



**MINISTERE DE LA SANTE ET DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

Plan d'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans le PEV de routine en Côte d'Ivoire

Version finale 12 septembre 2014

Sommaire

RÉSUMÉ DU PLAN D'INTRODUCTION	3
1. JUSTIFICATION DE L'INTRODUCTION DU VPI ET PROCESSUS DÉCISIONNEL NATIONAL	5
1.1 Justification	5
1.2 Processus décisionnel	6
1.3 Faisabilité technique et opérationnelle de l'introduction du VPI, compte tenu de l'expérience acquise par le pays en matière d'introduction d'autres nouveaux vaccins	6
2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU VPI	7
3. CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'INTRODUCTION ET À LA MISE EN ŒUVRE	9
La cartographie de l'ensemble de ces incinérateurs se présente de la manière suivante :	18
4. ANALYSE SITUATIONNELLE DU PROGRAMME DE VACCINATION	22
4.1 Contexte général du pays	22
4.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination.....	26
5. SUIVI-ÉVALUATION	31
6. PLAIDOYER, COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	33
6.1 Mesures destinées à sensibiliser les dirigeants politiques et les leaders d'opinion à l'échelon national/régional et au niveau des districts sur l'introduction du VPI	33
6.2 Processus d'élaboration d'une stratégie de communication pour l'introduction du VPI	33
6.3 Processus d'élaboration des matériels d'IEC, médias, groupes de discussion et évaluations anthropologiques pour les principaux groupes cibles	34
6.4 Mesures pour l'organisation d'une cérémonie de lancement à l'échelon national, s'il y a lieu, et des cérémonies au niveau sous-national	35
6.5 suivi des activités de communication	35

Résumé du plan d'introduction

La Côte d'Ivoire a adhéré à l'Initiative Mondiale d'Eradication de la poliomyélite et met en œuvre ses différentes stratégies depuis 1996. Les efforts dans le domaine de cette lutte ont abouti à l'absence de notification de cas de poliovirus sauvage depuis 2011. En 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a déclaré la lutte contre la poliomyélite comme une urgence de santé publique mondiale. Conformément à ce plan stratégique mondial 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite auquel la Côte d'Ivoire a adhéré, un plan d'introduction de VPI dans la vaccination de routine est élaboré et soumis à GAVI. Ce plan s'est inspiré des expériences acquises lors de l'introduction d'autres nouveaux vaccins dans le passé. Il s'intègre dans les stratégies globales du PEV incluant la vaccination de routine, la surveillance épidémiologique et celle des MAPI.

L'introduction du VPI dans le PEV de routine permettra de réduire le risque de survenue des cas de poliomyélite liés au type 2 lors du passage du vaccin trivalent au vaccin bivalent, d'interrompre la transmission du virus en cas de survenue de flambées des cas de poliomyélite d'origine vaccinale de type 2, de renforcer l'immunité contre les poliovirus de types 1 et 3 avec comme bénéfice l'accélération de l'éradication de la poliomyélite dans le pays.

Les coûts opérationnels totaux liés à cette introduction s'élèvent à **4 015 870 US \$** (soit **2 007 935 221 CFA**) et seront supportés par GAVI pour un montant de **614 000 US\$** (soit **307 000 000 F CFA**) et l'Etat de Côte d'Ivoire et ses partenaires locaux pour un montant de **3 401 870** (soit **1 700 935 221 CFA**). Les vaccins VPI et matériels d'injection sont entièrement fournis par GAVI.

L'introduction du VPI se fera de façon simultanée dans tous les districts sanitaires du pays, en juin 2015. Six mois avant, les activités préparatoires suivantes seront conduites : planification, formation des prestataires, sensibilisation et mobilisation des communautés, supervision pré-introduction, approvisionnement et distribution des vaccins et intrants, renforcement de la chaîne de froid et du matériel roulant, révision et adaptation des documents techniques et des directives.

Depuis le lancement du PEV en Côte d'Ivoire (1978), quatre nouveaux vaccins ont été introduits dans le programme : le vaccin contre la fièvre jaune (1983), le vaccin contre l'hépatite virale B (2002), le vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae type b* (2009) et le vaccin contre le pneumocoque (2014). Au fur et à mesure de l'introduction de ces nouveaux vaccins, des actions ont été conduites pour corriger les insuffisances en matière de chaîne de froid, de logistique et de renforcement des capacités du personnel. Les leçons apprises des évaluations post-introductions, seront capitalisées pour l'introduction du VPI.

Les principales activités conduites dans le cadre de l'introduction du VPI sont : plaidoyer auprès des autorités pour l'engagement politique en faveur de l'introduction, révision du PPAC, enregistrement du vaccin auprès de la Direction de la Pharmacie et du Médicament, rédaction et transmission de la manifestation d'intérêt à GAVI, présentation du projet au Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et au CCIA, élaboration du plan d'introduction et des documents de soumission à GAVI, la soumission à GAVI du plan d'introduction du VPI. Les prochaines étapes sont l'obtention de la lettre de décision par le pays et la mise en œuvre des activités.

Les principaux risques et défis liés à l'introduction du VPI sont en rapport avec :

- la capacité à stocker et à conserver les vaccins dans de bonnes conditions,
- la sécurité vaccinale, notamment la gestion des déchets et la sécurité des injections,
- l'acceptation des injections multiples par les parents et le personnel de santé,
- la gestion des rumeurs et des MAPI,
- la mobilisation des coûts additionnels liés à l'introduction.

Les principales stratégies pour minimiser ces risques sont essentiellement :

- le renforcement de la capacité de stockage et de conservation,
- la dotation des chambres froides et des réfrigérateurs en enregistreurs continus de température,
- le renforcement des capacités techniques des gestionnaires du PEV à tous les niveaux en matière de communication des crises et à la gestion des vaccins,
- le renforcement des activités de communication et de mobilisation,
- le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources additionnelles,
- l'accélération de la construction des incinérateurs.

Le présent document de plan d'introduction du VPI couvre les domaines suivants :

1. Justification de l'introduction du VPI et processus décisionnel national
2. Présentation générale du VPI
3. Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre
4. Analyse situationnelle du programme de vaccination
5. Suivi-évaluation
6. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale

1. Justification de l'introduction du VPI et processus décisionnel national

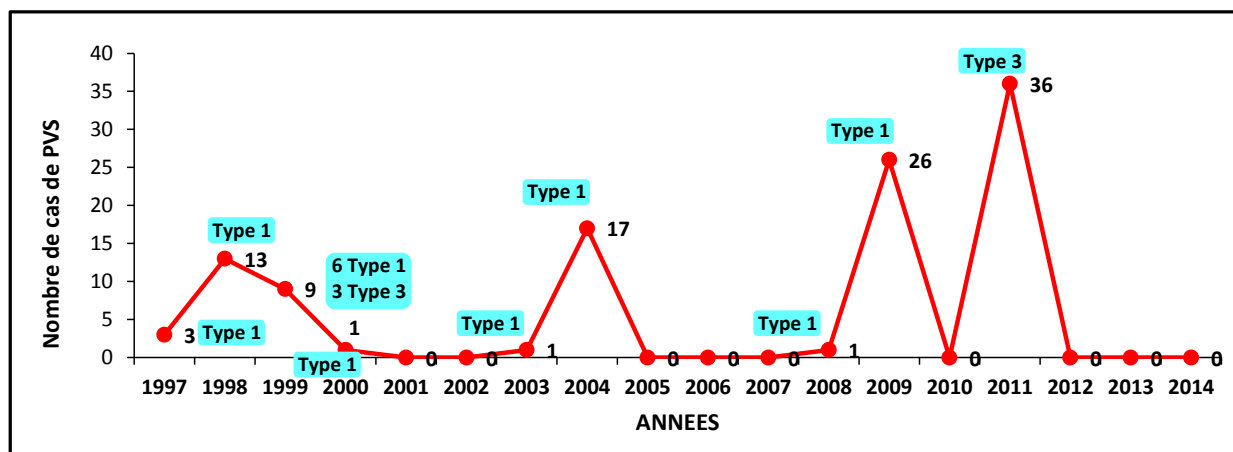
1.1 Justification

En mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) a déclaré que l'achèvement de l'éradication du poliovirus était une urgence programmatique pour la santé publique mondiale et a demandé une stratégie globale pour la phase finale. En réponse, le plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a été élaboré et adopté. Ce plan décrit une démarche globale pour achever l'éradication, y compris l'élimination de tous les cas de poliomyélite (qu'ils soient dus à un virus sauvage ou à un virus dérivé d'une souche vaccinale). Le plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 s'articule autour de quatre principaux objectifs :

1. **Détection du poliovirus et interruption de sa transmission** : Interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et éliminer toute nouvelle flambée due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas index,
2. **Renforcement des systèmes de vaccination, introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique et retrait du vaccin antipoliomyélique oral (VPO)** : Accélérer l'interruption de la transmission de tous les poliovirus et aider au renforcement des services de vaccination,
3. **Confinement et certification** : Certifier que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et que tous les stocks de poliovirus sont confinés dans les conditions de sécurité exigée.
4. **Planification de la transmission des acquis** : Faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour la santé publique dans les années à venir.

Ce plan appelle à l'introduction du VPI d'ici fin 2015 dans les 124 pays qui n'utilisent que le VPO. Le VPI aura pour rôle principal de maintenir l'immunité contre les poliovirus de type 2 pendant le retrait mondial du VPO trivalent et son remplacement par le VPO bivalent.

La Côte d'Ivoire a adhéré à l'Initiative mondiale d'Éradication de la Poliomyélite et met en œuvre les différentes stratégies depuis 1997. D'importants progrès ont été réalisés, et le pays, en 2007, s'apprêtait à lancer le processus de certification lorsqu'on a assisté à la ré-infestation en décembre 2008 puis un rétablissement de la circulation locale du poliovirus sauvage en 2009. Les efforts conjugués des acteurs de terrain et du niveau central ont permis d'enregistrer des résultats encourageants. En effet, depuis juillet 2011, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été confirmé dans le pays avec une couverture vaccinale de routine en VPO3 de 93% et 98% respectivement en 2012 et en 2013. La Côte d'Ivoire a enregistré son dernier cas de poliomyélite due au PVS de type 2 en 1998. La typologie des cas enregistrés depuis 1997 révèlent des poliovirus de souches sauvages tel que représenté dans le graphique ci-dessous :



Graphique 1 : Typologie des cas de PVS enregistrés en Côte d'Ivoire entre 1997 et 2014

Source ; données de surveillance de routine (DCPEV)

1.2 Processus décisionnel

Afin de maintenir ces acquis et répondre aux objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, la Côte d'Ivoire s'est engagée à introduire une dose de VPI en juin 2015. Après l'introduction du VPI, le VPO trivalent sera retiré en 2016 et remplacé par le VPO bivalent. Ce dernier sera à son tour retiré en 2018. Cet engagement du Gouvernement s'est traduit à travers la révision, en décembre 2013 du PPAc 2011-2015 incluant l'administration du VPI.

La révision du PPAc en décembre 2013 avec prise en compte de l'introduction du VPI s'est faite lors d'un atelier regroupant tous les partenaires nationaux et internationaux intervenant dans le processus de décision du PEV (directions centrales et programmes du Ministère de la santé, Ministère de l'économie et des finances, OMS, UNICEF, AMP, HKI, autres ONG...).

Les stratégies proposées dans le PPAc 2011-2015 révisé ont été validées lors du CCIA du 17 février 2014 dont le compte rendu est en annexe.

La proposition de l'introduction de la dose de VPI a été soumise et discutée au Comité National des Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire (CNEIV) au cours de deux sessions de travail en 2013 et 2014, pour approbation et orientation du ministère de la santé dans sa décision. Le CNEIV est un groupe consultatif composé d'experts de plusieurs spécialités (vaccinologie, santé publique, neurologie, infectiologie, économie de la santé, pédiatrie, gynécologie...) et des partenaires du PEV (société civile, OMS, UNICEF, AMP...).

Le CNEIV a recommandé au Ministère de la santé de renforcer les stratégies de communication afin d'anticiper les éventuels refus et réticences et d'intégrer au mieux la vaccination VPI au calendrier vaccinal actuel du PEV en vue de limiter les visites des parents pour les vaccinations. Le CNEIV a également recommandé d'administrer la dose de VPI au moment de l'administration de la troisième dose du VPO et du DTC-HepB-Hib.

