

Union des Comores
Justification de soutien au programme
Octobre 2017 – Septembre 2022

Signatures – Approbation de la JSP

Signatures – Approbation de la JSP

Veillez noter que l'approbation finale du soutien de Gavi nécessite les signatures à la fois du Ministre de la Santé et du Ministre des Finances ou leur autorité déléguée (et du Ministre de l'Éducation pour le soutien au VPH).

Gavi a également besoin que la JSP et le cadre de performance des subventions soient approuvés par le forum de coordination dirigé par le gouvernement concerné (Comité de coordination inter-agences (CCIA), Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou organisme équivalent), par le biais de la soumission des signatures des membres du forum de coordination ainsi que du compte-rendu de la réunion d'approbation.

Les signatures et approbations de la JSP doivent être fournies avant que les experts indépendants de Gavi formulent leur recommandation en matière de soutien.

Nous soussignés affirmons que les objectifs et activités de la JSP de Gavi correspondent pleinement aux plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination (ou équivalent), et que les fonds permettant la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds domestiques et tout cofinancement de vaccin nécessaire, seront inclus dans le budget annuel du Ministère de la Santé.

Le Ministre de la Santé (ou autorité déléguée)	Le Ministre des Finances (ou autorité déléguée)
Nom : <i>MOUSSA MAHONN</i>	Nom : <i>MSA MLAJIAD</i> <i>Secrétaire Général</i>
Signature :  	Signature :  
Date : <i>le 14/06/2017</i>	Date : <i>le 16/06/2017</i>

1. Vaccins

Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien¹

- 1.1 **Demande de soutien aux nouveaux vaccins: Le pays doit renseigner les 4 premières colonnes et le nombre de bénéficiaires, projections calculées par Gavi (VI) suite à la contribution du pays**
Incluez chaque introduction et campagne de nouveau vaccin planifiée pendant la durée de la JSP et pour laquelle le pays recherche du soutien.

Vaccin	Type	Présentation	Date d'introduction		2019	2020	2021	2022
					Rougeole, /Rubéole	Campagne de rattrapage	10 doses	Oct/2019
Rougeole, /Rubéole première et deuxième dose	Routine	10 doses	Nov/ 2019	Nb de bénéficiaires à vacciner (est.) avec la première dose	20 366	21 652	22 734	23 332
			Nov/ 2019	Nb de bénéficiaires à vacciner (est.) avec la deuxième dose	18 662	19 894	20 913	22 228
Vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV 13)	Routine	4 doses	JUIN/2021	Nb de bénéficiaires à vacciner (est.)			22 734	23 332

Portion of supply to be procured by Comoros, and estimate of cost

Rougeole, /Rubéole première et deuxième dose , 10 dose pres.	2019	2020	2021	2022
Nombre de bénéficiaires à vacciner (est.)	39028	41546	43647	45560
Minimum co-financing per dose (US\$)	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$
Recommended co-financing per dose (US\$)	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$
Country co-financing per dose (US\$) (please change if higher)	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$	0.3 \$
Number of vaccine doses	20,000	17,600	18,400	18,800

Number of AD syringes	0 #	0 #	0 #	0 #
Number of reconstitution syringes	0 #	0 #	0 #	0 #
Number of safety boxes	0 #	0 #	0 #	0 #
Value to be co-financed by Comoros (US\$)^[1]	13,000 \$	11,500 \$	12,000 \$	12,000\$

<i>Vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV 13), 4 dose pres.</i>	2021	2022
Nombre de bénéficiaires à vacciner (est.)	22 734	23 332
Minimum co-financing per dose (US\$)	0.2 \$	0.2 \$
Recommended co-financing per dose (US\$)	0.2 \$	0.2 \$
Country co-financing per dose (US\$) (please change if higher)	0.2 \$	0.2 \$
Number of vaccine doses	6,200 #	5,200 #
Number of AD syringes	0 #	0 #
Number of reconstitution syringes	0 #	0 #
Number of safety boxes	0 #	0 #
Value to be co-financed by Comoros (US\$)^[2]	19,000 \$	16,000 \$

Portion of supply to be procured by Gavi

<i>Rougeole, /Rubéole deuxième dose , 10 dose pres.</i>	2019	2020	2021	2022
Number of vaccine doses	20,400#	17,700#	18,500#	19,700#
Number of AD syringes	29,100#	22,500#	23,500#	25,100#
Number of reconstitution syringes	4,300#	3,800#	3,900#	4,200#
Number of safety boxes	375#	300#	325#	325#
Value to be co-financed by Gavi (US\$)	14,500 \$	12,500 \$	13,000 \$	14,000 \$

^[1] The co-financing amount for intermediate and graduating countries indicates costs for the vaccines, related injection safety devices and any freight charges. The total co-financing amount does not contain the costs and fees of the relevant procurement agency, such as contingency buffer and handling fees. Information on these extra costs and fees will be provided by the relevant procurement agency as part of the cost estimate to be requested by the country.

<i>Vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV 13), 4 dose pres.</i>	2021	2022
Number of vaccine doses	88,600#	73,200#
Number of AD syringes	95,900#	77,600#
Number of reconstitution syringes	0#	0
Number of safety boxes	1,075#	875#
Value to be co-financed by Gavi (US\$)	280,000 \$	230,500 \$

- 1.2 **Demande de changement de la présentation du vaccin pour le soutien actuel (le cas échéant)². Veuillez noter que cela nécessite des documents complémentaires** contenant la capacité de la chaîne du froid, les niveaux de stock actuels du produit et le plan d'activités chiffré (à soumettre via le portail du pays dans la rubrique « Documents justificatifs »).

Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la **présentation des vaccins**. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.

Présentation souhaitée	Mois d'introduction souhaité	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité
RAS		

2. Soutien financier

- 2.1 **Soutien financier actuel (uniquement les montants déjà approuvés mais pas encore terminés) Tableau entier pré-rempli par le secrétariat de Gavi (PO)**

Type de soutien (RSS, soutien opérationnel aux campagnes (Ops), VIG, subventions aux changements de produits/SCP)	Montant engagé	Montant approuvé	Montant décaissé	Montant restant	Année(s) de soutien
<i>RSS 1</i>	1.799.265 \$	1.799.265 \$	1.799.265 \$	0 \$	2012-15 extension July-2017
<i>INS</i>	42.322\$	42.322 \$	42.322 \$	0 \$	2003-2005
<i>ISS</i>	60 000 \$	60.000 \$	60.000 \$	0 \$	2002-2004
<i>VIG</i>	300.000 \$	300.000 \$	300.000 \$	0 \$	2002, 2008, 2015

2.2 Demande de nouveau soutien financier **Le pays doit compléter le tableau ci-dessous**

Plafond RSS pour les 5 prochaines années³	3.000.000 US\$					
Montant estimé/projeté⁴	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)	Total
Subvention pour l'introduction de nouveaux vaccins (VIG)						
<i>Rougeole deuxième dose/Rubéole</i>			100 000			
<i>Vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV 13)</i>					100 000	
Soutien opérationnel aux campagnes (Ops)						
<i>Campagne de rattrapage Rougeole deuxième dose/Rubéole</i>			224 442			
Allocation de changement de produit						
<i>RAS</i>						
Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)						
Objectif	Année 1	Année 2	Année 3 à 5			Total
Objectif 1 : Appui au renforcement de la gouvernance du système de santé/PEV à travers la mise en place d'un cadre stratégique et normatif, et le renforcement de capacités de gestion du système de santé d'ici 2022.	166 472	158 211	329 274			653 957
Objectif 2 : Atteindre d'ici 2022 une couverture vaccinale nationale (PENTA 3) de 90% avec une couverture dans chaque district d'au moins 80% tout en privilégiant l'approche de l'équité	289 419	176 176	473 796			939 390
Objectif 3 : Améliorer le score moyen de la gestion efficace des vaccins (GEV) de 65% à 95% d'ici 2021	263 542	147 004	276 462			687 008
Objectif 4 : Assurer la disponibilité et l'utilisation des données fiables pour le suivi, l'évaluation, la surveillance (MEV et la recherche action) de la couverture vaccinale et l'équité dans 17 districts d'ici 2022	148 670	122 331	448 643			719 644
Total RSS	3 000 000					
Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (POECF)						

Co-investissement de Gavi dans la POECF ⁵	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Co-investissement du pays dans la POECF⁶						
• Fonds nationaux	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS pour éviter de le compter deux fois)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
• Autres partenaires	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Total POECF⁷						

2.3 Options de vérification des données pour le calcul du RSS/financement sur la base des performances (FBP) [Le pays doit renseigner l'ensemble du tableau](#)

Utilisation des données administratives du pays (Oui/Non) :	Non	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF (Oui/Non) :	Oui	Utilisation d'enquêtes (Oui/Non) :	Non
---	-----	---	-----	------------------------------------	-----

Partie B : Analyse du système de vaccination du pays

3. Informations contextuelles sur le pays

Années du plan national de développement sanitaire	2015-2019
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	PPAC 2017-2021 révisé
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	Janvier- Décembre
Planification du travail opérationnel national annuel	1er janvier - 31 décembre
Statut de la transition et du cofinancement (mentionner le statut : auto-financement initial, phase de transition préparatoire, accélérée)	Auto-financement
Budget annuel total de la vaccination pour le gouvernement et les partenaires (année précédente)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO)
Dépenses de santé totales/per capita (année précédente)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO)
Investissement total dans la vaccination de routine par enfant (tiré du FRC et des données UNWPP)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (IF&S)
Vaccins (non financés par Gavi) dans le programme de vaccination actuel (par ex. OPV)	BCG, Anti-Rougeoleux, VAT, VPO
Autre statut pertinent au sein de Gavi (par ex. Niveau de PEF, Fragilité, Ebola, Couverture et équité)	PEF (tier 3)

4. Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs des résultats vaccinaux en harmonie avec la stratégie de Gavi (2016-2020), sur la base du cadre de performance actualisé du pays (y compris source et année).

Couverture du Penta 3 au niveau national (Penta 3 ⁸) en 2016	Admin : 75% Officielles JRF : 91% ECV Dec 2016 (cohorte 2015) : 91%
Couverture du vaccin anti-rougeoleux (première dose) au niveau national (VAR1) en 2016	Admin : 77% Officielles JRF : 90% ECV Dec 2016 (cohorte 2015) : 90%
Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3 en 2016	Admin : 9.4% Officielles JRF : 5% ECV Dec 2016 (cohorte 2015) : 5%
Équité de la couverture vaccinale selon la zone géographique : pourcentage de districts ou de zones administratives équivalentes ayant une couverture Penta 3 supérieure à 80 %	Officielles JRF : 47%

Équité de la couverture vaccinale selon le niveau de richesse : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	ND
Couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère/du responsable : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre les enfants dont la mère/le responsable n'a reçu aucune éducation et ceux dont la mère/le responsable a terminé l'enseignement secondaire ou supérieur	ND
Qualité des données : écart de pourcentage entre la couverture administrative nationale Penta 3 et l'estimation de l'enquête de couverture	Cohorte 2015 : Admin=Officielle= 80% et ECV (Dec 2016) : 91% →différence de +11%.
Score composite national de la dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) (score annuel et agrégé)	2015 : 57

5. Situation de la couverture et de l'équité

5.1 les évidences en matière de couverture et d'équité. *L'annexe 1 donne la liste des districts par région.*

De manière générale, chaque district a des spécificités qui devraient obliger le programme PEV à avoir des actions ciblées pour être efficaces. En effet, l'analyse de la situation du PEV pour 2016 et son évolution sur les 5 dernières années montrent une disparité des résultats selon les régions et les districts suivant les différents indicateurs (couvertures vaccinales, taux d'abandon, pertes de vaccins). Des analyses comparatives entre les données administratives, les résultats de l'enquête EDSC-MICS II (2012) et de l'enquête post campagne rougeole (décembre 2016) montrent des divergences en termes de couvertures vaccinales. En termes d'équité socio-économiques, l'enquête EDS-MICS II (2012) et une enquête d'équité réalisée en mars 2017 permettent d'identifier quelques populations cibles prioritaires.

Les centres de vaccination

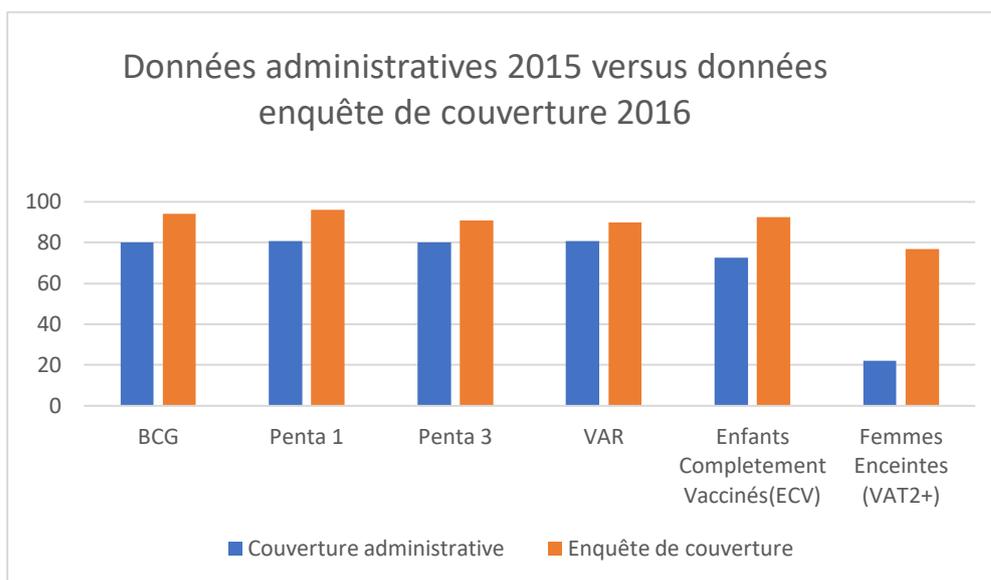
Seulement 57% des structures publiques offrent un service de vaccination (Rapport d'inventaire CNPEV 2017). Les structures de santé privées souvent localisées dans les zones urbaines, n'offrent pas de service de vaccination. On note en plus, que certaines localités des districts (Hagnoimoida, Barakani, Hamavouna, Miringoni et Hoani à Mwali, Kandzilé, Dzouoidjou, Fouboudzipvouni, Tsinimoipanga à Ngazidja, Mjimandra, Ngandzalé à Ndzouani) ont des difficultés d'accès géographiques, ce qui réduit les possibilités des familles à faire vacciner leurs enfants et impacte négativement l'atteinte des objectifs de couverture fixés. Certaines structures associatives, semi- publiques et confessionnelles ne sont pas mises à contribution pour augmenter la couverture vaccinale (Ibn Kaldoum, ASCOBEF, Services Santé Militaire ...).

Couvertures quantitatives

Les couvertures de routine estimées pour l'année 2016 par le Système d'Information Sanitaire (SIS) (couvertures administratives) doivent être interprétées en gardant à l'esprit :

- Que le dénominateur est estimé sur la base du recensement du RGPH 2003, l'estimation ne prenant pas en compte la problématique des mouvements de population inter îles et des mouvements intra régionaux.
- Un SIS peu efficient
- Un manque de disponibilité des registres pendant plusieurs mois durant l'année 2016
- Des difficultés avec le dénominateur et une problématique récurrente d'erreurs de reporting à tous les niveaux (étude de qualité des données, août 2016 ; DQS, avril 2017)

Figure 1 : Données administratives 2015 versus données de l'enquête de couverture post campagne de 2016



Le programme n'a pas atteint son objectif de 80% pour le PENTA 3 et le VAR.

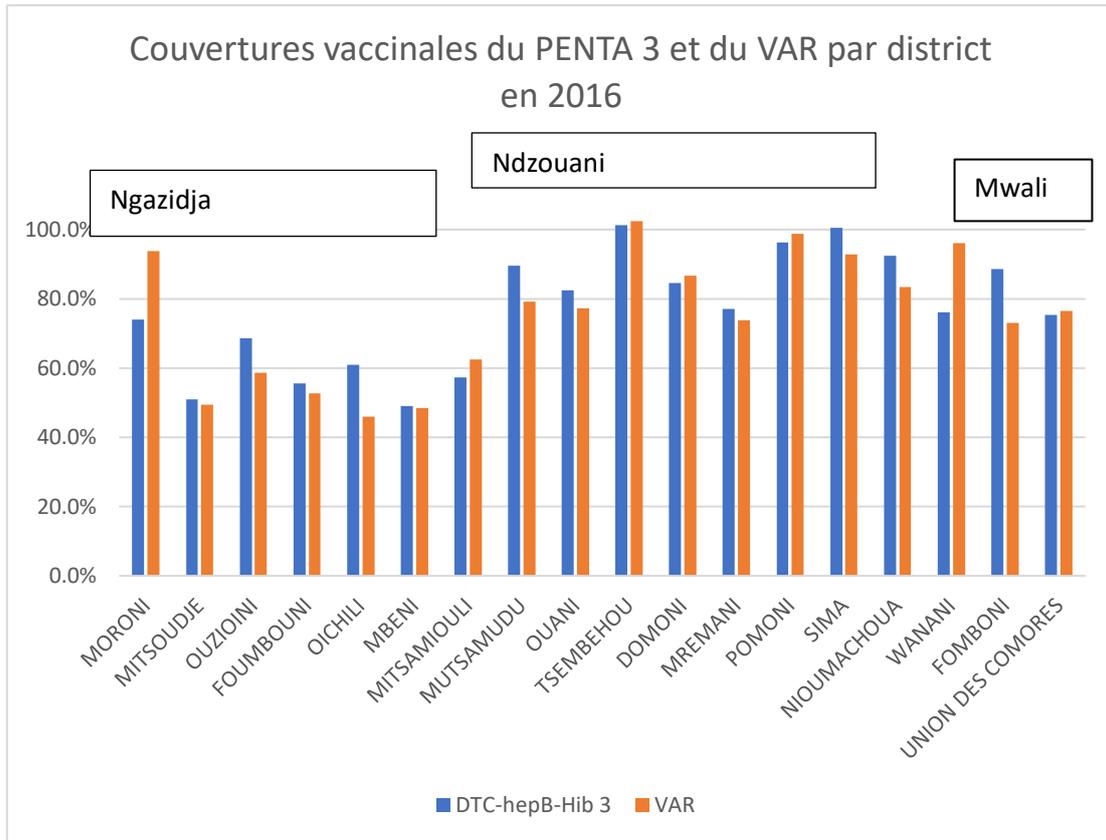
La figure ci-dessus montre également une différence notable entre les données administratives de 2015 et les données émanant de l'enquête de couverture vaccinale post campagne de la rougeole et de la vaccination de routine en Union des Comores (décembre 2016), notamment avec le VAT2+.

