

**REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

**UNITE – DIGNITE -TRAVAIL**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA POPULATION**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**DIRECTION DU CABINET**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**DIRECTION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**PLAN D’INTRODUCTION DU MenAfriVac**

**EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

**Bangui, Mai 2011**



**Table des matières**

[Liste des abréviations et acronymes 6](#_Toc432669202)

[PODAPEV 7](#_Toc432669203)

[: 7](#_Toc432669204)

[PTSS 7](#_Toc432669205)

[: Plan de Transition du Secteur de la Santé 7](#_Toc432669206)

[RESUME EXECUTIF 8](#_Toc432669207)

[I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION 11](#_Toc432669208)

[1.1. Données géographiques 11](#_Toc432669209)

[1.2. Données démographiques 11](#_Toc432669210)

[1.3. Données économiques 12](#_Toc432669211)

[1.4. Contextes socio- politique et sécuritaire 13](#_Toc432669212)

[1.5. Organisation du système de santé 13](#_Toc432669213)

[1.5.1. Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS) 13](#_Toc432669214)

[1.5.2. Résultats, domaines d’intervention et actions prioritaires 13](#_Toc432669215)

[1.6. Financement du Secteur de la santé 15](#_Toc432669216)

[II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV 16](#_Toc432669217)

[2.1. Gestion du programme 16](#_Toc432669218)

[2.1.1. Historique du PEV 16](#_Toc432669219)

[2.1.2. Organisation générale du PEV 17](#_Toc432669220)

[2.1.3. Organes de coordination du PEV 17](#_Toc432669221)

[2.1.4. Ressources 19](#_Toc432669222)

[2.1.5. Activités de soutien 21](#_Toc432669223)

[Le financement du PEV est assuré par le Gouvernement, l’OMS, l’UNICEF et Gavi. Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route, le gouvernement de transition poursuit l’objectif d’allouer 15% des ressources à la santé, en dépit du contexte difficile et ce, conformément aux recommandations des chefs d’Etat des pays membres de l’OMS tenue à Abuja en 2003. 23](#_Toc432669224)

[a. Financement sur les ressources propres de l’Etat 23](#_Toc432669225)

[b. Financement sur les ressources non propres de l’Etat 23](#_Toc432669226)

[2.1.6. Prestations des services du Programme élargi de vaccination 23](#_Toc432669227)

[2.2. Surveillance des maladies évitables par la vaccination 27](#_Toc432669228)

[2.2.1. Promptitude et complétude des rapports. 27](#_Toc432669229)

[2.2.2. Paralysies Flasques Aiguës (PFA) 28](#_Toc432669230)

[2.2.3. Rougeole. 28](#_Toc432669231)

[2.2.4. Fièvre jaune 29](#_Toc432669232)

[2.2.5. Tétanos néonatal 30](#_Toc432669233)

[2.2.6. Coqueluche 30](#_Toc432669234)

[2.2.7. Méningite 31](#_Toc432669235)

[1.1.1 Diarrhées à rotavirus 32](#_Toc432669236)

[2.2.8. Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) 32](#_Toc432669237)

[2.3. Logistique 32](#_Toc432669238)

[2.3.1. Approvisionnement des vaccins. 32](#_Toc432669239)

[2.3.2. Chaine du froid 34](#_Toc432669240)

[2.3.3. Gestion efficace des vaccins 34](#_Toc432669241)

[2.3.4. 35](#_Toc432669242)

[2.3.5. Introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine 36](#_Toc432669243)

[Le PEV en RCA dispose d’une longue expérience antérieure en matière d’introduction de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés. 36](#_Toc432669244)

[En effet, la vaccination contre la fièvre jaune existe depuis la création des services des grandes endémies en 1954. Pendant cette période, la vaccination se faisait sous forme de campagnes de masse en stratégie mobile, avec un chronogramme bien défini. Il convient de rappeler que le vaccin antiamaril 17 D (Institut Pasteur de Dakar) était administré par scarification. A partir de 1986, le vaccin antiamaril était administré aux enfants à partir de 12 mois sous forme injectable à l’avant-bras droit. 36](#_Toc432669245)

[Dans le cadre de l’élargissement de la protection contre les maladies évitables par la vaccination, la RCA a introduit successivement le vaccin contre l’Hépatite virale B et le l’Haemophilus influenzæ de type B en 2008 et le vaccin contre les infections à pneumocoques (PCV13) en 2011 et récemment le Vaccin anti poliomyélitique Inactivé (VPI) en septembre 2015 dans le PEV de routine. 36](#_Toc432669246)

[L’évaluation post introduction du PCV13 réalisée en septembre 2011 a permis de formuler les recommandations suivantes : 36](#_Toc432669247)

[2.4. Communication en faveur du PEV 37](#_Toc432669248)

[III. PRIORITES DE SANTE 38](#_Toc432669249)

[IV. BUT ET OBJECTIFS 38](#_Toc432669250)

[4.1 But 38](#_Toc432669251)

[4.2 Objectifs 38](#_Toc432669252)

[4.2.1 Objectif général 38](#_Toc432669253)

[4.2.2 Objectifs spécifiques 38](#_Toc432669254)

[4.3 Vaccin MenAfriVac®: homologation, caractéristiques 39](#_Toc432669255)

[4.3.1. Homologation des produits 39](#_Toc432669256)

[4.3.2. Caractéristiques du vaccin 39](#_Toc432669257)

[4.3.3. Durée de conservation 40](#_Toc432669258)

[4.3.4. Conditionnement/Emballage: 40](#_Toc432669259)

[6.5. Voie d’administration 40](#_Toc432669260)

[V. MISE EN OEUVRE 40](#_Toc432669261)

[5.1 Introduction dans la vaccination de routine 40](#_Toc432669262)

[5.1.1 Choix du vaccin et période 40](#_Toc432669263)

[5.1.2 .Calendrier et cibles d’administration 40](#_Toc432669264)

[5.1.3 . Objectifs annuels de couverture vaccinale 41](#_Toc432669265)

[5.1.4 .Taux de pertes 41](#_Toc432669266)

[5.1.5 . Estimation des besoins en vaccins et consommables 41](#_Toc432669267)

[5.1.6 Calendrier de vaccination actualisé 42](#_Toc432669268)

[5.1.7 Stratégies 42](#_Toc432669269)

[VI. BUDGET ESTIMATIF DE L’INTRODUCTION 43](#_Toc432669270)

[VII. CAMPAGNE DE VACCINATION PREVENTIVE DE MASSE 44](#_Toc432669271)

[7.1. Cible et besoins 44](#_Toc432669272)

[7.1.1. Population cible 44](#_Toc432669273)

[7.1.2. Besoins en ressources humaines 44](#_Toc432669274)

[7.1.3. Besoins en intrants 44](#_Toc432669275)

[7.2. Budget estimatif 44](#_Toc432669276)

[7.3. Période et durée 45](#_Toc432669277)

[7.4. Coordination 45](#_Toc432669278)

[7.5. Planification 45](#_Toc432669279)

[7.6. Renforcement des capacités du personnel 45](#_Toc432669280)

[7.7. Communication et mobilisation sociale 46](#_Toc432669281)

[7.8. Approvisionnement en intrants 46](#_Toc432669282)

[7.9. Stratégies de vaccination 46](#_Toc432669283)

[7.10. Sécurité de la vaccination 46](#_Toc432669284)

[7.11. Supervision 47](#_Toc432669285)

[VIII. LIEN AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS 47](#_Toc432669286)

[IX. SUIVI EVALUATION 47](#_Toc432669287)

[9.1 Avant la campagne 47](#_Toc432669288)

[9.2 Pendant la campagne 47](#_Toc432669289)

[9.3 Après la campagne 48](#_Toc432669290)

[X. ANNEXES 48](#_Toc432669291)

[- Plan d’action opérationnel (PAO) 48](#_Toc432669292)

[- Chronogramme pour introduction dans la vaccination de routine 48](#_Toc432669293)

[- Chronogramme pour la campagne de rattrapage 48](#_Toc432669294)

[- Budget pour introduction dans la vaccination de routine 48](#_Toc432669295)

[- Budget pour la campagne de Rattrapage 48](#_Toc432669296)

# **Liste des abréviations et acronymes**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACD** | : Atteindre Chaque District |
| **AMP** | : Agence de Médecine Préventive |
| **ANR** | : Autorité Nationale de Régulation |
| **AVS** | : Activités de Vaccination Supplémentaires |
| **BPS** | : Bureau chargés de Promotion de la Santé |
| **CCIA** | : Comité de Coordination Inter-Agence |
| **CDF** | : Chaine de Froids |
| **CTAPEV** | : Comité Technique d’Appui au Programme Elargi de Vaccination |
| **COGES** | : Comité de Gestion |
| **CS** | : Centre de Santé |
| **DCS** | : Direction de la Communication en matière de Santé |
| **DPEV** | : Direction du Programme Elargi de Vaccination |
| **DPM** | : Direction des Pharmacie et Médicaments |
| **DQS** | : Outils d’auto-évaluation de la qualité des données |
| **DTS** | : Dépenses Totales de Santé, |
| **ECD** | : Equipes Cadres des Districts ; |
| **EDS** | : Enquête Démographique de Santé |
| **EGEV** | : Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins |
| **EPIVAC** | : Epidémiologie et Vaccinologie ; |
| **CEMAC** | : Communauté Economique et Monétaire d’Afrique Centrale ; |
| **FOSA** | : Formation sanitaire |
| **GEV** | : Gestion Efficace des Vaccins |
| **GTCV** | **:** Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination |
| **JLV** | : Journées Locales de Vaccination |
| **JNSE** | : Journées Nationales de Survie de l’Enfant |
| **JNV** | : Journées Nationales de Vaccination ; |
| **LMD** | : Lutte contre les Maladies Diarrhéiques ; |
| **MAPI** | : Manifestation Adverses Post Immunisation ; |
| **MFB** | : Ministère des Finances et du Budget |
| **MICS** | : Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples) ; |
| **MILDA** | : Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides de Longue Durée d’Action |
| **MEPCI** | : Ministère de l’Economie, du Plan et de la Coopération Internationale |
| **MSF** | : Médecins Sans Frontières ; |
| **MSP** | : Ministère de la Santé et de la Population |
| **IEC** | : Information Education Communication |
| **IDH** | : Indice de Développement Humain ; |
| **OMD** | : Objectifs du Millénaire  pour le Développement ; |
| **OMS** | : Organisation Mondiale de la Santé ; |
| **ONG** | : Organisation Non Gouvernementale ; |
| **PEV** | : Programme Elargi de Vaccination ; |
| **PCV** | : Pastille de Contrôle de Vaccin |
| **PFA** | : Paralysie Flasque Aigue ; |
| **PIC** | : Plan Intégré de Communication |
| **PNDS** | : Plan National de Développement Sanitaire ; |
| **PNUD** | : Programme des Nations Unies pour le Développement ; |
| **PPAC** | : Plan Pluriannuel Complet ; |
| **PPI** | : Post Partum Immédiat |
| **PPTE** | : Pays Pauvres Très Endettés : |
| **PODAPEV** | : Plan d’Opération pour le Développement Accéléré du Programme Elargi de Vaccination |
| **PTSS** | : Plan de Transition du Secteur de la Santé |
| **PVS** | : Poliovirus Sauvage ; |
| **PTF** | : Partenaires Techniques et Financiers |
| **PS** | : Poste de Santé ; |
| **RCA** | : République Centrafricaine ; |
| **RDC** | : République Démocratique du Congo |
| **RGPH** | : Recensement Général de la Population  et de l’Habitation; |
| **RS** | : Région Sanitaire ; |
| **RSS** | : Renforcement du Système de Santé ; |
| **SASDE** | : Stratégie Africaine pour la Survie et le Développement de l’Enfant |
| **SGESU** | : Service de Gestion des Epidémies et de la Situation d’Urgence ; |
| **SIMR** | : Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte ; |
| **SMED** | : Service de Maintenance des Equipements Biomédicaux |
| **SMI** | : Santé maternelle et Infantile ; |
| **SNIS** | : Système National d’Information Sanitaire ; |
| **SPEV** | : Service du Programme Elargi de Vaccination ; |
| **SPS** | : Service de la Promotion de la Santé |
| **SURVAC** | : Surveillance en Afrique Centrale |
| **SSP** | : Soins de Santé Primaires ; |
| **UCM** | : Unité de Cession du Médicament ; |
| **TMN** | : Tétanos Maternel et Néonatal |
| **UE** | Union Européenne ; |
| **UNHAS** | : United Nation Humanitary Air Service |
| **UNICEF** | Fonds des Nations Unies pour l’Enfance ; |
| **VAA** | Vaccin Anti-Amaril ; |
| **VAR** | Vaccin Anti-Rougeoleux; |
| **VAT** | Vaccin Antitétanique; |
| **VPO** | Vaccin Polio Oral; |
| **VPI** | Vaccin Polio inactivé |