La société civile et la communauté ont également été associées au processus de décision à travers le CCIA et le CNEIV. Ces deux instances comportent en leur sein des représentants de la société civile nationale et internationale (FENOS-CI, Rotary International, AMP, Croix Rouge...).

Il en est de même pour les sociétés savantes, les universités et instituts de recherche, des associations professionnelles qui sont représentés dans l'un et/ou l'autre de ces deux comités : (Société Ivoirienne de Pédiatrie, Société des Gynécologues et Obstétriciens, l'UFR des sciences médicales, Institut National de Santé Publique, Réseau National Epivac...).

Tous les documents stratégiques et opérationnels qui seront produits dans le cadre de la vaccination VPI seront soumis pour validation au CCIA afin de solliciter les contributions de ces différentes institutions qui siègent dans ce comité.

1.3 Faisabilité technique et opérationnelle de l'introduction du VPI, compte tenu de l'expérience acquise par le pays en matière d'introduction d'autres nouveaux vaccins

La Côte d'Ivoire a une expérience dans l'introduction des nouveaux vaccins et des vaccins sous-utilisés :

- 1983 : introduction du vaccin anti-amaril,
- 2000 : introduction du vaccin contre l'hépatite virale B,
- 2009 : introduction du vaccin contre l'*Haemophilus Influenzae type b*,
- 2014 : introduction du vaccin contre le pneumocoque (PCV13).

Les leçons apprises de ces différentes introductions sont essentiellement :

- L'introduction progressive par blocs de districts rend difficile la gestion des données et le suivi des performances,
- Une bonne analyse de la chaîne du froid est indispensable avant le début de l'introduction,
- La formation de tous les acteurs est nécessaire pour maîtriser les exigences liées à l'introduction,
- L'anticipation de la gestion de cas éventuels de rumeurs/refus conditionne l'acceptabilité du vaccin,

- La supervision renforcée à toutes les étapes du processus d'introduction permet un meilleur suivi,
- Une bonne analyse des capacités de gestion des déchets à tous les niveaux permet de s'assurer de la bonne gestion de ses déchets,
- Tous les aspects de pharmacovigilance doivent être pris en compte au moment de l'introduction.

Sur la base des leçons apprises des précédentes introductions de nouveaux vaccins, un comité de pilotage ayant des termes de référence a été mis en place. Les différentes étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de la vaccination VPI tiendront compte de ces expériences et leçons apprises. De plus, certaines actions correctrices ont été conduites et d'autres sont en cours de mise en œuvre à partir des recommandations issues de l'évaluation post-introduction du vaccin contre l'*Haemophilus Influenzae Type b*.

Les principales activités conduites dans le cadre de ces introductions sont : élaboration des plans d'introduction (et documents de soumissions pour les vaccins soutenus par GAVI), estimations des besoins (vaccins, consommables, matériel de chaîne du froid, logistique de transport, élimination des déchets...) mobilisation des ressources, révision des directives, modules et outils de gestion du programme, formation du personnel, approvisionnement des régions, districts et centres de santé, mobilisation/sensibilisation des communautés, supervision pré et post introduction, suivi des performances et évaluation post introduction.

Les principaux problèmes rencontrés ont été :

- Difficultés de décaissement des fonds GAVI liés aux procédures de gestion des finances de l'Etat,
- Difficultés dans la gestion des données liées à l'introduction progressive du vaccin contre l'hépatite B,
- Insuffisance d'implication des communautés.

D'autres problèmes préexistants ont été exacerbés du fait de l'introduction des nouveaux vaccins : notamment la faible capacité dans la gestion des déchets, le stockage et transport des vaccins et consommables.

Face à ces problèmes, les solutions suivantes ont été proposées et mises en œuvre :

- Mise en place de nouvelles procédures entre GAVI et le Gouvernement de Côte d'Ivoire : mise en place d'une régie d'avance, changement des signataires, Aide-Mémoire,
- Renforcement partiel des capacités de stockage des vaccins et de transport des intrants,
- Construction d'incinérateurs dans certaines régions et districts,
- Introduction simultanée dans tous les districts du vaccin pentavalent,
- Renforcement de l'implication de la communauté.

2. Présentation générale du VPI

2.1. Préférences vaccinales

Les préférences vaccinales de la côte d'Ivoire pour l'introduction du VPI sont inscrites dans le tableau n° 1 ci-dessous :

Tableau I: Présentation préférée du VPI et date estimée d'introduction

Présentation préférée du VPI	Mois et année de la première vaccination	Seconde présentation préférée	Troisième présentation préférée
[10 doses]	[Juin 2015]	[5 doses]	[01 dose]

2.2. Homologation nationale

2.2.1. Statut de l'autorité nationale de régulation

Au niveau national, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) assure le rôle d'autorité nationale de régulation. Cette direction a mis en place la pharmacovigilance qui est fonctionnelle depuis 2006. Dans le cadre de son application à la vaccination, elle est chargée de :

- Elaboration des projets de textes législatifs et réglementaires en matière d'enregistrement de vaccin

- Application des conventions et traités internationaux relatifs aux vaccins,
- Organisation de la pharmacovigilance.

Dans le cadre de cette dernière mission, elle fait objet d'évaluations régulières de l'OMS.

2.2.2. Procédure d'homologation nationale pour le VPI

Une homologation nationale n'est pas nécessaire. En effet, suivant la procédure de l'UEMOA, tout vaccin ou tout médicament pré qualifié par l'OMS est automatiquement homologué par le pays membre dont la Côte d'Ivoire. Cependant, une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est nécessaire.

La procédure d'obtention de l'AMM consiste en:

1. l'introduction de la demande de l'AMM auprès de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) par le laboratoire fabricant
2. l'examen de la demande par la commission d'enregistrement des médicaments de la DPM
3. l'attribution de l'AMM suite à l'avis favorable de la commission

La durée d'attribution de l'AMM est de 120 jours au maximum.

2.2.3. Statut d'évaluation de la demande d'homologation de la présentation préférée et de toute autre présentation alternative

La demande d'AMM pour le VPI a été introduite depuis le 4 mars 2014 pour la présentation multidose (10 doses) et l'enregistrement du vaccin est en cours auprès de la DPM. Néanmoins la présentation unidose est déjà enregistrée et commercialisée en Côte d'Ivoire.

2.2.4. Réglementations douanières en vigueur

Concernant les procédures douanières, elles sont décrites comme suit :

- Mise à disposition des documents accompagnant les vaccins (Lettre de Transport Aérien, facture commerciale, liste de colisage) par le fournisseur à la Direction de Coordination du PEV (structure bénéficiaire)
- Demande d'exonération des droits et taxes douanières auprès du Ministère de l'Economie et des Finances par la DCPEV
- Demande d'autorisation d'importation auprès de la DPM
- Emission de la déclaration de douanes
- Demande d'autorisation d'enlèvement auprès de la DPM
- Inspection des colis par les douaniers
- Enlèvement par le transitaire vers la structure bénéficiaire

En cas de retard dans la délivrance de la lettre d'exonération par le Ministère de l'Economie et des Finances, la livraison des colis sera retardée. Mais pour y remédier, un bon provisoire est édité par les douaniers pour continuer le processus d'enlèvement

2.3. Population cible et disponibilité des vaccins

Le VPI sera administré aux enfants de 0-11 mois en une dose unique lors de l'administration de la troisième dose du VPO et du vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib), selon le calendrier de vaccination en vigueur et conformément aux directives concernant l'introduction du VPI.

2.3.1. Estimation de la population cible

L'estimation de la population cible pour chaque année jusqu'en 2018, à compter de la première année d'introduction du VPI est faite dans le tableau N°2 ci-dessous :

Tableau II: Cohorte des naissances et prévision en vaccins VPI en Côte d'Ivoire de 2015 à 2018

Années	2015*	2016	2017	2018
Cohorte des naissances	912 581	942 696	973 813	1 005 941
Objectif de couverture	45%	97%	97%	97%
Nombre de contacts	1	1	1	1
Taux de pertes	50%	50%	50%	50%
Nombre de doses	1 026 700	1 828 830	1 889 197	1 951 526

Source : Institut National de la Statistique (INS) estimation faite sur la base de la révision de 2014 avec un taux d'accroissement de 2,6% fourni par l'INS. Ces données sont susceptibles d'être modifiées avec les résultats du RGPH 2014.

2.3.2. Mécanisme d'acquisition des vaccins et consommables

L'acquisition du VPI par le pays se fera à travers l'UNICEF. Un mémorandum d'accord est signé entre l'UNICEF et le Gouvernement de Côte d'Ivoire depuis 2009.

3. Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre

3.1 Elaboration des politiques

3.1.1 Mesures nécessaires pour modifier la politique nationale de vaccination pour intégrer le VPI dans le programme national de vaccination

Le Document de Politique Nationale du PEV prévoit l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies de vaccination. Le calendrier vaccinal en vigueur pour les vaccinations infantiles est le suivant :

Tableau III: Calendrier vaccinal en vigueur des enfants de 0 à 11 mois en Côte d'Ivoire

Age	Vaccins
Naissance	BCG, VPO0
6 semaines	VPO1, DTC-HépB-Hib1, (PCV-13) 1
10 semaines	VPO2, DTC-HépB-Hib2, (PCV-13) 2
14 semaines	VPO3, DTC-HépB-Hib3, (PCV-13) 3
9 mois	VAR, VAA
16 mois	Rappel DTC-HépB-Hib

3.1.2 Pratiques de vaccination (sites d'injection, choix du membre pour deux injections ou plus).

Le VPI sera intégré dans le calendrier vaccinal actuel. La dose de VPI sera administrée à 14 semaines de façon simultanée que la 3^{ème} dose du VPO trivalent qui sera remplacé en 2016 par le VPO bivalent 1-3, du DTC-HépB-Hib (penta) et du PCV-13. En 2015, le PEV comportera six vaccins injectables : BCG, DTC-HépB-Hib PCV13, VAR, VAA et VPI. Ces vaccins seront administrés selon les voies suivantes :

- BCG : intradermique à la face antérieure du bras gauche
- DTC-HépB-Hib : intramusculaire dans le deltoïde du bras gauche
- VAR : Sous-cutané dans le bras gauche
- VAA : Sous-cutané dans le bras droit
- PCV 13 : en intramusculaire à la face antéro-externe de la cuisse droite
- VPI en intramusculaire à la face antéro-externe de la cuisse gauche

L'introduction se fera de façon simultanée en juin 2015 dans tous les districts sur toute l'étendue du territoire national selon les stratégies (fixe, avancée et mobile).

3.1.3 Planification de prestation intégrée d'autres interventions de santé.

Le VPI sera administré en vaccination de routine avec les autres antigènes du PEV. L'intégration d'autres activités à l'introduction du VPI n'est pas prévue.

3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l'introduction du vaccin

3.2.1 Résumé du calendrier d'introduction du VPI (voir détails en annexe C)

Les principales étapes du calendrier d'introduction du VPI se présentent comme suit :

- Le processus d'élaboration du plan d'introduction a démarré en février 2014 après le partage des directives et formulaires de l'introduction du VPI aux différents acteurs et partenaires du PEV. Un comité de rédaction mis en place au niveau du programme a élaboré le 1^{er} draft du document qui a été partagé aux partenaires. Deux ateliers d'élaboration et un atelier de finalisation des documents ont été organisés. Le plan d'introduction et les annexes ont été présentés au CCIA qui les a validés.
- Un plan d'introduction du VPI assorti d'un budget, est soumis à GAVI. Les directives, procédures, fiches techniques, supports d'information du PEV ainsi que les matériels de communication seront révisés au cours d'un atelier regroupant les différents acteurs et partenaires du PEV.
- Un plan d'approvisionnement, de distribution des vaccins et intrants spécifiques sera élaboré et mis en œuvre. Il en sera de même pour le renforcement de la chaîne de froid.
- La formation du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sera organisée en cascade conformément au plan préalablement élaboré avant la distribution du VPI au niveau des districts sanitaires.
- Les cérémonies de lancement officiel de l'introduction du VPI vont être organisées à tous les niveaux.
- Le suivi de la mise en œuvre des activités se fera à travers les supervisions formatives avant et après l'introduction.
- Le système de notification et de prise en charge des cas de MAPI sera renforcé à tous les niveaux.
- La gestion des données de vaccination sera intégrée au système d'enregistrement, de collecte et de diffusion en cours.
- Un rapport final décrivant le processus de l'introduction du nouveau vaccin et les premiers résultats obtenus sera soumis à GAVI et à d'autres instances.