Globalement, cela démontre une faiblesse dans la qualité des données administratives et une non exhaustivité des données sur les enfants complètement vaccinés et les femmes enceintes.

La figure 2 montre de fortes disparités entre les districts tant du point de vue du niveau de leurs couvertures vaccinales que de leur contribution à l'accumulation des non vaccinés (figure 3).

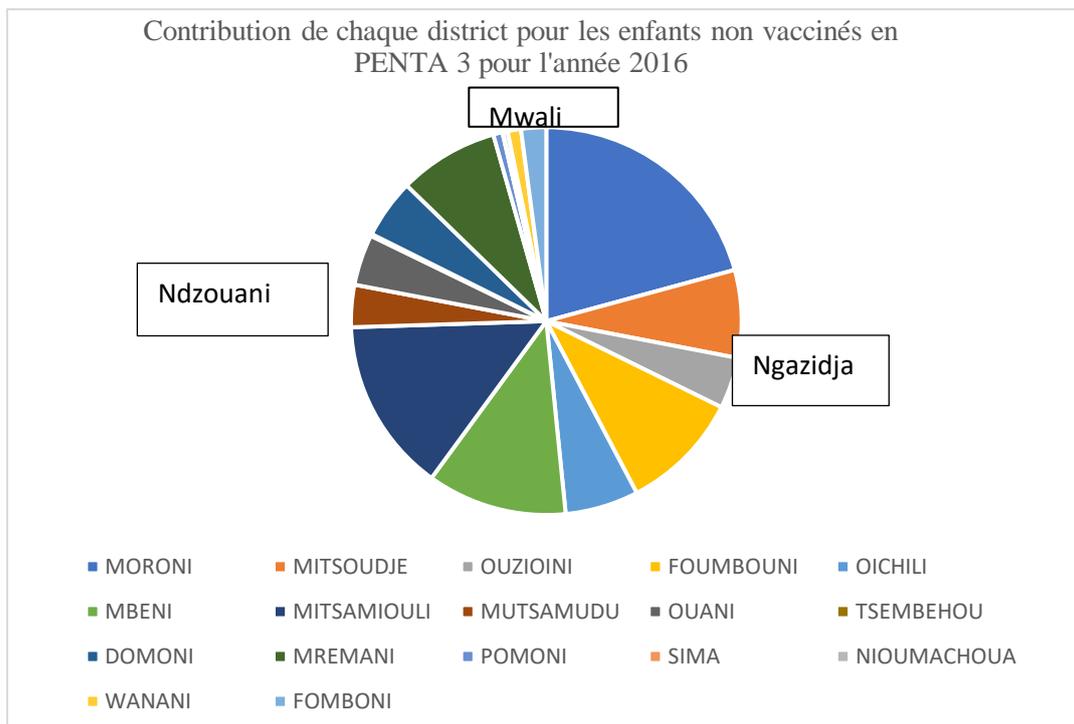
Ainsi la couverture en PENTA 3 varie d'un facteur de 1 à 2 entre le district de Mbeni à Ngazidja (49%) et le district de Tsembehou (Ndzouani) avec 101%. En ce qui concerne le vaccin contre la rougeole, le rapport est de 1 à 2 entre le district d'Oichili (Ngazidja) avec 46% et 102.4% à Tsembehou. (Ndzouani). Globalement les couvertures vaccinales sont les moins élevées dans la région de Ngazidja (7 premiers districts),

Figure 2 : Couvertures vaccinales (données administratives) du PENTA 3 et du VAR par district en 2016



Le nombre d'enfants non vaccinés en 2016 par le PENTA 3 est de 5458 (25% de la population cible) dont 4084 pour Ngazidja, 1179 pour Ndzouani, et 195 pour Mwali.

Figure 3 : Contribution (%) de chaque district pour les enfants non vaccinés en PENTA 3 en 2016 (données administratives)

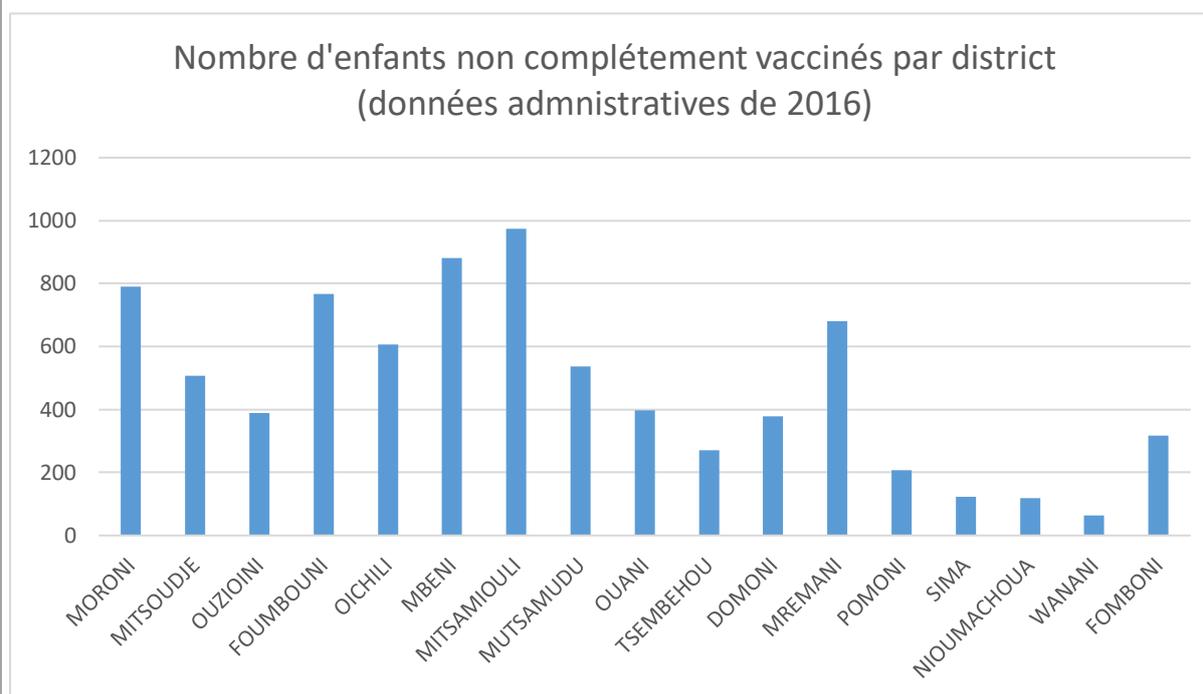


Ce graphe montre que 6 principaux districts participent à la non vaccination des enfants en PENTA 3 soit Moroni, Mitsoudje, Foubouni, Mbeni, Mitsamiouli (Ngazidja) et M'rémami (Ndzouani).

Pour chaque district incriminé les problématiques y afférentes sont différentes. Par exemple, le district de M'rémami a une population importante dispersée avec une accessibilité géographique aux centres de vaccination difficile ; de plus il s'agit d'une population plus précaire financièrement que le reste de l'île ; depuis 2016, le point focal PEV est une dame nouvelle et bénévole et qui n'utilise la moto pour effectuer les stratégies avancées. Pour le district de Mbeni, le résultat peut s'expliquer par une rupture de la chaîne de froid au milieu de l'année 2016 rendant la prestation de vaccination très compliquée à mettre en place avec le déplacement de vaccins à partir d'un autre district.

La figure 4 montre le nombre d'enfants non complètement vaccinés en 2016 par district. Il apparaît que la région de Ngazidja est celle qui pourvoit le plus grand nombre d'enfants non complètement vaccinés, ainsi que le district de Mrémami Ndzouani.

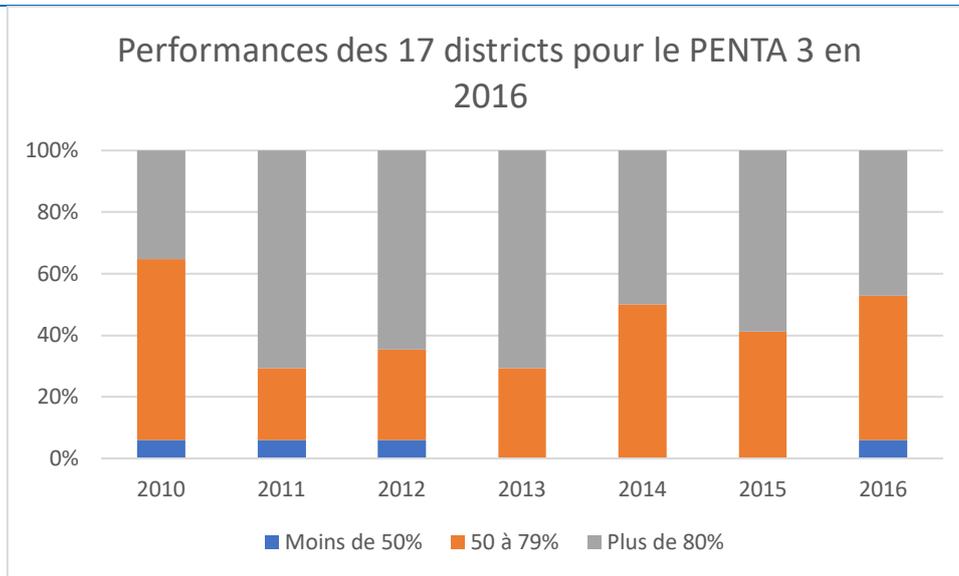
Figure 4 :



La figure 5 montre les performances des districts en fonction de leurs couvertures vaccinales en PENTA sur la période 2010-2016.

Elle montre que globalement la situation semblait s'améliorer à partir de 2012 avec zéro district en dessous des 50% et une majorité de districts au-dessus des 80%. Cependant la situation apparaît fragile avec dès 2014 une diminution du nombre des districts très performants au profit des districts intermédiaires (50-80%). En 2016, 1 district est en dessous des 50% avec 8 districts intermédiaires. Les 7 districts de Ngazidja sont dans les districts les moins performants.

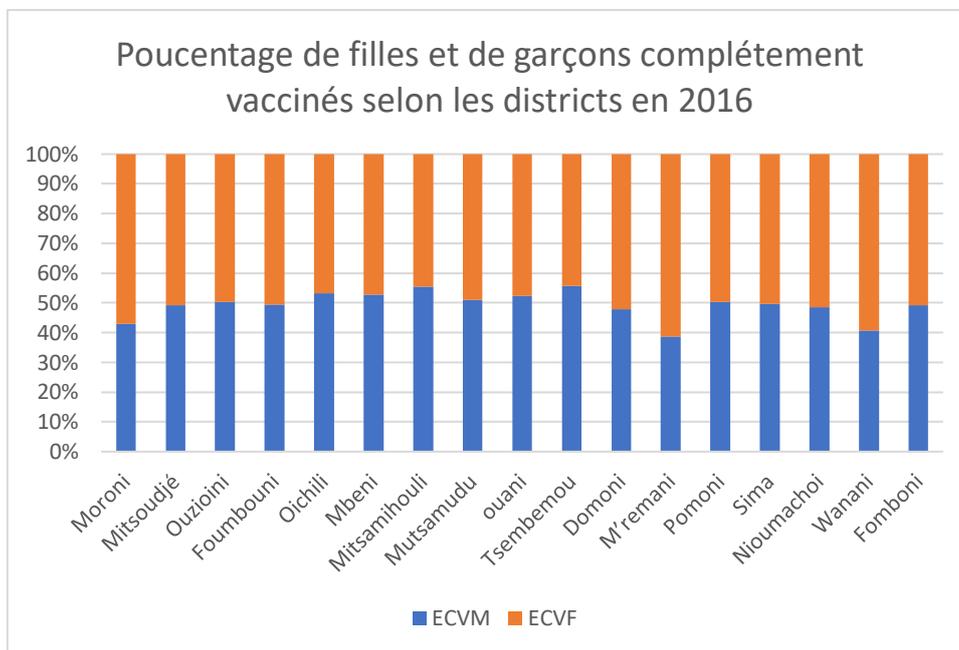
Figure 5 : Performances des 17 districts pour le PENTA 3 en 2016 (données administratives)



Différentes couvertures en fonction des sexes

L'enquête EDSC-MISC II (2012) a montré que la proportion de filles complètement vaccinées est un peu plus élevée que celle des garçons (67% contre 57%) sans pour autant apporter d'explications. La figure 6 montre une légère proportion également supérieure chez les filles notamment dans les districts de Moroni, Domoni, M'remani et de Wanani. L'enquête d'équité de 2017 a rapporté des facteurs d'iniquité dans ces districts.

Figure 6 : Pourcentage de filles et de garçons complètement vaccinés selon les districts en 2016 (données administratives)



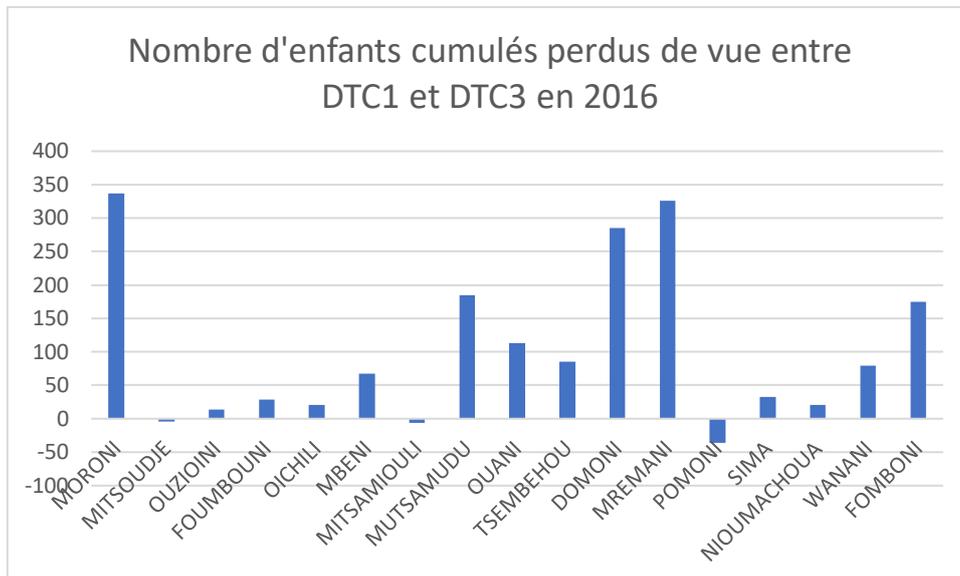
Taux de déperdition et continuité

La continuité de l'application du calendrier vaccinal est essentielle à l'efficacité du PEV : un manque de continuité, et son corollaire, tout retard d'obtention de l'immunité, expose à un risque accru de rentrer en contact et de contracter les maladies immuno-contrôlables avant d'en avoir été protégé.

Le taux de déperdition entre vaccins successifs, en particulier entre le DTC1 et le DTC3 calculé à partir des couvertures administratives est de 9.4% pour 2016 avec de grandes disparités entre les districts (figure 7 et figure 8). Fort est de constater que de nouveaux

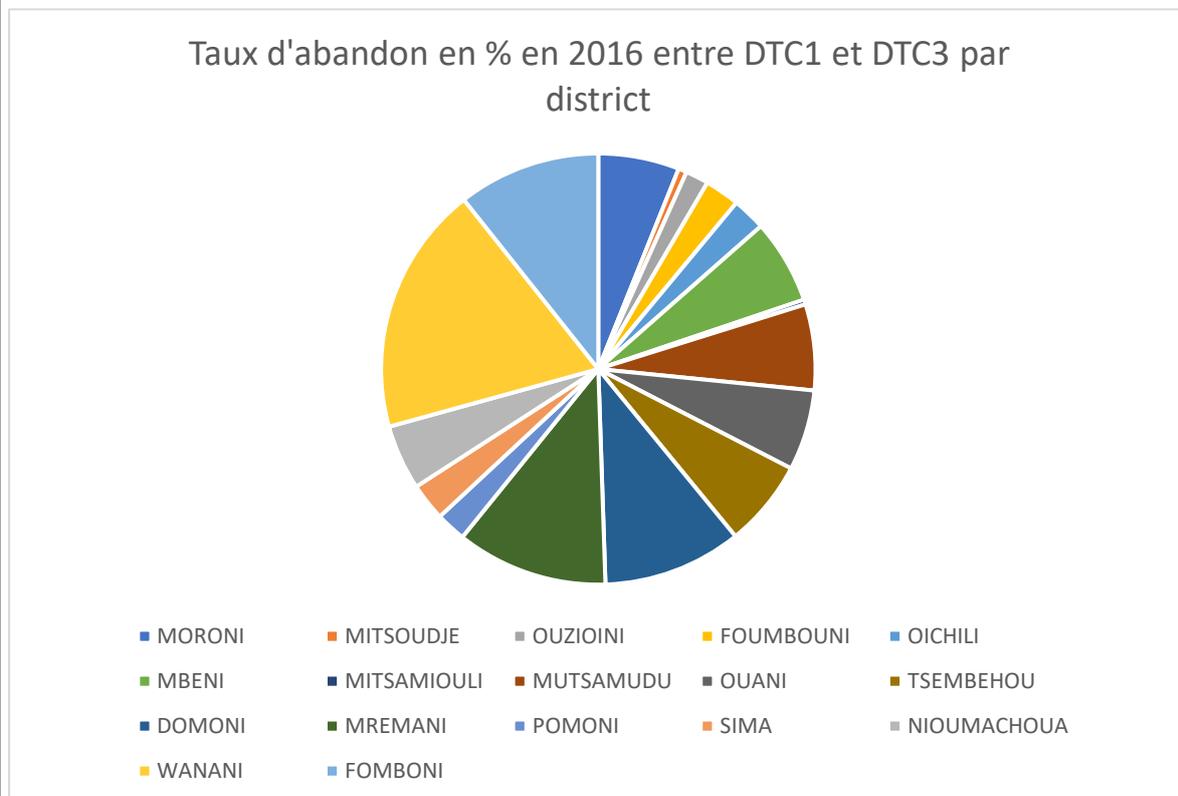
districts apparaissent comme mauvais élèves sur le nombre cumulé des perdus de vue en 2016. Un nombre négatif dans le district de Pomoni (Ndzouani) devrait déclencher une vérification des données spécifiques dans ce district.

Figure 7 : Nombre d'enfants cumulés perdus de vue entre DTC1 et DTC3 en 2016 (données administratives)



Au total, 7 districts ont des taux d'abandon supérieur ou égal à 10% (1 à Ngazidja, 4 à Ndzouani et 2 à Mwali).