# **RESUME EXECUTIF**

Les maladies évitables par les vaccinations demeurent un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en développement dont le RCA. En effet, la RCA a enregistré de façon saisonnière des épidémies de méningite à Méningocoque A (*NmA*) avec une létalité variant entre 12 et 19%.

Afin de lutter contre ces épidémies, le pays va organiser en 2016, une campagne préventive avec le MenAfriVac® sur toute l’étendue du territoire national. Elle va concerner la population âgée de 1 à 29 ans.

Cette campagne sera suivie de la mise en place d’un système de surveillance cas par cas des méningites bactériennes à l’échelle du pays,

En vue de prévenir des épidémies récurrentes de méningite à méningocoque A, la RCA avec l’appui de ses partenaires techniques et financiers, notamment Gavi Alliance, OMS et UNICEF a décidé d’introduire le vaccin MenAfriVac® dans sa vaccination de routine en Février 2017.

Le but de l’introduction de ce vaccin est de contribuer à l’élimination de la méningite à méningocoque A comme problème de santé publique en RCA.

L’objectif général est de renforcer l’immunité de la population contre la méningite à méningocoque A. Plus spécifiquement il s’agira :

* D’organiser une campagne de rattrapage en vue de vacciner au moins 95% de la population âgée de 1 à 29 ans en Novembre 2016 ;
* D’introduire le MenAfrivac dans la vaccination de routine en Février 2017 et de vacciner au moins 60% des enfants de 9-11 mois. La population cible pour la vaccination de routine concerne les enfants de 9-11 mois soit une cohorte de nourrissons survivants (158.195).

Le vaccin sera administré concomitamment au vaccin anti-rougeoleux et le vaccin antiamaril (VAA).

Le programme visera aussi à atteindre 100% de l'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux au cours de la période prévue.

Avant l'introduction du vaccin, les supports de gestion du PEV avaient ete révisés à partir d’Août 2015 consécutivement à l’introduction du Vaccin polio inactivé (VPI).

Le lancement officiel et l'introduction du MenAfriVac® dans la vaccination de routine est prévue pour février 2017.

La RCA a une bonne expérience dans l’introduction des nouveaux vaccins. En effet, dans le cadre de l’appui Gavi à l’introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine, la RCA a introduit le vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib) en 2008 et le vaccin anti pneumocoque (PCV13) en 2011. Les conclusions et recommandations de la revue externe du PEV réalisée en 2012 ainsi que les différentes Evaluations Post-Introductions seront pris en compte dans le cadre de l’introduction du MenAfrivac .

La capacité de la chaine de froid a été accrue au niveau national grâce à l’acquisition et l’installation d’une nouvelle chambre froide positive d’une capacité brute de 30m3. Deux cent (200) réfrigérateurs solaires (150 de l’UNICEF et 50 de l’OMS) sont en cours de déploiement et d'installation au niveau des Régions et Districts Sanitaires. Le remplacement progressif des réfrigérateurs à absorption par les réfrigérateurs solaires de grande capacité de stockage des vaccins en vue de l’introduction de nouveaux vaccins va se poursuivre. La reprogrammation du plan d’appui Gavi-RSS 2014 -2015 réorientée vers le renforcement du PEV va contribuer à améliorer la prestation des services de vaccination.

Afin d'atteindre les objectifs d'introduction de ce nouveau vaccin, les stratégies suivantes ont été définies :

* Renforcement des compétences des agents de santé ;
* Renforcement de la capacité logistique du PEV ;
* Amélioration de la gestion des vaccins et consommables ;
* Amélioration de la gestion des déchets ;
* Révision des supports de gestion PEV ;
* Renforcement de la communication en faveur du PEV ;
* Renforcement de la Surveillance des MAPI ;
* Renforcement de la Surveillance de la méningite ;
* Renforcement du partenariat.

Le suivi-évaluation de l’introduction du MenAfriVac® se fera à tous les niveaux du système de santé (central, régional et district).Il consistera au suivi des couvertures vaccinales, au suivi de l’évolution des enfants non vaccinés et la réalisation d’une évaluation post-introduction du vaccin.

Le budget estimatif de la campagne de vaccination s’élève à 2,979,558,265  **CFA** soit 4,965,930.44  **$ US** dont 2,342,948.50 **$ US** pour les coûts opérationnels et 2,622,981.94  **$ US** pour les coûts des vaccins et matériel d’injection.

Le budget estimatif de l'introduction du vaccin MenAfrivac dans le PEV de routine s’élève à 287 703 077 CFA soit 492,642.26 $ US répartis en 194 623 778 CFA soit 333,259.89 $ US pour les coûts opérationnels et 93,079,299 CFA soit 159,382 $ US pour les coûts des vaccins et matériel d’injection .

La répartition des couts opérationnels par sources de financement est la suivante :

* GAVI : 126,556 USD
* Autres partenaires : 206,703.89 USD

# **I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

La méningite cérébrospinale est une pathologie grave, qui entraîne une forte létalité (au-delà de 10%) lorsque les conditions optimales pour la prise en charge des malades ne sont pas réunies. Dans certaines circonstances, elle peut également laisser chez les patients des séquelles neurologiques à types d’handicaps moteurs et/ou neurosensoriels (tels que auditifs et autres).

La République Centrafricaine fait partie des pays de la ceinture méningitique de LAPEISONI et est souvent confrontée à des épidémies saisonnières de méningite due au *Neisseria meningitidis A (NmA)*.

Afin de lutter contre ces épidémies récurrentes, le pays compte introduire le vaccin conjugué MenAfriVac® d’abord en mode de campagne nationale de vaccination préventive ciblant les personnes âgées de 1 à 29 ans et ensuite dans la vaccination de routine ciblant les enfants de 9 à 11mois grâce à l’appui de Gavi Alliance et des autres Partenaires. Cette introduction vise à prévenir des épidémies saisonnières de méningite due au méningocoque A.

## 1.1. Données géographiques

Située au cœur du continent Africain, la République Centrafricaine couvre une superficie estimée à 623 000 km². Elle fait frontière à l’Est avec le Soudan et le Soudan du Sud, à l’Ouest avec le Cameroun, au Nord avec le Tchad, au Sud avec le Congo et la République Démocratique du Congo (RDC).



*Fig.1: Découpage sanitaire de la RCA*



Fig.1: Découpage sanitaire de la RCA



Fig.1: Découpage sanitaire de la RCA

Le climat est de type équatorial caractérisé par deux saisons : une saison des pluies allant de mai à octobre et une saison sèche qui s’étend de novembre à avril. Pendant la saison des pluies, la communication terrestre est presque coupée entre Bangui la capitale et les Préfectures du nord-est, sud et Est cela rend certaines interventions difficiles voire quasiment impossibles.

L’enclavement de la République Centrafricaine constitue l’un des plus sérieux handicaps à son développement car, le pays n’accède à la mer pour ses importations et exportations que par le port de Douala au Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et par le port de Pointe Noire au Congo (1710 Km) par la voie fluviale. Néanmoins, il existe certains cours d’eau navigables qui permettent d’atteindre certaines localités inaccessibles par voies terrestres

## 1**.2. Données démographiques**

La population centrafricaine est estimée à 4.953.015 habitants en 2015 (Projection RGPH 2003).

Depuis décembre 2012, la RCA a connu d’importants mouvements des populations aussi bien au niveau interne (430.000 IDP) que vers les pays voisins (Cameroun, Tchad, Congo et RDC) et les estimations indiquent 423.000 réfugiés. ’

Avec une croissance inter censitaire de 2,5% entre le RGPH 1988 et RGPH 2003, les effectifs de la population totale de la RCA en 2015 et ceux des groupes cibles du PEV et d’autres paquets de services intégrés à la vaccination sont représentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau n° I : Projection des données démographiques de la RCA de 2015 à 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Groupes cibles | 2015 | 2016 | 2017 |
| Population totale | 4.953.015 | 5.076.840 | 5.203.761 |
| Femmes en âge de procréer | 1.193.677 | 1.223.519 | 1.254.107 |
| Femmes enceintes | 198.121 | 203.074 | 208.151 |
| Enfants de 0 à 59 mois | 856.872 | 878.294 | 900.251 |
| Enfants de 6 à 59 mois | 781.586 | 801.126 | 821.154 |
| Enfants de < 1 ans | 173.356 | 177.690 | 182.132 |
| Enfants de 0 à 15 ans | 2.015.878 | 2.066.275 | 2.117.932 |
| Nourrissons survivants | 150.572 | 154.336 | 158.195 |
| Population de 1à 29 ans | 3.516.642 | **3.604.558** | 3.694.672 |

## 1.3. Données économiques

Les périodes récurrentes d’instabilité et de violence, exacerbées par les événements de décembre 2013 ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population. Cette situation se superpose à un niveau déjà existant d’extrême pauvreté, avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179ème rang sur 187 pays selon l’Indice de développement humain (IDH). En fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD soit une réduction de 33%, par rapport à 2010.

L’appréciation de la situation de l’économie nationale montre : (i) la reprise progressive des activités dans les différents secteurs de l’économie ; ii) la reprise progressive des exportations des matières premières ; (iii) la poursuite des négociations pour la levée de la suspension du processus de Kimberley; (iv) la hausse des prix à la consommation avec un taux d’inflation estimé à 13% en 2014, supérieur aux critères de convergence de la CEMAC qui est de 3%.

## 1.4. Contextes socio- politique et sécuritaire

La RCA a connu depuis décembre 2012 des troubles militaro-politiques récurrents ayant engendré une crise profonde caractérisée due à l’insécurité généralisée.

Au cours de ces événements, le pays a enregistré près d’un million de déplacés internes et de réfugiés dans les pays voisins (Cameroun, RDC et Tchad).

Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays depuis septembre 2014 sont entrain de ramener progressivement la sécurité dans la ville de Bangui et certaines villes du Pays. Toutefois, il faut relever la persistance de l’insécurité d’une manière générale dans le pays.

