachant que le dernier DQS date de 2011)

En ce qui concerne le VPI, malgré une demande d'une nouvelle formulation à 5 doses / flacon, le PEV confirme un taux de perte de 50% pour les 4 prochaines années au regard des taux de perte réels de vaccins à gestion équivalente comme la rougeole. La quantification sera effectuée d'ici septembre 2015, en prenant en considération le stock estimé de 2015 et la CV de 2015.

3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

3.2.1. Performance des subventions et défis

Le plan de suivi et évaluation du RSS Comores s'étale de 2014 à 2018 et est constitué de 4 objectifs de programme dont 13 indicateurs permettent de suivre la performance. Une simple analyse des indicateurs intermédiaires semble indiquer une difficulté soutenue du programme de vaccination dans la réalisation des activités planifiées : hormis les stratégies avancées (planning et sortie) tous les autres indicateurs intermédiaires indiquent une régression depuis 2012, ce qui a sûrement eu un impact plus ou moins négatif sur les 6 autres indicateurs de résultat (l'annexe F présente les détails de ce cadre de performance)

En 2013, la majorité du RSS a investi dans les infrastructures et le matériel roulant. Il a permis également de financer le personnel du CNPEV. 8 districts avaient été principalement ciblés pour les activités mais au regard des résultats obtenus il ne semble pas que cet appui, si il a été réalisé un tant soit peu ; ait eu un réel impact. Cependant l'investissement réalisé a permis d'assurer les activités en 2014 avec le soutien des autres partenaires et ce malgré que le RSS ait été gelé. Cette deuxième tranche est de nouveau engageable pour l'année 2015 via l'UNICEF comme récipiendaire (Accord Tripartite signé en février 2015). **Les résultats de 2014 sur le cadre de performance sont détaillés en Annexe F.**

La non-disponibilité des documents normatifs et de politique limite l'appréciation de la conformité aux exigences en matière de qualité des données et d'enquêtes. Néanmoins, conformément à la vision du GVAP et sur la base du plan opérationnel découlant de l'accord tripartite précédemment mentionné, la mise en œuvre a permis d'enregistrer quelques gains. En effet, même si la plupart des indicateurs de résultats montrent une constante régression ces dernières années (entre 2013 – 2014, % de CV du DTC3 : 86 à 80% - 1^{ère} dose VAR : 85 à 80% - Équité géographique au DTC3 : 65 à 52%), quelques indicateurs intermédiaires montrent une tendance relativement encourageante durant la même période (taux d'abandon : 5.8 à 4.6% - Proportion des districts notifiant un taux d'abandon du DTC supérieur à 10 % : 0% - C.V des femmes enceintes en VAT2+ : 61 à 78% - CSD avec un P.O pour exécuter la stratégie avancée : 0 à 100% - CSD des zones ciblées qui font aux moins quatre sorties par mois pour vacciner dans les villages : 25 à 75%). Sur la base des indicateurs de résultats (cf. annexe F), la performance globale du RSS n'est, à ce stade, pas probante. Cependant, quelques indicateurs intermédiaires révèlent une tendance qui coïncide avec l'amélioration de la gouvernance et de la gestion du PEV par la nouvelle équipe, conjointement soutenue et confortée par la DGS, le Secrétariat Générale à la Santé et l'appui de l'Assistance Technique de l'AMP. Par conséquent, la poursuite de la mise en œuvre des interventions prioritaires contribuera à l'atteinte des quatre (4) objectifs du programme.

Ainsi un programme budgétaire a été accepté reprenant plusieurs objectifs d'appui au CNPEV afin d'améliorer les résultats du programme. Les 3 principaux axes sont (1) l'appui structurel à la CNPEV; (2) l'appui aux activités dans les régions et districts (3) l'appui à la mise en œuvre

d'une convention avec la (CAMUC) pour une meilleure gestion de la chambre froide nationale. Les engagements ont démarré en avril 2015.

Les défis qui ont été priorisés relèvent de :

La sécurisation de la chaîne de froid.

La signature de la convention avec la CAMUC permettant de soulager la CNPEV dans la gestion de la chambre froide nationale devrait être la priorité afin de sécuriser les vaccins. En attendant cette dernière, le branchement du petit groupe électrogène permettrait d'optimiser l'utilisation du carburant.