Figure 8 : Taux d'abandon en % en 2016 entre DTC1 et DTC3 par district (données administratives)



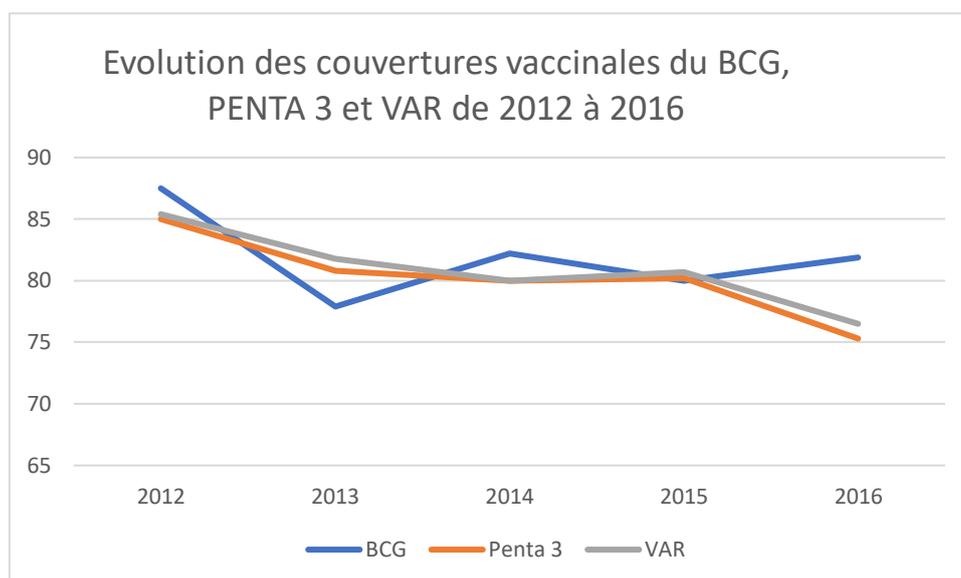
Évolution des couvertures vaccinales depuis l'appui RSS1

L'appui du RSS1 était initialement prévu sur les districts les moins performants. Cependant dans les faits et excepté le financement des stratégies avancées, les appuis n'ont pas été

différenciés. Pour les stratégies avancées l'UNICEF et l'OMS ont appuyé les autres districts entraînant aussi une non différenciation de l'appui.

La figure 9 et le tableau 1 montrent l'évolution des couvertures vaccinales pour trois antigènes Penta 3, VAR et BCG depuis les 5 dernières années.

Figure 9 : Évolution des couvertures vaccinales du BCG, PENTA 3 et VAR de 2012 à 2016 (données administratives)



Source données administratives et wuenic

Le tableau 1 montre des résultats de couvertures vaccinales nettement améliorés sur la période des 5 dernières années alors que ceux émanant des données administratives montrent plutôt une dégradation de la situation sur la même période. Il est possible qu'une dégradation de la qualité de récoltes des données au niveau des agents du PEV soit à l'origine de ces différences notables.

Tableau 1 : Couverture vaccinale des différents antigènes suivant l'EDS/MICS 2012 et l'ECV 2016

Intitulé	BCG	Penta 3	VAR
EDS/MICS 2012	85%	73%	75%
ECV 2016*	94%	91%	90%

Source données EDS/MICS 2012 et * rapport de l'enquête de couverture vaccinale post campagne de la rougeole et de la vaccination de routine en Union des Comores.

L'équité socioéconomique, culturelle (enquête EDSC – MICS II, 2012, rapport équité 2017)

L'accessibilité financière est considérée comme étant très limitée à cause notamment de la pauvreté de la population (44,8% vivant en dessous du seuil de pauvreté), la faiblesse du suivi et du contrôle du système de tarification des actes médicaux et le manque de politique de solidarité envers les plus démunis (Enquête-Équité, DSS, OMS 2013).

Tableau 2 : Incidences de la pauvreté entre 1995 et 2015 par régions

Iles	Années		
	1995	1998	2015
Ndzouani	62,1%	68,8%	34%

Ngazidja	41,1%	45,5%	23%
Mwali	52%	57,6%	29%

Le tableau ci-dessus montre que même si l'incidence a diminué depuis les 20 dernières années ; elle est encore de plus de 20% avec un pic à 34% pour l'île de Ndzuani.

En outre, l'emploi est d'une part, un facteur important de croissance économique et d'amélioration des revenus des populations ; et permet d'autre part le fonctionnement efficace des services sociaux. Depuis plus de cinq ans, les recrutements à la Fonction publique sont suspendus dans de différents secteurs y compris la santé.

Il a été montré l'existence de poches de pauvreté dans certains districts (Mbéni à Ngazidja, Sima et Nioumakélé « district de Mrémani » à Ndzo uani et Wanani et Nioumachioi à Mwali) ; (Rapport Banque Mondiale sur l'équité en santé aux Comores, 2016)

Confirmé par une multitude d'études au niveau international, le niveau d'instruction de la femme semble jouer un rôle non négligeable dans la mesure où plus le niveau d'instruction n'est élevé, plus la couverture en VAT est bonne. C'est ainsi qu'on observe des taux de couvertures de 38,5% pour les femmes qui n'ont aucune instruction, 42,8% pour celles qui ont le niveau primaire et 48,4% pour celles du niveau secondaire (OMS-2013).

De manière générale, l'enquête d'équité de 2017 montre un ensemble des inaccessibilités à savoir : l'inaccessibilité financière liée à la pauvreté et au manque d'un système de protection sociale, (frais de transport..) ; l'inaccessibilité géographique dû à l'enclavement dans certains districts ou parfois à l'éloignement des structures de santé (lourde gestion pour les familles) ; l'inaccessibilité socioculturelle liée à un manque accru d'information et de sensibilisation pour susciter l'intérêt des femmes à la vaccination ; la faible qualité de service relative au sous-équipement, le manque des moyens logistiques sont autant de causes des iniquités en matière de vaccination.

5.2 Contraintes sous-jacentes à la performance du système de vaccination

Outre une performance mitigée et disparate sur les couvertures quantitatives, et une disponibilité de l'offre de vaccination insuffisante (insuffisance de postes de vaccination, personnel non formé et pas assez nombreux), il apparaît indispensable d'identifier également les difficultés liées aux autres facteurs du programme impactant les résultats finaux.

Pour information la performance du PEV est de 30% en atteinte des vaccins (selon objectifs fixés par le Ministère dans le cadre de performance) en 2015.

La performance du système de santé proprement dit

En effet le système de santé connaît une insuffisance en documents normatifs, en personnel qualifié et stable (60% du personnel bénévole « service de vaccination »), des formations peu suivies, une insuffisance de coordination des actions à tous les niveaux.

La performance de la chaîne d'approvisionnement

La performance de la chaîne d'approvisionnement est insatisfaisante puisque la majorité des indicateurs de la GEV n'atteignent pas les 80%.

Le tableau 3 suivant émanant de l'évaluation de la GEV en juillet 2015 montre des insuffisances à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement excepté pour les capacités de stockage.

Tableau 3 : Évaluation de la GEV

Critères de la GEV	Objectifs	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement			
		Central	Régional	District	PS
E1: Procédures avant expéditions et réception vaccin	80%	44%			
E2: Maintien de températures de stockage correctes des vaccins	80%	39%	68%	70%	54%
E3: Maintien de capacités de stockage et de transport suffisantes	80%	100%	70%	91%	88%
E4: Bâtiments, équipement, transport	80%	69%	67%	63%	68%
E5: Maintenance	80%	77%	51%	53%	52%
E6: Gestion de stock	80%	78%	67%	66%	49%
E7: Distribution	80%	65%	64%	52%	77%
E8: Gestion des vaccins	80%	77%	72%	79%	80%
E9: Système d'info & fonctions d'appui à la gestion	80%	65%	97%	76%	

Un plan d'amélioration de la GEV est en cours de réalisation. En effet l'évaluation à mi-parcours faite en février 2017 montre que 40% des recommandations ont été réalisées soit 34/85. Cependant une amélioration notable sur la chaîne de froid a été remarquée en début 2017 :

- la chambre froide nationale est solarisée ;
- 27 équipements ont été installés dont 22 SDD ;
- actuellement, 43/52 équipements sont fonctionnels (09 sont en cours de réparation) ;
- les SDD dont la série était endommagée en sortie d'usine sont réparés.

Dans le cadre de la gestion des vaccins, un logisticien national a été formé toutefois des efforts doivent être poursuivis sur le processus à tous les niveaux ainsi que sur la maintenance des équipements.

La performance du système de surveillance

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

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

- Le service de la surveillance des maladies du PEV prend en charge la surveillance des trois maladies prioritaires PEV : Tétanos, rougeole, Polio. Au niveau, des îles les points focaux PEV s'occupent de la surveillance de ces trois maladies.
- La tuberculose est gérée par le programme de lutte contre la tuberculose dépendant de la direction de la lutte contre la maladie.

Il est à noter qu'il n'existe pas au niveau national des réunions de concertation entre les programmes qui ont tous un volet surveillance identifié.

Il existe un laboratoire de référence national qui est basé au centre hospitalier national El Maarouf. Son rôle est :

- Le stockage des échantillons PFA
- L'envoi des échantillons pour lequel il n'est pas homologué, au laboratoire de référence inter pays basé au Kenya
- La confirmation des cas de rougeole, rubéole et tuberculose

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

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

Malgré la disponibilité des supports de collecte de données à chaque niveau, la transmission des informations est quasi inexistante, les détections de cas s'effectuent par une recherche dans les registres au décours d'une supervision. Aucune recherche active des cas ne se fait faute de ressources disponibles. Il est à noter qu'il n'existe pas de surveillance à base communautaire. Les associations villageoises et les ONG sont trop peu impliquées dans la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

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

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

Depuis juin 2015, le pays est pré-certifié libéré de la polio. Suite aux résultats de 2016 (Taux de PFA non polio : 1.1 (norme >2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans), des efforts sont en cours de réalisation par rapport à la détection des notifications des cas de PFA et autres MEV (formations des points focaux et suivi/ évaluation majorées). Ces efforts pérennisés devraient permettre d'obtenir la certification d'éradication en 2018.

De 2009 à 2016, la surveillance de la rougeole n'avait pas atteint les indicateurs de performance requis. En 2016, le taux de détection des fièvres éruptives non rougeoleuses (<2/100 000 habitants) était de 1,1, la proportion des cas notifiés avec prélèvements sanguins (>80%) était de 100% et la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect (80%) était de 12%.

Un point focal surveillance est installé au sein de la CNPEV depuis 2016. Et un appui technique est fourni par l'OMS via un assistant depuis janvier 2017 pour une période de 6 mois afin d'initier une nette amélioration du système de surveillance.

La création de la demande/mobilisation de la communauté

Aux Comores il n'existe pas de groupes constitués anti vaccination. Cependant, certaines populations peuvent être réticentes à cette prestation de service. Une communication adéquate pourrait lever ces limitations.

Dans ce domaine, le pays a à sa disposition des documents normatifs avec un plan de communication spécifique au PEV et une stratégie nationale de mobilisation communautaire.

Cependant les ressources humaines du PEV impliqués dans la communication et la mobilisation communautaires sont peu nombreuses.

Le PEV a impliqué depuis peu (2017) le croissant rouge et CARITAS pour développer ces activités. En effet, le nombre des ASC mobilisables est estimé à 750.

La croix rouge (fonds AFD) forme actuellement 75 volontaires à toutes les tâches relevant de leurs compétences. En parallèle, le programme nutrition (UNICEF) et les programmes paludisme, SIDA, et tuberculose (Fonds mondial) développent également des activités à base communautaire. La coordination entre tous ces appuis n'est pas bien organisée entraînant des mobilités des ASC au grès des demandes.

Il est à noter que la subvention RSS/Fonds Mondial géré par le programme sida prévoit le recensement, la formation et le suivi des ASC. Actuellement un consultant national est recruté pour l'élaboration des modules de formation. La CNPEV s'intégrera dans cette dynamique dans le cadre de la mutualisation de ces ressources.

Qualité /disponibilité /utilisation des données

L'efficacité de la direction de l'information et des statistiques sanitaires qui est en charge de la récolte et de l'analyse des données émanant des prestations globales de services de santé incluant le PEV, est encore insatisfaisante. Le fait que cette direction rattachée à la direction générale de la planification alors que les programmes nécessitant les données pour leurs programmations dépendent de la direction générale de la santé, limite la coordination pourtant nécessaire entre les programmes de lutte contre les maladies et la DISS.

Le SIS aux Comores a fait l'objet de nombreux efforts et initiatives, à l'image de l'évaluation 2007, du PNDSIS 2010 – 2014 et de l'évaluation 2014. Les résultats de ces efforts sont perceptibles à différents niveaux mais le gap pour atteindre un Système National d'Information Sanitaire de qualité reste important. La dernière évaluation en octobre 2014 a relevé des insuffisances en termes de :

- ressources humaines et matérielles
- coordination et intégration de tous les acteurs implémentant le SIS
- une informatisation limitée du système
- gestion propre de données (récolte, analyse)
- diffusion et utilisation des indicateurs

Cependant, au regard de la volonté forte affichée des décideurs politiques envers un SIS de qualité, un nouveau plan a été élaboré pour 2015-2019 promouvant une amélioration continue du SIS.

En ce qui concerne spécifiquement le PEV, une récolte parallèle des données du PEV a été mise en place. Le poste de chargé suivi et évaluation existe au sein du programme mais l'analyse indispensable n'est pas encore réalisée de manière efficace en raison d'une faible compétence. Il n'existe pas non plus de plan d'amélioration des données, ni d'un système de contrôle de qualité des données institutionnalisé.

Actuellement et même si la complétude est de 100%, le système de récolte est fragile car dépendant d'un personnel non dédié et mobile au niveau opérationnel. De ce fait la promptitude est très variable selon les districts et selon la période. De plus, les données ne sont pas suffisamment exploitées pour orienter le programme dans des actions spécifiques, et

identifier des districts prioritaires. En effet, la diffusion des données n'est faite qu'occasionnellement notamment lors des réunions CCIA ou des présentations des revues.

Globalement, la revue documentaire des données réalisée lors de l'atelier de formation sur la qualité de données tenu à Kigali en mai 2017 montre de nombreuses lacunes dans la gestion des données : aussi bien dans la qualité propre des données, que dans son analyse et dans leur utilisation. En effet, aucune vérification n'est effectuée sur des incohérences et aucune rétro information n'est réalisée. Un plan d'amélioration de la qualité des données est en cours afin d'apporter des correctifs à cet état de faits.

Le leadership/la gestion et la coordination.

D'une manière générale, les Responsables et partenaires du PEV partagent une même vision de l'importance du programme élargi de vaccination : l'immunisation est considérée par le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires, même au plus haut niveau de l'État, comme une intervention particulièrement efficace pour réduire la mortalité infanto juvénile et atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Les acteurs du PEV sont également unanime dans la reconnaissance de certaines faiblesses et de la nécessité d'y remédier afin d'améliorer la performance du programme.

L'évaluation du RSS1 a cependant relevé que le cadre organique du ministère de la santé ne favorise pas la synergie entre les directions centrales car son organigramme montre plutôt une approche par poste qu'une approche par mission. En outre, la coordination des interventions des partenaires en matière de santé, y compris le RSS, doit être renforcée. De plus, le ministère de la santé est confronté à un gel de recrutement de fonctionnaires qui fragilise le système de santé au niveau de sa base. Enfin, l'absence de documents, tels que : un plan national d'assistance technique, un plan national de S&E, un manuel de procédures financières, ne permet pas au ministère d'asseoir un leadership fort.

En ce qui concerne la gestion du programme, des démarches appuyées par le RSS1 visant à une meilleure organisation de la CNPEV du point de vue structurel (amélioration de l'espace de fonctionnement, appuis financiers pour les personnels et en véhicules) est à mentionner.

Par contre certaines défaillances essentielles sont notées au niveau de la gestion du programme. Essentiellement, elles portent sur les déficits dans l'appropriation du programme, les descriptions de tâche du personnel et dans les fonctions de planification stratégique, suivi et évaluation et la gestion financière. Par ailleurs, les investissements publics dans le PEV sont largement insuffisants puisque, hormis les salaires, et le co-financement du PENTAVALENT, l'État participe ponctuellement au financement des activités du programme. En effet, l'État s'engage à prendre en charge l'acquisition des vaccins traditionnels les prochaines années.

5.3 Leçons apprises et meilleures pratiques

Les évaluations conjointes, les audits financiers et gestionnaires ainsi que l'évaluation du RSS1 et de la GEV permettent d'émettre les pistes d'amélioration possible pour augmenter la performance du PEV.

Alors que 63% de la population est à moins de 5 kms d'un centre de santé (et 100% dans un rayon de 15 kms), il apparait clairement que l'équité face à la vaccination est multi factoriels. Ainsi il est très difficile d'émettre des recommandations globales aux régions et aux districts, une réelle disparité des résultats ayant été notée, démontrant une iniquité des populations dépendant de facteurs multiples et différenciés selon les zones géographiques. Une approche « sur mesure » doit être développée pour améliorer la performance du programme. Il est à noter que la gestion globale du programme nécessite un renforcement des capacités managériales de l'équipe cadre au niveau central, régional et district ainsi qu'un renforcement de la gestion financière au niveau central et régional (audit février 2017).

Il a été ainsi décidé de proposer cette approche du « sur mesure » à travers 4 objectifs relevant de l'amélioration de la gouvernance et du leadership, des prestations de service (en termes d'équité et de qualité), de la chaîne d'approvisionnement et enfin du système d'information sanitaire.

La déclinaison de ces 4 objectifs doit se réaliser avec une vision affichée de mutualisation des efforts avec tous les partenaires participant à l'amélioration du système. Ainsi, un rapprochement technique a été effectué afin d'identifier les congruences possibles sur ces 4 domaines d'intervention prioritaires notamment avec le Fonds mondial (objectifs gouvernance, SIS), le PASCO (objectifs gouvernance, prestations de services), l'OMS (objectifs gouvernance, SIS, prestations de services) et l'UNICEF (objectifs gouvernance, chaîne d'approvisionnement de la chaîne de froid, prestations de services).

Ainsi l'annexe 3 qui reprend une cartographie spécifique des appuis des partenaires va permettre de mettre en œuvre des activités en synergie permettant un impact renforcé sur les performances du programme de vaccination.

Les prestataires du système autre que le ministère comme les OSC seront également inclus pour permettre une déclinaison coordonnée des activités prioritaires identifiées dans cette proposition.