## 1.5. Organisation du système de santé

### **1.5.1. Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS)**

Dans le contexte actuel de crise sociopolitique que traverse la RCA, engendrant la crise humanitaire, le Plan de Transition du Secteur de la Santé pour la période 2015-2016 est un document programmatique qui s’est voulu à la fois stratégique et opérationnel. Il cible aussi bien des actions à impact rapide notamment la vaccination que celles visant une relance effective et durable du secteur de la santé. Il s’inscrit dans la droite ligne de la Feuille de Route du Gouvernement de Transition et de son Programme d’Urgence pour le Redressement Durable du pays.

Le PPAC 2015-2017 du PEV s’aligne également sur les axes stratégiques de ce Plan de Transition du Secteur de Santé.

### **1.5.2. Résultats, domaines d’intervention et actions prioritaires**

### 

Le plan de transition a été organisé autour de cinq résultats principaux. Les deux premiers portent sur les questions de gouvernance et de reconstruction progressive du système de santé, les trois suivants sur les populations et / ou programmes de santé prioritaires. Ils sont repris ci-dessous en détaillant les spécificités de chaque axe par rapport à des plans pluriannuels classiques dans des contextes stables.

(1) **Renforcement du ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance**. L’accent est mis ici notamment sur la coordination stratégique entre les intervenants (MSP, PTF, ONG) à tous niveaux et sur le besoin d’adapter et faire évoluer les stratégies et modalités d’intervention en fonction des conditions locales de sécurité et de fonctionnalité des services.

(2) **Mise à disposition d’un paquet minimum d’activités de qualité**. L’ensemble des piliers du système de santé demande un renforcement massif. Les problématiques les plus difficiles à gérer dans l’immédiat résident probablement dans l’organisation d’un approvisionnement de qualité et dans les modalités de réallocation du personnel et de paiement au niveau décentralisé.

(3) **Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l’enfant**. L’ensemble des services curatifs et préventifs sont à renforcer d’urgence, avec notamment le renforcement de la vaccination, les réponses aux problèmes massifs de malnutrition accentués par la crise et les déplacements, la systématisation de stratégies alternatives au niveau communautaire et le développement et la mise en œuvre de programmes réalistes de prise en charge médicale et psychosociale des violences sexuelles.

(4) **Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes**. Des documents et procédures existent. Il faut aujourd’hui les opérationnaliser en créant au sein du personnel des équipes mobilisables en cas d’alerte et assurer le pré positionnement des intrants.

(5) **Amélioration de la lutte contre les maladies**. Cet axe a besoin d’intégration de stratégies de santé mentale au sein des paquets d’activités. La poursuite de la lutte contre les principales maladies infectieuses est évidemment essentielle en raison de leur lourd tribut en termes de morbidité et de mortalité, sans oublier la recrudescence des maladies non transmissibles pouvant découler de la situation psychologique actuelle de la population.

Pour la mise en œuvre de ces axes stratégiques, des actions prioritaires sont définies et prennent en compte le PEV. Ces actions visent le renforcement de ses capacités opérationnelles et l’introduction des nouveaux vaccins.

Le Plan Pluri Annuel Complet 2015-2017 s’inscrit dans un contexte d’urgence et s’aligne sur le Plan de transition pour la santé qui couvre la période 2015 à 2017. L’analyse faite lors de l’évaluation des activités de vaccination au cours des 2 dernières années (2013 et 2014) a permis d’identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces et insuffisances du programme. Ce Plan va permettre de mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination et d’autres paquets de services essentiels à la survie et au développement des enfants sur la période de 2015 à 2017.

L’organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 05.121 du 06 juin 2005, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida et fixant les attributions du Ministre.

Calquée sur la résolution du scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d’instaurer la santé pour tous les africains, adoptée par le 35e Comité Régional de l’OMS pour l’Afrique à LUSAKA en 1985, l’organisation du système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

* Niveau central comprend le Cabinet du Ministre et les Directions centrales est chargé de la conception et de la coordination de la politique de santé telle que définie par le Gouvernement et de fournir des appuis stratégiques aux niveaux inférieurs;
* Niveau intermédiaire comprend correspond à la Région Sanitaire. Le pays est subdivisé en sept Régions Sanitaires conformément à l’Arrêté n° 0155/MSPP/CAB du 23 avril 2002 qui met en application la loi N° 96.013 du 13 janvier 1996 relative à la régionalisation et la décentralisation. La Région Sanitaire est le niveau d’appui technique au système de santé et constitue une courroie de transmission entre le niveau central et le niveau périphérique pour une mise en œuvre effective de la politique et des programmes de santé ;
* Niveau périphérique composé de 12 préfectures sanitaires, 10 districts sanitaires et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. Ces entités sont managées par des Equipes Cadres des Districts (ECD).

#### En ce qui concerne l’offre de service de santé, l’enquête HeRAMS réalisée en 2014 a permis d’évaluer la disponibilité de l’offre des services de santé par Région Sanitaire, ainsi que les raisons principales d’une couverture non optimale de cette offre. Les principaux résultats ont montré que sur les 814 Formations Sanitaires, 55,3% seulement étaient fonctionnelles au niveau national, la non fonctionnalité variant de 51,7% dans la Région Sanitaire N°3 à 17,9% dans la Région Sanitaire N°5. Avec le retour progressif de la sécurité, de nouvelles formations sanitaires ont été réhabilitées et rendues fonctionnelles. Une nouvelle enquête HERAMS est en cours.

## 1.6. Financement du Secteur de la santé

Les périodes récurrentes d’instabilité et de violence, exacerbées par les événements de décembre 2013 ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population. Cette situation se superpose à un niveau déjà existant d’extrême pauvreté, avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179ème rang sur 187 pays selon l’Indice de développement humain (IDH). En fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD soit une réduction de 33%, par rapport à 2010.

Les dépenses totales de santé du Gouvernement ne représentent qu’environ 10 % des dépenses totales de santé (DTS), ce qui implique la très forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis du financement extérieur.

Plus de la moitié (54%) du financement de santé est assurée par les dépenses privées alors que les dépenses publiques représentent un peu plus du tiers (37%) et les autres dépenses (9%).

.

# **II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV**

L’analyse de la situation a tenu compte des différentes composantes du programme élargi de vaccination : la gestion des programmes, la logistique du PEV, la surveillance des maladies cibles, la communication et le financement du PEV. Toutes ces analyses ont tenu compte des axes stratégiques du Plan d’action mondiale pour les vaccins et des composantes ACD.

## 2.1. Gestion du programme

### **2.1.1. Historique du PEV**

Le Gouvernement centrafricain a fait du Programme Elargi de Vaccination (PEV) l’un de ses programmes prioritaires de santé pour améliorer la survie des enfants au regard du taux de mortalité infantile encore très élevé.

Le PEV fut introduit en 1979 dans les programmes de santé en République Centrafricaine. Face aux faibles taux de couverture vaccinale enregistrés jusqu’en 1985, le Gouvernement a opté pour le Plan d’Opération pour le Développement Accéléré du Programme Elargi de Vaccination (PODAPEV) au cours des années 1986 – 1990 avec l’appui de plusieurs organismes multilatéraux, bilatéraux et de plusieurs Organisations Non Gouvernementales. La mise en œuvre de ce plan a permis d’augmenter d’une manière significative les taux de couverture des antigènes requis chez les enfants de moins d’un an et chez les femmes enceintes. Ce succès a été rendu possible grâce à la disponibilité du financement, à l’utilisation des trois stratégies de vaccination (fixe, mobile et avancée), à l’attention que le Gouvernement accordait à la mise en œuvre du PODAPEV, ainsi qu’au contexte de la paix et de sécurité ayant facilité l’exécution des activités sur le terrain.

Cette augmentation des taux de couverture vaccinale a contribué à réduire graduellement le taux de mortalité infantile qui est passée respectivement de 185 pour 1000 en 1975 (RGPH) à 132 pour 1000 en 1988 (RGPH) et à 97 pour 1000 en 1995 (EDS 1994/95).

### **2.1.2. Organisation générale du PEV**

#### **2.1.2.1. Organisation au niveau central**

#### La Direction du PEV fait partie de la Direction Générale de la Santé Publique du Ministère de la Santé et de la Population. Elle est structurée en deux Services qui sont le service de la logistique et d’appui administratif et le service de programmation et de la gestion des données. Ces services sont organisés en 6 sections:

#### Chaîne de froid, transport et communication ;

#### Gestion des vaccins et autres consommables;

#### Programmation, suivi et évaluation ;

#### Gestion des données ;

#### Gestion des ressources ;

#### Secrétariat.

#### **2.1.2.2. Organisation du PEV au niveau régional**

Au niveau régional, il y a un Superviseur Régional du PEV et un Point Focal Régional de la surveillance intégrée de la maladie sous l’autorité du Chef de Service de Coordination et du Suivi des Soins de Santé Primaires.

#### **2.1.2.3. Organisation du PEV au niveau district**

Au niveau district, il y a un Responsable Préfectoral du PEV et un Point Focal Préfectoral de la surveillance intégrée des maladies placées sous l’autorité du Chef de section Soins et Supervision. Le PEV est intégré au système de soins.

#### **2.1.2.4. Organisation du PEV au niveau Centre de Sante**

Au niveau Centre de Sante, la gestion du programme est placée sous la responsabilité de l’infirmier chef de poste (ICP) en collaboration avec le comité de gestion (COGES). Un responsable PEV est désigné pour le suivi de la mise en œuvre des activités de vaccination. C’est à ce niveau que sont mises en œuvre les différentes stratégies de vaccinations.

### **2.1.3. Organes de coordination du PEV**

#### **2.1.3.1. Comité de coordination Inter- Agences (CCIA)**

Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV est créé par Arrêté ministériel N°0044 MSPP/CAB/SG/DGSPP/SPEV du 7 février 2002. Il comprend en son sein les cadres du Département de la Santé, des départements ministériels connexes (Finances et Budget, Economie, Plan et Coopération Internationale, Intérieur et Administration du Territoire, Défense nationale, Communication), les agences du Système des Nations Unies, les partenaires bilatéraux, les Organisations Non-Gouvernementales (ONG) nationales et internationales.

Placé sous la Présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Population, le CCIA a pour missions de :

1. Coordonner les activités des partenaires ;
2. Contribuer à l’examen et à l’approbation des plans du PEV de routine, des Journées Nationales/Locales de Vaccination et de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies ;
3. Mobiliser les ressources internes et externes nécessaires à la réalisation des activités ;
4. Veiller à une gestion transparente et responsable des ressources en procédant avec l’équipe du PEV à des vérifications régulières de l’utilisation des ressources du programme ;
5. Encourager et soutenir l’échange d’information tant au niveau opérationnel national qu’extérieur ;
6. Veiller à la bonne exécution du programme ;
7. Rechercher les voies et moyens pour résoudre les contraintes susceptibles d’entraver la bonne marche du programme.

#### **2.1.3.2. Comité Technique d’Appui au PEV (CTA- PEV)**

Le CCIA est appuyé dans sa prise de décision par le Comité Technique d’Appui au PEV (CTAPEV) crée par Arrêté N° 113 MSPP/CAB/SG/DGSPP/DMPM/SPEV du 11 Mars 2003. Le CTAPEV est une structure pluri sectorielle etpluridisciplinaire.