En ce qui concerne la chaîne de froid, les résultats de la GEV de 2015 montrent que la situation est alarmante et qu'un plan de remplacement et d'extension de la chaîne de froid doit être rapidement mis en œuvre. La réussite de cette mise en œuvre passera par des formations indispensables à la maintenance à tous les niveaux du programme. Un prestataire privé pourra être intégré dans un premier temps à la maintenance de la chaîne de froid en attendant que les ressources humaines aient atteint une masse critique et qu'elles soient dans la capacité de prendre le relais au sein du Ministère.

De l'existence de documents normatifs

Il est à noter que malgré la validation par le CCIA de mars 2014 du PPAC 2014-2019, ce dernier n'est toujours pas finalisé. Document indispensable pour le PEV, l'urgence est de finaliser ce document. La CNPEV a sollicité l'appui des partenaires pour son financement ; actuellement elle est en attente de réponses. Le PPAC n'étant pas validé les objectifs des couvertures vaccinales reprises dans le RSA 2014 ont été attribués selon la réalité du terrain et les contraintes de la CNPEV. Ils ont été plutôt estimés sur une base réaliste.

De plus, la gestion des déchets coupants n'est pas encore opérationnelle faute d'un nombre suffisant d'incinérateurs mais également d'une sous-utilisation des incinérateurs déjà fonctionnels. Une étude devrait pouvoir identifier les points d'amélioration possible pour que la gestion des déchets coupants soit réalisée dans des conditions adéquates. Une ligne budgétaire dans le RSS 2015 a été consacrée à cette réflexion.

Enfin la CNPEV ne possède toujours pas d'une politique ni d'un plan de sécurité d'injections. Le soutien technique de l'OMS a déjà été notifié lors de l'évaluation conjointe de 2013. Elle pourrait se concrétiser en 2016 afin de permettre d'avancer sur cette thématique.

Il est important de noter que tous ces défis ne pourront être relevés sans des capacités en ressources humaines renforcées au sein du CNPEV. Toutes les activités de la CNPEV doivent être menées avec des responsables au niveau national.

3.2.2. Orientation stratégique des subventions de RSS

La seconde tranche de la subvention RSS de 2014 exécutée en 2015 a identifié 3 objectifs principaux :

- Dans un effort continu de réduire la mobilité et stimuler la motivation du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux, des primes et des salaires sont versés sur une ligne d'appui aux ressources humaines. Cet appui contribue à améliorer la coordination et le suivi des services de santé et plus spécifiquement des activités du PEV en sus de l'appui aux stratégies avancées et à l'appui de la gouvernance (tenue des CCIA). Cet objectif représente 41% de la subvention.
- Afin d'augmenter le taux de fréquentation de 19% à 30% pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans, 38% de la subvention sont dédiés à la réhabilitation de postes de santé, à la maintenance de la chaîne de froid, à l'élimination des déchets et au développement d'un plan stratégique de communication. Il est à noter que cet objectif du PPAC 2010-2014 n'a pas évolué faute d'évaluation récente du taux de fréquentation.

- Un appui spécifique a été réservé pour la négociation de la signature de la convention avec la CAMUC dont nous avons déjà souligné l'urgence et l'extrême nécessité.

Le budget restant doit appuyer le renforcement des données sanitaires et participer à la gestion par l'UNICEF de cette subvention.

L'appui se fera spécifiquement sur les 8 districts dont les CVs sont les plus faibles : les 7 districts de Ngazidja et 1 district à Mohéli.

3.2.3. Demande d'une nouvelle tranche, d'une prolongation sans financement, d'une réaffectation ou d'une reprogrammation des fonds alloués au RSS / Demandes futures

- Au regard de la suspension du RSS en 2014, la mise en œuvre du programme doit être décalée d'une année supplémentaire. Le Ministère de la santé demande un glissement d'une année (juillet 2016) sans frais additionnels pour achever la mise en œuvre du RSS 2013/2015.
- En ce qui concerne la 3ème et dernière tranche, demandée pour 2015/2016, il est à noter qu'un montant de 92,920 \$US a déjà été approuvé par le panel de haut niveau de Gavi en mai 2014, comme une avance sur le montant global de 600,889 \$US. Ainsi, seul le reliquat d'un montant de 507,969 \$US reste à être approuvé officiellement par le Panel de Gavi. L'intégralité de cette somme sera décaissée à la fin 2015, sur la base d'un budget qui sera soumis à Gavi en septembre 2015 prenant en considération les résultats obtenus au cours des trois premiers trimestres 2015 afin d'adapter les activités au plan de relance du PEV.