3.2.2 Organes de la supervision de l'introduction du VPI au niveau national

Concernant la supervision du processus d'introduction, elle sera mise en œuvre à tous les niveaux :

- **Au niveau central**, un service de supervision existe et est chargé de planifier, de coordonner et d'exécuter les supervisions en collaboration avec les autres services de la Direction de coordination du PEV (DCPEV). Une supervision pré et post introduction sera conduite dans le cadre de l'introduction du VPI. L'équipe de supervision du niveau central supervise les équipes régionales de santé.

Pour les préparatifs et la mise en œuvre de l'introduction du VPI, les sous-comités existants dans le cadre de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque seront réactivés. Il s'agit des sous-comités : technique, logistique, communication, mobilisation des ressources, surveillance et gestion des MAPI.

- Le sous-comité technique sera chargé de la préparation des documents techniques de planification, de la mise en œuvre de l'introduction, du suivi et de l'évaluation de l'introduction du VPI,
- Le sous-comité logistique aura pour attributions, l'estimation des besoins en vaccins, consommables, en matériels de chaîne de froid et en logistique de transport, l'approvisionnement et la distribution des vaccins et intrants ainsi que la gestion des déchets,

- Le sous-comité communication est chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des stratégies et activités de communication,
 - Le sous-comité mobilisation des ressources est chargé du plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières,
 - Le sous-comité surveillance et gestion des MAPI est chargé de l'élaboration, la mise en œuvre et du suivi de la pharmacovigilance.
- **Au niveau régional** : les supervisions des équipes de districts sont assurées par les équipes régionales de santé. Les supervisions se font de façon trimestrielle
 - **Au niveau district** les supervisions sont assurées par les équipes cadre de district. Les équipes des districts supervisent les centres de santé. A ce niveau, les supervisions sont bimestrielles.

Le même processus de supervision sera déployé pour une supervision de l'introduction du VPI à tous les niveaux.

3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin

3.3.1 Résumé du budget et du financement de l'introduction du VPI (voir détails en annexe D)

L'introduction du VPI coûtera **4 015 870 \$ US** (soit **2 007 935 221F CFA**) sur la période 2015-2016. Ces coûts comprennent les coûts en capital d'un montant de : **3 036 962 \$US** (soit **1 518 481 131 F CFA**) c'est-à-dire 76% des coûts totaux liés à l'introduction, hormis les vaccins et consommables. Les coûts récurrents quant à eux s'élèvent à **978 908 \$ US** (soit **489 454 090 F CFA**).

La contribution attendue de GAVI est de **614 000 \$US** (soit **307 000 000 F CFA**) et représente ainsi 15% des coûts totaux liés à l'introduction, hormis les vaccins et consommables. Un montant de **482 234 \$US** (soit **241 117 190 F CFA**) doit être mobilisé par l'Etat, c'est-à-dire 12% des coûts totaux liés à l'introduction, hormis les vaccins et consommables.

Une grande partie des fonds sera à mobiliser et s'élève à **2 919 636 \$US** (soit **1 459 818 031 F CFA**) ; elle sera recherchée auprès de nos partenaires au développement : OMS, Unicef, SSV-GAVI, RSS- GAVI, banque mondiale et PEPFAR. Ce montant représente 73% des coûts totaux liés à l'introduction, hormis les vaccins et consommables et est composé à 89% du matériel roulant, du matériel de la CDF et de la construction des incinérateurs.

3.3.2 Méthode utilisée pour estimer ces coûts.

L'estimation des coûts est basée sur l'expérience des introductions antérieures, des quantités des éléments de coût et leurs coûts unitaires appliqués conformément aux normes nationales.

3.3.3 Coûts opérationnels non vaccinaux identifiés pour l'introduction

Tous les coûts développés dans le budget sont liés à l'introduction du VPI. Il n'y a pas d'activité non vaccinale planifiée.

3.3.4 Tendances du financement de la vaccination à l'échelon national

La vaccination bénéficie du financement de l'Etat de Côte d'Ivoire, depuis la loi de finances de 1978. L'engagement du Gouvernement en matière de vaccination est marqué par l'intégration des actions prioritaires du PEV dans les documents stratégiques tels que le Plan National de Développement (PND 2012-2015), la Politique Nationale de Santé (PNS) révisée en 2011 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2015).

Du point de vue budgétaire, sur la période de la revue externe du PEV 2010, l'Etat a fait des efforts pour augmenter sa part de financement de la vaccination. Ces efforts apparaissent sur le budget de la DCPEV. Pour rappel, il convient de dire que deux structures, la DCPEV et l'INHP disposent de lignes budgétaires pour l'achat des vaccins.

Pour l'INHP, c'est la ligne 6314, dénommée « subvention et soutien des prix » d'un montant d'un milliard quatre cent millions de francs CFA (1.400.000.000 FCFA).

Quant à la DCPEV, jusqu'en 2007, elle n'avait que la ligne 6218 intitulée « achat de produits pharmaceutiques, médicaux et vétérinaires » d'un montant d'un milliard de francs CFA (1.000.000.000 FCFA), destinée selon la Direction Générale du Budget à l'achat des vaccins.

A partir de 2008, en plus de la 6218, une autre ligne a été créée, il s'agit de la 6295 « Actions et interventions urgentes », destinée à être utilisée dans le cadre des campagnes de vaccination.

En 2009, en raison du règlement de la contrepartie ivoirienne dans le cadre du cofinancement pour l'achat du vaccin contre le Hib, une troisième ligne 2760 dénommée « Transfert en capital aux institutions à but non lucratif », a été créée sur le budget du PEV.

Le financement de la santé, d'une manière générale et de la vaccination en particulier en Côte d'Ivoire, est assuré par l'Etat, les partenaires et les communautés.

Du point de vue budgétaire, les dotations allouées ces dernières années par l'Etat à la DC-PEV ont connu une hausse substantielle. En effet, le budget du PEV est passé de 3 203 772 650 FCFA en 2009 à 4 337 198 977 FCFA en 2013, soit une hausse de 26%. Cet engagement du gouvernement s'est aussi traduit en 2012 et 2013 par un appui financier exceptionnel de 5 119 023 764 francs CFA, accordé au programme dans le cadre du Millenium Challenge Cooperation (MCC) pour l'atteinte des critères

d'éligibilité dans le domaine de la vaccination (couverture vaccinale pour le VAR et de la 3^e dose du vaccin DTC-HépB-Hib d'au moins 95%).

Tableau IV : Evolution du budget de l'Etat consacré au PEV

Années	2009	2010	2011	2012	2013
Budget de l'Etat (en FCFA)	3 203 772 650	3 090 761 345	1 796 441 818	5 298 595 369	4,732,836,794

Source : loi des finances MEF (2009 à 2013)

Cependant, en dehors de la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination qui exprime ses besoins pour la réalisation de ces activités, le budget des ESPC ne permet pas d'apprécier le financement affecté à la réalisation des activités de vaccination ou toute autre activité sanitaire (ref /revue externe 2010).

Les partenaires techniques et financiers occupent une place importante dans le financement du PEV dont les principaux sont : UNICEF, OMS, et GAVI. Ce financement est principalement axé sur : l'achat des vaccins, la réalisation des supervisions, le renforcement des capacités du personnel en charge de la gestion du PEV, le renforcement de la logistique, les activités de prestations et de suivi-évaluation.

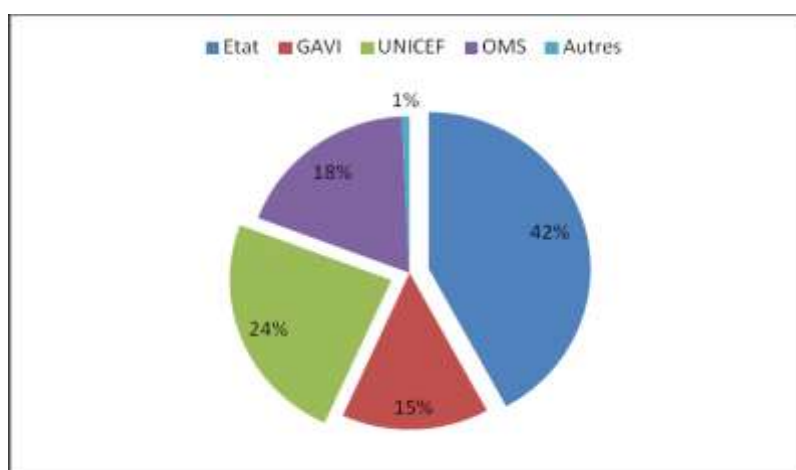


Figure 2 : Sources de financement du PEV de routine en Côte d'Ivoire en 2013 (Source: Rapport financier DC-PEV 2013)

L'ensemble des ressources financières mobilisées par les communautés (collectivités locales, COGES, associations villageoises et les ménages) pour supporter les activités de vaccination est difficile à capter au regard des différents rapports, dont la revue externe 2010. La principale source de financement des communautés est constituée par le recouvrement de coûts des actes de santé. Cette part est minime en ce qui concerne les activités de vaccination. Pour les structures de santé au niveau intermédiaire et périphérique, ces fonds sont logés au trésor et subissent la même procédure de gestion que le budget de l'Etat.

Le budget de l'Etat alloué au PEV est exécuté à travers le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP). Quand aux financements de la plupart des partenaires en dehors de GAVI dont l'exécution est similaire à la procédure de l'Etat, des requêtes leur sont adressées pour chaque besoin identifié, et les ressources mises à leur disposition sont logés dans le compte «Urgences Epidémies» du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Ces ressources sont exécutées directement par les structures et ne sont pas retracées dans le budget de l'Etat.

3.3.5 Dans le cas du cofinancement, indiquer dans quelle mesure les quotes-parts seront payées

Il n'y a pas de cofinancement du VPI dans le cadre de cette introduction.

3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national

La capacité de stockage existante est consignée dans le tableau ci-dessous:

Tableau V :: situation des équipements de la chaîne du froid et de moyens de transport

Niveau	Équipements	Capacité
niveau central	3 chambres froides négatives de 20 m ³ chacune, 1 chambre froide positive de 40m ³ , 1 chambre froide positive de 20 m ³ et 1 chambre froide positive de 30m ³ . 5 camions frigorifiques : 3 de 9m ³ et 2 de 12 m ³ et 2 camions utilitaires de 40 m ³ chacun	Positive: 90 m ³ brut Négative: 60 m ³ brut Production des accus: 48 000 Kg/jour Camions Frigorifiques : 53 m ³ Camions Utilitaires : 80 m ³
niveau sub-national (régional) avec 10 antennes	7 chambres froides positives de 8 m ³ , 2 de 12 m ³ et 2 de 40 m ³ ; et 8 chambres froides négatives de 20m ³ chacune	Positif: 160 m ³ brut Négatif: 160 m ³ brut Production des accus : 128 126 Kg/jour
Dépôts des districts au nombre de 82	400 réfrigérateurs, 149 congélateurs, 1505 glacières, 32825 porte vaccins, 5293 accus 0,6l et 71215 accus 0,3l 65 véhicules 4x4	Positif: 90 769 litres Négatif: 40 974 litres Production des accus : 3 109 Kg/jour
Centres vaccinateurs au nombre de 1845 dont 504 en milieu urbain.	1 540 réfrigérateurs, 92 congélateurs, 136 glacières, 4219 porte-vaccins, 4069 accus 0,6l et 19306 accus 0,3l, 713 motos	Positif: 65 762 litres Négatif: 15 750 litres Production des accus : 6 386 Kg/jour

NB : le détail de la situation des équipements de la chaîne du froid est joint en annexe.

L'évaluation de la capacité de stockage est faite pour chaque niveau en tenant compte des vaccins de routine traditionnels auxquels est ajouté le VPI dont les caractéristiques sont en annexe.