Le CTAPEV est placé sous la présidence du Directeur Général de la Santé Publique et a pour mission de :

1. Examiner et approuver les plans d’action opérationnelle du PEV ;

#### Approuver les budgets de mise en œuvre de ces plans ;

#### Suivre l’exécution des activités des plans d’action ;

#### Préparer les dossiers techniques pour les audits ;

#### Produire des rapports périodiques sur l’état de mise en œuvre du programme ;

#### Proposer au comité de coordination Inter Agences toutes mesures susceptibles d’accroître les performances du Programme.

#### **2.1.3.3. Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)**

La RCA n’a pas encore mis en place le groupe technique consultatif sur la vaccination qui sera chargé de proposer aux autorités sanitaires, un appui scientifique et technique dans le choix et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

### **2.1.4. Ressources**

#### **2.1.4.1. Ressources Humaines**

La RCA ne dispose pas actuellement de politique et de plan de développement des RHS ; L’élaboration de ces documents est en cours.

La situation des Ressources humaines, outre son insuffisance numérique et sa distribution géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, accusent une faiblesse de ses qualifications, tant dans le domaine technique des soins que dans celui de la gestion du système (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau II : Situation du personnel/normes (2014)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie professionnelle | Norme | Effectif requis | Effectif actuel | Gap à intégrer |
| *Personnel médical* |  |  |  |  |
| Médecins, Pharmaciens et Dentistes | 1/10 000 | 485 | 267 | 218 |
| Spécialistes paramédicaux (TS) | 1/4 000 | 1 214 | 327 | 887 |
| Infirmiers (IDE et assimilés) | 1/4 000 | 1 214 | 1 144 | 70 |
| Infirmière (SFDE/Ass Accouch) | 1/4 000 | 1 214 | 596 | 618 |
| *Personnel administratif d'appui* |  |  |  |  |
| Gestionnaire-comptable | 1/Hôp/Etab diagnostic | 25 | 8 | 17 |
| Ingénieur en Génie civil | 1 noyau central | 5 | 1 | 4 |
| Ingénieur/Technicien en Informatique (Data Manager GRH) | 1 noyau central | 4 | 1 | 3 |
| Technicien en maintenance) | 1/Hôp/Etab diagnostic | 25 | 2 | 23 |
| TOTAL |  | **4 186** | **2 346** | **1 860** |

Les troubles militaro-politiques, avec l’insécurité qui en découle rendent l’environnement de travail non propice au niveau de certaines régions du pays, à cause des déplacements du personnel ne permettant pas à la Direction des ressources de maîtriser la situation réelle du personnel de santé.

#### **2.1.4.2. Ressources matérielles**

* **Les locaux et équipements**
* Le PEV central de la RCA dispose de 05 chambres froides (03 positives et 02 négatives) toutes fonctionnelles, d’une capacité nette totale de stockage de 22,5 m3 en positif et 10m3 en négatif. Cette capacité est suffisante pour le stockage des vaccins du PEV de routine et même pour l’introduction du VPI en Septembre 2015 et celle du Rota en 2016. L’année 2014 a connu la normalisation de la chaine du froid au niveau central : les locaux abritant les chambres froides centrales ont été réhabilités, les unités frigorifiques des 4 anciennes chambres froides (installées en 2005) remplacées, 2 stabilisateurs installés pour la sécurisation des chambres froides. Un système de maintenance fiable des chambres froides est en cours de mise en place. Le relevé de température est toujours manuel au niveau central mais la pays envisage de mettre en place un système de suivi de la température à distance pour les chambres froides et l'utilisation pendant le transport des Freeze Tags et des fridges tags pour les dépôts au niveau intermédiaires et périphérique.
* L’inventaire réalisé en 2014 dans 5 des régions sanitaires du pays a montré que la capacité de stockage était est suffisante dans seulement 5 des préfectures/districts sanitaires en 2015. Sur 227 réfrigérateurs recensés, 69% marchent bien, 10% marchent avec nécessité de réparation et 21% sont en panne. Cependant, la Direction du PEV a amorcé depuis Mai 2014, le renforcement de la capacité de stockage au niveau des préfectures et le remplacement progressif des équipements de la chaine du froid (réfrigérateurs, congélateurs, porte-vaccins, glacières) pillés pendant la crise politico-militaire actuellement en cours dans le pays. Au cours de l’année 2014, 103 réfrigérateurs SIBIR (45 V170KE et 58 V110KE) et 102 glacières ont été mis à la disposition des préfectures et centres de santé. Depuis le début de l’année 2015, face aux difficultés d’approvisionnement en pétrole, principale source d’énergie pour le fonctionnement des réfrigérateurs en RCA, la Direction du PEV en collaboration avec ses partenaires a amorcé le remplacement progressif des réfrigérateurs à pétrole par des réfrigérateurs solaires sans batterie. C’est ainsi que121 réfrigérateurs solaires sans batterie, ont été réceptionnés et en instance d’installation A cet effet et avec l’appui de l’UNICEF, 4 staffs du ministère de la santé ont été formés à Ouidah sur l’installation et la maintenance des équipements solaires. 175 glacières et 1100 porte-vaccins ont également été réceptionnés et en instance de distribution.
* **Le Matériel roulant**

Au niveau central, le PEV dispose d’un véhicule 4X4 neuf et de 2 camions frigorifiques dont un en panne,. La direction du PEV fait souvent recours aux locations de véhicules et aux vols UNHAS et parfois aux partenaires pour les ravitaillements des préfectures/districts en vaccins et autres matériels.

Au niveau préfecture/district et centres de santé, la plupart des véhicules et motos ont été pillés pendant la crise que traverse le pays depuis 2013. Aussi, pour le ravitaillement des centres de sante la plupart des régions font recours à des véhicules de location et partenaires. Cependant, En 2013, 20 motos de supervision ont été fournies par l’UNICEF dans le cadre du projet SASDE dans les régions sanitaires No 2 et 3. En 2015, l'Unicef a également acheté pour le PEV 20 motos et 100 vélos. En 2013 et 2015, 13 Motos et 100 vélos ont été acquises sur fonds RSS. Tous ces moyens de transport sont en cours d’être mis à la disposition des préfectures et centres de santé.

**2.1.4.3. Sécurité des injections et Gestion des déchets**

Le PEV RCA utilise les seringues autobloquantes pour l’administration des vaccins et les boites de sécurité pour la récupération des seringues et aiguilles usagées. Un plan de gestion des déchets existe mais n’est pas encore diffusé et mis en œuvre. La plupart des centres de santé qui vaccinent utilisent le « brulis avec enfouissement » pour la destruction des déchets. Certaines formations sanitaires utilisent les incinérateurs type « De Monfort » construits par certaines ONGs sur le terrain.

### **2.1.5. Activités de soutien**

#### **2.1.5.1. Formation**

Dans le domaine du développement des capacités du programme, un certain nombre de formation a été organisé à l’intention des équipes cadres du niveau central, régional et Préfectoral : EPIVAC, SURVAC, gestion informatisée des données, outil DQS. Cependant, le renforcement des capacités des agents des formations sanitaires reste encore insuffisant

#### **2.1.5.2. Supervision**

Les activités de supervision bien que présentant des faiblesses sont réalisées de manière continuelle à tous les niveaux du système de santé.

Il existe des grilles de supervision spécifique au PEV à tous les niveaux du système de santé.

Toutefois, la revue approfondie du PEV 2009 a montré une insuffisance dans la supervision des agents sur le terrain (83% des responsables PEV des districts n’ont reçu qu’une supervision).Cette situation est imputable à l’insuffisance des financements des supervisions spécifiques PEV.

#### **2.1.5.3. Système d’information sanitaire**

Dans le but d’améliorer les performances du SNIS, le ministère de la santé a élaboré un plan stratégique pour la période 2011-2020. Il vise à assurer la disponibilité à temps d’une information sanitaire de qualité accessible et utilisée par les acteurs du système de santé pour la planification et la prise de décision.

La collecte, l’analyse et la transmission des données sur les vaccinations se font à travers les rapports mensuels PEV et de surveillance provenant des CS/PS.

La plupart des districts et des régions sanitaires disposent d’un système de partage d’information en vue de susciter l’amélioration des performances au niveau périphérique.

#### **2.1.5.4. Monitorage des activités**

Le monitorage des données de vaccination se fait de façon mensuel au niveau central (comité national de revue et d’harmonisation des données de vaccination, de surveillance et de laboratoire). Cependant, il est peu fonctionnel au niveau régional et opérationnel.

Dans le cadre de l’évaluation des activités de la surveillance des maladies cibles du PEV et du PEV de routine, des réunions trimestrielles et semestrielles sont organisée respectivement au niveau des Régions sanitaire et central.

En outre, les supervisons formatives sont conduites en utilisant périodiquement l’outil d’auto-évaluations de la qualité des données (DQS).

#### **2.1.5.5. Planification et évaluation**

Le RCA dispose d’un plan pluri annuel complet (PPAc) 2015-2017 du PEV. Chaque année un plan d’action annuel extrait du PPAc est élaboré conformément aux objectifs intermédiaires fixés dans le PPAc.

Au niveau Préfectures/Districts, les équipe cadre élaborent des micros plans PEV basés sur l’Approche « Atteindre Chaque District/Communauté » (ACD/C).

#### **2.1.5.6. Partenariat**

Le PEV bénéficie des appuis techniques et financiers des partenaires locaux et internationaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les composantes/opérations d’intervention de ces partenaires sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Partenaires techniques et financiers du PEV

| **Partenaire** | **Composantes/opérations** |
| --- | --- |
| OMS | Surveillance des PFA et des autres maladies évitables par la vaccination, PEV de routine, Activités de Vaccination supplémentaires, appui technique et de la mobilisation des ressources financières. |
| UNICEF | PEV de routine, vaccinations supplémentaires, communication/Mobilisation sociale, équipement logistique et matériels techniques et de froid, achat de vaccins et consommables, infrastructures, surveillance épidémiologique à base communautaire. |
| Gavi | Achat de vaccins et consommables, logistiques et matériels techniques, introduction des nouveaux vaccins, formation/recherche, supervision/évaluation, achat de matériels de chaine de froid (CDF), communication et véhicule deux roues et 4 roues. |
| CDC | Fonds catalytique en faveur du PEV de routine : mise en œuvre de l’approche ACD, formation  Appui technique : déploiement des consultants STOP |
| AMP | Planification, formation, supervision |
| Union Européenne | Renforcement système de santé |

Il existe d’autres partenaires qui contribuent au développement de la santé tels que ONG internationales et les partenaires internationaux (UNFPA, Banque mondiale).

#### **2.1.5.7. Financement du PEV**

## Le financement du PEV est assuré par le Gouvernement, l’OMS, l’UNICEF et Gavi. Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route, le gouvernement de transition poursuit l’objectif d’allouer 15% des ressources à la santé, en dépit du contexte difficile et ce, conformément aux recommandations des chefs d’Etat des pays membres de l’OMS tenue à Abuja en 2003.

Le coût de vaccination de routine a été estimé à $ 0.79 par habitant, ce qui équivaut à 0.24 % du PIB pour la même année. Le coût par enfant vacciné pour trois doses de Penta s’élève à 56.48 USD.

## Financement sur les ressources propres de l’Etat

Le budget alloué annuellement au MSP pour la période 2000-2015 évolue en dent de scie, celui-ci est en constante régression sur la période 2003-2005. Les dépenses de santé à l’exception de l’année 2000 sont consacrées au fonctionnement (plus de 50%). Malgré la volonté exprimée, l’allocation des ressources par le Gouvernement pour les dépenses d’investissement du secteur santé demeure faible.