3.3. Mise en œuvre du plan de sortie de l'éligibilité(*le cas échéant*)

Non applicable

3.4. Gestion financière des subventions en espèces

L'appui pour le RSS a été officiellement interrompu par Gavi en juillet 2014 au regard de la non adhérence du programme aux conditions de mise en œuvre et de gestion financière notamment l'absence d'un audit externe sur l'exercice financier de l'année précédente. Un bilan financier de 2013 a été envoyé à GAVI, mais non audité. Le bilan financier de 2014 et de l'introduction du VPI sont toujours attendus malgré de nombreux rappels.

De plus un audit a été demandé pour le programme RSS sur la période de 2013 et de début 2014 ainsi que sur la somme forfaitaire d'introduction du VPI décaissé en septembre 2014. Il devrait avoir lieu d'ici le mois juillet/août 2015, le cabinet d'expertise venant d'être sélectionné en mai 2015.

3.5. Actions recommandées (*voir page suivante*)

Actions	Responsabilités (Gouvernement, OMS, UNICEF, OSC, autres partenaires, Secrétariat de Gavi)	Calendrier	Ressources financières potentiellement nécessaires et source(s) de financement
<p>Demandes Gavi</p> <p>-Renouvellement de l'appui vaccinal sur l'année 2016 (PENTA et VPI). Le calcul exact de doses sera fait par Gavi en collaboration avec le pays.</p> <p>-Approbation et prolongement d'une année sans coût additionnel (« no cost extension ») de la troisième tranche du RSS GAVI 2013/2015. Le budget devra être envoyé à Gavi pour approbation avant tout décaissement possible.</p>	<p>Gavi avec la collaboration du Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p>	<p>D'ici mi-juillet 2015</p> <p>Septembre 2015</p>	<p>Appui technique UNICEF</p> <p>Appui technique partenaires /Business Plan GAVI</p>
<p>Elaborer et valider des documents normatifs indispensables</p> <p>-PPAC 2015-2019</p> <p>-Politique de la sécurité des injections et plan d'éliminations des déchets biomédicaux</p>	<p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p>	<p>Août 2015</p> <p>2015/2016</p>	<p>Appui technique partenaires /Business Plan GAVI</p> <p>Appui technique partenaires /Business Plan GAVI</p>
<p>Améliorer la surveillance, suivi et qualité des données (les détails sont proposés en annexe E)</p> <p>-Analyser systématiquement les données en collaboration avec la direction des statistiques et la direction de la surveillance</p> <p>-Réaliser un dénombrement des populations cibles</p> <p>-Réaliser des études de qualité sur le reporting des données</p>	<p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p>	<p>2015</p> <p>2015/2016 à préciser</p> <p>4eme trimestre 2015</p>	<p>Sans objet</p> <p>A rechercher</p> <p>Assistance technique AMP/Gavi + OMS</p>

<p>Renforcement des capacités humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux.</p> <p>-Assurer une assistance technique au niveau des 3 régions pour appuyer la coordination des activités et l'analyse des données.</p> <p>-Organiser des supervisions formatives semestrielles au niveau national pour chaque district</p> <p>-Proposer des formations diplômantes pour les acteurs du PEV</p>	<p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p>	<p>Septembre 2015</p> <p>2015/2016</p> <p>2016</p>	<p>RSS</p> <p>RSS</p> <p>A rechercher</p>
<p>Chaîne de froid</p> <p>-Sécuriser la chambre froide nationale par la formalisation de la convention avec la CAMUC qui assurerait la maintenance et la gestion des vaccins au niveau national.</p> <p>-Etablissement d'un document de planification de la mise en œuvre du plan de renouvellement de la chaîne de froid couplé à des formations de maintenance.</p> <p>-Doter les régions et CSD en budget pour la maintenance de la chaîne de froid</p> <p>-Mise en œuvre du plan de renouvellement de la chaîne de froid couplé à des formations de maintenance.</p>	<p>Ministère de la santé CNPEV CAMUC</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p> <p>Ministère de la santé et partenaires</p>	<p>Juillet 2015</p> <p>Août 2015</p> <p>2015-2016</p> <p>2015-2015</p>	<p>Prévu dans RSS 2014 exécuté en 2015</p> <p>Assistance AMP/ Gavi</p> <p>RSS</p> <p>UNICEF/ RSS/ Business Plan GAVI</p>