L'analyse détaillée de la situation logistique tient compte uniquement de l'introduction du VPI. Les besoins en chaîne du froid liés à l'introduction du vaccin antirotavirus sont estimés et pris en compte dans le plan d'introduction du vaccin antirotavirus qui sera introduit également en 2015.

Cette analyse faite selon l'outil de planification Forecast indique ce qui suit :

- **Niveau Central:**

Tableau VI : Estimation des capacités existantes, requises et besoin additionnel au niveau central en Côte d'Ivoire de 2013 à 2015

	2013	2014	2015
Capacité Existante nette en litres			
Stockage Positif	25 714	25 714	25 714
Stockage Négatif	17 143	17 143	17 143
Capacité Requise nette en litres			
Stockage Positif pour une période d'approvisionnement	13 542	36 735	40 001

Stockage Négatif pour une période d'approvisionnement	2 457	2 592	2 705
Besoins Additionnel net en litres à rechercher			
Stockage Positif	0	11 021	14 286
Stockage Négatif	0	0	0
Equipement requis			
ChF positive-90m3,	0	0	0
ChF positive-60m3,	0	1	0

Au niveau central, la capacité positive nette requise pour l'introduction du VPI en 2015 est de 40 001 litres. Celle-ci est supérieure à la capacité nette existante qui est de 25 714 litres. Par conséquent, un besoin de 14 286 litres en froid positif reste à combler pour 2015.

Pour la conservation en froid négatif et la production d'accumulateurs congelés, les capacités requises sont inférieures à la capacité existante.

Pour la distribution des vaccins et consommables, les véhicules disponibles effectueront la distribution selon le rythme d'approvisionnement décrit (Voir les détails en annexe).

- **Niveau régional :**

Tableau VII : Estimation des capacités existantes, requises et besoin additionnel au niveau régional en Côte d'Ivoire de 2013 à 2015

	2013	2014	2015
Capacité Existante nette en litres			
Stockage Positif	49 708	49 708	49 708
Stockage Négatif	58 622	58 622	58 622
Capacité Requise nette en litres			
Stockage Positif pour une période d'approvisionnement	6 043	16 165	16 560
Stockage Négatif pour une période d'approvisionnement	1 095	1 717	1 303
Besoins Additionnel net en litres à rechercher			
Stockage Positif	0	0	0
Stockage Négatif	77	82	85
Equipement requis			
Congélateur TFW800			1

Au niveau régional, seule l'antenne de Gagnoa n'a pas une capacité suffisante en froid négatif pour la production des accumulateurs congelés avec un besoin de 85 litres net en 2015. Ce besoin sera comblé en lui octroyant un congélateur.

Le système de distribution étant passif, il ne nécessite pas de véhicules (Voir les détails en annexe).

- **Niveau district :**

Tableau VIII : estimation des capacités existantes, requises et besoin additionnel

	2 013	2 014	2 015
Capacité Existante nette en litre			
Stockage Positif	64 813	64 813	64 689
Stockage Négatif	23 407	23 407	23 407
Capacité Requise nette en litre			
Stockage Positif pour une période d'approvisionnement	4 342	7 829	8 336
Stockage Négatif pour une période d'approvisionnement (fabrication de glace)	984	1 056	2 232
Besoin Additionnel à rechercher			
Stockage Positif	0	0	20
Stockage Négatif	0	0	0
Equipement requis			
Réfrigérateur, Dometic, TCW 3000			1

Au niveau des dépôts de district au nombre de 82, la capacité de conservation en froid positif comme en froid négatif est suffisante, sauf pour le district de Duékoué, avec un besoin de 20 litres. Ce gap sera comblé en leur octroyant un réfrigérateur TCW3000DC.

Concernant le transport de ces vaccins, les véhicules 4x4 disponibles dans les districts seront utilisés. L'inventaire a montré que sur les 82 districts, 65 disposent de véhicules fonctionnels, soit un besoin de 17 véhicules 4X4. Ce gap est déjà pris en compte pour l'achat de 16 véhicules par le fonds RSS-GAVI et 05 véhicules par le fonds SSV-GAVI pour la période 2014-2015.

- **Niveau centres de santé :**

L'estimation du nombre de réfrigérateurs existants et le besoin additionnel au niveau des centres vaccinateurs montrent que, sur un total de 1845 centres vaccinateurs, seuls 1540 disposent de réfrigérateurs. Aussi, sur les 410 centres de santé urbains, seuls 92 disposent-ils de congélateurs. Le besoin additionnel est de 305 réfrigérateurs TCW2000DC et 318 congélateurs TFW800.

Le transport des vaccins et consommables à ce niveau s'effectue à l'aide de 713 motos fonctionnelles pour 1341 centres de santé ruraux d'où un besoin de 628 motos dont 205 seront pris en compte par les fonds RSS-GAVI et 35 par les fonds SSV. Le besoin non couvert est de 388 motos.

Suite à l'analyse de l'adéquation des capacités de stockage, les besoins sont identifiés dans le tableau ci-après :

Tableau IX : Besoins en matériels de chaîne de froid et roulants

Niveau	Chambre froide positive	Chambre froide négative	Réfrigérateurs	Congélateurs	Glacières	Portes vaccins	Accus 0,3 l	Accus 0,6 l	Véhicules	Motos
Central	1x60m3	0	0	0	0	0	0	0		
Régional	0	0	0	1 TFW800	0	0	0	0		
Dépôts de district	0	0	2 TCW3000 DC		0	0	0	0	0	
Centres ruraux	0	0	305 TCW2000 DC	0	0	0	0	0		
Centres urbains	0	0	0	318 x TFW 800	0	0	0	0		388

Voir détail en annexe (outil EPI_Log_Forcasting)

3.5 Disponibilité des fonds nécessaires au niveau local pour payer l'électricité et assurer la maintenance des nouveaux équipements de la chaîne du froid

Le système de maintenance de la CDF existante est une maintenance préventive et curative. La maintenance est assurée par une entreprise privée pour les équipements des districts sanitaires et centres de santé sur le fonds de l'Etat et par une autre entreprise privée pour les équipements du niveau central et régional sur fonds de l'UNICEF.

Les factures de consommation d'électricité sont prises en charge sur le budget de l'Etat pour les appareils qui fonctionnent sur courant alternatif. Pour ceux fonctionnant au gaz, le financement est également assuré sur le budget de l'Etat avec un appui des partenaires dont GAVI. Il existe une volonté nationale pour adopter les équipements fonctionnant à énergie solaire et certains appareils ont déjà été acquis et installés dans certains districts sanitaires.

3.6 Gestion des déchets et sécurité des injections

3.6.1 Activités liées à la sécurité des injections et à la gestion des déchets vaccinaux

Dans le domaine de la sécurité des injections, le programme de vaccination de la Côte d'Ivoire a introduit l'usage exclusif des seringues autobloquantes pour les activités de vaccination depuis 2000. Des boîtes de sécurité sont utilisées pour la récupération des seringues usagées issues des activités de vaccination.

En vaccination de routine, les boîtes de sécurité collectées au niveau des centres de santé sont acheminées au district pour incinération. Aussi, vu l'insuffisance et le non fonctionnement des incinérateurs existants, certains centres de santé et districts détruisent-ils les déchets par brûlage et/ou enfouissement.

Un Plan National de Gestion des Déchets Médicaux (PNGDM 2009-2011) a été élaboré en 2009 par la Direction Générale de l'Hygiène Publique (DGHP) et prévoyait la construction d'un (01) incinérateur de grande capacité (50 kg/h et plus) pour le niveau national (District d'Abidjan) et 44 incinérateurs de moyenne capacité (10 à 30 kg/h) dans 17 CHR et 27 HG. Ce plan est en cours de mise en œuvre par le MSLS avec l'appui des partenaires. A ce jour, 10 incinérateurs à combustion pyrolytique ont été acquis et installés selon la répartition suivante :

Tableau X: Répartition des incinérateurs à combustion pyrolytique existant

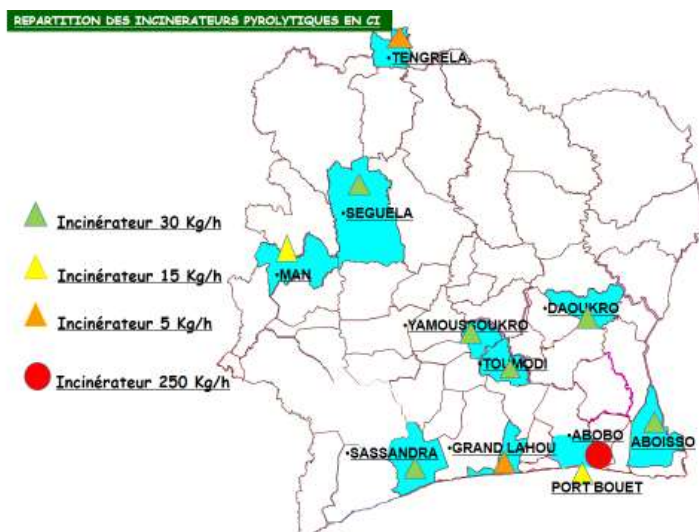
District sanitaire	Site incinérateur	Capacité de destruction
District sanitaire de Daoukro	Hôpital Général	30 kg/h
District sanitaire de Toumodi	Hôpital Général	30 kg/h
District sanitaire de Yamoussoukro	Direction Départementale	30 kg/h
District sanitaire d'Aboisso	CHR	30 kg/h
District sanitaire de Daoukro	Hôpital Général	30 kg/h
District sanitaire de Toumodi	Hôpital Général	30 kg/h
District sanitaire de Koumassi-Port-Bouët-Vridi	Hôpital Général de Port-Bouët	15 kg/h
District sanitaire de Grand-Lahou	Hôpital Général	5 kg/h
District sanitaire de Tengréla	Hôpital Général	5 kg/h
District sanitaire de Man	CHR	15 kg/h

Un incinérateur de moyenne capacité (30 kg/h) acquis par le CHU de Yopougon a été installé en 2012 avec un laveur de fumée humide, mais n'est pas encore mis en service faute de raccordement du site en électricité, en eau et en gaz butane.

Par ailleurs, un processus d'acquisition d'un incinérateur de grande capacité (250 kg/h) par le MSLS avec l'appui de l'OMS est en cours. A cet effet, un appel d'offres ouvert a été lancé pour l'attribution du marché pour la fourniture, l'installation et la mise en service de cet incinérateur à l'antenne communale de l'INHP d'Abobo. Les offres des entreprises soumissionnaires sont en cours d'analyse.

La construction de l'abri de l'incinérateur de grande capacité et des locaux de stockage des déchets à incinérer a également fait l'objet d'un autre appel d'offres en cours d'analyse.

La cartographie de l'ensemble de ces incinérateurs se présente de la manière suivante :



Au terme de l'installation de l'incinérateur de grande capacité et de la mise en service de celui du CHU de Yopougon, les besoins en incinérateurs modernes à combustion pyrolytique pour la destruction des déchets médicaux infectieux et des produits périmés inutilisables seront partiellement couverts. Huit régions sanitaires dont les deux d'Abidjan disposeront d'au moins un incinérateur de moyenne capacité. Il reste à doter les douze régions sanitaires restantes en incinérateurs de moyenne capacité dont le coût est estimé à 600 000 000 F CFA soit 1 200 000 Dollars US. Une stratégie de polarisation des déchets à incinérer vers les incinérateurs de moyenne et grande capacité devra être élaborée et mise en œuvre.

Ce même système de gestion des déchets sera utilisé pour l'introduction du VPI.

3.6.2 Dispositifs d'administration des vaccins

Le pays achètera le VPI et le matériel d'injection via UNICEF Supply Division avec l'appui de GAVI.

3.7 Formation et supervision des personnels de santé

3.7.1 Capacité actuelle du pays en ressources humaines formées à introduire le VPI dans tous les secteurs du programme de vaccination

La Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé (PSDRHS) couvrant la période 2009-2013. Le pays dispose d'un potentiel en ressources humaines de santé de diverses compétences. L'effectif du secteur public en 2010 s'élevait à 21 254 agents dont 85% sont des prestataires de soins avec 3 220 médecins, 7 361 infirmiers et 2 553 sages-femmes.