## Financement sur les ressources non propres de l’Etat

La RCA bénéficie fortement de l’appui extérieur (Gavi, UNICEF et OMS) dans le cadre du financement des activités de vaccination et particulièrement pour l’introduction de nouveaux vaccins et des vaccins sous-utilisés.

### **2.1.6. Prestations des services du Programme élargi de vaccination**

#### **2.1.6.1. Cibles et calendrier vaccinal**

**a. Maladies cibles**

En RCA la vaccination de routine s’applique aux 9 maladies suivantes : tuberculose, diphtérie, le tétanos, coqueluche, poliomyélite, fièvre jaune, rougeole, hépatite virale B, infections à *Haemophilus Influenzae type B et infections à pneumocoques*.

1. **Populations cibles**

Les populations cibles de la vaccination de routine et des activités de vaccination supplémentaires sont dérivées des proportions suivantes de la population totale selon le tableau 3. Le calendrier vaccinal se présente comme suit :

Tableau IV : Proportion des populations cibles de la vaccination et autres interventions liées à la vaccination

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Groupe | Proportion de la population | Stratégie de Vaccination et autres interventions |
| Enfants âgés de 0-11 mois | 3,5% | PEV de Routine |
| Nourrissons survivants | 3.04% | PEV de Routine |
| Enfants âgés de 0-59 mois | 17,3% | JNV et distribution des MILDA |
| Enfants de 6 mois – 14 ans | 46% | Contrôle de la Rougeole, campagne de rattrapage |
| Enfants de 6-59 mois | 15,55% | Contrôle de la Rougeole, campagne de suivi |
| Enfants de 6-59 mois | 15,55% | Prévention de la carence en Vit A |
| Enfants de 12-59 mois | 13,8% | Déparasitage à l’Albendazole |
| Femmes enceintes | 4 % | PEV de routine, Elimination du TMN et distribution des MILDA |
| Femmes en âge de procréer | 49% | Elimination du TMN (campagnes) |
| Population de 1-29 ans | 71% | Campagne de rattrapage MenAfriVac |

**c. Calendrier vaccinal de routine :**

Les tableaux ci-dessous résument le calendrier vaccinal en vigueur en République Centrafricaine et celui des autres interventions intégrées à la vaccination.

Tableau V : Calendrier vaccinal pour les enfants (0 à 11 mois)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contact | Age | Antigènes recommandés |
| 1 | Naissance | BCG, VPO-0 |
| 2 | 6 semaines | DTC-**HepB+Hib-1, VPO-1,** PCV13-1, **Rota-1** |
| 3 | 10 semaines | DTC-**HepB+Hib-2, VPO-2, PCV13-2, Rota-2** |
| 4 | 14 semaines | DTC-**HepB+Hib-3 , VPO3/VPI , PCV13-3** |
| 5 | 9 mois | VAR/RR, VAA |
|

Tableau VI : Calendrier vaccinal pour les femmes enceintes VAT/Td

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antigène | Doses | Voies d'administration | Age d'administration |
| VAT/Td1 | 0,5 ml | Intra musculaire | Dès le 1er contact |
| VAT/Td 2 | 0,5 ml | Intra musculaire | 1 mois après VAT/Td 1 |
| VAT/Td 3 | 0,5 ml | Intra musculaire | 6 mois après VAT/Td 2 ou lors de la prochaine grossesse |
| VAT/Td 4 | 0,5 ml | Intra musculaire | 1 an après VAT/Td 3 ou lors de la prochaine grossesse |
| VAT/Td 5 | 0,5 ml | Intra musculaire | 1 an après VAT/Td 4 ou lors de la prochaine grossesse |

Tableau VII: Voies et sites d’administration des antigènes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antigènes | Doses | Age administration | Site administration |
| BCG, | 0,05 ml | Jusqu’à 15 jours | ID avant-bras gauche |
| VPO-0 | 2 gouttes | Voie orale |
| VPO1, | 2 gouttes | 6 semaines | Voie orale |
| DTC-HepB+Hib1, | 0,5 ml | IM, Cuisse droite |
| PCV13-1, | 0,5 ml | IM, Cuisse gauche |
| Rota1 | 1.5 ml | Voie orale |
| VPO-2, | 2 gouttes | 10 semaines | Voie orale |
| DTC-HepB+Hib2, | 0,5 ml | IM, Cuisse droite |
| PCV13-2, | 0,5 ml | IM, Cuisse gauche |
| Rota2 | 1.5 ml | Voie orale |
| VPO-3, | 2 gouttes | 14 semaines | Voie orale |
| DTC-HepB+Hib3 , | 0,5 ml | IM, Cuisse droite |
| PCV13-3 | 0,5 ml | IM, Cuisse gauche |
| VPI | 0,5 ml | IM, Cuisse gauche |
| VAR/RR | 0,5 ml | 9 mois | SC, Deltoïde, bras gauche |
| VAA | 0,5 ml | 9 mois | SC, Deltoïde, bras droit |
| VAT/Td | 0.5 ml | Voir tableau VII | IM, deltoïde gauche |

Tableau VIII : Calendrier pour les interventions intégrées au PEV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contact | Cibles recommandées | Interventions recommandées |
| 1 | Femme en PPI | Vit A 200 000 UI |
| 2 | Enfant de 6-11mois | Vit A 1ère dose 100 000 UI |
| 3 | Enfant de 12-18mois | Vit A 2ème dose 200 000 UI |
| 4 | Enfant de 12-59mois | Albendazole |
| 5 | Femme Enceinte à partir du 6ème mois de grossesse | Fer Acide Folique |
| 6 | Enfant de 0 -11 mois (Penta 3) | MILDA |

#### **2.1.6.2. Couvertures vaccinales de routine**

Le PEV de routine est essentiellement basé sur l’approche *« Atteindre Chaque District/Collectivité ».*

Les stratégies de vaccination mises en œuvre au niveau national sont : la stratégie fixe, la stratégie avancée et la stratégie mobile.

L’analyse comparative des tendances de couverture pendant les quatre (4) dernières années montre peu de progrès.

Tableau IX : Tendances de la couverture vaccinale au niveau national de 2012 à 2014

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antigènes | Année 2012 | | | Année 2013 | | | Année 2014 | | |
| **Objectifs** | **JRF** | **Estimations OMS-UNICEF** | **Objectifs** | **JRF** | **Estimations OMS-UNICEF** | **Objectifs** | **JRF** | **Estimations OMS-UNICEF** |
|
|
| BCG | 85% | 63% | 74% | 85% | 32% | 35% | 85% | 50% | 59% |
| VPO-3 | 75% | 55% | 47% | 75% | 23% | 23% | 75% | 50% | 35% |
| DTC-HepB+ Hib1 | 75% | 79% | 69% | 75% | 37% | 35% | 75% | 72% | 69% |
| DTC-HepB+ Hib3 | 75% | 57% | 47% | 75% | 24% | 23% | 75% | 45% | 33% |
| PCV13 3 | 75% | 52% | 47% | 75% | 20% | 23% | 75% | 38% | 38% |
| VAR | 75% | 64% | 48% | 75% | 25% | 25% | 75% | 59% | 47% |
| VAA | 75% | 63% | 48% | 75% | 25% | 24% | 75% | 44% | 32% |
| VAT2+ | 65% | 76% | 66% | 65% | 32% | 66% | 65% | 53% | 60% |
| Source : PEV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### Tableau x : Catégorisation des Préfectures en fonction de l’accès et l’utilisation des services de vaccination

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs | 2012 | 2013 | 2014 |
| CV DTC-HepB-Hib3 | 58% | 27% | 46% |
| % districts avec DTC-HepB-Hib3 > 80% | 4% | 8% | 1% |
| TA DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib3 | 27% | 35% | 37% |
| % districts avec taux d’abandon > 10% | 99% | 99% | 99% |

## 2.2. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Les activités de surveillance des maladies évitables par la vaccination s’inscrivent dans le cadre global de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) selon les recommandations de l’OMS.

En RCA, la surveillance active des maladies cibles du PEV concerne les paralysies flasques aigues (PFA), la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos maternel et néo natal, la coqueluche. Depuis 2012, la surveillance de la méningite pédiatrique et des diarrhées à rotavirus se font à travers le site sentinelle du complexe Pédiatrique de Bangui.

La surveillance au laboratoire de la polio, la rougeole, la fièvre jaune, les méningites pédiatriques et les infections à rotavirus se fait à l’Institut Pasteur de Bangui qui sert de laboratoire national de référence pour ces maladies. L’Institut Pasteur de Dakar sert de laboratoire régional de référence pour le diagnostic de la fièvre jaune.

### **2.2.1. Promptitude et complétude des rapports.**

La promptitude et la complétude dans la transmission des rapports de vaccination de routine et de surveillance des maladies cibles du PEV au niveau central des trois dernières années sont présentées dans le graphique ci-dessous :

Tableau XI**:** Evolution de la promptitude et de la complétude dans la transmission des rapports PEV de 2012 à 2015.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Normes** | **Années** | | | |
| **2012** | **2013** | **2014** | **1er semestre 2015** |
| 1. Promptitude | ≥ 80% | 38% | 29% | 29% | 37% |
| 1. Complétude | 100% | 95% | 86% | 81% | 89% |

La complétude dans la transmission des rapports a été de 100% au cours des trois dernières années. Quant à la promptitude elle a évolué en dents de scie au cours de ces trois dernières années.

### **2.2.2. Paralysies Flasques Aiguës (PFA)**

Les indicateurs majeurs de performance de la surveillance des PFA sont aux normes de certification : Taux de PFA non polio > 3 p 100 000 enfants < 15ans et pourcentage échantillon de selles prélevé dans les 14jours > 80%. Cependant il y a des disparités au niveau des Districts Sanitaires.

Tableau XII**:** Performance de la surveillance des PFA, 2012-2015\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs | Année | | |  |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015\* |
| Population <15 ans | 1 898 139 | 1 936 690 | 1 975 946 | 2 015 910 |
| Cas de PFA attendu/ an | 38 | 39 | 59 | 60 |
| Cas de PFA investigués | 125 | 59 | 89 | 42 |
| Taux PFA NP /100.000 < 15 ans | 6,4 | 2,7 | 4,56 | 3,61 |
| Cas de PFA avec 2 selles prélevées en 14 jrs | 121 | 50 | 72 | 38 |
| % PFA avec selles dans les 14 jours | 90% | 85% | 81% | 90% |
| % Entérovirus non polio | 29% | 29% | 28% | 24% |
| Polio virus sauvage | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Compatibles polio | 4 | 7 | 7 | 0 |

*\*1er semestre 2015*

### **2.2.3. Rougeole.**

La surveillance de la rougeole est opérationnelle avec des indicateurs de performance dans les limites de la norme. Cependant en 2013, le pays a connu plusieurs flambées épidémiques de rougeole (particulièrement dans les camps des déplacés).

Tableau XIII**:** Indicateurs de performance de la surveillance rougeole de 2012 – 2015\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | Nb de cas suspects prélevés | % districts ayant prélevé ≥1 cas | IgM Roug+ | Nb cas + par lien épid | IgM Rub + | Taux d'investigation annualisé / 100.000 Hbts |
| 2012 | 257 | 85% | 63 | 120 | 7 | 5,51 |
| 2013 | 533 | 73% | 179 | 168 | 28 | 12,2 |
| 2014 | 629 | 87% | 161 | 1 | 91 | 12,96 |
| 2015 | 651 | 100% | 75 | 38 | 211 | 10,86 |

Au cours des trois dernières années, la RCA connait plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées en RCA chaque année de 2013 à 2015. La cartographie ci-dessous montre que plusieurs foyers d’épidémies de rougeole ont été détectés au cours de ces 2 dernières années (2013-2014) et la 29ème semaine de 2015. Il faut noter aussi l’éclosion des épidémies de rubéole particulièrement dans la ville de Bangui depuis 2014.