6. Gestion du programme, gestion des vaccins et gestion financière

6.1 - Gestion du programme

Les défis majeurs de la gestion du programme national PEV sont essentiellement la disponibilité des ressources humaines qualifiées. Actuellement à la CNPEV, sur les neuf (9) agents disponibles, cinq (5) agents sont sous contrat à durée déterminée. La plupart d'entre eux ne répondent pas au profil des postes occupés. Ainsi, on observe une forte concentration des tâches qui réduit par conséquent les possibilités de contrôle interne, devant permettre l'amélioration du travail (Rapport d'audit du programme, 2017). En sus du paiement des salaires des agents fonctionnaires et l'exonération de tous les produits et matériels en lien avec les vaccins et la vaccination, l'État accorde 40 000 euros au fonctionnement du programme. Ce financement contribue entre autres au cofinancement des nouveaux vaccins. Malgré ces efforts, le programme reste sous forte dépendance des partenaires au développement notamment pour l'appui des charges de fonctionnement du programme.

Des outils de gestion font encore défaut pour un meilleur pilotage du programme (registres des vaccins, mapping des Couvertures Vaccinales...) (rapport d'audit de 2017, GAVI). Les outils présents ne sont pas toujours correctement utilisés faute de leur disponibilité ou de leur non prise en considération.

Cet état de fait est observé au niveau également régional avec un personnel fonctionnaire peu nombreux pas toujours spécifique au PEV et des agents de santé intervenant dans le PEV en majorité bénévoles. Un point focal PEV, un logisticien (fonctionnaires) et un chauffeur (contractuel) sont dédiés au programme au niveau régional. Pour les districts la situation est disparate selon leur organisation en interne.

Ces constats justifient des performances variables selon les districts énoncés dans le chapitre 5.

Ainsi les besoins prioritaires en termes de gestion du programme sont donc :

- **d'appuyer les agents du PEV par des contrats liés à la performance afin de les mobiliser davantage**
- **d'appuyer les équipes cadres en termes de gestion du programme par des appuis spécifiques et des formations adéquates**
- **d'appuyer le fonctionnement du PEV**

En termes de coordination, il existe différents organes plus ou moins opérationnels selon les niveaux d'établissement (national, régional)

Le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) au niveau central, créé par arrêté ministériel N° 01-061/MSPASCF/CAB en date du 21 février 2001. Ce comité tient compte de la multisectorialité en intégrant plusieurs entités y compris les partenaires au développement et la société civile. Le secrétariat de cet organe est assuré par la CNPEV. Le CCIA est soutenu techniquement par un pool d'experts du ministère de la santé et des partenaires (Comité National Technique de la Santé "CNTS") pour préparer les dossiers techniques en rapport avec la mise en œuvre des activités du programme à soumettre à la validation du CCIA. La régularité des tenues de ce comité ne s'est pas améliorée depuis 3 ans avec 1 réunion en 2014, 3 en 2015 et 2 en 2016. Cependant, il est à noter que cette instance est souvent convoquée dans des délais courts limitant l'analyse profonde des documents à valider par les participants. De part, cette constatation et afin d'informer régulièrement les membres du CCIA, une newsletter avait été mise en place depuis l'année 2016 et trois parutions ont été publiées (évaluation conjointe, septembre 2016).

Une réflexion est portée depuis plusieurs mois par les autorités pour restructurer le CCIA en augmentant le nombre de membres mais également sur la possibilité qu'il soit fusionné avec un autre organe comme le Comité National Technique de la Santé (CNTS). Cette mutualisation a été également proposée par l'Alliance GAVI et le Fonds Mondial avec le CCM. Présidé par le Ministre de la santé, cette instance pourra exercer une vraie supervision des actions menées dans le cadre de l'appui des partenaires de santé et plus spécifiquement via le RSS2.

Un Groupe Consultatif Technique sur la Vaccination est en cours de création pour diligenter les enquêtes et d'autres dossiers de recherche sur la vaccination et les vaccins.

À la demande de l'Alliance GAVI, des réunions techniques mensuelles nationales (avec les principaux partenaires du PEV) devaient être organisées, malheureusement en 2016, on a noté une faible régularité de ces assises. En effet, au vue de ce constat et de la pertinence de ces réunions entre les acteurs du PEV, il est proposé de les tenir trimestriellement.

Au niveau régional, seule la Direction Régionale de la Santé de Ngazidja, organise des réunions de coordination mensuelles sur le PEV avec les points focaux des districts, présidées par le point focal régional appuyé par son directeur. Toutefois, les réunions se limitent à une simple compilation des données. Les discussions techniques sur des sujets plus approfondies (analyse des faibles taux de couverture, organisation des stratégies avancées, analyse des taux d'abandon, qualité de la chaîne de froid...) sont rares à ce niveau.

Au niveau de Ndzouani et Mwali, des réunions mensuelles des majors des districts sont organisées constituant une opportunité pour le suivi du PEV, mais elle est rarement exploitée, étant donné les divers sujets de santé publique traités à ces occasions.

Malgré la multiplicité des organes de coordination au niveau national et régional, leur efficacité est limitée. Ainsi les priorités d'appuis seraient les suivants :

- **Réaliser une étude sur la possible fusion du CCIA avec le CCM pour mutualiser le secrétariat et appuyer également une meilleure coordination entre les différents appuis RSS**
- **Appuyer les réunions de coordination au niveau central et régional spécifique au programme PEV**

Les contraintes en matière de couverture et d'équité liées à la capacité de gestion infranationale dans les régions prioritaires relèvent de différents piliers stratégiques :

- La qualité insuffisante des prestations de services du programme vers la population,
- La gestion fragile de la chaîne d'approvisionnement,
- L'insuffisance de renforcement des capacités des ressources humaines dans un contexte de mobilité importante de ces ressources humaines,
- Un système d'information peu performant avec notamment des erreurs de reporting des données à différents niveaux.
- Une insuffisance de coordination à tous les niveaux limitant l'optimisation des activités réalisées.

6.2- Gestion des stocks de vaccins

Suivant le rapport de l'évaluation de la gestion efficace des vaccins en Union des Comores de 2015, le score de la gestion des stocks était de 78% (objectif de 80%) avec des disparités selon le niveau de la chaîne d'approvisionnement : 78% national, 67% régional, 66% district et 49% poste de santé. Les outils qu'ils soient sous format manuel (registres vaccins et consommables, mouvements.) ou informatisé (SMT) ne sont pas utilisés correctement au niveau opérationnel.

Au cours des 4 dernières années un certain nombre de problèmes se sont posés sur la gestion des vaccins proprement dit avec la perte de doses non documentées ; sur une mauvaise distribution des vaccins au niveau des régions dues principalement à un manque de ressources humaines compétentes pour la mise en place des procédures. Actuellement un logisticien national formé par LOGIVAC est en place, ce qui va permettre de remédier à ces problématiques.

L'absence d'un bâtiment sec pour l'entreposage des consommables du PEV est un problème qui est en cours de résolution avec la mise à disposition d'un local par la CAMUC où se trouve la chambre froide nationale. En effet, le bâtiment construit sur les fonds GAVI en 2016 était destiné non pas au PEV mais à la CAMUC en échange d'un appui logistique pour la gestion de vaccins.

Les lacunes dans l'application des bonnes pratiques de gestion de stocks et d'entreposage et rangement des vaccins (relevés dans l'audit 2017, Gavi) créent le risque d'importantes pertes de vaccins suite à leur péremption ou leur endommagement. De plus l'inexistence de procédure relative à la destruction des vaccins périmés ou endommagés pourrait entraîner un risque de réutilisation de ces doses par inattention entraînant des risques sanitaires pour les enfants.

Ainsi les recommandations essentielles sont :

- **De réviser les dispositions de la gestion des stocks**
- **Établir les responsabilités des personnes engagées dans cette gestion**
- **Établir les procédures**
- **De réaliser des supervisions en plus grand nombre au niveau opérationnel**

6.3- Gestion financière

Les soutiens de Gavi sont divisés en deux catégories qui suivent des processus de gestion différents :

- Le soutien au renforcement du système de santé (RSS1) a eu deux modalités de gestion : De février 2013 -mars 2014, la mise en œuvre du RSS et sa gestion budgétaire et financière étaient sous la responsabilité de la CNPEV. À la suite d'importants manquements dans la gestion, le compte bancaire dédié au RSS a été bloqué en avril 2014, avec un reliquat non matériel. Depuis lors, les tranches RSS versées en 2015 et 2016 ont été déboursées à l'UNICEF qui est en charge de la gestion fiduciaire.

- Pour l'introduction du VPI en janvier 2015, les fonds ont été versés en septembre 2014 au gouvernement et gérés par la CNPEV. Cette dernière a mis en place une comptabilité basique comprenant la liste des dépenses, des fiches de suivi budgétaires et des

rapprochements bancaires. Toutes les pièces justificatives sont classées par nature et traçables.

De plus, il est à noter que la séparation des tâches, qui est une mesure interne fondamentale et essentielle dans une gestion transparente n'est pas existante au sein de la CNPEV.

Lors de l'audit (février 2017) plusieurs recommandations essentielles ont été éditées :

- **Définir et mettre en œuvre un système et des outils de comptabilité permettant la tenue des comptes**
- **Assurer une formation suffisante au personnel responsable de la tenue de la comptabilité pour une utilisation effective des outils et une tenue des comptes satisfaisante**
- **Élaborer un nouveau manuel de procédures administratives et financières**

Partie C : Revue des progrès de la mise en œuvre

7. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements

Depuis 2001, l'Union des Comores reçoit le soutien de Gavi, l'Alliance du Vaccin, en matière de vaccins (et les sommes forfaitaires associées aux introductions de nouveaux vaccins) notamment le Pentavalent et le VPI-introduit en janvier 2015. A ces financements s'ajoute un soutien financier (\$1, 799,265) destiné à renforcer le système de santé (RSS), pour la période allant de janvier 2013 à juin 2017.

La performance du PEV en 2015 est de 73% pour les indicateurs à la mise en œuvre du RSS1 (cadre de performance)

7.1- Performance du système de vaccination et du système de surveillance

L'appui des subventions de GAVI a contribué à réaliser 73% des activités prévues pour l'année 2016 par le PEV parmi lesquelles :

- L'appui à la CNPEV (RH, fonctionnement quotidien, achat de matériel informatique)
- La Solarisation des trois Directions Régionales de la Santé et de la chambre froide nationale
- L'Augmentation de la couverture de la chaîne de froid (réparations et installation nouveaux équipements) et élaboration des SOPs de la chaîne de froid
- L'appui aux supervisions, formations et stratégies avancées (Région de Ngazidja et district de Mwali de Nioumachioua)
- La réalisation de l'Audit externe 2013-2016
- L'élaboration de documents normatifs tels que le Plan de communication et le manuel de procédure du PEV
- La réalisation de l'évaluation conjointe en septembre 2016
- L'Appui à la tenue des CCIA

L'Alliance GAVI n'est pas le seul partenaire du PEV.

Le tableau 4 reprend leurs principaux domaines d'intervention de ces autres partenaires.

Tableau 4 : Domaines d'interventions des parties prenantes PEV

PARTENAIRES	DOMAINE D'INTERVENTION / CONTRIBUTION
Gouvernement	Contribution à l'achat de nouveaux vaccins, salaires du personnel permanent, mise à disposition des locaux pour les bureaux, prise en charge de l'eau et l'électricité.
UNICEF (TCA/GAVI 2016)	Appui à la chaîne de froid, à la mobilisation sociale et à l'assistance technique.
OMS (TCA/GAVI 2016)	Renforcement des capacités nationales (formations).
UNICEF	Appui technique, approvisionnement en vaccins et matériels de vaccination, achat des vaccins traditionnels, équipement de la chaîne de froid, renforcement de l'offre de service (à travers les stratégies avancées) et des capacités nationales (formation, supervision), campagne de vaccination contre la rougeole.
OMS	Appui technique, renforcement de l'offre de service (à travers la recherche des perdus de vue) et des capacités nationales (formation), campagne de vaccination contre la rougeole et surveillance rougeole, PFA
OSC (CARITAS, ASC)	Renforcement de l'offre de service (à travers les stratégies avancées, mobilisation sociale)

7.2. Performances des subventions octroyées par Gavi

Le tableau 5 suivant montre de manière globale l'atteinte des cibles dans les différents domaines d'intervention du RSS1. Les résultats sont loin d'être satisfaisants avec uniquement 6 cibles atteintes sur 15 (40%).

Catégorie RSS	# indicateurs	Cible atteinte	Cible non atteinte
Offre de soins	8	4	4
Personnels de santé et communautaires	Non Applicable		
Gestion chaîne d'approvisionnement et achats	2		2
Système d'information sanitaire	3	2	1
Communauté & autres acteurs locaux	Non Applicable		
Politique et gouvernance	2		2
Financement de la santé	Non Applicable		
Gestion des programmes	Non Applicable		
Tous les indicateurs RSS sur mesure	15	6	9

Le tableau 6 montre que les résultats des indicateurs RSS ne s'améliorent pas dans le temps, et ce pour les indicateurs de tous les niveaux.

Niveau	# indicateurs atteignant les cibles		
	2014	2015	2016
Résultat	3 sur 5 4 N/A	1 sur 5 4 N/A	3 sur 5 4 N/A
Resultat intermédiaire	2 sur 9 8 N/A 3 non rapportés	6 sur 15 5 N/A	6 sur 17 3 N/A
Process	1 non rapporté	0 sur 1	0 sur 1
Ensemble	5 sur 14 12 N/A 4 non rapportés	7 sur 21 9 N/A	9 sur 23 7 N/A

Même si les objectifs ne sont pas atteints un appui significatif au niveau central a été consenti par le RSS1 permettant d'améliorer les conditions de travail (solarisation du bâtiment, prise en charge financière des personnels, appui au fonctionnement de la CNPEV, achat de véhicules). Cet appui a été ensuite délégué au niveau des régions avec des appuis similaires mais plus limités (véhicules, prise en charge financière de certains personnels du PEV)

En ce qui concerne le niveau opérationnel, les interventions qui ont été priorisées en 2012 sur certains districts ont été modifiées par la suite en 2015. De manière générale et excepté un appui spécifique par des stratégies avancées dans ces districts, l'appui des subventions a été réalisé sur les trois îles de manière indifférenciée.

7.2.1. Impacts sur les couvertures vaccinales et les performances des districts.

Le tableau 7 ci-dessous montre les disparités selon les années (2012 début appui RSS) et les districts de la couverture vaccinale du DTChépBhib 3 (CV %)

Tableau 7 : Couverture vaccinale du PENTA 3 de 2012 à 2016 selon les districts et selon les appuis théoriques GAVI

	2012	2013	2014	2015	2016	Districts « GAVI » 2013	Districts « GAVI » 2015 2016
Région de Ngazidja							
	CV DTChépBhib3 (%)						
MORONI	77.6	83.8	75	72.1	74,0	X	X
MITSOUDJE	40.6	51.5	51	55.8	50,9	X	X
OUZIOINI	74.4	73.1	55	74.6	68,5		X
FOUMBOUNI	70.6	55.4	58	60.3	55,6	X	X
OICHILI	62	61.0	57	54.2	60,9	X	X
MBENI	80.6	75.2	63	62	49,1		X

MITSAMIOULI	63.5	55.2	59	55.4	57,3	X	X
Région de Ndzouani							
MUTSAMUDU	97.9	84.9	101	93.6	89,6	X	
OUANI	106.9	90.8	94	99.7	82,4		
TSEMBEHOU	101.8	94.9	101	105.9	101,2	X	
DOMONI	112.1	90.4	91	101.1	84,6		
MREMANI	98	93.6	96	84.1	77,1		
POMONI	95.3	86.1	94	92.4	96,2		
SIMA	109.4	104.5	104	110.8	100,4		
Région de Mwali							
NIOUMACHOUA	97.5	95.6	77	98.5	92,4		X
WANANI	89.0	126.8	89	117.5	76,2		
FOMBONI	84.2	88.3	84	92.6	88.6	X	

Source : données administratives du PEV

Tableau 8 : Performance du Penta3 par région sanitaire dans les 17 districts sanitaires

Région sanitaire	DTC3 < 50%	50% < DTC 3 < 79%	DTC 3 >=80%
Ngazidja	1	6	0
Ndzouani	0	1	6
Mwali	0	1	2
Union des Comores	1	8	8

Source : données administratives du PEV

Il est difficile de définir les causes réelles des taux d'abandons élevés (au niveau de Ndzouani et de Mwali) : insuffisance d'information/sensibilisation de la population, mauvaise disponibilité/qualité de l'offre de soins.

La différenciation par région est évidente pour les taux d'abandon de 2016 et la région de Ngazidja « appuyée » par GAVI est la plus performante. L'appui aux stratégies avancées permettant de « rattraper les enfants » pourrait être efficace ; cependant, comme déjà énoncé plus haut les autres partenaires (OMS et UNICEF) ont appuyé également les deux autres régions pour les stratégies avancées. Ainsi, d'autres facteurs sont à prendre en considération et à approfondir pour comprendre ces résultats.

Tableau 9 : Taux d'abandon par région sanitaire

Régions sanitaires	DTChepBHib3/DTChepBHib1	BCG/VAR
Ngazidja	6,1	5,1
Ndzouani	10,7	7,5
Mwali	17,1	9,3
Union des Comores	9,4	6,5

Source : données administratives du PEV

7.2.2. Impacts sur la chaîne de froid

Le tableau suivant montre l'amélioration de la couverture et de l'opérationnalité de la chaîne de froid après les réparations et les achats (installation) réalisés avec principalement les fonds GAVI

Tableau 10 : Couverture et fonctionnalité de la chaîne de froid par région.

Région	Inventaire initial (déc. 2015)		Inventaire (juillet) 2016	
	Couverture	opérationnel	Couverture	opérationnel
Ngazidja	57%,	35%	77%	56%
Ndzouani	50 %	63%	57%	53 %
Mwali	56%	40%	70%	71%
Union Comores	54.3%	46%	68%	57%

Source : inventaires CNPEV

La couverture s'est nettement améliorée en quelques mois. Des progrès demeurent notamment sur l'opérationnalité des équipements (installations à réaliser, équipements à réparer).

7.2.3. Impact en termes de renforcements de capacité

Globalement la subvention RSS GAVI a permis d'enclencher la stratégie de solarisation des bâtiments impliquant le PEV au niveau national (chambre froide nationale, bâtiment de la CNPEV) et régional (3 Directions régionales de la santé). Cette activité a permis de renforcer l'environnement de travail des équipes du ministère de la santé et plus spécifiquement des acteurs du PEV.

Des Activités de supervisions et de formations ont permis également de renforcer certaines capacités des personnels du PEV. Cependant, ces dernières doivent être de meilleure qualité afin d'avoir un impact durable.