Concernant le PEV, au niveau central, toutes les composantes pour une gestion efficace du programme sont réunies avec un renforcement des effectifs depuis l'année 2010. La DC- PEV dispose de sept services ayant chacun, à sa tête, un spécialiste du domaine couvert par ce service : prestations de services, surveillance épidémiologique, logistique, projets et planification stratégique,

communication, suivi et évaluation, administration et finances. Les chefs de services sont aidés dans leurs tâches par au moins deux ou trois médecins ou spécialistes du domaine. Deux personnes ressources de la DCPEV ont été formées par l’OMS-AFRO en avril 2014 à Brazzaville pour appuyer le processus d’introduction du VPI.

Au niveau intermédiaire, les personnes intervenant dans la gestion du PEV sont les Directeurs régionaux de la santé. Ils sont appuyés dans leurs tâches par les chargés de surveillance épidémiologique (CSE) qui sont, pour la plupart des infirmiers spécialistes en Santé Publique. La gestion des vaccins à ce niveau est assurée par 10 techniciens supérieurs en logistique, pour les 10 régions sanitaires disposant d’une antenne INHP.

Au niveau périphérique, les personnes impliquées dans la gestion du PEV sont le médecin chef du district (MCD), le médecin chef d’action sanitaire, le Coordonnateur PEV (CPEV), le CSE et le point focal communication.

Le personnel intervenant dans la gestion du PEV dans les centres de santé est composé d’infirmiers/sages-femmes et de médecins généralistes. Ils sont chargés de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des activités de vaccination au niveau opérationnel.

En 2010, les gestionnaires et agents impliqués dans le PEV ont été formés pour l’introduction du vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b.

Les insuffisances relevées par l’évaluation post-introduction du vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b ont été prises en compte en 2014 à l’occasion de l’introduction du vaccin contre le pneumocoque. Tout le personnel impliqué dans le PEV à tous les niveaux a été formé à la gestion du PEV et à l’introduction du pneumocoque en 2014.

3.7.2 Mesures de traitement des besoins supplémentaires éventuels

Dans le cadre de l’introduction du VPI, la formation est prévue pour le personnel à tous les niveaux, y compris le personnel de santé du secteur privé, les membres des sociétés savantes et les membres des ONG impliqués dans la vaccination.

La supervision suivra le même schéma que celui de la formation. Dans le cadre de l’introduction du VPI, il y aura une supervision pré et post introduction en plus des supervisions du PEV routine.

3.7.3 Elaboration et fourniture de matériels de formation pour le VPI

Les outils et modules de gestion du PEV, ainsi que les manuels seront élaborés/révisés par les différents sous-comités. Un atelier de finalisation de ces supports techniques de gestion du PEV sera organisé avec tous les intervenants et partenaires de la vaccination. L’objectif est de prendre en compte les nouvelles directives et orientations mondiales pour l’introduction du VPI et le retrait du VPO. Une fois révisés, ces directives, modules et outils seront reproduits et diffusés à tous les niveaux.

3.7.4 Plan de formation, méthode utilisée et séances de remise à niveau sur les pratiques de vaccination

- Dans le processus d’introduction du nouveau vaccin (VPI), la formation du personnel de santé sera organisée en cascade. Cette formation se fera en cascade depuis le niveau central : formation des formateurs du niveau central, ceux-ci vont former les gestionnaires du niveau régional et district. Ces derniers formeront les prestataires de vaccination. Les responsables des ESPC formeront les agents de santé communautaires pour la sensibilisation des populations.
- La formation des formateurs du niveau central : elle concernera l’équipe de coordination PEV et les autres institutions impliquées dans le suivi du développement de l’enfant. Ces formateurs seront répartis en équipes pour la formation des équipes des régions et districts. elle sera assurée par l’équipe de coordination et les partenaires.
- La formation des formateurs du niveau district sera faite par l’équipe du niveau central comme indiquée ci-dessus.
- La formation des agents vaccinateurs se fera par l’Equipe Cadre du district. Tous les prestataires des services de vaccination seront formés.

Dans le cadre de cette formation, des guides et modules révisés serviront de supports. Les directives et fiches techniques sur les spécificités du VPI seront mises à la disposition du personnel. La formation prendra en compte les aspects de planification, communication, gestion des vaccins, suivi évaluation, surveillance, sécurité des injections et MAPI.

Cette formation comportera un volet théorique et un volet pratique (exercices, jeux de rôles et mise en situation). Un pré et un post test seront organisés au cours de cette formation.

La durée de la formation sera de 3 jours pour tous les niveaux.

L'objectif de cette formation sera de faire acquérir aux gestionnaires et prestataires du PEV à tous les niveaux, des compétences pour conduire l'introduction du VPI.

Ces formations vont utiliser une méthodologie basée sur l'andragogie avec des exposés suivis de discussions, des exercices pratiques, des jeux de rôles et des mises en situations. Des vidéoprojecteurs, clés USB, ordinateurs portables, imprimantes et photocopieuses seront utilisés pour cette formation.

3.7.5 Plans de renforcement des activités de supervision avant, pendant et après l'introduction du VPI

La supervision sera renforcée avant, pendant et après l'introduction du VPI. Les outils utilisés seront les outils révisés prenant en compte les spécificités du VPI. Les supervisions vont concerner tous les niveaux :

- Le niveau central supervisera les régions pour les appuyer dans les préparatifs, la mise en œuvre et le suivi post introduction. Deux supervisions seront effectuées avant le lancement, dont une au moins six mois avant, pour faire l'état des lieux et l'autre un mois avant le lancement. Au cours du mois du lancement, une supervision sera faite pour s'assurer de la qualité de cette introduction. Trois mois après le lancement, une autre supervision sera faite. Après toutes ces étapes, la supervision s'intégrera dans le programme du PEV de routine selon le rythme habituel.
- Les régions sanitaires superviseront également les districts sanitaires afin de les aider dans le processus. Trois supervisions seront effectuées avant le lancement dont la première au moins six mois avant pour faire l'état des lieux, la deuxième deux mois après et la dernière deux mois avant le lancement. Au cours du mois du lancement, une supervision sera faite pour s'assurer de la qualité de cette introduction. Deux mois après le lancement, une autre supervision sera faite. Après toutes ces étapes, la supervision s'intégrera dans le programme du PEV de routine selon le rythme habituel.
- Les districts sanitaires feront une supervision plus rapprochée des agents de santé. elle sera essentiellement axée sur les prestations des vaccinations avec un focus sur le VPI. Six supervisions seront effectuées avant le lancement à un rythme mensuel. Au cours du mois du lancement, une supervision sera faite pour s'assurer de la qualité de cette introduction. Un mois après le lancement, une autre supervision sera faite. Après toutes ces étapes, la supervision s'intégrera dans le programme du PEV de routine selon le rythme habituel.

Cette supervision sera intégrée à celle axée sur le rotavirus qui sera introduit au même moment que le VPI. Toutes ces supervisions seront documentées avec un rapport de supervision et une retroinformation aux supervisés.

3.8 Risques et défis

3.8.1 Principaux risques et défis inhérents à l'introduction du VPI et comment y faire face

Les principaux défis à relever sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau XI: Risques/défis liés à l'introduction du VPI

Domaines	Risques/défis éventuels	- Solutions préconisées pour contourner le risque
Programmatiques	Maîtrise de la technique vaccinale (respect du site, respect de la voie d'administration dans le contexte d'injections multiples)	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et supervision rapprochée des prestataires - Elaboration et diffusion de directives à tous les niveaux
	Maîtrise de la politique du flacon entamé pour le VPI	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et supervision rapprochée des prestataires - Elaboration et diffusion de directives à tous les niveaux
	Capacité à stocker et à conserver les vaccins dans de bonnes conditions à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la capacité de stockage et de conservation, - Dotation des chambres froides et des réfrigérateurs en enregistreurs continus de température - Formation du personnel
	Maîtrise du calendrier d'administration du VPI et du VPO	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et supervision rapprochée des prestataires - Elaboration et diffusion de directives à tous les niveaux
	Interférence du calendrier électoral avec les activités d'introduction (2015 est une année électorale)	<ul style="list-style-type: none"> - Formation à la communication de crise - Respect du chronogramme des activités
	Augmentation du nombre d'aiguilles, seringues usagées à gérer	<ul style="list-style-type: none"> - Construction des incinérateurs - Formation et supervision du personnel
Mobilisation communautaire pour l'adoption du VPI : l'acceptabilité, la peur des injections multiples	Acceptation des injections multiples par les parents	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des parents - Suivi des cibles par les agents de santé communautaires
	Gestion des rumeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Formation à la communication de crise - Sensibilisation des parents
Financement	Mobilisation des coûts additionnels liés à l'introduction (chaîne du froid, transport, incinérateurs...)	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires

4. Analyse situationnelle du programme de vaccination

4.1 Contexte général du pays

4.1.1 Contexte géographique

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

Le climat est de type tropical humide et réparti en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord, avec des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

La végétation est très diversifiée, dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

4.1.2 Contexte démographique

Les projections de l'Institut National de Statistiques (INS) estiment la population de 2011 à 22 594 238 habitants à partir du recensement général de la population et de l'Habitat de 1998. Le taux d'urbanisation est estimé à 48,79% en 2007. Les proportions de populations en 2011 sont :

- enfants de 0 à 11 mois 3,3%
- enfants de 0 à 4 ans 15,27%
- enfants de 6 à 59 mois 13,69%
- enfants de 0 à 14 ans 39,56%
- femmes enceintes 3,75%
- femmes en âge de reproduction 25%

Tableau XII : Quelques indicateurs démographiques en Côte d'Ivoire

Indicateurs	Année 1998	Année 2011
Population totale	15 366 672	22 594 234
Population urbaine (en %)	42,5	51,4
Femmes en âge de procréer	3 685 805	5 433 314
Taux d'accroissement annuel (en %)	3,3	2,6
Taux brut de natalité (pour 1000)	40,6	35,7
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	ND	68
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)	ND	108
Indice synthétique de fécondité (enfant par femme)	5,4	4,8
Taux brut de mortalité (pour 1000)	14,2	12,9
Espérance de vie à la naissance (en année)	50,9	53,1

Sources : INS, Projections de population à partir du RGPH 1998, 2011, EDS-MICS 2011-2012

4.1.3 Contexte administratif

Selon le Décret n°2011-262 du 28 septembre 2011, le pays est divisé en 14 districts dont deux autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 510 sous-préfectures et 197 communes. Au niveau déconcentré, la région est dirigée par un Préfet de région, le département par un Préfet de département et la sous-préfecture par un Sous-préfet. Au niveau décentralisé, le district est dirigé par un Gouverneur, la région par un Président de Conseil régional et la commune par un Maire.

Le pays compte 8 538 localités dont 123 de plus de 10 000 habitants et 2 556 155 ménages de 5,1 personnes en moyenne.

4.1.4 Contexte socioculturel

Le pays compte environ 60 groupes ethniques dont les principaux sont les Baoulé, les Agni, les Krou, les Lobi, les Malinké et les Sénoufo. Les religions les plus pratiquées sont l'animisme, le christianisme et l'islam.

Selon l'EDS-MICS 2011-2012, le taux d'alphabétisation (personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire et écrire) était estimé à 55,3% en moyenne dont 66,6% pour les hommes et 43,9% pour les femmes. La liberté de culte est garantie par la Constitution.

4.1.5 Contexte économique

Le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999 dont la dernière remonte à novembre 2010. Depuis la mise en place du nouveau Gouvernement en mai 2011, il y a un climat politique apaisé permettant la mise en œuvre des activités sanitaires.

L'amélioration du cadre macroéconomique et l'apaisement du climat social ont conduit à la conclusion d'un programme triennal appuyé par la Facilité Elargie de Crédit couvrant la période 2009-2011.

La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTTE ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et environ 6% en 2012. Parallèlement, le PIB par tête a connu une croissance très faible de 0,24% en moyenne par an sur la période 2004 - 2010. L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux est de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la Sous-région Ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

4.1.6 Le système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

Le versant prestataire ou offre de soins comprend :

- le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) est composé de 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire;
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence est composé de 66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés ;
- le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence :
 - 04 Centres Hospitaliers Universitaires ;
 - 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)) ;
 - 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Le versant gestionnaire ou administratif comprend :

- le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé ;

- le niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire ;
- le niveau périphérique composé de 82 Directions Départementales de la Santé ou Districts sanitaires qui sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé ; l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.