*Fig.6 : Foyers de rougeole (IgM+) et de rubéole (IgM+), 27ème sem 2015*



*Fig.4 : Foyers de rougeole (IgM+) et de rubéole (IgM+), 2013*



*Fig.5 : Foyers de rougeole (IgM+) et de rubéole (IgM+), 2014? 2015IgM+)begele (IgM+) et de rubeet figures cidessous.013-2015organisées en RCAnfon riposte contre la rougeole ont été organis*

### **2.2.4. Fièvre jaune**

De 2012 à 2015, la surveillance active de la fièvre jaune a enregistré 991cas suspects avec 2 IgM fièvre jaune positif. Les indicateurs de performance sont dans les normes.

Tableau XIV **:** Evolution des indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune, 2012-2015 (1er semestre)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | Nb de cas suspects prélevés | % districts ayant prélevé ≥1 cas | Taux d'investigation annualisé pour 100.000 Hbts | Nb de cas IgM+ |
| 2012 | 508 | 100% | 10,89 | 0 |
| 2013 | 157 | 58% | 3,3 | 1 |
| 2014 | 326 | 80% | 6,11 | 1 |
| 2015 | 86 | 70% | 1,74 | 0 |

### **2.2.5. Tétanos néonatal**

Il faut relever la discordance des données de la surveillance au cas par cas et celles de la surveillance intégrée de TMN qui perdurent en dépit des efforts d’harmonisation. Cette situation est due à la sous notification des cas de TMN dans la surveillance active.

Tableau XV:Notification des cas de TMN, 2012-2015(1er semestre)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Année | (SIMR) | | Surv cas/cas | |
| **Cas** | **Décès** | **Cas** | **Décès** |
| 2012 | 31 | 24 | 12 | 6 |
| 2013 | 68 | 25 | 7 | 3 |
| 2014 | 16 | 2 | ND | ND |
| 2015 | 12 | 3 | ND | ND |

### **2.2.6. Coqueluche**

La surveillance de la coqueluche a montré une augmentation des cas suspects de coqueluche à partir de 2013 particulièrement dans les Zones post-conflits où la vaccination de routine a été plus ou arrêtée à cause de l’insécurité. Le tableau ci-dessous fait le point des cas notifiés.

Tableau XVI : Cas suspects de coqueluche notifiés en RCA, de 2012 à 2015(1er semestre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Année | (SIMR) | |
| **Cas** | **Décès** |
| 2012 | 0 | 0 |
| 2013 | 124 | 1 |
| 2014 | 221 | 0 |
| 2015 | 241 | 0 |

### **2.2.7. Méningite**

Outre la surveillance hebdomadaire de la méningite dans le cadre du SIMR, la surveillance des infections à Hib et des infections à pneumocoque n’a effectivement démarré qu’en septembre 2011 dans le cadre de la surveillance sentinelle après l’introduction du nouveau vaccin dans le calendrier du PEV systématique (Pentavalent et PCV 13).

Les données de la surveillance sentinelle sont résumées dans le tableau ci-dessous :

.

Tableau XVII**:** Données de la surveillance hebdomadaire(SIMR) de la méningite de 2012 à 2015(1er semestre)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | (SIMR) | | |
| **Cas** | **Décès** | **Taux de létalité** |
| 2012 | 406 | 48 | 12% |
| 2013 | 258 | 35 | 14% |
| 2014 | 188 | 36 | 19% |
| 2015 | 25 | 3 | 12% |

Tableau XVIII: Surveillance laboratoire de la méningite (données Laboratoire national), surveillance sentinelle, de 2012 à 2015(1er semestre).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année | Total LCR examinés | Résultats positifs | | | | | | | | | |
| ***N. Men A*** | ***N. Men B*** | ***N. Men C*** | ***N. Men W135*** | ***N. Men X*** | ***N. Men Y*** | ***N. Men (ind)*** | ***Strept P*** | ***Hi (type b)*** | **Autres germes** |
| 2012 | 958 | 51 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 40 | 4 |
| 2013 | 771 | 27 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 23 | 2 |
| 2014 | 195 | 9 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 |
| 2015 | 283 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 |

### ***Diarrhées à rotavirus***

La surveillance des diarrhées à rotavirus a été lancée en 2011 à partir du site sentinelle du Complexe Pédiatrique de Bangui. Le tableau ci-dessous présente les données de cette surveillance de 2012 à 2015.

Tableau XIX: Données de la surveillance sentinelle des diarrhées à rotavirus en RCA, 2012-2015(1er semestre)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | Echantillons selles | Confirmé rotavirus positif par CQ | Résultat test ELISA (+) |
| 2012 | 149 | 53 | 54 |
| 2013 | 267 | 127 | 127 |
| 2014 | 115 | 42 | 38 |
| 2015 | 35 | 11 | 11 |

### **2.2.8. Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)**

Le système de surveillance des MAPI bien que mis en place depuis 2008, n’est pas encore opérationnel en ce qui concerne le PEV de routine.

## 2.3. Logistique

### **2.3.1. Approvisionnement des vaccins.**

Le processus d’approvisionnement en intrants de vaccination au niveau national se fait sur la base d’un plan pluriannuel (forecast) de cinq ans  développé chaque année, en collaboration avec l’UNICEF. Ce plan est révisé annuellement pour mieux adapter les besoins en intrants de vaccination.

Le financement est assuré par le Budget de l’Etat sur un contrat d’assistance - achats avec l’UNICEF pour les vaccins et consommables, sauf le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) et ses consommables correspondants financés directement par Gavi. A partir de 2011, le budget de l’Etat participe à l’acquisition du pentavalent (DTC-HepB-Hib), du pneumo (PCV- 13), du Rotarix et des consommables correspondants par l’intermédiaire du système de cofinancement.

Le circuit d’approvisionnement au RCA est le suivant :

DPEV 🡪 DRS🡪 DS 🡪 CS et PS.

L’approvisionnement est semestriel pour le niveau national. Au niveau décentralisé il est trimestriel ou bimensuel pour les dépôts régionaux à partir du dépôt central, bimestriel pour les districts à partir des régions et mensuel pour les CS/PS au niveau des districts.

Durant les trois dernières années les vaccins traditionnels n’ont pas connu de rupture.

Le contrôle de la qualité des vaccins se fait à travers l’utilisation de la pastille de contrôle des vaccins (PCV), la politique des flacons entamés et le relevé biquotidien de la température des appareils de stockage. En plus des éléments sus cités il y a des instruments de monitorage de la chaîne de froid, du suivi de la conservation et du stockage des vaccins (Fridge-tag2, Q-tag, Multilog2).

Au regard de la durée de vie des instruments de monitorage et des nouvelles ouvertures de formations sanitaires, il y a un besoin actuel de renouvellement et d’acquisition de ces outils.

### **2.3.2. Chaine du froid**

#### Au niveau central, l’estimation des besoins annuels en vaccins et consommables se fait à travers le ‘Forecast’ et la commande à travers l’UNICEF. La gestion des stocks est informatisée (SMT). Les vaccins et seringues sont rangés selon les numéros de lot dans les chambres froides et les magasins du PEV. Les sorties des vaccins et consommables se fait selon le principe « 1er expiré, 1er sorti » même si quelques insuffisances restent encore à corriger. Des bordereaux sous forme de carnets auto-carbonés sont utilisés pour la livraison des intrants. Cependant, on note actuellement une rupture des bordereaux.

#### Au niveau préfectoral/district et centre de santé, la gestion est manuelle avec des registres manuels de gestion des stocks. On note cependant une rupture des outils de gestion (registres manuels, bons de commandes et bordereaux de livraison, fiches de relevé de température). Avec l’introduction du VPI en Septembre 2015 et du Rota en Janvier 2016, une révision de ces outils est prévue.

#### Le système de distribution à l’intérieur du pays est structuré comme suit :

#### Le niveau central approvisionne les dépôts de préfecture/districts selon un rythme trimestriel ;

#### Les centres de santé s’approvisionnent au niveau des préfecture/districts selon un rythme mensuel.

#### Un système de suivi des taux de perte est mis en place. Cependant, il n’existe pas de plan de réduction des pertes et on note des difficultés dans la collecte des données permettant le calcul des taux de perte.

#### Une évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) a été conduite en 2011 et a proposé un plan d’amélioration. Une évaluation de suivi est prévue en Novembre 2015 afin de réévaluer la performance de la gestion efficace des vaccins.

### **2.3.3. Gestion efficace des vaccins**

L’Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV) a été conduite du 22 Août au 18 Septembre 2011 par la mise à contribution d’évaluateurs externes d’UNICEF/WCARO et UNICEF/RCA et d’une équipe d’enquêteurs du Ministère de la Santé.

Des recommandations ont été faites au décours dette évaluation externe reparties en 3 catégories :

1. Recommandations clé pour le niveau principal (Dépôt Central):
2. Réparation immédiate d’une chambre froide (+) au dépôt central. (les deux unités de refroidissement).
3. Un contrat de maintenance pour le dépôt central doit être mise en place entre le Ministère de la Santé (PEV) et un entrepreneur compétent.
4. Une nouvelle chambre froide (+) de 30m3 doit être installée en 2012 avant introduction du vaccin antirotavirus.
5. Chaque chambre froide doit être équipée avec un système de relevé de température continu avec alarme GSM. Le produit « Multilog » avec GSM « Autodiailler » est recommandé. Les spécifications techniques sont fournies en annexe.
6. Seulement le vaccin VPO est stocké dans la chambre froide (–) en conformité avec les recommandations de l’OMS.
7. Les RRV sont complétés et soumissent à UNICEF dans un délai de 72 heures après réceptions des vaccins pour assurer la validité des garantis.
8. Le dépôt central adopte une stratégie de livraison mensuelle aux Préfectures.
9. Le dépôt central doit assurer la fourniture des jeux complets des registres à chaque Préfecture. Les quantités doivent être suffisantes pour satisfaire les besoins de tous les FOSA et les Bases Préfectorales.
10. Il y a un besoin prioritaire de formation des Agents.
11. Recommandations aux Préfectures sanitaires
12. Distribution et installation immédiate mais temporaire au niveau des Bases des Préfectures, les 33 réfrigérateurs Sibir stockés en réserve au dépôt UNICEF.
13. Augmentation de la capacité de stockage des vaccins au niveau Préfectoral.
14. Mise à disposition par les Préfectures d’un espace adéquat pour les activités de PEV.
15. UNICEF assure un quota mensuel du pétrole au PEV pour faire fonctionner les réfrigérateurs au pétrole.
16. Prévision dans le formulaire du rapport mensuel de noter les ruptures de pétrole.
17. Un directif du PEV au FOSA indiquant le droit de remboursement des frais d’achat du pétrole contre la fourniture des relevés de températures, pièces justificatives et déclaration de non fourniture par la Préfecture.
18. Mettre en place un système de gestion par ordinateur dans les Préfectures.
19. Recommandations pour le niveau de prestation de services (FOSA)
20. Fourniture par le niveau central des réfrigérateurs solaire sans batteries d’une capacité de 50 Ltrs nette ou inférieure ;
21. Les programmes des stratégies avancées doivent être beaucoup plus fréquents ;
22. Etude d’optimisation des points de stockage des vaccins

#### **2.3.4. Sécurité de la vaccination et gestion des déchets**

Le PEV RCA utilise les seringues autobloquantes pour l’administration des vaccins et les boites de sécurité pour la récupération des seringues et aiguilles usagées. Un plan de gestion des déchets existe mais n’est pas encore diffusé et mis en œuvre. La plupart des centres de santé qui vaccinent utilisent le « brulis avec enfouissement » pour la destruction des déchets. Certaines formations sanitaires utilisent les incinérateurs type « De Monfort » construits par certaines ONGs sur le terrain.