7.2.4 impacts de la subvention VPI

Une allocation pour l'introduction du VPI d'un montant de 100 000 dollars a été attribuée au pays en 2014 et le taux d'absorption est de 98.5 % en mai 2017.

Le pays n'a connu aucune rupture de stock des vaccins ces 2 dernières années aussi bien dans l'approvisionnement national que dans sa distribution à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, avec la pénurie mondiale du VPI, le pays est actuellement en rupture de stock au niveau central depuis janvier 2017. Les régions seront en rupture de stock à partir de juillet 2017.

7.2.5 Enseignements tirés et bonnes pratiques

Une évaluation externe a eu lieu en septembre 2016 par un cabinet d'expertises extérieur sur la mise en œuvre du RSS1. L'annexe 4 montre les principaux enseignements qui ont été relevés.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention octroyée par GAVI, des enseignements et des bonnes pratiques comme l'approche inclusive lors de prises de grandes décisions incluant l'implication constante des autres secteurs ministériels (finances, éducation), des partenaires techniques et financiers, des représentants de la coopération bi et multilatérale, des OSCs, des élus, et des responsables religieux dans les structures délibératives, a été identifiée. Cette nouvelle approche est implémentée dans l'élaboration de cette note conceptuelle afin d'inclure tous les partenaires dès le début de ce travail.

Une assistance technique supplémentaire a été financée par GAVI depuis janvier 2015 avec la venue tous les deux mois en moyenne d'une assistance technique qui devait permettre d'appuyer dans les domaines d'intervention du RSS. Une assistance spécifique a également été financée par un poste de chargé de l'immunisation au sein de l'UNICEF depuis Aout 2016. Une assistance technique est également identifiée au sein de l'OMS même si celle-ci n'est pas uniquement pour le PEV.

La mise en œuvre du manuel de procédures élaboré en février 2017 avec description des tâches à chaque niveau de responsabilité va permettre une meilleure appropriation des responsabilités de tout le personnel de la CNPEV. La présence des assistants techniques devra répondre à des besoins spécifiques identifiés.

Lors de l'évaluation conjointe réalisée en septembre 2016, un bilan des recommandations demandées sur les trois dernières années a été effectué montrant 55% de réalisations.

Pour l'année 2016, le tableau suivant montre le suivi des principales recommandations qui ont été réalisées jusqu'en mai 2017.

Tableau 11 : Suivi des recommandations de l'évaluation conjointe de 2016

Recommandations septembre 2016	Suivi des recommandations
Renforcement des capacités humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux	Un chargé du suivi et évaluation a été contractualisé pour la CNPEV. Un logisticien formé a été affecté à la CNPEV.
Proposer des formations continues pour les acteurs du PEV au niveau central et régionaux	Le temps imparti avec la fin de l'exécution du RSS1 n'était pas suffisant pour implémenter cette stratégie.
Proposer des formations continues de base sur la vaccination pour tous les nouveaux agents du PEV	Réalisation prévue en juin 2017
Améliorer la surveillance et qualité des données	Le chargé suivi et évaluation n'est pas encore opérationnel sur les activités indispensables à l'atteinte de l'objectif, une formation est nécessaire. Cependant une assistance technique OMS sur la surveillance rougeole et polio est en cours depuis janvier 2017. Cette assistance a permis un redémarrage des activités avec des performances en nette amélioration.

Continuer la mise en œuvre du plan de renouvellement de la chaîne de froid couplé à des formations de maintenance	Une assistance technique internationale a permis de réaliser un plan d'extension de la chaîne de froid. Une seconde mission en cours permettra d'effectuer les réparations et les formations.
Améliorer la coordination au niveau national avec des réunions techniques mensuelles et des réunions stratégiques du CCIA.	Une seule réunion technique mensuelle a été réalisée. Le CCIA s'est réuni 2 fois en 2016.

Mais des défis restent à relever comme le renforcement des capacités managériales et de suivi/évaluation des équipes PEV à tous les niveaux ainsi que la coordination avec des agents de santé communautaire et les autorités communales et préfectorales.

Enfin une approche « sur mesure » des appuis au niveau des districts doit être réalisée afin d'être le plus proche possible des réalités de terrain. Ainsi des supervisions intégrées in situ doivent être mises en place pour s'assurer de la bonne implémentation des actions correctrices.

7.2.6. Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)

Le Pays n'a pas reçu de financement basé sur la performance du PEV depuis la mise en œuvre de la subvention RSS faute d'atteintes des résultats.

7.3- Performance de la gestion financière

Le financement RSS, lié à la performance, inclus notamment un volet de soutien à la société civile, avec pour objectif premier et commun à tous les soutiens de Gavi, le renforcement des services de vaccination et de la couverture vaccinale aux Comores. Un premier décaissement fut effectué en décembre 2012 pour permettre un démarrage des activités en janvier 2013. A partir 2015, après de nombreuses difficultés de mise en œuvre, la deuxième et troisième tranche (pour un montant total de 1 202 660 USD soit 77% de la subvention globale) ont dû être réorientées vers un partenaire de l'Alliance Gavi (UNICEF) pour exécution au nom du Ministère de la Santé avec une année de retard.

Deux no cost extension ont été, de manière exceptionnelle, octroyés au pays pour permettre l'engagement de la totalité des dépenses d'ici juillet 2017, le taux d'exécution en décembre 2016 étant de 80%

Une allocation pour l'introduction du VPI d'un montant de 100 000 dollars a également été remise avec un taux d'exécution de 87% en décembre 2016.

Un audit financier a été mené en juillet/aout 2015, sur l'année 2013 et les trois premiers trimestres de l'année 2014 et ce, sur les subventions liées au RSS1 gérés par la CNPEV mais également à l'appui au VPI.

Avant même les résultats relevant de nombreuses irrégularités par un cabinet d'audit externe, il avait été décidé de désigner un partenaire de GAVI (l'UNICEF) comme gestionnaire des fonds restants pour les deux années à venir. Cette gestion est opérationnelle depuis le mois de mars 2015.

Un audit en février 2017 réalisé par GAVI a confirmé les irrégularités sur les dépenses opérationnelles effectuées durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 30 septembre 2016 relatives à la première tranche du soutien pour les deux subventions. En date du 29 avril 2017, un engagement formel du gouvernement a été envoyé à l'Alliance GAVI pour effectuer la totalité du remboursement de la somme de 323 517 US dollars (dépenses non justifiées) sur une période de trois ans. De plus, un plan de mise en œuvre du suivi des recommandations dudit audit a été transmis. En effet, outre la demande de remboursement faite au pays, 10 recommandations relevant de la gestion budgétaire et financière, de

l'engagement des dépenses, de la passation des marchés, de la gestion des immobilisations, et de la gestion des approvisionnements en vaccins ont été émises. Il a été signifié lors de cet audit que les déficiences identifiées peuvent affecter la viabilité du programme. Ainsi des actions immédiates ont été requises pour garantir que le PEV ne soit pas exposé à des incidents matériels et significatifs.

7.4 Pérennité

Actuellement le gouvernement accède à son cofinancement pour le PENTAVALENT de manière régulière et ponctuel. Ce dernier s'est engagé également à financer l'achat de la première dose rougeole au moment de l'introduction du vaccin Rougeole/Rubéole.

Cependant il est à noter que les vaccins traditionnels sont toujours financés par l'UNICEF et ce pour encore une période annoncée de trois années.

En ce qui concerne spécifiquement les appuis pris en charge par le RSS, il est difficile d'en déterminer la pérennité car le RSS1 représentait 60% des besoins du PEV (PPAC 2015-2019).

Partie D : Objectifs du soutien demandé à Gavi⁹

8. Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence

L'élaboration de la proposition GAVI a été inclusive et participative. Le processus a débuté avec l'introduction de la note de la soumission au cabinet du Ministre de la santé et des partenaires. Une Mission de suivi et d'évaluation des investissements de Gavi aux Comores a été organisée conjointement avec le Fonds Mondial (VIH/Sida, TB, Paludisme) en janvier 2017 afin d'explorer des synergies programmatiques et financiers entre les deux types de financements. Au cours de cette mission préparatoire, une réunion sur la coordination, l'alignement et l'harmonisation des appuis des partenaires a été organisée par la Secrétaire Général du Ministère de la santé. Cette réunion traduit la volonté affirmée par le nouveau gouvernement d'une meilleure appropriation nationale des interventions des PTFs, d'un renforcement de leur coordination et d'une tolérance zéro pour la corruption. Lors des entretiens, les autorités ont réaffirmé leur engagement à renforcer la coordination/harmonisation des futurs appuis RSS de Gavi avec le RSS du Fonds Mondial. Cette mission a permis entre autres l'élaboration d'une feuille de route en présence des responsables du ministère de la santé, de l'alliance GAVI (OMS, UNICEF, GAVI), de la société civile, des directions régionales de la santé, du PASCO, du croissant Rouge Comorien. Cette feuille de route a été validée par le Comité Technique National de santé (CTNS) et porte les points suivants :

- ✓ La mise en place d'un comité de pilotage incluant les membres du CCIA par une note du Secrétariat Général n°17-016/MSSPSPG/SG du 18/2/2017) pour piloter cet exercice,
- ✓ La mise en place d'un comité technique pour la mise en œuvre de la feuille de route ;
- ✓ La réalisation de l'évaluation de l'équité ;
- ✓ La réalisation de l'inventaire de la chaîne de froid ;
- ✓ La réalisation de l'évaluation de la gestion efficace du vaccin (GEV) ;
- ✓ La réalisation de l'étude de la solarisation de la chaîne de froid ;
- ✓ La réactualisation du PPAC 2015-2019 avec un PPAC révisé 2017-2021
- ✓ L'élaboration de la cartographie des acteurs RSS,

Toutes ces activités ont été réalisées avec l'appui technique et financier des partenaires de l'alliance Gavi (OMS, UNICEF).

Enfin un atelier de travail de 5 jours, présidé par les directeurs généraux de la Santé et de la Planification incluant les directeurs des programmes, les trois directions régionales de la santé, l'École de Médecine et de Santé Publique de l'Université des Comores, le Ministère des Finances et du Budget, la CAMUC, les bénéficiaires principaux des subventions du Fonds Mondial (RSS/VIH/Sida, Paludisme, Tuberculose), la société civile (croissant rouge comorien/croix rouge Française, Ascobef), le PASCO, l'UNICEF (bureau régional et bureau Pays), GAVI, l'OMS (bureau régional et bureau Pays), et le CCM a permis d'élaborer les divers éléments constitutifs de cette proposition.

D'autres ateliers ont suivi en présence de Monsieur le Ministre de la Santé, de Madame la Secrétaire Général du Ministère de la Santé, pour la finalisation et l'harmonisation des documents et leurs validations conformément à la feuille de route préalablement établie.

Ce processus s'inscrit dans une démarche inclusive et participative de toutes les parties prenantes afin de garantir la complémentarité des financements RSS, la cohérence et l'efficacité des interventions et de la gestion des fonds.

Le Comité National de la Santé (CNS), créé par décret n°07-092 / PR du 31 mai 2007, est l'organe suprême de prise de décision du secteur de la santé en Union des Comores. Ce Comité est présidé par le Ministre de la santé. Sa structure comprend également un Comité Technique National de Santé (CTNS), organe technique présidé par le Secrétaire Général du ministère de la Santé. Sont membres du CNS, les Ministres en charge des secteurs ci-après : santé, éducation, finances, fonction publique et environnement de l'Union des Comores et les Directeurs Régionaux de la Santé et les Commissaires en charge de la santé des Iles Autonomes ; le commissariat général au plan ; les représentants de la coopération bi et multilatérale ; le Président de l'Ordre des Médecins et des Chirurgiens-Dentaires ; des représentants du secteur privé et des Ulémas (religieux). Le CTNS est constitué par les techniciens du ministère de la santé et des chargés des programmes des Agences du Système des Nations Unies.

Le Comité National de la Santé se réunit sur convocation de son Président en séance ordinaire une fois par an et en séance extraordinaire en cas de besoin. En 2016, il s'est réuni 2 fois.

Le Comité National de la Santé a pour missions de :

- Définir les orientations nationales en matière de développement sanitaire ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé ;
- Veiller à l'implication effective de toutes les parties prenantes au processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, plans et programmes de développement sanitaire
- Prendre toutes les décisions tendant à améliorer l'état de la santé de la population.

Le CCIA est présidé par le Ministre de la santé et rassemble les représentants du Ministère de la santé et les trois (3) Directeurs Régionaux de la Santé. Des partenaires au développement (UNICEF, OMS, UNFPA, PNUD), des OSC (Croissant Rouge comorien, Caritas) et un représentant du ministère des finances. Il se réunit régulièrement, 4 fois par an et en cas de besoin, en session extraordinaire.

Les partenaires de l'Alliance GAVI qui sont l'OMS et l'UNICEF sont très impliqués dans l'appui au Programme Élargi de Vaccination, ce qui permet une coordination intégrée des appuis par les trois principaux partenaires (Gavi, OMS, UNICEF).

Les rôles et missions principales du Comité de Coordination Inter agences (CCIA) sont :

- Apporter un appui technique au PEV ;
- Aider à la mobilisation des ressources du Programme Élargi de Vaccination ;
- Suivre et réorienter le cas échéant la mise en œuvre des activités du PEV

Le tableau suivant montre les forces et faiblesses du CCIA.

Tableau 10 : Points forts et Points faibles du CCIA

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implication de toutes les parties prenantes dans leur composition ✓ Présidés par le Ministre de la santé ✓ Engagement et participation effective de la société civile et des partenaires dans les réunions 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lié à un arrêté de 2001 qui demande révision ✓ Manque de certaines institutions dans la nomination des participants ✓ Irrégularité des réunions ✓ Insuffisance de suivi des recommandations issues des réunions ✓ Planification non maîtrisée des réunions limitant l'analyse profonde des documents par les participants

Comment le soutien de **Gavi** s'intègre-t-il dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination ?

Le pays dispose d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS 2015-2019) et d'un PPAC révisé en 2017 pour couvrir la période 2017-2021, s'articulant avec celui de la Stratégie de Croissance Accélérée de Développement Durable (SCA2D 2015 - 2019). La demande de soutien GAVI s'inscrit dans la vision globale du pays énoncé dans ces documents stratégiques qui vise à permettre à toute la population d'accéder à des soins de santé de qualité équitables, avec l'implication effective des acteurs publics et privés, de la société civile, de la communauté et des partenaires au développement.

La demande de soutien à GAVI permettra de contribuer à l'atteinte des objectifs stratégiques prioritaires du PNDS, à savoir :

- Assurer un accès universel à des services et soins de santé complets, promotionnels, préventifs et curatifs ; incluant l'objectif spécifique d'augmenter au moins à 75% l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables

- Renforcer la gouvernance, le leadership et le partenariat ; et plus spécifiquement les capacités institutionnelles du Ministère de la santé (Actualiser les textes sur l'organisation et le fonctionnement du Ministère de la santé ; Redynamiser les organes de gestion des structures sanitaires, Assurer une coordination et une gestion effective et efficace des interventions de toutes les parties prenantes),

- Améliorer la gestion des ressources du système de santé. Selon 4 objectifs retenus (1) le développement des ressources humaines pour la santé ; (2) le développement des infrastructures, des équipements et disponibilité des produits de santé (nouveaux vaccins) ; (3) le renforcement du Système d'Information Sanitaire et (4) la promotion de la Recherche en santé et de la gestion des connaissances.

Afin de pouvoir au mieux coordonner ces actions, une cartographie des principaux acteurs de santé a été réalisée dans le cadre du processus d'élaboration de cette note (l'annexe 3 reprend les principaux résultats de cet exercice)

L'alliance GAVI n'est pas le seul partenaire à appuyer le ministère de la santé dans le renforcement du système de santé, le Fonds Mondial a octroyé (période juillet 2016 -juin 2019) une subvention d'un montant global de 2, 593,095 euros. Les partenaires de l'Alliance (UNICEF, OMS) appuient également le ministère. De plus, l'Agence Française de Développement à travers le Programme d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores 2009-2021 (PASCO 1, 2 et 3), pour un budget global de 25 000 000 d'Euros, concourent à la réalisation des mêmes objectifs. Le Financement Basé sur la Performance (PBF) initié aux Comores depuis 2011 à travers des fonds de l'AFD, couvrant entre autres la prise en charge des femmes enceintes et des enfants, constitue une opportunité au développement de la Couverture Sanitaire Universelle, priorité inscrite dans le Plan d'Investissement Quinquennal du gouvernement (2017-2021).

Pour appuyer la bonne intégration des programmes, des planifications conjointes seront organisées et des réunions de coordination avec toutes les parties prenantes seront programmées pour un meilleur suivi de la mise en œuvre.

La coordination et la planification devront cependant être assurées par la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale des Études, de la Planification et des Statistiques Sanitaires.

9. Introductions de vaccins planifiées pendant la durée de la stratégie nationale de vaccination (par ex., PPAC)

Résumé des considérations stratégiques appuyant les demandes de nouveaux vaccins (routine et campagnes)

9.1 Décrivez les justifications pour demander les nouveaux programmes de vaccination, y compris l'établissement des priorités, l'épidémiologie de la maladie et sa charge.

Vaccins Rougeole 2^{ème} dose et Rubéole :

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

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

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

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

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

Vaccin antipneumococcique :

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

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

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

9.2 Discutez des **considérations de pérennité programmatique et financière** (p. ex., si les projections financières des dépenses récurrentes et des coûts des vaccins ont été élaborées, si une analyse de l'espace budgétaire a été menée, si la situation de l'approvisionnement a été prise en considération)

Depuis la création du PEV, l'État contribue au fonctionnement du programme à travers le paiement de salaires des fonctionnaires, les frais généraux des bâtiments et le recouvrement des coûts dans les structures sanitaires (participation communautaire).

De 2006 à ce jour, il contribue à travers une ligne budgétaire spécifique inscrite dans la loi de finances (20 millions de francs comoriens par an, soit environ 40 000 Euros) et pour le cofinancement du programme et l'appui à l'acquisition des nouveaux vaccins, entre autres.

À ce jour, le gouvernement contribue au cofinancement du pentavalent (DTCHépBHib) à hauteur de 6 millions de francs comoriens (environ 13 000 USD). Le gouvernement a déposé un projet de loi à l'Assemblée Nationale pour adoption sur la protection sociale en vue de développer l'assurance maladie obligatoire et les mutuelles communautaires afin de réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU). Il s'engage à augmenter graduellement la ligne budgétaire dédiée au cofinancement pour les autres vaccins (VAR2 et PCV).

Dès l'introduction de la deuxième dose rougeole/rubéole en novembre 2019, le gouvernement s'engage à prendre en charge sur fonds propres, 100% des coûts de la première dose rougeole/rubéole.