Renforcer les activités au niveau périphérique - Appuyer les stratégies avancées - Développer un partenariat avec les OSC (CARITAS, Croissant Rouge Comorien) par des conventions de partenariat - Mettre en place une stratégie de communication pour le PEV pour une meilleure motivation des acteurs et des bénéficiaires du programme.	Ministère de la santé et partenaires	Juin 2015-	RSS
	Ministère de la santé et partenaires	À partir d'août 2015	RSS
	Ministère de la santé et partenaires	4ème trimestre 2015	UNICEF/ RSS/ Business Plan GAVI
Divers - Améliorer le suivi financier des subventions Gavi - Renforcer les capacités infrastructurels du bâtiment CNPEV (énergie, communication) - Mettre en place une étude de faisabilité pour une meilleure collecte et gestion des déchets coupants	Ministère de la santé	A partir de Juillet 2015	Sans objet
	Ministère de la santé/ UNICEF/AMP	Août 2015	RSS
	Ministère de la santé/ UNICEF/AMP	Novembre 2015	RSS

4. ASSISTANCE TECHNIQUE

4.1. Domaines d'activités actuels et responsabilités des différents organismes

L'UNICEF appuie pour l'achat des vaccins et des matériels couplés. De plus, elle appuie à la gestion du programme aussi bien dans la réalisation d'ateliers, l'achat de carburant pour les matériels roulants, la chambre froide nationale, les équipements de la chaîne du froid et l'appui aux stratégies avancées. En 2014, un seul expert a été recruté pour mettre en œuvre le plan d'amélioration du GEV :

- Formation sur le remplissage de l'Outil informatisé de gestion de Stock (SMT) à tous les niveaux.
- Formation des agents de douane, des transitaires et des compagnies aériennes sur la sécurité des vaccins
- Formation sur la gestion des vaccins à tous les niveaux
- Réalisation de la cartographie de la nouvelle chambre froide sise à la CAMUC
- Elaboration du guide d'utilisation du Fridge-Tag

L'OMS a aussi appuyé dans la mise en œuvre des stratégies avancées en plus de l'analyse des données statistiques. Une expertise a été réalisée pour la documentation nationale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la région africaine. De plus un plan de préparation à une importation de poliomyélite sauvage a été élaboré.

GAVI a également contracté avec l'agence de médecine préventive (AMP) pour une assistance technique d'une semaine par mois. Cet appui technique a démarré en décembre 2014 et est prévu pour le moment jusqu'en décembre 2015. Il consiste à un appui général au CNPEV.

L'assistance technique a été prévue en 2015 pour accompagner le PEV dans l'atteinte de ses objectifs. Elle est composée des expert/Consultants nationaux et internationaux. Elle couvre les principaux domaines suivants :

- l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins et son Plan d'amélioration (Unicef)
- Inventaire et développement d'un plan de réhabilitation et d'extension de la chaîne de froid (Unicef)
- Mise en place des orientations sur un système de maintenance (Unicef)
- Installation du système d'enregistrement continu et d'alerte pour la chambre froide (juillet 2015) (Unicef)
- L'expertise technique du bureau régional UNICEF (bimestriel)
- Expertise pour la revue de la documentation nationale pour la certification de la POLIO (OMS)

Il est à noter qu'une expertise externe sera apportée pour l'évaluation post introduction du VPI.