### **2.3.5.** **Introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine**

### Le PEV en RCA dispose d’une longue expérience antérieure en matière d’introduction de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés.

### En effet, la vaccination contre la fièvre jaune existe depuis la création des services des grandes endémies en 1954. Pendant cette période, la vaccination se faisait sous forme de campagnes de masse en stratégie mobile, avec un chronogramme bien défini. Il convient de rappeler que le vaccin antiamaril 17 D (Institut Pasteur de Dakar) était administré par scarification. A partir de 1986, le vaccin antiamaril était administré aux enfants à partir de 12 mois sous forme injectable à l’avant-bras droit.

### Dans le cadre de l’élargissement de la protection contre les maladies évitables par la vaccination, la RCA a introduit successivement le vaccin contre l’Hépatite virale B et le l’Haemophilus influenzæ de type B en 2008 et le vaccin contre les infections à pneumocoques (PCV13) en 2011 et récemment le Vaccin anti poliomyélitique Inactivé (VPI) en septembre 2015 dans le PEV de routine.

### L’évaluation post introduction du PCV13 réalisée en septembre 2011 a permis de formuler les recommandations suivantes :

A. au niveau central

1. Elaborer des documents :

* de politique nationale de vaccination incluant les nouveaux vaccins à introduire
* sur la sécurité de la vaccination et la gestion des MAPI

1. Elaborer un plan de maintenance de la chaîne de froid et moyens de transport de transport
2. Assurer une connexion sécurisée des chambres froides au réseau électrique urbain
3. Mettre en place les enregistreurs automatiques de température dans les chambres froides
4. Mettre en œuvre le plan d’approvisionnement en vaccins et intrants
5. Elaborer un plan de supervision et mettre en place un mécanisme de suivi des supervisions
6. Diffuser à tous les niveaux les supports de communication adaptés sur les nouveaux vaccins.

B. Au niveau régional

1. Assurer la formation sur les nouveaux vaccins des personnels au niveau régional et centre de santé
2. Renforcer la gestion du PEV au niveau régional: dépôts régionaux, gestion des données, suivi et supervision
3. Elaborer un plan d’introduction au niveau régional à chaque nouveau vaccin.

C. Au niveau opérationnel

1. Assurer la formation de tous les intervenants à l’occasion de l’introduction de chaque nouveau vaccin: maladie cible, administration, MAPI, conservation etc…
2. Elaborer et archiver un chronogramme d’activités à l’occasion de chaque introduction
3. Mettre en place au niveau de chaque centre PEV le système adapté pour la destruction des déchets (incinérateur, brulage-enfouissement)
4. Documenter et notifier tous les cas de MAPI
5. Faire systématiquement une session d’IEC lors des séances de vaccination
6. Développer la communication de proximité pour le PEV au profit de la communauté.

## 2.4. Communication en faveur du PEV

Le Plan national de Transition du secteur de la santé de 2015– 2017 a retenu la communication comme étant l’une des stratégies importantes de tous les programmes de santé dont le PEV.

La Direction de la Communication en Santé (DCS) dispose d’un plan intégré de communication (PIC) qui s’inspire du Plan Pluriannuel Complet (PPAC 2011-2015). Ce plan met l’accent sur les principales stratégies, que sont : le plaidoyer pour l’adhésion des décideurs, la mobilisation sociale/partenariat qui vise la sensibilisation et la participation des partenaires sociaux, la communication pour le changement de comportements qui vise la sensibilisation des groupes cibles lors des vaccinations de routine et des campagnes de masse.

Au niveau régional, il existe un service de la promotion de la santé (SPS) et au niveau district des responsables de bureau chargés de promotion de la santé (BPS).

Dans la plupart des districts sanitaires, il existe des radios locales pour véhiculer les messages de sensibilisation et au niveau des grandes villes une couverture télévisuelle et la presse écrite.

L’introduction du MenAfriVac® implique un changement du calendrier vaccinal. Les stratégies idoines de communication seront mises en œuvre en vue de l’adoption du nouveau comportement par les parents.

En plus de la cible primaire que constituent les parents, la communication devrait cibler les autorités, les groupes organisés, les médias à tous les niveaux, également les agents de santé pour plus d’engagement en faveur de la vaccination.

Il s’agira de réadapter les messages de communication pour l’obtention de l’adhésion des différents acteurs en faveur du processus d’introduction.

Un plan opérationnel de communication sera élaboré prenant en compte les stratégies et activités de communication à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique).

# **PRIORITES DE SANTE**

L’amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l’enfant est l’un des 5 piliers du Plan de transition du secteur santé en République Centrafricaine 2015-2016. Cette amélioration porte entre autre sur l’ensemble des services curatifs et préventifs avec notamment le renforcement de la vaccination.

Les priorités suivantes ont été définies :

A court terme :

* Mettre la priorité sur les activités de vaccination de routine au sein du paquet minimum d’activités (voir 5.2.2).
* Evaluer et rééquiper les formations sanitaires en équipements de chaîne de froid.
* Assurer l’approvisionnement en vaccins, vitamine A, Albendazole et consommables de la vaccination.
* Organiser les activités et campagnes supplémentaires de vaccination.

A moyen terme :

* Suivre l’évolution de la couverture vaccinale des enfants en routine.
* Programmer l’introduction de nouveaux vaccins.
* Programmer les études spécifiques de couverture vaccinale au sein du PNDS III.

# **BUT ET OBJECTIFS**

## But

Contribuer à l’élimination de la méningite à méningocoque A comme problème de santé publique en RCA

## Objectifs

### **Objectif général**

Renforcer l’immunité des populations cibles (1-29 ans lors des AVS de rattrapage et des enfants de 9-11 mois dans la Routine) contre la méningite à méningocoque A

### **Objectifs spécifiques**

* Vacciner au moins 95% de la population des personnes âgées de 1 à 29 ans pendant la campagne de rattrapage en Novembre 2016 ;
* Vacciner au moins 60% des enfants de 9 - 11 mois pendant la vaccination de routine en Février 2017 ;
* Assurer la sécurité des injections dans 100% des sites de vaccination ;
* Assurer la gestion efficace des MAPI ;
* Assurer la gestion efficace des vaccins et des consommables vaccinaux ;
* Renforcer le partenariat et la mobilisation des communautés ;
* Renforcer la surveillance cas par cas de la méningite.

## Vaccin MenAfriVac®: homologation, caractéristiques

### 

### **4.3.1. Homologation des produits**

En RCA, l’autorité nationale de régulation(ANR) est représentée par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) qui assure la fonction d’homologation des produits de santé. Les échantillons de vaccins et toute la documentation y relative sont requis pour l’enregistrement au niveau du pays

### 

### **4.3.2. Caractéristiques du vaccin**



Il existe deux types de vaccins, le MenAfriVac® 5 µg et le MenAfriVac® 10 µg. Le premier est utilisé dans le PEV de routine tandis que le second est proposé pour les campagnes préventives.

Le MenAfriVac® , Vaccin conjugué antiméningococcique A fabriqué par le laboratoire Serum Institute of India (SII) Ltd, est un vaccin lyophilisé polysaccharidique purifié, lié de façon covalente à l'anatoxine tétanique (AT), qui agit comme protéine porteuse.

Le vaccin contient du polysaccharide bactérien spécifique au Groupe à partir de *Neisseria meningitidis* A. L'AT est préparée par l'extraction, la purification au sulfate d'ammonium et l'inactivation de la toxine à formaline à partir de la culture de Clostridium tétanie.

Le MenAfriVac® est délivré sous forme de 10 doses par flacon. Chaque flacon contient une poudre lyophilisée de polysaccharide méningococcique Groupe A conjuguée à la protéine de l'anatoxine tétanique et les excipients.

Chaque flacon est accompagné de son diluant avec le phosphate d'aluminium comme adjuvant et le thiomersal (0,01%) comme agent de conservation.

Le diluant est une suspension homogène blanche et légèrement opaque présenté dans une ampoule de 5 ml. Le flacon MenAfriVac® 5 µg est muni de PCV/VVM type 30.le vaccin peut être soumis à la chaine de température contrôlée(CTC).

En effet lorsqu’il est impossible de maintenir une température de stockage entre +2 et +8°C . Le vaccin MenAfriVac® peut être stocké à température ≤ 40°C pendant 4 jours.

### **4.3.3. Durée de conservation**

La date de péremption est indiquée sur l’étiquette ou sur l’emballage. Conservé entre 2°C et 8°C le vaccin MenAfriVac® peut avoir une durée de 36 mois. Le diluant peut durer 42 mois lorsqu’il est conservé à 25°C.

### 

### **4.3.4. Conditionnement/Emballage:**

Le vaccin MenAfriVac® est emballé en carton de 50 flacons et le diluant en carton de 50 ampoules. Le volume emballé par dose est de 2.6 cm3

## 6.5. Voie d’administration

Le vaccin est administré uniquement par voie intramusculaire (IM), la cuisse gauche pour le PEV de routine et l’épaule gauche pour la campagne.

# **MISE EN OEUVRE**

## Introduction dans la vaccination de routine

### **Choix du vaccin et période**

Le vaccin antiméningococcique choisi par la RCA pour le PEV est  un vaccin lyophilisé conjugué A en flacon de 10 doses, accompagné de son diluant.

L’introduction se fera dans l’ensemble des districts sanitaires du pays au 1er trimestre de 2017.

### **.Calendrier et cibles d’administration**

L’administration du vaccin MenAfriVac® se fera aux enfants de 9-11 mois à une dose en vaccination de routine et à 1- 29 ans lors de la campagne de rattrapage. Le choix de la cible de 1-29 ans pour la campagne, a tenu compte du profil épidémiologique des cas de méningite à méningo de type A survenus dans les pays Africains situant dans la ceinture méningitique.

### **. Objectifs annuels de couverture vaccinale**

Plusieurs stratégies seront mises en œuvre pour atteindre ces objectifs. Il s’agit notamment du renforcement des capacités, de la recherche active des perdues de vue, la communication en faveur de la vaccination.

L'objectif annuel est de 95% en 2016 lors de la campagne de masse et de 60% en fin 2017 pour le PEV de routine.

### **.Taux de pertes**

Selon les directives de l’OMS, un taux de perte maximum de 50% est utilisé pour l’estimation des besoins. Ce taux sera applique pour la vaccination de routine. Le pays fera un effort pour minimiser les pertes.

Pour la campagne, un taux de perte de 10% sera considéré.