9.3 Décrivez les **enseignements tirés** des introductions de vaccins antérieures (en faisant référence aux rapports d'évaluation post-introduction (EPI), le cas échéant)

L'Union des Comores était l'un des premiers pays en Afrique subsaharienne à introduire le VPI dans le calendrier vaccinal en janvier 2015. Malgré l'absence d'une évaluation post introduction, il n'a pas été observé ni, d'effets indésirables, ni de rumeurs, ni de refus de la part des parents. Globalement cette introduction a été un succès.

Les couvertures vaccinales pour le VPI sont de 77.9% en 2015 et de 75.9% en 2016. En 2015, -2.3 points de différence ont été enregistrés avec la couverture vaccinale du DTC3 ; cet état de fait peut s'expliquer par l'introduction du VPI en décalée tout au long du premier trimestre 2015. Pour l'année 2016, +0.6 points est enregistré démontrant une application des recommandations de vaccination.

La première année, le taux de perte était de plus de 50% à cause de la présentation du vaccin en 10 doses et de la non application de la Politique des Flacons Entamés (PFE).

En 2016, alors que la présentation est toujours de 10 doses / flacon, et que les nouveaux flacons suivent la PFE, le taux de perte a diminué à 36%.

Enfin, il est aussi à noter qu'actuellement et suite à une rupture mondiale du VPI, le PEV est en rupture de stock depuis janvier 2017 au niveau national et sera en rupture de stock en régions en juillet 2017.

Cette rupture annoncée et non évitable en VPI, pourrait entraîner une baisse d'adhésion à l'antigène par les parents. Ainsi une communication adéquate doit être établie.

Dans la mesure de l'offre vaccinale, les flacons suivant la PFE doivent être privilégiés avec une présentation de maximum 5 doses/flacon.

9.4 Indiquez comment **les campagnes planifiées seront utilisées** pour améliorer la couverture et l'équité de l'immunisation de routine.

Le pays prévoit une campagne contre la rougeole 2^{ème} dose et la rubéole en octobre 2019 pour les enfants âgés de 9 mois à 14 ans.

Lors de la micro planification de cette dernière, des activités d'information, d'Éducation et de communication (IEC) sur la vaccination en général seront organisées. La campagne sera couplée aux activités de renforcement des activités de vaccination de routine, aux stratégies avancées mais également avec les activités de révision des outils et un renforcement de la mobilisation sociale.

Tous ces appuis devraient permettre d'atteindre chaque enfant non encore vacciné.

9.5 Récapitulez les **étapes préparatoires** nécessaires avant l'introduction des vaccins (p. ex. extension de la chaîne du froid, communication et création de la demande, formation, etc.) Décrivez de quelle façon le soutien financier de Gavi (HSIS et plateforme d'optimisation de l'ECF) pourrait être utilisé pour mettre en œuvre ces étapes

Selon la GEV réalisée en 2015, l'analyse des besoins a montré que les capacités de stockage disponibles au niveau central et au niveau régional (pour la chambre froide et les congélateurs) sont suffisantes pour couvrir les besoins du PEV jusqu'en 2021 même avec l'introduction de nouveaux vaccins (introduction du RR2 en novembre 2019, introduction du PCV en 2021).

Cependant, il est prévu d'augmenter la couverture de la chaîne de froid (rapport d'extension de la chaîne de froid, mars 2017). Au total 25 nouveaux sites seront dotés d'un équipement solaire (annexe 2). Ces équipements seront installés dans les deux premières années. Ainsi l'extension de la chaîne de froid sera finalisée avant la nouvelle campagne.

Parallèlement, les réparations des équipements sont en cours de finalisation.

Dès le premier semestre 2019, la Coordination Nationale du PEV (CNPEV) va s'atteler à la préparation minutieuse de l'introduction de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole/rubéole. Dès à présent, les décideurs politiques, le personnel du PEV à tous les niveaux, le personnel des institutions d'enseignement en santé, le personnel des hôpitaux devront être impliqués au sujet de l'introduction des nouveaux vaccins.

Préalablement à l'introduction des nouveaux vaccins, des sessions de formation / information seront conduites à tous les niveaux au bénéfice des prestataires et des ASC. Pour une meilleure gestion de ces vaccins (comment administrer le vaccin, les pratiques de sécurité des injections, les remplissages des fiches de rapports et ceux des effets indésirables après les vaccinations) en vue de la création de la demande et l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination, des campagnes de mobilisation sociale de la communauté seront aussi conduites à travers tous les canaux de communication accessibles. De plus, la révision des registres de vaccinations, la multiplication des cartes de vaccination, la multiplication des fiches de pointage, la reproduction des fiches de rapport mensuel et des fiches de collecte d'information sur les effets indésirables survenant après la vaccination (MAPIs) seront effectués.

9.6 Décrivez les **synergies potentielles** dans le programme de vaccination, par exemple, si deux introductions ou campagnes sont prévues la même année (synergies potentielles au niveau de la formation et des interventions de mobilisation sociale).

Durant cet appui, il est prévu l'introduction en même temps de la deuxième dose contre la rougeole et la rubéole en 2019 qui sera précédé par une campagne de vaccination pour ces deux antigènes. Cela rendra plus efficient en termes d'utilisation de la logistique et le management des ressources humaines.

Les formations et la sensibilisation qui seront réalisées aussi bien en direction du personnel de santé que des usagers autour de l'introduction des deux antigènes et de la mise en œuvre de la campagne se feront de façon intégrée (avec une révision possible et la multiplication des outils de gestion) et synergique en ce qui concerne les outils de gestion. La révision, la multiplication des outils de gestion prévue pour la 2ème dose rougeole rubéole tiendra compte de l'introduction du PCV.

Quant au vaccin PCV (PCV13 dose unique), son introduction se fera en 2021. Cependant, il sera toujours utile de former les acteurs à chaque nouvelle introduction et à chaque changement. Cela demandera un appui aussi bien technique que financier, de même qu'un renforcement en ressources aussi bien humaines que matérielles, au niveau du programme.

10. Description du soutien demandé pour chaque nouveau programme de vaccination

Routine	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible, la vaccination potentielle par cohorte multi-âge en année 1, déploiement régional potentiel, etc.).
	Non applicable
	Décrivez les étapes qui permettront de finaliser la stratégie d'introduction et permettront aux parties prenantes d'y participer
	Non applicable
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction, et quand ?
	Non applicable
Men A	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	Non applicable
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	Non applicable
Rougeole/Rubéole <i>Campagne RR en octobre 2019</i> <i>Introduction RR en novembre 2019</i>	•
	Fournissez une justification technique pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/la rubéole pour les 5 prochaines années
	La couverture vaccinale rougeole en 2016 est de 76.5%. les couvertures sont variables selon les districts (45.9% à Oichili – 102.4% à Tsembehou, voir figure ci-dessous). Figure 10 : Couverture rougeole en 2016 selon les districts

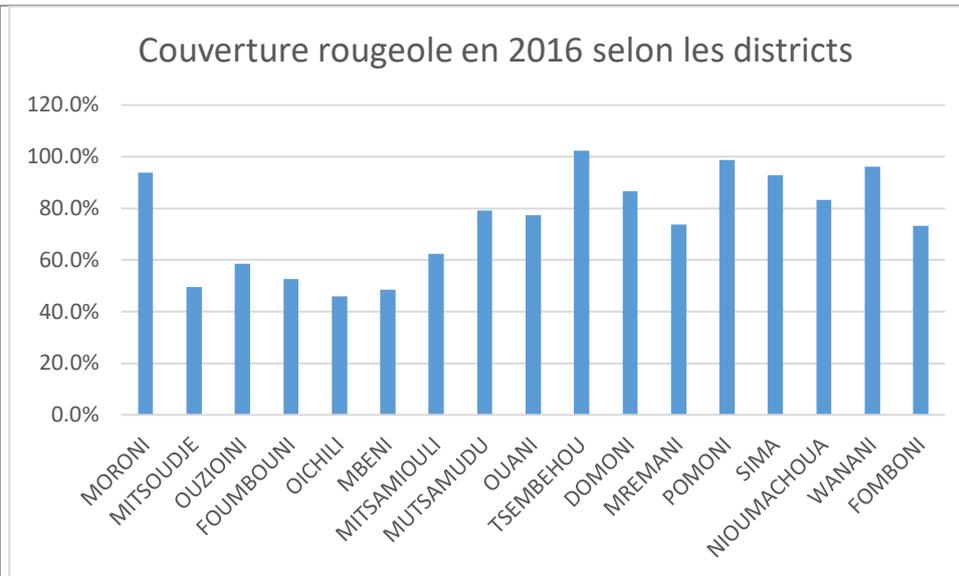
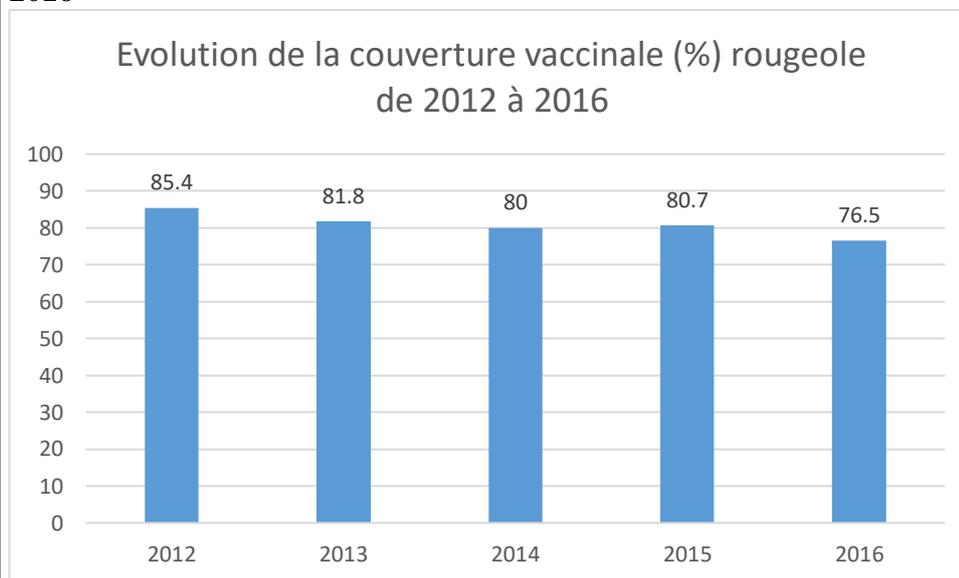


Figure 10 : Évolution de la couverture vaccinale (%) rougeole de 2012 à 2016



Source : données administratives CNPEV

En 5 années, la couverture vaccinale rougeole a perdu près de 10 points.

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

La dernière épidémie de rougeole a été notifiée en 2005 avec 766 cas et zéro décès enregistré.

De 2007 à nos jours, le laboratoire de référence du CHN El Maarouf est certifié pour les examens de rougeole et rubéole. Cette certification est réactualisée tous les trois ans par l'OMS.

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

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

Suite à la dernière épidémie de 2005, le plan de lutte contre la rougeole prévoit l'organisation de campagne vaccinale contre la rougeole tous les 3 ans jusqu'à l'obtention d'une couverture vaccinale de routine de plus de 90%.

C'est ainsi que trois campagnes nationales en 2010-2013-2016 couplées à la supplémentation en vitamine A, ou à la distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée (MILD), ont eu lieu dans les 3 îles. Les tableaux suivants montrent les résultats synthétiques de ces campagnes.

Tableau 11 : Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2010

Iles	cible rougeole 9 à 59 mois	enfants vaccinés	% des enfants vaccinés
Ndzouani	31 589	33 299	105
Mwali	4 886	4 136	85
Ngazidja	38 097	25 292	66

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2010

Tableau 12 : Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2013

Iles	cible rougeole 9 à 59 mois	enfants vaccinés	% des enfants vaccinés
Ndzouani	42 729	45 839	107
Mwali	6 694	6 708	100
Ngazidja	51 437	33 969	66

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2013

Tableau 13 : Récapitulatif des résultats issus de la campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse au niveau des trois îles en 2016

Iles	cible rougeole 9 à 59 mois	enfants vaccinés	% des enfants vaccinés
Ndzouani	46312	46680	96
Mwali	7306	6880	94
Ngazidja	55696	31811	57

Source : Rapport de la campagne de vaccination nationale 2016

Globalement les résultats de la campagne de 2016, sont bons dans les îles de Ndzouani et de Mwali. En revanche, sur l'île de Ngazidja la CV n'est que de 57%.

Cet état de fait est à mettre en parallèle avec les résultats de la couverture administrative montrant les mêmes disparités géographiques.

L'enquête post campagne a montré que la couverture vaccinale du VAR est de 90% alors que les données administratives du SIS donne une couverture vaccinale de 80.7% pour la même année.

	<p>Cette problématique déjà relevée dans les performances du PEV révèle une faiblesse du système d'information pour le PEV.</p>												
	<p>Décrivez la population cible pour chaque type de soutien pour les 5 prochaines années</p>												
	<p>Pour la campagne contre la rougeole et la rubéole prévue en fin d'année 2019, l'objectif visé sera de vacciner 95% des enfants âgés de 9 mois à 14 ans soit 345 296 enfants (projections du RGPH 2003)</p> <p>La population ciblée pour la deuxième dose de rougeole /rubéole, sera les enfants âgés de 18 à 24 mois dans la routine. En se basant sur les projections du RGPH 2003, la population cible pour la deuxième dose de rougeole /rubéole sera de 18662 en 2019 de nombre d'enfants survivés avec un objectif fixé d'atteinte de 88%.</p> <p>La population cible pour le PCV est les enfants de 0-11 mois. L'estimation pour l'année d'introduction en 2021 est de 22734 enfants ayant survécus, avec un objectif d'atteinte de 88%.</p>												
	<p>Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?</p>												
	<p>Le pays a connu des expériences en matière d'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal national notamment, le vaccin contre l'Hépatite B en 2006, le vaccin contre les infections liées à <i>Haemophilus influenza</i> de type B en 2009 et le VPI en 2015. Néanmoins, il aurait besoin d'un appui technique dans les domaines spécifiques suivants, vu que la population ciblée pour le RR2 est différente de celle que le programme a l'habitude de cibler, ce qui n'est pas le cas pour le PCV</p> <p>Tableau 14 : Besoins en Assistances Techniques</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rubriques</th> <th>Période</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Élaboration des modules de formation</td> <td>6 mois avant l'introduction (mars 2019)</td> </tr> <tr> <td>Formations des prestataires et des ASC</td> <td>2 mois avant l'introduction (août 2019)</td> </tr> <tr> <td>La mobilisation sociale, l'IEC et le plaidoyer</td> <td>2 mois avant l'introduction (août 2019)</td> </tr> <tr> <td>L'évaluation post introduction</td> <td>6 mois après l'introduction (avril 2020)</td> </tr> <tr> <td>La gestion des déchets</td> <td>1 mois avant l'introduction (septembre 2019)</td> </tr> </tbody> </table>	Rubriques	Période	Élaboration des modules de formation	6 mois avant l'introduction (mars 2019)	Formations des prestataires et des ASC	2 mois avant l'introduction (août 2019)	La mobilisation sociale, l'IEC et le plaidoyer	2 mois avant l'introduction (août 2019)	L'évaluation post introduction	6 mois après l'introduction (avril 2020)	La gestion des déchets	1 mois avant l'introduction (septembre 2019)
Rubriques	Période												
Élaboration des modules de formation	6 mois avant l'introduction (mars 2019)												
Formations des prestataires et des ASC	2 mois avant l'introduction (août 2019)												
La mobilisation sociale, l'IEC et le plaidoyer	2 mois avant l'introduction (août 2019)												
L'évaluation post introduction	6 mois après l'introduction (avril 2020)												
La gestion des déchets	1 mois avant l'introduction (septembre 2019)												

Fièvre jaune (<i>vaccination de routine et</i>	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	Non Applicable

<i>campagne(s))</i>	Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	Non Applicable

11. Programmatique : description des investissements RSS prioritaires de Gavi

11.1. Informations relatives à l'allocation de Gavi

Sur la base des éléments ci-dessus, date cible pour la soumission du plan de travail opérationnel et du budget pour la contribution de Gavi	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi – 115 juin 2017 5 juin 2017
Date cible d'arrivée des fonds pour la première année dans le pays	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays – octobre 2017
Prochaine revue du portefeuille JSP (dernière année de la stratégie de vaccination)	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays – juillet 2018.
Sur la base des éléments ci-dessus, date cible pour la soumission du plan de travail opérationnel et du budget pour la contribution de Gavi	Pré-rempli par le secrétariat de Gavi (SCM/PO) suite aux discussions avec le pays

11.2. Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi

Objectif 1 :

Appui au renforcement de la gouvernance du système de santé/PEV à travers la mise en place d'un cadre stratégique et normatif, et le renforcement de capacités de gestion du système de santé d'ici 2022.