Selon le Document de Politique Sanitaire National de 2011, les priorités en matière de santé sont :

- L'amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé de base
- L'amélioration de l'accessibilité financière et de l'utilisation des services de santé
- Le renforcement de la gouvernance et du leadership au niveau du secteur santé
- L'amélioration de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et des vaccins
- L'amélioration du niveau et de l'efficacité du financement de la santé
- L'amélioration de la gestion des ressources humaines en santé
- l'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire

4.1.7 Organisation et fonctionnement du PEV en Côte d'Ivoire

La DC-PEV a été créée par l'arrêté n° 2000-542 du 02 août 1995. Cette disposition a été entérinée par l'arrêté n°2001-12 du 03 janvier 2001. Elle assure l'administration, l'animation et l'appui scientifique du PEV en collaboration avec le groupe scientifique d'appui qui est composé du :

- comité national des experts indépendants de la vaccination de la Côte d'Ivoire,
- comité national des experts polio,
- comité national de certification,
- comité national de confinement

La DC-PEV reçoit un appui de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) pour la gestion des vaccins, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) pour les approvisionnements en vaccins et en matériels d'injection et le contrôle de la qualité, de la Direction des Équipements et du Matériel (DIEM) pour les équipements et la maintenance.

Les partenaires du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, pour le PEV se concertent au sein du Groupe Thématique de Vaccination avec deux composantes fonctionnelles depuis 2001, à savoir:

- le groupe technique restreint
- le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA).

Les services d'immunisation en charge de la mise en œuvre du PEV se retrouvent à tous les niveaux du système de santé ivoirien : primaire (centre de santé urbain ou CSU, centre de santé rural ou CSR), secondaire (Centre Hospitalier Régional ou CHR, Hôpital Général ou HG) et tertiaire (Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut National de Santé Publique (INSP), Centre Hospitalier Universitaire (CHU)).

La gestion du PEV au niveau intermédiaire est assurée par les directions régionales de la santé (DRS). La DRS a pour mission de superviser la mise en œuvre du PEV au niveau district. Au niveau périphérique, la mise en œuvre est assurée par les centres de santé sous la supervision du district sanitaire.

Au niveau du district, la gestion du PEV relève du médecin chef. Il est assisté d'une équipe cadre au sein de laquelle on trouve entre autres, un médecin chef chargé de l'action sanitaire, un infirmier Coordonnateur Chargé du PEV (CPEV), un infirmier Chargé de la Surveillance Epidémiologique (CSE) et un point focal communication.

Au niveau des établissements sanitaires de premier contact tels que les centres de santé ruraux et les centres de santé urbains, la gestion du PEV est assurée par l'agent de santé responsable du centre. Il transmet ses données mensuelles de vaccination au district sanitaire.

4.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination

4.2.1 Données de couverture vaccinale relevées au cours des deux dernières années

Tableau XIII: (Tableau B2) : Tendances de la couverture nationale

Tendances de la couverture nationale (pourcentage)				
Vaccins	Vaccins utilisés	Population cible (données ventilées par âge et sexe, le cas échéant)	Couverture relevée (formulaire de rapport conjoint)	
			Année la plus récente : 2013	Année précédente : 2012
BCG	[1 198 560]	[861 666]	[90] %	[98] %
VPO3	[3 717 940]	[787 415]	[98] %	[93] %
DTC1 / Penta1	[2 958 310]	[787 415]	[104] %	[102] %
DTC3 / Penta3	[2 958 310]	[787 415]	[101] %	[94] %
VPH1	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
VPH3	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
Rougeole 1	[1 058 630]	[787 415]	[85] %	[84] %
Rougeole 2	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
VPC1	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
VPC3	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
Rota 1	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]
Rota 2 ou 3	[NA]	[NA]	[NA]	[NA]

* NA = non applicable

4.2.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination/ Etude menée sur l'égalité des genres et l'équité, y compris les mesures prises pour réduire les obstacles

Les populations ont une attitude généralement favorable à la vaccination. L'analyse du genre n'est pas systématique dans les données administratives rapportées dans les rapports de vaccination. Cependant, cette information est collectée dans les registres de vaccination. Les résultats de l'EDS-MICS 2011-2012 montrent qu'il y a un peu plus d'enfants de sexe masculin (53 %) vaccinés que ceux de sexe féminin (48 %). La couverture vaccinale, selon cette même enquête, diminue lorsque le rang de naissance augmente : ainsi, de 55 % chez les enfants de rang 2-3, la proportion d'enfants complètement vaccinés passe à 48 % chez les enfants de rang 4-5 et à 44 % pour les rangs de naissance six ou plus. Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins est plus élevé en milieu urbain (63%) qu'en milieu rural (42 %).

Il existe des disparités entre les régions. En effet, les régions du Sud-Ouest (29 %), du Nord-Ouest (33 %) et du Nord (37 %) présentent les taux de vaccination complète les plus faibles. À l'opposé, la région du Centre-Est (75 %) et la ville d'Abidjan (74 %) enregistrent les taux les plus élevés.

Par ailleurs, il révèle que la situation économique du ménage fait apparaître des disparités importantes, en particulier entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des plus riches. En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 39 % chez les enfants des ménages les plus pauvres alors qu'il est de 68 % chez les enfants des ménages les plus riches, soit un écart de 29 points.

Pour minimiser ces obstacles, plusieurs mesures ont été prises et/ou en cours de mise en œuvre :

- le renforcement du parc motos et vélos pour réaliser les stratégies avancée et mobile, afin d'atteindre les populations éloignées et/ou d'accès difficile. Depuis 2012, 472 motos et 200 vélos ont été distribués aux districts.
- Le renforcement des stratégies de communication avec adaptation des messages en fonction des connaissances, attitudes et pratiques des cibles.

4.3 Conclusions des récentes évaluations de programmes

4.3.1 Eléments clés du programme de vaccination susceptibles de faciliter l'introduction du VPI, y compris les récents changements apportés pour corriger les faiblesses préalablement identifiées

L'évaluation post-introduction du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) conduite en 2012 a montré que :

• **Au niveau de la planification:**

- Un plan d'introduction a été élaboré avec un chronogramme de mise en œuvre des activités,
- Les outils et supports de gestion du programme ont été révisés,
- L'introduction du vaccin anti-Hib s'est déroulée simultanément dans l'ensemble des districts sanitaires du pays en mars 2009 et n'a pas bouleversé le calendrier vaccinal préexistant de l'enfant.

• **Au niveau du rapportage des données, couverture vaccinale et taux d'abandon :**

- Les rapports mensuels PEV sont transmis depuis le niveau périphérique au niveau supérieur,
- Au niveau national, il a été noté une amélioration de la couverture vaccinale pour la 3^{ème} dose du DTC-HépB-Hib entre 2008 et 2010 et des taux d'abandon entre la 1^{ère} et la 3^{ème} dose du DTCHépB-Hib durant la même période.

• **Au niveau de la gestion de la chaîne du froid :**

- L'introduction du vaccin anti-Hib a occasionné au niveau central, la création d'une chambre froide positive de 40 m³ et la transformation d'une chambre froide négative de 20 m³ en chambre froide positive,
- Du matériel de chaîne du froid a également été acquis pour les niveaux régional, district et les établissements de santé,
- Le suivi de la température de conservation des vaccins se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par un relevé manuel biquotidien. Au niveau opérationnel, le relevé de température est effectif dans 92% des dépôts de district et 68% des centres vaccineurs visités.

• **Au niveau de la gestion des vaccins, transport et logistique :**

- Au moment de l'introduction du DTC-HépB-Hib, des directives ont été diffusées pour la gestion des stocks restants de DTC-HépB,
- Le transport des vaccins se fait du niveau central vers les antennes INHP par des camions frigorifiques munis d'écran de surveillance, mais sans système d'enregistrement continu de température,
- Le transport des vaccins des antennes INHP vers les districts se fait par l'intermédiaire des véhicules de district dans des glacières munies d'accumulateurs de froid. Celui des districts vers les centres vaccineurs se fait à moto dans des porte-vaccins, sans système d'enregistrement de température.

• **Au niveau du suivi et de la surveillance :**

- Les supervisions du niveau central vers le niveau régional ont été réalisées en totalité de janvier à juin 2012 . Cependant, les districts et les établissements de santé visités n'ont bénéficié que de la moitié des supervisions prévues.
- La surveillance des méningites bactériennes pédiatriques a débuté en 2002 au CHU de Yopougon.

• **Au niveau de la formation et de la connaissance des soignants :**

Les formations planifiées ont été conduites dans le cadre de l'introduction du vaccin anti-Hib pour les acteurs du district.

• **Au niveau de la sécurité des injections et de la gestion des déchets :**

- Tous les établissements sanitaires visités utilisent en routine des seringues autobloquantes (SAB) pour la vaccination des différentes cibles,
- Les SAB ne sont ni pré-remplies lors des séances de vaccination, ni recapuchonnées après usage,

- Les SAB usagées sont stockées dans des boîtes de sécurité (BS) avant leur élimination,
 - L'élimination de ces BS se fait par incinération dans 67% des hôpitaux de référence (CHR et HG), et par brûlage dans des fosses dans 42% des établissements de santé,
 - Les BS sont acheminées vers les districts pour incinération par 28% des établissements de santé,
- **Au niveau de la perte des vaccins :**
Les taux de perte sont rapportés par la quasi- totalité des districts (92%),
- **Au niveau des Manifestations Adverses Post Immunisation :**
Dans le PEV de routine, la notification des cas de MAPI se fait de manière mensuelle.
- **Au niveau de la sensibilisation, communication et acceptation :**
l'évaluation du projet « 1 Parrain pour 100 Enfants » a montré que :
 - Les points focaux communication formés et exerçant au niveau de tous les districts sanitaires réalisent au quotidien des activités de formation des vaccinoteurs aux techniques de communication pour une sensibilisation efficace des parents d'enfants de 0 à 11 mois,
 - Le suivi communautaire du calendrier de vaccination à travers la mise en œuvre effective de l'initiative « 1 parrain pour 100 enfants » contribue à la réduction des abandons et des perdus de vue du circuit vaccinal,
 - De même la vulgarisation de la vaccination au niveau des élèves du cycle primaire à travers l'exploitation de la bande dessinée « Vaccino l'ami des enfants » contribue à une plus grande dissémination des messages sur les vaccins et les maladies évitables par la vaccination.

Ces différentes forces du système ont été capitalisées et renforcées et les faiblesses (notamment en communication) ont été prises en compte à l'occasion de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en 2014 et ceci facilitera celle du VPI en 2015.

4.3.2 Résumé des conclusions des récentes évaluations de programmes : intégration des recommandations dans un plan d'action national, suivi de l'application des recommandations

L'enquête de couverture conduite pendant la revue externe du programme en 2010 montre chez les enfants de 12-23 mois que la couverture vaccinale était de 64% pour le Penta3, de 57% pour le vaccin anti rougeoleux. La proportion d'enfants complètement vaccinés à 11 mois était de 22% selon cette revue externe.

Un plan de mise en œuvre des recommandations a été élaboré et pris en compte dans le PPAc 2011-2015. Ce PPAc a été opérationnalisé dans des plans annuels dont le suivi s'est fait régulièrement à travers des réunions du CCIA et des réunions de suivi des performances du PEV à tous les niveaux. En 2012, les estimations officielles de l'OMS-UNICEF ont montré que la couverture vaccinale en Penta3 chez les enfants de 0 à 11mois était de 99%. Une revue à mi-parcours du PPAc a été faite en 2013 pour revoir l'analyse de la situation et réviser les jalons qui ont été dépassés. Ce système de suivi mis en place servira également pour le processus d'introduction des nouveaux vaccins en général et celle du VPI en particulier.

Dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins, la Côte d'Ivoire a conduit du 02 juin au 14 juillet 2012 une évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV). Les principaux résultats et constats étaient :

- **Au niveau central :** Sur les neuf critères, quatre ont atteint l'objectif de 80%. Il s'agit de : bâtiments, équipements et transport, maintenance, gestion des vaccins et système d'information et fonction d'appui. La faiblesse du niveau central résidait dans les catégories suivantes :
 - Capacité de stockage due essentiellement à l'absence de magasin sec pour le stockage des consommables,

- Gestion (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants),
- Véhicules (panne fréquente et absence de véhicule pour le transport des consommables).
- **Au niveau régional** : Aucun critère GEV n'a atteint le score de 80% exigé. Seule la catégorie formation a atteint l'objectif avec 88%. Des faiblesses sont constatées dans les catégories suivantes :
 - Bâtiments (vétusté des bâtiments) ;
 - Capacité de stockage due essentiellement au manque de magasin sec ;
 - Gestion (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants);
 - Equipements (inexistence de système d'enregistrement continu et de matériel d'indicateur de congélation, la majorité des chambres froides ne sont pas équipées de 2 unités de réfrigération) ;
 - Maintenance (inexistence de plan pluri annuel de maintenance préventive, les générateurs électriques ne sont pas tous fonctionnels)
 - Dans le cas particulier de la Côte d'Ivoire, des véhicules de transport d'intrants de vaccination ne sont pas requis à ce niveau car le niveau inférieur vient s'y approvisionner.
- **Au niveau district** : Aucun critère sur les huit (08) n'a atteint le score de 80% exigé. On constate cependant que les catégories formation et capacité de stockage ont atteint l'objectif de 80%. Les faiblesses étaient dans les catégories suivantes :
 - Gestion (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants, absence de plan d'urgence dans la majorité des districts),
 - Equipements (inexistence de système d'enregistrement continu et de matériel d'indicateur de congélation, la majorité des districts ne disposent pas de conteneurs passifs en nombre suffisant, les districts ne disposent pas de générateur électrique et la plupart des congélateurs et réfrigérateurs ne disposent pas de régulateurs de tension etc.),
 - Maintenance (inexistence de plan pluri annuel de maintenance préventive et les moyens de transport sont souvent en panne),
 - Bâtiments (fuite dans certaines toitures, inexistence d'extincteurs, inexistence d'un système de réfrigération, la majorité des bâtiments abritant le matériel de CDF n'est pas ventilée),
 - Véhicules (la majorité des districts ne disposent pas de véhicules).
- **Au niveau centre de santé** : Sur les sept (07) critères, seul le critère «distribution», a atteint l'objectif de 80%. La faiblesse à ce niveau résidait dans les catégories suivantes :
 - Equipements (inexistence de système d'enregistrement continu et de matériel d'indicateur de congélation, inexistence de thermomètre dans la majorité des réfrigérateurs contrôlés et la plupart des congélateurs et réfrigérateurs ne disposent pas de régulateurs de tension),
 - Maintenance (Inexistence de plan pluri annuel de maintenance préventive et les moyens de transport sont souvent en panne),
 - Formation (non maîtrise du test d'agitation par la plupart du personnel des centres de santé, les agents de santé n'utilisent pas toujours le diluant et le vaccin du même fabricant),
 - Gestion (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants, absence de plan d'urgence dans la majorité des centres de santé),
 - Véhicules (la majorité des centres ne disposent pas de moyens de transport).

Un plan de mise en œuvre des recommandations de la GEV a été élaboré et mis en œuvre comprenant essentiellement : l'équipement (chaîne du froid, autos, motos, vélos...), formation du personnel, supervision avec prise en compte des aspects de la GEV. L'évaluation du niveau de mise en œuvre des recommandations de la GEV se fait régulièrement, à l'occasion des réunions statutaires du PEV (réunions de suivi, GTR, CCIA...).Le rapport de mise en œuvre des recommandations de la GEV est joint aux documents de soumission à GAVI.

4.3.3 Contrainte dans la mise en œuvre des recommandations tirées des récentes évaluations en termes de ressources et mesures prises pour y remédier

La principale contrainte à la mise en œuvre des recommandations est d'ordre financier. La solution pour y remédier est la mobilisation des ressources, aussi bien au niveau de l'Etat que des partenaires. En effet, depuis 2011, le renforcement du PEV de routine (avec prise en compte des insuffisances identifiées lors des évaluations) constitue une priorité et est régulièrement inscrit au budget de l'Etat. De même, les partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, AMP) apportent un appui technique et financier pour résoudre ces insuffisances.

4.3.4 Expérience antérieure en matière d'introduction de nouveaux vaccins et enseignements tirés de ces expériences qui faciliteront l'introduction du nouveau vaccin

Depuis le lancement du PEV en Côte d'Ivoire, de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés ont été introduits dans le programme : le vaccin contre la fièvre jaune en 1983, le vaccin contre l'hépatite virale B en 2000, le vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae type b* en 2009 et le vaccin contre le pneumocoque (PCV13) en 2014. Il est envisagé l'introduction d'autres vaccins dans le programme. Ce processus d'introduction est soutenu par GAVI avec un cofinancement de l'Etat.

Une expérience nationale est acquise dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources, la gestion opérationnelle (révision des modules, outils et supports de gestion, formation et supervision du personnel, communication, suivi et évaluation...) et logistique (évaluation des capacités de stockages, estimation des besoins...) du processus d'introduction des nouveaux vaccins. Une expertise nationale est donc disponible à tous les niveaux dans le domaine et sera mobilisée pour l'introduction du VPI.

4.4 Gestion des stocks

4.4.1 Brève description du système de gestion des stocks en vigueur dans le pays

Au niveau national, l'estimation des besoins annuels est basée sur la méthode de la population cible en utilisant les taux de perte rapportés et les objectifs nationaux inscrits dans le PPAC. Elle se fait au cours d'un atelier national de prévision des intrants avec l'outil Forecast. Cet atelier réunit les programmes et partenaires impliqués.

Le processus d'approvisionnement du pays en vaccins et consommables pour le PEV se définit comme suit : les besoins à commander sont transmis à l'UNICEF par la DCPEV et l'INHP. La majorité de la commande passe à Copenhague via UNICEF. Une partie de la commande se fait par appel d'offres. Au cours de l'analyse de l'appel d'offres, tous les acteurs s'assurent que les vaccins retenus figurent sur la liste à jour des vaccins pré-qualifiés par l'OMS et sont munis de pastille de contrôle du vaccin (PCV). Tous les vaccins livrés par GAVI et ceux du cofinancement de l'Etat passent par l'UNICEF.

Les vaccins et consommables reçus sont distribués de la manière suivante :

- au niveau régional, les antennes INHP et certains districts à proximité du dépôt central sont ravitaillés chaque trimestre par le niveau central,
- les districts s'approvisionnent chaque mois à l'antenne régionale de l'INHP,
- les centres de santé s'approvisionnent chaque mois au district sanitaire.

Au niveau central, le système d'enregistrement est informatisé (logiciels SIGLOGS et SMT). Toutes les entrées et sorties (vaccins et consommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel renforçant le système informatique. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS (Premier Expiré, Premier Sorti). Un inventaire mensuel des stocks est fait et enregistré en collaboration avec la DCPEV, puis partagé avec les partenaires.

Au niveau régional, les vaccins et consommables sont gérés par les antennes régionales de l'INHP. Le système d'enregistrement est informatisé (logiciel SMT). Toutes les entrées et sorties (vaccins et consommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV, fabricant, conditionnement. Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel renforçant le système informatique. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS. Un inventaire mensuel des stocks est fait, enregistré puis partagé avec le niveau central.

Au niveau district, Il existe des registres et des fiches de stock pour l'enregistrement manuel des mouvements des entrées et sorties. Toutes les entrées et sorties (vaccins et consommables) sont enregistrées par type, numéro de lot, date d'expiration, état de la PCV fabricant, conditionnement. Tous les intrants du PEV sont rangés par type et par lot et les sorties se font selon le principe PEPS. Un inventaire physique mensuel des stocks est fait, enregistré, puis communiqué à la DCPEV.

Le suivi de l'utilisation des intrants et des activités de vaccination se fait à travers le système d'enregistrement informatisé (logiciel DVDMT).

Au niveau centre de santé, l'enregistrement des mouvements de stocks est manuel et se fait sur des fiches de stocks.

A tous les niveaux, les outils prennent en compte le suivi et l'utilisation des taux de perte pour la gestion des vaccins et consommables.

Pour l'introduction du VPI, une supervision avant, pendant et après cette introduction, va permettre de renforcer les compétences du personnel dans la gestion des stocks, en plus de la formation qui sera faite dans ce sens.

4.4.2 Système de transport disponible pour assurer la livraison des vaccins à la périphérie

Au niveau central, la distribution des vaccins est assurée à l'aide de 5 camions frigorifiques (53 m3 brut). Le transport des consommables se fait grâce à deux camions utilitaires (80 m3 brut).

Au niveau régional, la distribution des vaccins et consommables est passive. Les antennes INHP ne disposent pas de véhicule pour l'approvisionnement des districts. Les districts viennent s'approvisionner dans les antennes régionales de façon trimestrielles.

Au niveau district, l'inventaire réalisé en 2013 et actualisé a montré une disponibilité de 65 véhicules pour les 82 districts sanitaires. Le taux de couverture des véhicules est de 79%.

Les centres de santé disposent de 713 motos sur 1341 pour les activités de vaccination en stratégie avancée. Cette quantité représente un taux de couverture de 53% des besoins des centres de santé.

Un plan de renforcement du parc autos et motos des districts est en cours de mise œuvre depuis 2012 et se poursuit avec le budget de l'Etat et d'autres partenaires dont GAVI (RSS et SSV). Un plan national de réhabilitation du matériel roulant est en cours d'élaboration.

Compte tenu de la capacité des camions de distribution au niveau central, le rythme de livraison vers le niveau intermédiaire sera maintenu avec l'introduction du VPI si les gaps constatés sont comblés. Dans le cas contraire, la fréquence d'approvisionnement sera revue à la hausse. Les frais de distribution (transport, perdiem...) sont pris en charge sur le budget de l'Etat.

5. Suivi-évaluation

5.1 Mise à jour des instruments de suivi

5.1.1 Mesures pour mettre à jour, imprimer et diffuser les instruments de suivi et de supervision du PEV pour intégrer le VPI et les autres nouveaux vaccins présentés dans le PPAC, avant le lancement

Les outils qui sont utilisés dans la gestion des données du PEV sont :

- Fiche de pointage : Elle est utilisée au niveau du poste de vaccination afin de cocher les vaccinations administrées ;
- Le registre de vaccination : utilisé au niveau des postes de vaccination pour l'enregistrement individuel et le suivi des enfants vaccinés (nom et prénoms, sexe, date de naissance, nom de la mère, provenance/lieu de résidence, dates des vaccinations reçues...) ;
- La fiche de rapport mensuel : utilisée au niveau centre de santé et district pour rapporter les activités mensuelles de vaccination, la gestion des vaccins et intrants, la gestion des déchets et le point logistique ;
- Les fiches de stocks : utilisées au niveau centre de santé, district et région pour la gestion des stocks ;

- Le registre de stocks : utilisé au niveau district, régional et central pour la gestion des stocks de vaccins et intrants ;
- L'outil informatisé DVD-MT : pour la gestion des données aux niveaux district, région et central ;
- L'outil SMT : pour la gestion des vaccins aux niveaux régional et central.

Des modules, guides et directives existent également pour la formation et la supervision du personnel impliqué dans le PEV à tous les niveaux.

A l'occasion de l'introduction du vaccin contre le pneumocoque en 2014, les modules et outils (fiches de pointage, registres de vaccination, fiches de rapport mensuel, base de données DVD-MT, tableau de contrôle des vaccinations...) ont été révisés et validés lors d'un atelier avec tous les acteurs et partenaires des niveaux central et opérationnel. Cette révision a pris en compte l'introduction du vaccin contre le rotavirus et le VPI en 2015. La diffusion de ces outils révisés a été faite après la formation des formateurs du niveau central.

Pour l'introduction du VPI en 2015, un appui spécifique du niveau central sera apporté aux districts pour la reproductibilité et la mise à disposition au niveau opérationnel.

5.1.2 Ventilation des données par sexe de suivi de la vaccination

Les registres de vaccination comportent des données sur le sexe des enfants vaccinés. Le formulaire de rapport mensuel révisé prend en compte la distribution des données par sexe.

5.2 Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI)

5.2.1 Politique nationale en matière de MAPI

Un système national de surveillance des MAPI a été mis en place en 2000. Il fait partie du système de surveillance intégré des maladies. Au niveau national, le système de pharmacovigilance est fonctionnel. En effet, il existe un plan stratégique (2012-2015) et un guide de pharmacovigilance, des outils de gestion prenant en compte les vaccins .