4.2. Besoins futurs

Afin de permettre au PEV Comores de consolider et d'améliorer ses performances, les domaines d'expertises suivants ont été identifiés pour 2016 :

- Elaboration d'un plan de communication
- Elaboration d'un plan national de gestion des déchets biomédicaux
- Elaboration d'un manuel de procédures opératoires normalisées (SOP) pour la gestion de la logistique du PEV selon la GEV
- Elaboration d'une politique sur la sécurité des injections
- Renforcement de la surveillance et amélioration de la qualité des données (l'annexe propose une méthodologie d'approche de la problématique globale)
- Renforcement des capacités techniques des principaux acteurs de la vaccination dans les grands domaines programmatiques (Vaccinologie, logistique, Suivi & Evaluation et communication)
- Une assistance GAVI est demandée pour assurer la consolidation des acquis et le développement d'autres axes susceptible de garantir la pérennité et la solidité du système.

Le plan d'assistance technique ainsi que sa répartition par acteur/partenaire est en cours de finalisation.

5. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Décrivez brièvement la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée :

Le rapport de l'évaluation conjointe a été présenté dans le cadre du CCIA du 12/06/2015. Cependant, les membres du CCIA n'ayant pas eu le rapport en pré lecture, ce dernier leur a été envoyé à postériori afin de recueillir leurs amendements potentiels.

Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation aux membres de l'instance de coordination nationale concernée :

Les principales questions ont porté :
 Sur les besoins exacts en vaccin que le PEV doit demander pour 2016.
 L'absence de documents financiers a été également évoqué car absolument nécessaires à une bonne lecture des résultats.

Commentaires additionnels – voir compte rendu du CCIA.

6. ANNEXES

- **Annexe A. Données essentielles** (fournies par le Secrétariat de Gavi)
- **Annexe B. État d'avancement de la mise en œuvre des principales mesures formulées lors de la dernière évaluation conjointe et des recommandations additionnelles du Panel**

Principales mesures formulées lors la dernière évaluation conjointe et des recommandations additionnelles du Panel	État d'avancement de la mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la planification au niveau district • Soumettre à temps (fin 2014-début 2015) une proposition pour la 3^{ème} tranche du financement RSS à GAVI pour prendre le relais en 2015. • Préparer la candidature au programme de démonstration pour le vaccin HPV. • Organiser une étude de faisabilité sur l'introduction des vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus 	<ul style="list-style-type: none"> • En cours • 2^{ème} tranche en cours • Non réalisé • Non réalisé
<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'audit externe sur les activités 2013. • Conduire des visites de supervision formative trimestrielles composées d'équipes mixtes PEV, surveillance et partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditeur vient d'être sélectionné en mai 2015 • Partiellement réalisé (1/4 par la CNPEV)
<ul style="list-style-type: none"> • Compléter le cadre de performance, suivi et évaluation pour soumission à GAVI en 2014 dans le cadre du FBP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non réalisé

<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'analyse des données pour l'action et faire la rétro-information régulière aux régions, districts et postes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Non réalisé
<ul style="list-style-type: none"> Doter les régions et CSD en budget pour la chaîne de froid; Définir le cadre juridique qui va régir les relations PEV et CAMUC; Construire des incinérateurs supplémentaires répondant aux normes dans les districts sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Non réalisé Non réalisé Partiellement réalisé (2/7 incinérateurs ont été construits mais non réceptionnés)

- Annexe C. Description du processus de l'évaluation conjointe**

L'évaluation conjointe qui s'est déroulée du 8 au 13 Juin, a été préparée avec l'appui des principaux acteurs du PEV aux Comores : le Ministère de la santé des Comores, l'UNICEF, l'OMS et un appui technique de GAVI et de l'AMP. Cependant l'absence au cours du mois précédant cette évaluation de la coordonnatrice du CNPEV, les différentes missions impliquant le PEV et ses partenaires n'ont pas permis à tous les acteurs de se retrouver pour partager les éléments de réflexion de cette évaluation. Il serait important pour l'année 2016, que cette évaluation soit inscrite dès le mois de janvier à l'agenda du CNPEV et de ses partenaires pour permettre une vraie appropriation de cette démarche.

Une session du CCIA en date du 12 juin 2015 a clos cette mission d'évaluation par l'approbation du rapport et des données incluses dans le RSA 2014.