Échéancier :	Octobre 2017- septembre 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	La mise en œuvre des activités relatives concerne l'ensemble du territoire national et a pour cible la population générale. En effet le gouvernement s'est engagé à offrir le service de vaccination de façon équitable.
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none">• Insuffisance de textes réglementaires et normatifs pour les prestations des services en santé y compris la vaccination dans le cadre de la décentralisation• Faible capacité de gestion, de planification et de suivi évaluation du programme de vaccination au niveau central et régional y compris les districts.• Faible coordination entre les programmes, les partenaires et entre les niveaux sanitaires• Une carte sanitaire obsolète• Absence de politique et de stratégie de gestion des déchets biomédicaux Ces contraintes limitent l'impact des activités PEV, ainsi le RSS devrait pouvoir appuyer certaines activités qui permettront de lever ces goulots d'étranglements.
Activités prioritaires (environ 5) :	<ul style="list-style-type: none">• Élaboration/révision des textes réglementaires et normatifs pour les prestations des services en santé (incluant la gestion des déchets biomédicaux) comprenant la vaccination (renforcement de la décentralisation/SROS)• Renforcement des capacités de management (management général, gestion financière, gestion RH,) des équipes cadres du PEV au niveau national, régional et district avec en parallèle la mise en place de contrats basés sur la performance.• Redynamisation des instances de gestion et de coordination (CCIA, CNPEV, DRS, comité de gestion des districts) en essayant de mutualiser les existants.• Appui à la gestion du programme à tous les niveaux (fonctionnement, contractualisation)• Appuis aux évaluations et aux audits : Évaluations conjointes, mi-parcours, finale, audits internes et externes
Justification :	Les activités prioritaires énoncées vont permettre de lever les contraintes entravant la bonne mise

	<p>en pratique des actions techniques du PEV sur la base de documents normatifs aidant à une mise en œuvre harmonisée des activités prioritaires. Une coordination efficiente à tous les niveaux de tous les partenaires du PEV (avec un cadre de suivi et évaluation) permettra d'obtenir des résultats à fort impact avec une lisibilité permettant une démarche pérenne.</p>	
<p>Considérations relatives à la pérennité :</p>	<p>Le financement RSS-GAVI permettra de mettre en place les politiques et règlements qui permettront de répondre aux insuffisances systémiques constatées. Il aidera à leur mise en œuvre. D'ores et déjà, le pays a engagé des réflexions et fournit des efforts en matière de mobilisation de fonds domestiques pour assurer la pérennisation des interventions. Pour ce faire, des pistes sont identifiées et un projet de loi a été soumis à l'Assemblée Nationale pour adoption, en vue de financer un compte solidarité dédié à la Couverture Sanitaire Universelle.</p>	
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<p>Les indicateurs permettant d'apprécier les progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités relatives aux objectifs de cette demande de soutien à GAVI sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions de coordination au niveau national (CCIA), au niveau central de la DGS, au niveau des directions régionales et au niveau des districts organisées ▪ Proportion du budget annuel du financement Gavi RSS utilisé pendant le dernier semestre ▪ Montant total dépensé par les OSC pendant la période concernée 	
<p>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</p>	<p>Les besoins en assistance technique sont identifiés dans les activités suivantes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appuyer les capacités de la gestion programmatique et financière, et appuyer la coordination à tous les niveaux - renforcer des points spécifiques comme le suivi évaluation, la gestion et la communication auprès de décideurs politiques 	
<p>Budget RSS indicatif :</p>	<p>Années 1 à 2</p>	<p>324 683 US\$</p>
	<p>Années 3 à 5</p>	<p>329 274 US\$</p>

Objectif 2 :

Atteindre d'ici 2022 une couverture vaccinale nationale (PENTA 3) de 90% avec une couverture dans chaque district d'au moins 80% tout en privilégiant l'approche de l'équité

Échéancier :	Octobre 2017- septembre 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	<p>Couverture nationale (17 districts) avec un ciblage des domaines d'intervention selon les besoins spécifiques de chaque district « activités sur mesure »</p> <p>En effet au regard du rapport d'équité et des supervisions de terrain, il apparait que chaque district est unique et avec des problématiques spécifiques.</p>
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<p>Les goulots d'étranglements énoncés ci-après ont tous été identifiés dans le PPAC 2017-2021 révisé en 2017.</p> <ul style="list-style-type: none">• Problème d'accès de certaines populations en milieu principalement rural avec près de la moitié (43 %) des structures publiques qui n'offrent pas de service de vaccination• Insuffisance de personnel dédié et formé au sein du PEV• Forte mobilité du personnel de santé formé• Mauvaise qualité des soins y compris la vaccination• Mauvaise organisation des stratégies avancées• Communication inadaptée (outils et messages inappropriés)• Insuffisance de financement alloué à la communication et à l'information• Insuffisance de la participation communautaire dans le PEV (Villageois, ASC, autorités locales...)• Problématique majeur de la non prise en considération de la gestion des déchets biomédicaux impactant la qualité et la sécurité des soins
Activités prioritaires (environ 5) :	<p>Amélioration de l'accès équitable aux services de vaccination (ouverture de nouveau postes, appui à l'amélioration des stratégies avancées...)</p> <ul style="list-style-type: none">• En augmentant de 25 postes fixes de vaccination (secteur public) - voir objectif 3. L'annexe présente la répartition de ces 25 postes fixes identifiés lors du travail sur l'extension de la chaîne de froid (voir justification sur objectif 3)• En incluant des structures privées/associatives/caritatives dans le PEV avec des conventions établies avec les structures identifiées• En augmentant l'efficacité des stratégies avancées (planification, inclusion de la communauté) <p>Amélioration de la qualité des services de santé y compris la vaccination</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • En implémentant l’approche qualité (outils, procédures, renforcement des capacités...) • En améliorant l’environnement de travail avec la réhabilitation de 3 postes de santé identifiés (voir annexe 2) et appuis à la solarisation des districts. • En contribuant à la mise en œuvre de la stratégie nationale de gestion des déchets ; • En introduisant l’approche performance/résultat (PBF) dans l’offre de service de vaccination (l’achat des indicateurs liés à la vaccination : couverture vaccinale, gestion chaîne de froid, recherche des perdus de vue....) en format test. L’introduction de l’approche PBF dans la vaccination se fera de façon pilote dans quelques districts de Ndzouani déjà bien imprégnés de la démarche avec des résultats porteurs. Après deux ans de test, il sera proposé une évaluation afin de promouvoir ou non la généralisation. Cette introduction s’appuiera sur le dispositif existant dans le pays, notamment dans le respect de la séparation des fonctions. <p>Amélioration de la participation communautaire et de la demande de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mobilisant les ASC et autres leaders communautaires et religieux sur les activités PEV (harmonisation des primes d’animation) et en définissant des tâches spécifiques PEV au ASC (maîtrise de la population, mobilisation sociale, recherche de perdus de vue...). Cette activité se fera avec tous les acteurs de la santé qui œuvre également dans ces appuis afin de mutualiser le « package minimum des ASC » et de s’assurer de l’atteinte des résultats. • En participant avec les autres partenaires aux formations des ASC et autres leaders communautaires et religieux • Appuis à la communication (supports et diffusion) déjà pris en charge par d’autres partenaires • En mettant en place un cadre de suivi et évaluation spécifique de cette activité pour s’assurer des résultats obtenus (pris en charge par RSS/Fonds Mondial).
<p>Justification :</p>	<p>L’augmentation du nombre de centres de vaccination (public et privé) permettra d’améliorer l’accessibilité de la population aux services de vaccination sachant qu’actuellement seuls 63% ont accès à moins de 5 kms à un poste de santé.</p> <p>L’approche qualité et PBF, ainsi que l’amélioration de la gestion des déchets permettront d’offrir à la population un service sécurisé qui pour le moment est largement décrié par les mamans (rapport d’équité, mars 2017)</p>

	<p>L'appui aux stratégies avancées permettront d'augmenter l'équité en offre de services de vaccinations, de limiter les perdus de vue.</p> <p>Enfin l'approche communautaire permettra une augmentation de la demande qui couplée à la l'amélioration des prestations de service engendreront un impact efficient.</p>	
Considérations relatives à la pérennité :	<p>Les centres de vaccination seront ouverts sur la base d'un personnel déjà présent dans la structure. Ainsi, on peut s'assurer que le service de vaccination sera rendu. Cependant, la mobilité du personnel, le gel des recrutements, facteurs indépendants de l'action pourraient limiter l'amélioration de l'équité.</p> <p>En ce qui concerne la solarisation des districts et au regard des leçons apprises suite à la solarisation des DRS (autonomie en énergie, diminution des charges inhérentes à l'énergie électrique, confort de travail entraînant une assiduité plus forte des personnels), cette activité permettra une augmentation globale des services par les CSD et ainsi des recettes supplémentaires.</p> <p>Une population ayant accès à des prestations de qualité pourra jouer un rôle de contrepouvoir auprès des autorités pour maintenir les services globaux apportés par l'atteinte de cet objectif.</p>	
Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :	<ul style="list-style-type: none"> - % d'enfants perdus de vue retrouvé par les OSCs contractualisées - Pourcentage d'enfants vaccinés en stratégie avancée - Nombre de poste de santé réhabilité - % de la population ayant accès à un service de vaccination à moins de 5 kms - Couvertures vaccinales % - % de perdus de vue 	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	<p>Les besoins en assistance technique sont identifiés dans les activités suivantes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer les curricula de formation - Réaliser les formations des formateurs (vaccination, communication...) <p>Il sera demandé à l'OMS le soutien pour cette assistance technique en vue d'une adaptation des modules OMS dans le contexte Pays.</p>	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	465 594 US\$
	Années 3 à 5	473 796 US\$

Objectif 3 :

Modèle de chaîne d'approvisionnement (applicable même si les pays ne font pas de demande pour la plateforme d'optimisation de l'ECF)
Objectif : Améliorer le score moyen de la gestion efficace des vaccins (GEV) de 65% à 95% d'ici 2022

Échéancier :

Octobre 2017-septembre 2022

<p>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</p>	<p>National</p>
<p>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</p>	<p>Comme indiqué dans l'analyse de la performance du PEV les obstacles dans la chaîne d'approvisionnement sont nombreux. Certains goulots d'étranglements ont été ciblés car ils limitent l'atteinte de l'équité dans certains districts avec globalement une qualité des prestations insuffisante par manque de capacités de gestion et distribution des vaccins (quantification, approvisionnement, tableau de distribution, monitoring des températures, suivi/évaluation de l'utilisation des vaccins, sécurité des injections et gestion des périmés...)</p> <p>Cette problématique découle des contraintes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plan d'amélioration de la GEV peu suivi pour alimenter le processus de la planification - L'absence d'un plan de maintenance et de suivi/évaluation - Une chaîne de froid pas encore totalement opérationnelle selon les régions (des équipements en panne, des postes de santé sans équipements) - Un seul logisticien formé au sein du programme - Les agents du PEV encore peu impliqués dans la gestion globale des vaccins et de la maintenance préventive. - L'absence d'analyses programmatiques sur les consommations de stocks et les besoins - Pas de stratégie sur la maintenance des équipements (maintenance curative, stockage de pièces détachées, kit d'intervention...) - Des lieux de stockages pas toujours adaptés à la bonne conservation des matériels - Une non harmonisation du transport des vaccins entre les régions et les niveaux périphériques (région-districts ou districts-région) entraînant une difficulté de suivi de la bonne conservation des vaccins
<p>Activités prioritaires pour chacun des cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement : Décrivez les activités prévues ou en cours relatives aux fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement. Les réponses de cette section doivent être en lien avec le dernier plan d'amélioration de la GEV.</p>	
<p>1. Amélioration continue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'un plan national de maintenance incluant les stratégies et les activités nécessaires à l'atteinte de l'objectif fixé

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de sécurité des injections et gestion des périmés ▪ Réalisation d'une GEV tous les 3 ans (2018/2021) avec la réalisation d'un suivi semestriel du plan d'amélioration de la GEV impliquant les trois régions et le niveau national et mise à évolution du plan de maintenance si besoin • Dotation des moyens logistiques, matériels techniques et des pièces de rechange à la CNPEV : 1véhicule avec carburant pour appuyer le travail de supervision de l'équipe logistique ; matériels techniques nécessaires au suivi de la chaîne de froid ; pièces de rechange et éléments à durée de vie connue • Production et diffusion des procédures et standards opérationnels à la gestion des vaccins
<p>2. Gestion/Leadership</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un groupe de travail national sur la logistique incluant tous les programmes du Ministère et ouvert aux OSCs et partenaires privés selon nécessité. Ce groupe sera officialisé par une note de service • Identification et mise en œuvre des différentes opérationnalités de la maintenance des équipements • Renforcement des capacités des agents à tous les niveaux avec la mise en place d'un plan de renforcement : formation de 3 logisticiens régionaux dans un centre d'excellence de la CEA pour assurer la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement ; formations de perfectionnement en gestion de la chaîne de froid (formations de courte durée) ; formation en cascade sur la maintenance de base et les bonnes pratiques de la gestion des vaccins pour les acteurs du PEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement (02 agents par district)
<p>3. Données pour la gestion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption et utilisation des indicateurs (voir chapitre indicateurs) • Réalisation d'une analyse programmatique trimestrielle avec les logisticiens et les responsables chargés du suivi et évaluation (incluant gestion des stocks et suivi des pertes en flacons)
<p>4. Équipement de la chaîne du froid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Achat et installation de 34 nouveaux réfrigérateurs, l'objectif du PEV étant d'avoir une couverture de 100% des centres de vaccination durant les deux premières années sur les centres de vaccination existants, • Remplacement de 09 réfrigérateurs à prioriser la première année pour les réfrigérateurs

	<p>installés en panne et/ou installés avant 2012. Durant cette première année une extension sur 15 nouveaux centres de vaccination va être réalisée selon les facteurs d'accessibilité géographique, de l'existence d'un personnel formé et de l'état de l'infrastructure sanitaire. (l'annexe 2 montre la priorisation par district)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des zones de stockage des vaccins et consommables au niveau régional et District. • Établissement, mise en œuvre et suivi de manière régulière du plan spécifique de maintenance préventive et curative • Réalisation d'une étude de faisabilité de la mise en place d'un système de contrôle à distance de la température des équipements qui pourra s'effectuer au cours de la 3eme année.
<p>5. Conception du système (tous les pays doivent répondre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de l'UNICEF pour la mise à disposition d'experts (TCA 2018 UNICEF) pour assurer dans les deux premières années une efficacité de la maintenance des équipements en parallèle à la formation des logisticiens du Ministère. • Mise en place des supervisions formatives sur la gestion des vaccins intégrées à tous les niveaux (avec les autres composantes du PEV) pour adapter les solutions aux réalités spécifiques de chaque centre de vaccination (supervision intégrée voir objectif 4). • Intégration de la gestion des intrants PEV au niveau de la CAMUC (centrale d'achat des médicaments dans l'Union des Comores) pour mutualiser les efforts sur le stockage des produits et sur la distribution des vaccins. La CAMUC a déjà un système de distribution sur les trois régions ; de plus des véhicules de transports ont été financés via le RSS fonds mondial ; enfin des lieux de stockage sont également en cours d'aménagements à tous les niveaux. Selon les résultats obtenus de cette étude, le RSS2 pourra appuyer la mise en œuvre d'un plan de mutualisation et d'intégration des systèmes logistiques PEV/CAMUC. • Identification, réalisation, mise en place et suivi de tous les protocoles d'optimisation de la mise en œuvre de ces activités (destruction des équipements anciens, gestion des vaccins périmés, distribution des vaccins à tous les niveaux) • Mise en place d'une unité de maintenance du PEV au niveau du ministère
<p>Justification</p>	<p>L'amélioration à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement assurera une vaccination de qualité.</p>

	La prise en considération de l'amélioration constante du système rendra optimale l'action portée.	
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Score moyen de la GEV • % de centre de santé disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle pour la vaccination conformément aux normes nationales • Pourcentage de rapport mensuels SMT envoyés à temps et complets par les 3 régions au niveau central 	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	<p>Quatre types d'assistances techniques sont demandées pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration d'un plan national de maintenance avec la mise en place des outils • L'élaboration d'un cadre de suivi et évaluation spécifique à la gestion des vaccins reprenant tous les indicateurs indispensables (indicateurs DISC, perte de vaccins, ruptures de stock, lieux de stockage adéquats, ...) • Le renforcement des capacités sur l'approvisionnement (Fore casting, SMT....) <p>Cette assistance technique sera mobilisée à travers l'UNICEF.</p>	
Budget indicatif avec soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation d'ECF (voir tableau 2.2) :	Années 1 à 2	410 546 US\$
	Années 3 à 5	276 462 US\$

Objectif 4 :

Assurer la disponibilité et l'utilisation des données fiables pour le suivi, l'évaluation, la surveillance (MEV et la recherche action) de la couverture vaccinale et l'équité dans 17 districts d'ici 2022

Échéancier :	Octobre 2017- septembre 2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	National
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnel en quantité et en qualité à chaque niveau du SIS /idem PEV

	<ul style="list-style-type: none"> • Faible complétude et promptitude des données du SIS ; spécifiquement pour le PEV bonne complétude et faible promptitude • Des outils de collectes multiples, mal remplis et mal exploités / idem pour PEV • Un SIS peu informatisé (à part au niveau régional et central) /idem pour PEV • Insuffisance de retro information et un manque d'appropriation / idem pour PEV • Faible capacité du système de surveillance, notamment pour la recherche active des cas pour les MEV • Faible capacité nationale en matière de recherche en santé
<p>Activités prioritaires</p>	<p>Intégration des activités spécifiques PEV au SIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer à la coordination à tous les niveaux pour l'amélioration de la qualité, de l'analyse des données (mutualisation voir objectifs 1 et 2) • Appuyer à la mise en place de contrôles systématiques de la qualité des données (DQR), • Appuyer à la réalisation d'évaluations de la qualité des données et du SIS, • Appuyer la production des comptes nationaux de la santé en intégrant les données sur la vaccination • Appuyer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de renforcement de la qualité des données (l'élaboration du plan est en cours de réalisation avec l'appui de l'OMS) • Réaliser une évaluation du SNIS pour proposition d'un système unique intégré • Financer des formations du responsable de la DISS, du chargé du suivi/évaluation PEV au niveau national et des 3 points focaux PEV régionaux en épidémiologie et statistiques • Participer aux formations au niveau districts programmées par la DISS (Prise en compte par d'autres partenaires). • Effectuer les supervisions intégrées (avec les autres composantes du PEV) dans les districts pour améliorer la qualité de la récolte des données et appuyer à un début d'analyse au niveau des districts • Appuyer l'intégration des données PEV dans le SIS (réseau informatisé prévu en 2017) impliquant une révision des outils et formations (Prise en charge par RSS/Fonds mondial) • Appuyer la reproduction des tous les outils de récolte de données à partir de 2020 (prise en charge par FM pour 2017/2018/2019) • Produire un bulletin d'informations • Mettre en place en format test le vax track (à partir de la 3eme année) <p>Renforcement de la surveillance des MEV en réalisant une cartographie des sites prioritaires de surveillance</p>

	<p>active des MEV y compris la cartographie des guérisseurs traditionnels</p> <p>Aide à la promotion de la recherche opérationnelle en s'appuyant sur des enquêtes annuelles (5 au total) sur les thèmes de l'équité, de la satisfaction des populations relatives aux prestations offertes et de la qualité des données. Ces enquêtes réalisées en collaboration avec l'université des Comores permettront l'amélioration en continue du système.</p>
<p>Justification :</p>	<p>Le fonds Mondial dans son appui RSS (2016-2019) a prévu la mise en réseau informatisée des 17 districts, des 3 régions et du niveau national. Il appuie également les supervisions trimestrielles au niveau des régions et semestrielles au niveau national. Il appuie également la reproduction de la totalité des outils de collecte des données de tout le ministère de la santé.</p> <p>Ainsi les activités prioritaires identifiées au-dessus vont permettre de compléter l'appui en formations, en coordination et en supervisions spécifiques PEV.</p> <p>La synergie globale des actions devrait permettre d'atteindre l'objectif.</p>
<p>Considérations relatives à la pérennité :</p>	<p>Pour plus d'efficacité en vue de la pérennité des interventions en matière d'information sanitaire, les actions vont s'appuyer sur le plan national de développement du SIS (PNDSIS 2015-2019). Des efforts d'intégration et de mutualisation des ressources dans ce domaine favorisent la pérennité du système pour assurer la disponibilité des données actuelles et fiables, pour guider la prise de décisions permettant l'enclenchement d'un cercle vertueux entre la production des données, et leur utilisation pour une amélioration continue du système.</p>
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • taux de vérification de la qualité des données dans les DQS • complétude des rapports des 17 districts envoyés au 3 régions • promptitude des rapports des 17 districts envoyés au 3 régions • Nombre de supervisions formatives au niveau national et régional
<p>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</p>	<p>Les assistances techniques devront intervenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'appui à l'organisation interne de la DISS pour une période de 6 mois la première année. • Dans l'appui à la préparation du plan d'amélioration de la qualité des données harmonisé au plan de renforcement du SIS. • Dans l'élaboration des protocoles d'enquêtes • Dans l'appui de l'organisation du service de suivi /évaluation <p>En ce qui concerne le plan d'amélioration et l'élaboration des protocoles d'enquêtes, l'OMS sera rapprochée pour la fourniture d'appui en assistance technique.</p>

Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	<i>271 001 US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>448 643 US\$</i>

Annexe 1 : liste des districts par région

Région de Ngazidja

MITSOUDJE

OUZIOINI

FOUMBOUNI

OICHILI

MBENI

MITSAMIOULI

Région de Ndzouani

MUTSAMUDU

OUANI

TSEMBEHOU

DOMONI

MREMANI

POMONI

SIMA

Région de Mwali

NIOUMACHOUA

WANANI

FOMBONI

Annexe 2 : plan d'extension de la chaine de froid

Direction Générale de la Santé Coordination Nationale du PEV service logistique				Situation de la chaine froid					
N°	Districts	Structures	Marque	Série	Installation	Etat	Extension	Remplacement	Rehabilitation
1	DRS Ngazidja	DRS Ngazidja	vestfrost	2010509178	20/05/2011	Opérationnel			
2			Dulas	3,11001E+16	05/02/2015	Opérationnel			
3			congelateur	illisible		21/06/2005	Opérationnel		
4	CSD Centre	El Maarouf	MKS 054 SDD	20152838866	22/04/2016	Opérationnel			
5		Mvouni	VV 65F Dulas	1,1E+15	05/10/2011	Non Opérationnel	1ère année		
6		Sambakouni	MKS 044 SDD	2015334459	mai-16	Opérationnel			
7		SSM	MKS 044 SDD	2015334466		Non installé			
8		Vououni	VLS 094 SDD	20160241219	26/10/2016	non opérationnel			
9		PMI	VC150-2 DULAS	2,10001E+16	07/07/2015	Opérationnel			
10		CARITAS	DULAS	2,1E+16	2011	Opérationnel			
11		Dzahani latsidjé	VC 65F DULAS	Illisible	05/10/2011	Non Opérationnel	1ère année		
12		Mkazi					1ère année		
13		Yahaya					1ère année		1ère année
14	Ntsoudjiné					1ère année			
15	CSD Midjoudjé	CSD centre	VC 65F DULAS	Illisible		Opérationnel		1ère année	
16		Singani	VC 65FDULAS	1,1E+16	déc-10	Opérationnel			
17		Mdjoiezi	VC 65F DULAS	Illisible		Opérationnel			
18	CSD Ouzioini	PS Ntsinimoichogo	VLS 094 SDD	20 160 549 674	31/10/2016	Non opérationnel			
19		Kourani sima	VC 65F DULAS			Non opérationnel			
20		Dembeni	vc 65FDULAS	Illisible	2010	Opérationnel			
21		CSD Centre	VC65F DULAS	739-010	10/03/2018	Non Opérationnel	1ère année		
22	CSD Foubouni	PS Djahadjou	VLS 094 SDD	20160241214	31/10/2016	Non Opérationnel			
23		CSD Centre	VC 65-2 DULAS	3,07E+16	12/12/2015	Opérationnel			
24		Bandramadjé ladomba	VC150-2 Dulas	2,05E+16	09/02/2013	Non Opérationnel	1ère année		
25		Nioumamilima					1ère année		
26		Mohoro					2ème année		
27	Gnambeni					1ère année			
28	CSD Oichali	Idjikoudzi Dimani	VLS 094 SDD	20160549685	27/10/2016	Opérationnel			
29		CSD Centre	VS65F DULAS	1916-019	29/09/2010	Opérationnel	1ère année		
30		Mtsangadjou Dimani	VC 65FDulas	Invisible	2008	Non Opérationnel			
31		Itsikoudzi					2ème année		
32	CSD Mbeni	Centre Mbeni	VLS 094 SDD	20160241217	18/10/2016	Non Opérationnel			
33		PS Itsandzéni	VL 65F DULAS	2,05E+16	16/02/2013	Opérationnel			
34		Moidja					2ème année		
35		Hantsidzi					1ère année		
36	Dimadjou					1ère année			
37	CSD Mitsamihouli	CSD Centre	VC 65F DULAS	VC DULAS	25/09/2010	Opérationnel		1ère année	
38		Douniani	VC 65F DULAS	1916-014	18/07/2011	Opérationnel			
39		PS Bagwoi kouini	VLS 094 SDD	20160549682	28/10/2016	Non Opérationnel			
40	PS Ivembeni	VC DULAS				Opérationnel			
41	Wellah	VC 65F DULAS	1916-005	19/07/2011	Opérationnel				
42	DRSA	DRS Anjouan	VC160-2 DULAS	3,11001E+16	05/01/2015	Opérationnel			
43			MK304	201D8D89176	févr-13	Opérationnel			
44			VC200SDD	VVO7470-001	10/2016	Opérationnel			
45	CSD Mutsamudu	CMU Mutsamudu	VLS 094 SDD	20154522845	07/06/2016	Opérationnel			
46		PS Bandrani	VLS 094 SDD	20160549671	26/10/2016	Non opérationnel			
47		CHRI Hombo	VLS 094 SDD	20160549672		Non installé			
48	PMI Mirontsy						1ère année		
49	CSD Ouani	CSD Ouani	VLS 094 SDD	20 154 522 846	07/06/2016	Opérationnel			
50		PS Jimliné	VLS 094 SDD	20160549678	27/10/2016	Opérationnel			
51		PS Bazimini					1ère année		
52	SSM					2ème année			
53	CSD Tsembehou	Centre	Dulas WO02577	3,11E+17	06/01/2015	Opérationnel			
54		PS Chandra					1ère année		
55		Domoni	VC 200 DULAS	W06489-002	juin-16	Opérationnel			
56	CSD Domoni	PS Koni	VLS 054 SDD	20152838916	08/06/2016	Opérationnel			
57		Mahale	VLS 094 SDD	20154522836		Non installé			
58		PS Ngadzalé					2ème année		1ère année
59	PS Bambao Mtsanga					1ère année			
60	M'rémami	CSD Centre	VC DULAS	1,1E+16	sept-13	Non opérationnel		1ère année	
61		CSD Centre	UC200SDD	WO7027-020		Non installé			
62		PS Adda	VLS 094 SDD	20160549668	27/10/2016	Non Opérationnel			
63		PS Comoni	VLS 094 SDD	20154522842		Non installé			
64		PS M'ramani	UV200SDD	WO7027-016		Non installé			
65		PS Sadampoini					1ère année		
66	PS Kangani					2ème année			
67	CSD Pomoni	CSD Centre	VC65F DULAS	739-021	11/03/2008	Opérationnel		1ère année	
68		PS Moya	VLS 094 SDD	20154522853		Non installé			
69		PS Lingoni					2ème année		
70	PS Vassy					1ère année		1ère année	
71	CSD Sima	Centre	VC 150-2 DULAS	3,11001E+16	31/12/2014	Opérationnel			
72		PS Bimbini					2ème année		
73	DRS Moheli	DRS	DULAS	W07470-002	18/08/2016	Opérationnel			
74		DRS	DULAS VC150-2	1,00085E+14	mars-15	Non opérationnel			
75		DRS	Zéro CR245	GR6133		Opérationnel			
76		DRS	DULAS VC150-2	2,05E+16					
77	CSD Fomboni	DRS	vestfrox	20105059177	31/05/2011	Opérationnel			
78		Centre	SDD	W07027-007	18/08/2016	Opérationnel			
79		PS Miringoni	VLS 094 SDD	20154522849		Non installé			
80	Mdjoiezi					2ème année			
81	Howani					1ère année			
82	CHRI					1ère année			
83	CSD Wanani	Centre	VLS 094 SDD	20154522844	18/08/2016	Opérationnel			
84		PS Zironiani	VLS 094 SDD	20160549669		Non installé			
85		Itsamiya	VLS 054 SDD	20152838857	14/11/2016	Opérationnel			
86	Hagnamoida					2ème année			
87	Nioumouchouwa	Centre	VC 65F dulas	1899-016	15/06/2011	Opérationnel		1ère année	
88		Ndrondroni	VC 1502 DULAS	1,00005E+12	2015	Opérationnel			
89	Stockage national	Chambre froide				Opérationnel	2ème moteur en panne		
90		congelateur 1	MF314 VESTFROST	20104430090	17/05/2011	Opérationnel			
91		congelateur 2	MF314 VESTFROST	20104430123	17/05/2011	Opérationnel			
		congelateur 3	MF314 VESTFROST	20104430067	17/05/2011	Opérationnel			

Annexe 3 : Synthèse de la cartographie des acteurs de santé

Annexe 4 : extraits de l'évaluation du RSSI

« VI. LEÇONS APPRISES.

Plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées, entre autres, l'approche inclusive lors de prises de grandes décisions, l'existence de structures de pilotage fonctionnelles des interventions. Mais des défis restent à relever comme l'exercice du leadership du Ministère chargé de la santé dans tous les domaines de la santé. L'existence des partenaires exprimant leur volonté d'appuyer le ministère constitue la plus grande opportunité qui s'offre au pays.

VI.1. Bonnes pratiques.

Les bonnes pratiques relevées au cours de cette évaluation concernent :

- l'implication des autres secteurs ministériels, des OSCs, des élus, et des responsables religieux dans les structures délibératives qui est une pratique observée aux niveaux central et intermédiaire. Au niveau des CSD, les communautés et les responsables religieux sont également impliqués dans les comités de gestion ou dans les conseils d'administration des formations sanitaires. La participation des autres entités dans la gestion des formations sanitaires garantit une transparence des décisions et de la redevabilité sociale ainsi que l'appropriation des politiques et des orientations stratégiques du ministère chargé de la santé par les tous les acteurs du développement sanitaires ;
- les revues annuelles constituent une sorte « staff building » qui réunit tous les responsables des trois Îles, ceux du niveau central et les PTF ;
- l'existence du CCIA qui se réunit régulièrement (4 fois par an);
- l'existence d'une structure qui assure la qualité des données du système d'informations sanitaires (DISS).

VI.2. Défis pour le Ministère chargé de la santé

Les principaux défis du Ministère chargé de la santé relèvent :

- du financement relativement bas de son département qui reste à moins de 10% ;
- de la faible proportion du financement du RSS par l'État qui se chiffre à 5,05 % en trois ans ;
- du gel de recrutement du personnel qui handicape son fonctionnement ;
- de la réglementation des pratiques libérales de la médecine ainsi que le fonctionnariat ;
- du flou quant aux TDRs des agents de santé ;
- de l'absence de critères objectifs de sélection des responsables ;
- du blocage de l'évolution de carrière des agents qui sont recrutés au niveau régional ;
- du cloisonnement des directions centrales ;
- du manque de précision sur la délimitation des compétences des entités des niveaux central et régional, et dans les Îles ;
- de l'absence de manuel de procédures financières et de passation de service,
- de l'absence de plan d'assistance technique et de plan de S&E ;
- de l'amélioration du rapportage et de l'archivage des données ;
- de l'absence de plan de formation cadrant sur un modèle de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences (GEPEEC) ;
- de la non décentralisation des activités du programme PEV jusqu'au niveau PSP ;

de la maîtrise de l'environnement socioculturel dans le fonctionnement organisationnel du Ministère chargé de la santé.

VI.3. Opportunités.

La présence des autres partenaires qui financent des RSS devrait être exploitée par la mise en commun des expériences et des bonnes pratiques qui peuvent amener une synergie dans la mise en œuvre des RSS dans le système de santé.

La disponibilité du PEH au niveau des centres hospitaliers et des centres de santé des districts constituent une opportunité pour l'amélioration de la qualité et de l'offre de services. Par ailleurs :

la disponibilité et l'engagement des membres des comités de gestion et ceux des conseils d'administration dans le pilotage des formations sanitaire constituent un socle solide pour assurer la participation communautaire dans les interventions de santé ;

la volonté de la diaspora à apporter leurs appuis aux communautés est un atout qu'il ne faut pas négliger,

la volonté politique des partenaires à appuyer le pays.

La motivation et l'assiduité des agents stagiaires et bénévoles exerçant dans le système de santé constituent une opportunité permettant d' étoffer le staff aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Par ailleurs, aux Comores se trouvent plusieurs ressources humaines qualifiées en matière de santé, en attente de poste, qui peuvent dynamiser le système de santé.

VI.4. Points forts.

L'existence, la fonctionnalité des structures de décisions (CNS, CNTS, CCIA,...) et la disponibilité des politiques de santé témoignent de la volonté politique du Ministère chargé de la santé de réaliser le programme gouvernemental.

Le partenariat entre la CAMUC et la CNPEV renforce la disponibilité des vaccins et des intrants de santé. Depuis presque deux ans, aucune rupture de stocks de vaccins n'a été constatée. En outre, en complémentarité avec les autres RSS, le RSS/GAVI a permis de renouveler le parc de la chaîne de froid des DRS et des CSD ainsi que le parc informatique de la DGEPS. Vue les coupures fréquentes du courant électrique aux Comores, le GAVI/RSS a contribué à rendre indépendante l'alimentation de la chaîne de froid en énergie par sa solarisation.

La présence et l'engagement de la diaspora et des partenaires dans les interventions de RSS représentent un levier qui peut insuffler un dynamisme dans le développement sanitaire.

VI.5. Points à améliorer.

Les points à améliorer concernent :

- o le cadre organique qui ne favorise pas la synergie des interventions,
- o la coordination inter direction centrale,
- o l'appropriation des RSS par toutes les directions centrales,
- o la continuité des services au sein du Ministère chargé de la santé,
- o l'ancrage communautaire des RSS,
- o l'implication des autres secteurs ministériels, des OSCs et des organes délibératifs aux niveaux intermédiaires et communautaires dans les suivis des interventions RSS, «

- o la coordination et harmonisation des interventions des partenaires,
- o la coordination et alignement des appuis de la diaspora,
- o l'accessibilité à la connexion internet,
- o la disponibilité et la fiabilité des données à tous les niveaux (DQS),
- o la maintenance de la chaîne de froid,
- o la reconnaissance du travail bien fait,
- o le financement des PEH,
- o la qualité des suivis et des supervisions,
- o le suivi des résolutions et des recommandations après les revues conjointes, réunions du CCIA, supervision,
- o la généralisation de la culture de rétro information,
- o la lourdeur des procédures de déblocage de fonds,
- o le délai relativement long entre l'achèvement de prestations et les pièces justificatives,
- o l'archivage des dossiers techniques, administratifs et financiers,
- o le retard des formations en planification et en supervision.

VI.6. Menaces.

La CNPEV risque de s'effondrer si le gel de recrutement perdure car plus de la moitié de son personnel est constituée de contractuels. En outre, l'environnement socioculturel, caractérisé par la solidarité, l'amitié et la famille, représente un facteur incontrôlable pouvant saper le fonctionnement du système de santé. Par ailleurs, la performance du système de santé s'appuie dans beaucoup de domaines sur les bénévoles et les stagiaires qui ne sont redevables ni au système de santé ni aux communautés et un mouvement de mécontentement de leur part peut complètement bloquer le système. En outre, leur responsabilité personnelle n'est pas engagée, par définition, dans les actions qu'ils effectuent au sein des structures sanitaires car seule l'Institution employeur répond de leurs actes en tant qu'entité morale.

Annexe 5 : Liste des acronymes et abréviations

Abréviation/Acronyme	Signification de l'abréviation/acronyme
AFD	Agence Française de Développement
AT	Assistance Technique
BCG	Bacille de Calmette Guérin
CAB	Cabinet
CAMUC	Central d'Achat des Médicaments de l'Union des Comores
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCM	Country Coordinating Mechanism
CCSS	Comité de Coordination de Système de Santé
CEA	Commission Économique pour l'Afrique
CEF	Country Engagement Framework (Cadre d'Engagement avec les Pays)
CEP	Cadre d'Engagement avec les Pays
CHN	Centre Hospitalier National
CNPEV	Coordination National du Programme Élargi de Vaccination
CNS	Comité National de la Santé
CNTS	Comité National Technique de la Santé
CSD	Centre de Santé de District
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTNS	Comité Technique National de la Santé
CV	Couverture Vaccinale
DGS	Direction Régionale de la Santé
DISS	Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires
DQS	Data Quality Seft Assesment
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTC-HépB-Hib	Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Haemophilus influenzae de type b
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
EDS MICS	Enquête Démographique et de Santé - Multiple Indicators Cluster Survey
EPI	Évaluation Post-Introduction
FBP	Financement Basé sur la Performance
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GPF	Grant Performance Framework
GTCV	Organiser des réunions semestrielles du Groupe Technique du Conseil sur la Vaccination
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae de type b
IEC	Information, Éducation, Communication
JRF	Joint Report Form
JSP	Justification de Soutien au Programme
MAPI	Manifestations Adverses Post-Immunsation
MEV	Maladies Évitablees par la Vaccination
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MILD	Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée

MSPASCF	Ministère de la Santé, de la Population, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine
MSSPSPG	Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre
N/A	Non Applicable
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs de Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Ops	Soutien Opérationnel aux Campagnes
OSC	Organisation de la Société Civile
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PASCO	Programme d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores
PBF	Performance Based Funding
PCV	Vaccin Conjugué contre le Pneumocoque
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PFE	Politique des Flacons Entamés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
POECF	Plateforme d'Optimisation des Équipements de la Chaîne de Froid
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAS	Rien à Signaler
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RR	Vaccin Anti rougeoleux Anti rubéoleux
RSS	Renforcement du Système de Santé
SCADD	Stratégie de Croissance Accéléré de Développement Durable
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMT	System Management Tools
TB	Tuberculose
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	Dollar Américain
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIG	Subvention d'Introduction d'un Vaccin
VIH	Virus Immunodéficient Humain
VPI	Vaccin Poliomyélitique Inactivé
VPO	Vaccin Poliomyélitique Oral
VVR	Vaccin combiné contre la Rougeole