Lors des campagnes de masse, une organisation particulière est mise en place avec le comité des experts, le comité national technique, les comités régionaux et les comités départementaux dont les Termes de Référence (TDR) sont joints en annexe. Ces comités seront mis à contribution pour la surveillance des MAPI en routine après l'introduction du VPI.

Les capacités des acteurs seront renforcées lors des formations pour une prise en charge adéquate des cas de rumeurs.

5.2.2 Comité national d'experts chargé des MAPI et méthodes utilisées pour évaluer les liens de causalité entre MAPI

Le comité des experts comprend 15 membres et est composé de cliniciens, de pharmaciens, de biologistes et de psychosociologues. Il a pour mission de :

- Faire le bilan des événements indésirables post-vaccinaux ;
- Faire la classification des événements indésirables post-vaccinaux ;
- Auditer la prise en charge des cas ;
- Elaborer le rapport final de la surveillance des MAPI ;
- Communiquer les résultats à la DPM, à la DC -PEV et aux partenaires.

La rencontre des membres du comité des experts MAPI se fait sous convocation du comité technique pour analyser les dossiers qui leur sont présentés.

L'évaluation des liens de causalité des cas prend en compte les liens temporels, les arguments cliniques et biologiques, les données issues des essais pré et post commercialisation du vaccin.

Les recommandations issues du comité des experts MAPI sont transmises au GTR pour analyse et décision.

5.2.3 Processus et procédures de suivi des manifestations indésirables suite à l'introduction du VPI au niveau des districts, ainsi qu'aux niveaux local, régional/provincial et national.

Les cas de MAPI seront notifiés aux centres de santé par les relais communautaires ou les patients. Pour chaque cas de MAPI, une fiche de notification sera remplie et transmise par les prestataires de soins au niveau district.

Les cas graves et sévères feront l'objet d'une investigation au niveau de l'hôpital de référence. Les fiches de notification et d'investigation de tous les cas de MAPI seront transmises à la région sanitaire, puis au niveau central.

La prise en charge des cas de MAPI non graves sera faite localement au niveau de l'établissement sanitaire de notification. Les cas graves et sévères seront référés à l'hôpital de référence du district, puis au besoin à un niveau supérieur. Les coûts relatifs à la prise en charge des cas de MAPI seront assurés par le Ministère de la Santé à travers la DCPEV.

6. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale

6.1 Mesures destinées à sensibiliser les dirigeants politiques et les leaders d'opinion à l'échelon national/régional et au niveau des districts sur l'introduction du VPI

L'implication des leaders d'opinion à l'échelon national/régional et au niveau des districts sur l'introduction du VPI se fera à travers le plaidoyer qui mettra un accent sur les avantages du vaccin VPI pour la population et la participation de la communauté à la stratégie pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final contre la maladie.

Le plaidoyer aura pour but principal de créer un environnement favorable à l'introduction du nouveau vaccin VPI dans le programme élargi de vaccination et sera conduit comme suit :

Au niveau central, plusieurs cadres d'échanges (tels que le CCIA) seront mis à profit pour organiser des rencontres de plaidoyer au cours desquelles des supports appropriés seront utilisés (dépliants...).

Au niveau régional/district, des réunions seront conduites par les équipes préfectorales avec la collaboration des ERS et ECD à l'attention des élus locaux, autorités coutumières et religieuses, les associations et regroupements de femmes, jeunes, opérateurs économiques, ONG. Ces réunions se tiendront deux (02) mois avant l'introduction du nouveau vaccin.

L'organisation d'un lancement officiel au niveau national et au niveau de chaque district sanitaire renforcera les actions de plaidoyer. Ce lancement d'une portée stratégique indéniable au plan du plaidoyer sera amplifié principalement par les média de masse, notamment la télévision, pour démontrer d'une part l'engagement des hautes autorités administratives, politiques et diplomatiques et d'autre part communiquer sur les avantages du vaccin antipoliomyélique injectable dans l'éradication de la maladie.

6.2 Processus d'élaboration d'une stratégie de communication pour l'introduction du VPI

L'élaboration du plan de communication se basera essentiellement sur les résultats des différentes évaluations du programme et les expériences antérieures, ainsi que les constats de supervision.

En effet, la revue externe du PEV de 2010 a relevé dans son volet qualitatif une méconnaissance des maladies cibles du PEV par les parents ainsi qu'une insuffisance d'information des parents sur les activités de vaccination (14%). En effet, en matière de connaissances, attitudes et pratiques des parents sur la vaccination, seulement 4% des parents ont pu citer au moins 5 maladies cibles du PEV. Environ 12% des parents savent qu'un enfant doit se présenter 5 fois à la vaccination pour être complètement vacciné. Seulement un quart (24%) des parents savent l'âge d'administration de la dernière dose de vaccin à l'enfant. Par ailleurs, les principales sources d'information des parents sont les agents de santé en priorité puis les agents de santé communautaire.

Partant de ces observations, la communication pour le changement de comportement pour l'introduction de ce nouveau vaccin ciblera principalement les agents de santé dont les capacités

seront renforcées et les communautés avec un accent particulier sur les parents d'enfants de 0-11 mois.

Le personnel de santé constituant la principale source d'information des parents, il s'avère important qu'il appréhende tous les aspects liés aux préoccupations des parents afin de leur fournir les informations convaincantes et susciter leur adhésion à la vaccination. Un atelier de formation sera organisé à l'endroit du personnel de santé et des points focaux communication des 82 districts sanitaires avant l'introduction du VPI.

La sensibilisation des parents d'enfants de 0-11 mois se fera aussi à travers la communication de proximité, notamment les visites à domicile (VAD) conduites par les relais communautaires préalablement formés aux techniques de communication interpersonnelle. De façon spécifique, les relais communautaires bénéficieront d'un briefing relatif au VPI. Les VAD ciblées débuteront 03 mois avant l'introduction du nouveau vaccin.

Les activités de communication de proximité seront renforcées par une communication de masse qui se traduira par la diffusion de produits médias tels que les spots et des microprogrammes audiovisuels un mois avant l'introduction et pendant le mois de l'introduction. En outre, des supports de communication adaptés à la communauté, tels que les affiches, les affichettes, les cartes conseils, seront produits et diffusés dans la communauté.

6.3 Processus d'élaboration des matériels d'IEC, médias, groupes de discussion et évaluations anthropologiques pour les principaux groupes cibles

L'élaboration des matériels d'information, d'éducation et de communication se déroulera de façon participative et selon les étapes suivantes:

- Au cours d'un atelier, un groupe de travail incluant des parents d'enfants de 0-11 mois sera chargé de la conception des premières versions des supports de communication en tenant compte des résultats des études qualitatives antérieures en matière de demande de vaccination.
- les premières versions des supports seront pré-testées avec la participation élargie de parents d'enfants de 0-11 mois.
- les spécialistes en création procéderont à l'intégration des observations issues du pré-test et finaliseront la conception et la production des supports.
- les versions finalisées seront produites et diffusées dans la communauté et de façon spécifique aux parents d'enfants 0 – 11 mois.

Concernant les médias, la collaboration avec ceux-ci présente un atout indéniable dans la conception et la dissémination efficace des messages relatives à l'introduction d'un nouveau vaccin. A cet effet, le réseau de professionnels de média, MEDIAVAC (médias et vaccination) mis en place avec la collaboration de la DC-PEV depuis 2001 pour la promotion des activités de vaccination, sera mis à contribution pour l'introduction du nouveau vaccin.

Un forum d'échanges sera organisé deux mois avant l'introduction du VPI pour partager avec ces professionnels de médias les informations factuelles sur l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite en termes de succès enregistrés dans la lutte contre la poliomyélite mais aussi des obstacles persistants pouvant engendrer un échec potentiel de l'Initiative.

Ces échanges permettront aux professionnels de mieux affiner leurs contenus afin de participer pleinement à la promotion de l'introduction du vaccin injectable contre la poliomyélite.

Dans le domaine de la recherche, une étude CAP (Connaissances Attitudes et Pratiques) sera conduite afin de renforcer la documentation des refus pour y apporter les solutions appropriées pour stimuler la demande de vaccination. Le simple fait d'expliquer à la population le bien-fondé de la vaccination ou de l'informer et de s'attendre à ce qu'elle agisse en conséquence, risque de n'aboutir à aucun résultat si les programmes de vaccination ne tiennent pas compte des avantages tirés de la compréhension par le public, des bienfaits issus de l'administration des vaccins.

Une approche axée sur les caractéristiques socio démographiques des utilisateurs des services de vaccination ainsi que sur leurs connaissances, les pratiques en matière de vaccination et leur compréhension du système national de vaccination, permettra de mieux connaître son public cible et par conséquent, d'appliquer la démarche la plus appropriée et la plus efficace.

Cette étude sera entreprise quatre mois avant l'introduction du VPI pour que les résultats puissent être exploités afin de bâtir un plan de communication efficace comportant des messages pertinents et crédibles dans 5 régions sanitaires enregistrant le plus grand nombre de refus à la vaccination et des taux élevés d'abandon du circuit vaccinal.

Toutes ces stratégies permettront d'obtenir l'adhésion des communautés au nouveau vaccin et d'anticiper les éventuels cas de rumeurs et de réticences. En effet, même si des cas de rumeurs et de réticences ne sont pas enregistrés en vaccination de routine, lors des campagnes antérieures telles que celle contre le tétanos (2007-2009) qui a visé les femmes en âge de reproduction, des rumeurs ont été notifiées : «le vaccin entraîne la stérilité» ou «le vaccin allonge le terme de la grossesse» ... Des rumeurs ont également été notifiées lors des JNV polio. L'expérience dans la gestion de ces cas de rumeurs sera capitalisée pour l'introduction du VPI au cas où il en surviendrait.

6.4 Mesures pour l'organisation d'une cérémonie de lancement à l'échelon national, s'il y a lieu, et des cérémonies au niveau sous-national

La cérémonie de lancement de l'introduction du VPI se fera sous forme de battage médiatique pendant deux semaines avant et pendant l'introduction.

Au niveau central :

- Une conférence de presse du Ministre en charge de la santé sera organisée.
- Un débat télévisé sera réalisé avec la collaboration des spécialistes en pédiatrie, vaccinologie, neurologie. Des experts de l'OMS, de l'UNICEF et du Rotary participeront à ce débat télévisé.
- Des émissions radios interactives conduites par le programme de vaccination avec la collaboration des partenaires au développement (OMS, UNICEF, ROTARY) seront réalisées.

Au niveau régional/district, des émissions radios conduites par l'équipe cadre de district seront réalisées et diffusées au niveau des radios de proximité.

Afin d'anticiper la gestion des éventuels cas de MAPI, et de rumeurs ou de tout autre événement défavorable à la vaccination, la maîtrise des techniques de communication de crise est primordiale dans le cadre de l'introduction d'un nouveau vaccin. Aussi, la formation des acteurs nationaux en matière de communication de crise s'avère-t-elle nécessaire pour la gestion des crises qui surviendraient lors de l'introduction du VPI.

Cette formation qui sera organisée un mois avant l'introduction portera sur les thèmes suivants : la notion de crise en matière de vaccination, les modalités de gestion de la crise, les messages clés à délivrer au cours des interventions. Elle ciblera essentiellement les autorités sanitaires, administratives et les leaders sociaux habilités à porter des messages au niveau national et au sein de leurs organisations respectives.

6.5 suivi des activités de communication

Le suivi des activités de communication mises en œuvre dans le cadre de l'introduction du VPI sera réalisé avec les outils suivants :

- La grille de planification et de suivi des réunions d'information et de sensibilisation,
- La grille de suivi des visites à domicile,
- La fiche d'observation de la communication interpersonnelle mobilisateurs/mères,
- La fiche de dissémination des supports imprimés de communication,
- La grille de diffusion des produits médias.

L'ensemble de ces informations sera traité par le superviseur au niveau du district et, discuté avec le Directeur de District pour actions correctrices. Une compilation des fiches de données sera faite par la DC-PEV pour consolidation et exploitation. Les rapports de supervision devront comporter les données collectées et analysées sur le terrain. Les résultats du monitoring des activités de communication permettront à la DC-PEV d'apporter les actions correctrices pour les prochaines introductions de nouveaux vaccins.