- Annexe D. Aperçu des subventions allouées au RSS**

Informations générales sur les subventions RSS					
1.1 Date d'approbation de la subvention RSS	Décembre 2012				
1.2 Date de reprogrammation approuvée par le CEI, le cas échéant	Non reprogrammée mais examiné lors du panel de haut niveau de Gavi en Mai 2014.				
1.3 Montant total de la subvention (US\$)	1.799.265				
1.4 Durée de la subvention	2 ½ années				
1.5 Année de mise en œuvre	01/2013 – 07/2015 (dates initiales de la Proposition)				
(en millions US\$)	2012	2013	2014	2015	2016
1.6 Subvention approuvée, conformément à la lettre de décision	596.605	601.771	600.889		
1.7 Décaissement des tranches	596.605			601.771	
1.8 Dépenses annuelles		597.668			
1.9 Retards de mise en œuvre	Le décaissement de la 1ere tranche (au ministère de la santé) a été effectuée en déc.12.rendant de facto un début de programme RSS en janvier 2013. Le 2eme décaissement à été effectué en mars 2015 (au travers de l'UNICEF).Initialement le				

			programme devait ainsi s'achever en juillet 2015. Cependant au regard de la suspension du RSS en 2014, la mise en œuvre du programme doit être décalée d'une année supplémentaire. La fin du programme est à présent fixée à la mi 2016.
1.10	Subventions RSS précédentes		La 1ere et 2eme tranches ont été approuvées et décaissées. En ce qui concerne la 3eme tranche un montant de 92920 US a été approuvé par le panel de haut niveau de Gavi en mai 2014, comme une avance sur le montant global 600,889 US dédié à la dernière année de mise en œuvre. De ce fait seul un montant de 507 969 US reste à être approuvé officiellement par le Panel de Gavi. L'intégralité de cette somme sera décaissée à la fin 2015.
1.11	1.12	1.13	<p>Liste des objectifs d'une subvention RSS</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Améliorer l'organisation et la coordination des services de santé, y compris le programme de vaccination à tous les niveaux du système de santé d'ici 2018 ii. En 2018, le taux d'utilisation des services de santé du district va augmenter pour passer passera de 19% à 30%, notamment celui en particulier pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans dans les zones cibles iii. D'ici 2018, réduire le taux de ruptures en médicaments essentiels y compris les vaccins et intrants à 0%. Améliorer l'organisation et la coordination des services de santé y compris les programmes de vaccination à tous les niveaux du système de santé en 2014, iv. Renforcer le Système d'Information Sanitaire.
1.14	1.15	1.16	<p>Montant et objet de la reprogrammation (selon la pertinence)</p> <p>Il n'y aura pas de reprogrammation pour la 3eme tranche.</p> <p>Cependant, sans modifications des activités seront ajustées selon les résultats obtenus par la mise en œuvre du RSS depuis mars 2015. Un budget sera proposé à Gavi en septembre 2015.</p>

• **Annexe E. Considérations sur la qualité des données**

- ✓ Malgré une couverture appropriée dans la gestion des selles, le taux de non Polio PFA se trouve au-dessous du seuil recommandé, ce qui peut indiquer une faiblesse de sensibilité de la surveillance. Les données rapportées par le pays sur les cas suspects de rougeole ne sont pas systématiquement saisies et rapportées à l'OMS.
- ✓ Le dernier recensement national (RGPH) a été réalisé en 2003. Le nouveau recensement est en préparation. Les estimations annuelles de projection de la population pour les années entre deux recensements peuvent être difficiles, surtout si les taux de mortalité infantile et de croissance sont en déclin, les populations vieillissent. Cependant, les taux de fécondité décroissants semblent être une cause majeure dans le vieillissement de la population. S'ajoute à ce constat, une migration importante due aux évolutions économiques et politiques locales et régionales.
- ✓ La dernière enquête nationale de couverture était une enquête MICS-EDS en 2012. La sélection des grappes a utilisé un cadre d'échantillonnage basé sur le recensement national de 2003, qui n'a été que partiellement mis à jour pour la population 2011. Pour toute grappe sélectionnée, une liste complète des ménages a été utilisée comme base de sélection des ménages. L'enquête MICS-2012 DHS a fourni des taux de couverture vaccinale au niveau national et régional (par exemple pour chacun des 3 îles).

- ✓ Une enquête de couverture vaccinale a également été menée pour valider les résultats administratifs de la campagne vaccination rougeole supplémentaire en 2013, y compris une composante de la vaccination de routine niveau régional (iles). L'échantillonnage a connu les mêmes problèmes rencontrés par l'enquête MICS-EDS de 2012. Les ménages sont sélectionnés selon les méthodes d'enquête PEV OMS (Guides OMS de 2008) au lieu d'utiliser la liste des ménages.
- ✓ L'OMS recommande une enquête sur la couverture du PEV au niveau du district tous les 3 à 5 ans. Une enquête au niveau district permet de vérifier les taux de couverture vaccinale administratifs de routine au niveau local. Toutefois, une telle enquête devrait utiliser une base de sondage à jour sur la base d'un nouveau recensement général de la population (prévu mais les dates ne sont pas disponibles). Si les ressources ne permettent pas une enquête au niveau de district pour l'ensemble du pays, des districts pourraient être sélectionnés en fonction de la performance, par exemple, selon le nombre d'enfants vaccinés ou non-vaccinés.
- ✓ En plus des enquêtes de couverture en 2012 et 2013 une qualité de données d'auto-évaluation (DQS) a été réalisée en 2011. Le DQS inclut la disponibilité d'outils de saisie de données, saisie de données systématique, la disponibilité des données, l'exhaustivité des formulaires de collecte de données, la disponibilité de la cible populations, l'utilisation d'une base de données électronique, des rapports d'activité mensuels disponibles dans les postes de santé et centres de santé, l'exhaustivité des rapports, et la capacité de calculer les taux de couverture.
- ✓ DQS ne traite pas les données de la population cible et le taux de couverture administratives. Les populations cibles sont signalées officiellement à travers un formulaire de déclaration conjointe (JRF). Ce qui pourrait être comparé aux estimations de UN-DIESA sur les naissances et les enfants survivants, ainsi que les taux de mortalité infantile estimés par le Groupe inter-institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité (IGME). En outre, les effets de différences entre les données JRF et estimations de l'ONU sur les taux de couverture administratives pourraient être examinées.
- ✓ Selon les nombres des naissances et nourrissons survivant déclarés dans le JRF, le taux de mortalité infantile (TMI) pour les Comores était de 59 pour 1000 naissances en 2003 et 2004 et constamment à 86 pour 1000 naissances de 2008 à 2012. En 2013, les Comores ont rapporté plus ou moins le même nombre de naissances et nourrissons survivants. Les estimations de UN-DIESA suggèrent une diminution du TMI aux Comores, passant de 81 à 67 pour 1000 naissances entre 2000 et 2013. Les estimations IGME aussi proposent une diminution du TMI de 81 à 69 pour 1000 naissances vivante aux cours de la même période. Ces divergences suggèrent qu'il est nécessaire de rester prudent à propos de l'estimation des enfants survivants aux Comores.

Recommandations de l'équipe de l'Évaluation conjointe:

- Un plan permettant de mettre à jour les estimations de population entre les 2 recensements est nécessaire, y compris la collecte d'information au niveau local (par exemple, à travers le registre des relais communautaires).
- La pratique systématique (ex : annuel) d'une étude d'auto-évaluation devrait être assurée pour contribuer à l'amélioration de la qualité des données. Cette étude devrait être combinée avec d'autres approches telles que la comparaison des naissances, des enfants survivants et les taux de mortalité infantile rapportés dans les rapports conjoints Gouvernement-UNICEF-OMS (JRF), avec les estimations démographiques du PNUD et du Groupe Inter-agence pour l'Estimation de la Mortalité Infantile de l'Organisation des Nations Unies (IGME).

- Les résultats de l'analyse pourraient être utilisés pour déterminer les raisons des écarts avec les estimations de l'ONU et afin de développer un plan d'amélioration, en étroite collaboration entre le programme PEV et le bureau national des statistiques du pays.
- La 3eme tranche du financement du RSS pourrait contribuer à la réalisation de l'enquête de couverture par grappe. Dans le futur le pays devrait envisager la conduite d'une enquête au niveau des districts.
- Le renforcement du système de surveillance est très important pour le monitoring du statut de « pays exempté de polio », de même que pour la détection à temps des risques d'épidémie. Il serait aussi judicieux de bien se préparer à la gestion des risques liés aux effets secondaires lors de l'introduction de nouveaux vaccins.

- **Annexe F. Aperçu général de la performance du RSS Comores**

Le plan de suivi et évaluation du RSS Comores s'étale de 2014 à 2018 et est constitué de 4 objectifs de programme :

- v. Améliorer l'organisation et la coordination des services de santé, y compris le programme de vaccination à tous les niveaux du système de santé d'ici 2018
- vi. En 2018, le taux d'utilisation des services de santé du district va augmenter pour passer de 19% à 30%, notamment celui en particulier pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans dans les zones cibles
- vii. D'ici 2018, réduire le taux de ruptures en médicaments essentiels y compris les vaccins et intrants à 0%. Améliorer l'organisation et la coordination des services de santé y compris les programmes de vaccination à tous les niveaux du système de santé en 2014,
- viii. Renforcer le Système d'Information Sanitaire.

Pour ce faire, 13 indicateurs clés ont été choisis pour mesurer la performance du système de santé Comorien selon les résultats. Il est à noter que 7 de ces indicateurs sont des indicateurs intermédiaires. Les indicateurs intermédiaires sont de nature simple et de façon générale directement liés à des résultats d'une ou plusieurs activités.

Une simple analyse des indicateurs intermédiaires semble indiquer une difficulté soutenue du programme de vaccination dans la réalisation des activités planifiées : hormis les stratégies avancées (planning et sortie) tous les autres indicateurs intermédiaires indiquent une régression depuis 2012, ce qui a sûrement eu un impact plus ou moins négatif sur les 6 autres indicateurs de résultat comme illustré ci-après.

Indicateurs de résultats (6 indicateurs)

1. Couverture du DTC3 - % de nourrissons survivants ayant reçu les trois doses d'un vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux (86 à 80% entre 2012 et 2014)
2. Couverture du vaccin antirougeoleux - % de nourrissons survivants ayant reçu la première dose d'un vaccin antirougeoleux (85 à 80% entre 2012 et 2014)
3. Équité géographique de la couverture du DTC3 - % de districts qui ont une couverture du DTC3 supérieure ou égale à 80% (65 à 52% entre 2012 et 2014)
4. Équité socio-économique dans la couverture vaccinale - différence en points de pourcentage de couverture du DTC3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche (-24 à -24.2 entre 2012 et 2014)
5. Taux d'abandon - différence en point de pourcentage entre la couverture vaccinale de la première et de la troisième dose du DTC (5.8 à 4.6% entre 2012 et 2014)

6. Proportion d'enfants complètement vaccinés - pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins essentiels dans le programme de vaccination systématique du pays (62% lors de l'EDS-MICS de 2012)

Indicateur d'extrant/de résultat intermédiaire (7 indicateurs)

1. Proportion des districts notifiant un taux d'abandon du DTC supérieur à 10 % par rapport au total des 17 districts (0 depuis 2012)
2. Couverture vaccinale des femmes enceintes en VAT2+ (au moins 2 doses d'anatoxine tétanique) (%) dans les districts cibles RSS (61 à 78% entre 2012 et 2014)
3. La DNSS et la CNPEV font aux moins deux visites de supervision formative par an à chacun des 8 districts cibles RSS pour évaluer l'exécution de la stratégie avancée (16 visites en 2012 et 1 seule en 2014)
4. Proportion d'établissements de santé (CSD/PS) dans les districts cibles RSS qui ont un plan opérationnel pour exécuter la stratégie avancée (0 à 100% entre 2012 et 2014)
5. La DNSS et la CNPEV font aux moins une réunion trimestrielle (quatre réunions par an) pour évaluer le progrès des données de vaccination et la stratégie avancée dans les 8 districts cibles RSS (0 réunion en 2012, contre 1 en 2014)
6. Proportion de PS des zones ciblées réhabilitées et complètement équipées (réfrigérateur, vaccins, incinérateur, équipement pour vacciner) pour offrir des services de vaccination à l'établissement (0% depuis 2012)
7. Proportion des CSD des zones ciblées qui font aux moins quatre sorties par mois pour vacciner dans les villages (25% à 75% entre 2012 et 2014)