### **. Estimation des besoins en vaccins et consommables**

Tableau XX : Besoins en vaccin MenAfriVac® et consommables en 2016 et 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Désignation** | **2016** | **2017** |
| **Population totale** | **5, 076,840** | **5, 203,761** |
| **Population cible** | **3, 604,558** | **158195** |
| **Objectifs CV** | **95%** | **60%** |
| **Taux de Pertes (TP)** | **10%** | **50%** |
| **Facteur de Pertes (FP)** | **1.11** | **2** |
| **Besoins en vaccins MenAfriVac®®** | **4, 001,060** | **189,840** |
| **Besoins en SAB 0,5 ml** | **4, 001,100** | **189,840** |
| **Besoins en SDIL\_5 ml** | **400,110** | **18,984** |
| **Besoins en BS** | **1,760** | **84** |

### **Calendrier de vaccination** **actualisé**

Tableau XXI : Calendrier vaccinal de routine des enfants de 0-11 mois

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contact | Age | Antigènes |
| 1 | Naissance | BCG, VPO 0 |
| 2 | 4 semaines | DTC-HepB-Hib1, Pneumo1, VPO1 |
| 3 | 10 semaines | DTC-HepB-Hib2, Pneumo2,Rota2,VPO2 |
| 4 | 14 semaines | DTC-HepB-Hib3, Pneumo3, Rota3, VPO3, VPI |
| 5 | 9 mois | VAR et VAA, MenAfriVac®5µg |

### **Stratégies**

#### **Renforcement des capacités des agents de santé**

L’introduction nécessitera la mise à jour des compétences de tous les acteurs notamment les agents sur le MenAfriVac®. Les agents de santé à tous les niveaux seront formés sur la campagne MenAfrivac en 2016 et avant l’introduction du vaccin dans le calendrier de routine en 2017. Après l’introduction, les supervisions en cascades permettront d’assurer le suivi de la mise en œuvre à tous les niveaux.

#### **Renforcement de la capacité logistique du PEV**

L’introduction du vaccin MenAfriVac® pourrait nécessiter un renforcement des capacités de stockage à tous les niveaux. Une évaluation de la gestion efficace des vaccins est prévue pour 2015 et ses résultats seront mis à profit.

#### **Gestion des vaccins et consommables**

La régularité des approvisionnements est une condition nécessaire pour assurer l’offre de vaccination. Le MenAfriVac® va s’intégrer dans le plan d’approvisionnement existant.

#### **Gestion des déchets**

L’introduction du vaccin va engendrer la production de déchets vaccinaux supplémentaires à éliminer conformément à la politique nationale de gestion des déchets. Ceci requiert le renforcement du dispositif de destruction des déchets. Toutefois, il existe une possibilité de contractualisation avec les fonderies privées qui pourrait être utilisée lors de la campagne de rattrapage.

#### **Révision des supports de gestion PEV**

Les supports de gestion seront révisés pour prendre en compte le nouveau vaccin.

#### **Renforcement de la communication en faveur du PEV**

Un plan de communication pour l’introduction et la campagne de rattrapage sera développé et mise en œuvre. Des messages de communication pour susciter l’adhésion et l’appropriation des différents acteurs en faveur de l’introduction du MenAfriVac® et la pérennisation du programme seront élaborés.

#### **Surveillance des MAPI**

Il s’agit de notifier et d’investiguer les cas de MAPI mineures, majeures et graves liés à la vaccination. Le pays n’a pas encore un système de pharmacovigilance ni un comité d’experts chargé des MAPI. Un Plan de Développement Institutionnel (PDI) a été élaboré en 2011 mais n’a pas été mis en œuvre faute de financement. Le comité d’expert chargé des MAPI sera mis en place avant le déroulement du chronogramme de la campagne de rattrapage.

Une fiche nationale de notification des effets indésirables a été adoptée et devra servir à la notification des MAPI. La notification des MAPI se fera aussi lors des AVS. Le processus et les procédures de suivi des manifestations indésirables suite à l’introduction du MenAfriVac au niveau des districts, ainsi qu’au niveau local se feront avec la mise en œuvre du PDI et la mise en place du Système de pharmacovigilance.

Des définitions des cas, les outils de surveillance et les procédures de suivi des cas graves de MAPI seront élaborés au cours d’un atelier et diffusés. Il en sera de même pour les indicateurs de suivi des MAPI.

Le personnel chargé de la surveillance des maladies sera formé à la gestion des MAPI à travers une formation en cascade.

#### **Surveillance de la méningite**

La surveillance de la méningite est intégrée au système de surveillance de routine. Elle se fait au cas par cas selon la SIMR et le laboratoire de référence est mis à contribution. Un plan de renforcement de la surveillance sera mis en place. Ce renforcement se fait à travers la formation, l’équipement et l’appui technique.

#### **Renforcement du partenariat**

L’implication des partenaires techniques et financiers, des autres secteurs ministériels, de la société civile, du secteur privé et de la communauté sera un gage de réussite à l’introduction.

# **BUDGET ESTIMATIF DE L’INTRODUCTION**

Le budget estimatif de l'introduction du vaccin MenAfrivac dans la PEV de routine s’élève à 287 703 077 CFA soit 492,642.26 $ US répartis en 194 623 778 CFA soit 333,259.89 $ US pour les coûts opérationnels et 93,079,299 CFA soit 159,382 $ US pour les coûts des vaccins et matériel d’injection .

La répartition des couts opérationnels par sources de financement est la suivante :

* GAVI : 126,556 USD
* Autres partenaires : 206,703.89 USD

# **CAMPAGNE DE VACCINATION PREVENTIVE DE MASSE**

## 7.1. Cible et besoins

### **7.1.1. Population cible**

La campagne de vaccination préventive de masse va permettre de vacciner la population âgée de 1 à 29 ans soit 3.604.558 (71% de la population totale de 2016) dont 1 369 732 en milieu urbain et 2,234,826 en milieu rural.

### **7.1.2. Besoins en ressources humaines**

Pour vacciner cette cible, il sera requis 2800 équipes dont :

* 800 équipes en stratégie fixe
* 1.520 équipes en postes temporaires
* 424 équipes en stratégie avancée
* 56 équipes mobiles

Chaque équipe est composée de 2 agents de santé, de deux volontaires et d'un mobilisateur soit un besoins total de 5,600 agents de santé et 5600 volontaires et 2800 mobilisateurs.

Un total de 863 superviseurs dont 156 superviseurs en milieu urbain (1 superviseur pour 5 équipes) et 707 superviseurs en milieu rural (1 superviseur pour 3 équipes) seront requis.

### **7.1.3. Besoins en intrants**

L’estimation des besoins est faite sur la base de taux de perte de 10% en vaccins et seringues autobloquantes (Facteur de perte = 1,11) et de 02 porte-vaccins durables par équipe de vaccination, soit :

* 4, 001,060 doses de vaccin MenAfriVac®5ug
* 4, 001,100 seringues auto bloquantes de 0,5 ml
* 400,110 seringues de dilution de 5 ml type RUP
* 1,760 boîtes de sécurité de 5 litres
* 5.600 portes vaccins

## 7.2. Budget estimatif

Le budget estimatif de la campagne de vaccination s’élève à 2,979,558,265 CFA soit 4,965,930.44 $ US dont 2,342,948.50 $ US pour les coûts opérationnels et 2,622,981.94 $ US pour les coûts des vaccins et matériel d’injection

## 7.3. Période et durée

La campagne se déroulera pendant 7 jours en Novembre 2016.

## 7.4. Coordination

La coordination de l’organisation de l’introduction du MenAfriVac® et de la campagne de rattrapage sera assurée par un comité d’appui technique au PEV (CTAPEV).

Ce comité est chargé de la préparation de l’organisation du suivi et de la supervision de l’introduction et de mini campagne de rattrapage.

Ce comité sera composé de commissions techniques :

* Au niveau central :
* Cellule de coordination : elle est chargée de superviser et de faire le point sur l’état d’avancement
* Commission communication et mobilisation sociale : elle est chargée d’élaborer et de mettre en œuvre le plan de communication,
* Mobilisation des ressources : Evaluer les besoins en ressource et suivre l’exécution des budgets à tous les niveaux
* Suivi/Evaluation : elle est chargée d’élaborer les outils, les guide et d’élaborer les TDR de l’évaluation post introduction
* Logistique : elle est chargée d’élaborer et mettre en œuvre le plan logistique, l’approvisionnement en vaccins et consommables et la gestion des déchets.
* Aux niveaux décentralisés il sera créé des comités locaux chargés de la préparation de l’organisation et du suivi de l’introduction du MenAfriVac® et de la campagne de rattrapage

## 7.5. Planification

Le niveau central est chargé de l’élaboration du plan d’introduction et du plan d’action opérationnel de la campagne de rattrapage.

Sur la base des leçons apprises et des différentes expériences de l’introduction des nouveaux vaccins et des campagnes antérieures, le niveau central appuiera les niveaux intermédiaire et périphérique pour l’élaboration des plans opérationnels

## 7.6. Renforcement des capacités du personnel

Des séances d’information et de formation seront organisées, à l’intention des différents acteurs (superviseurs nationaux, DRS, ECD, superviseurs des équipes de vaccination, vaccinateurs et volontaires). Afin de garantir la qualité des différentes formations, un guide de formation sera élaboré par le niveau central.

Ces sessions de formation se feront sous la supervision des différents niveaux hiérarchiques.

## 7.7. Communication et mobilisation sociale

Un plan de communication pour la campagne de rattrapage avec le MenAfriVac® sera élaboré avant le démarrage de la campagne et sera basé sur les principales stratégies de communication en tirant leçons des expériences précédentes.

Un accent particulier devra être mis sur :

* le plaidoyer auprès des autorités administratives, coutumières et religieuses et les autres leaders d’opinions pour leur implication dès l’étape de planification
* la communication interpersonnelle pour un changement de comportement
* la mobilisation sociale des populations pour leur adhésion en faveur de la campagne.

## 7.8. Approvisionnement en intrants

L’approvisionnement des districts en intrants (vaccin, matériel d’injection, et cartes de vaccination) se fera selon le plan logistique élaboré à cet effet. La disponibilité des intrants au niveau des CS/PS devra être effective au moins 01 semaine avant le début de la campagne.

## 7.9. Stratégies de vaccination

La vaccination se déroulera selon les 3 stratégies qui sont :

* la stratégie fixe : poste de vaccination dans les structures de santé ou sites temporaires ;
* la stratégie avancée : dans les aires de santé de plus de 05 Kms de distance de la structure de santé.
* La stratégie mobile sera réservée pour les secteurs fleuve et pour les zones peu peuplées et difficiles d'accès.

Il est prévu de vacciner 250 personnes en stratégie fixe et 150 en stratégie avancée et 100 en stratégie mobile. Une équipe que ce soit en stratégie fixe comme en stratégie avancée, 2 agents de santé et 2 volontaires.

## 7.10. Sécurité de la vaccination

Un accent sera mis sur la sécurité de la vaccination notamment dans les domaines suivants :

* l’administration du vaccin se fera avec des seringues autobloquantes, qui seront collectées après usage dans des boîtes de sécurité et acheminées vers les centres de santé puis vers les districts selon un circuit établi.
* la collecte des boîtes de sécurité pleines stockées dans les districts sera assurée par le niveau central. Leur destruction se fera par des fonderies privées dans le cadre d’un contrat de prestations
* afin d’assurer une meilleure surveillance et gestion des MAPI, des outils de formation et des supports de notification seront révisés. Les agents de santé seront formés avant la campagne et supervisés durant la mise en œuvre. Un minimum de médicaments destinés à la prise en charge des MAPI graves et majeures sera mis à disposition des équipes pour la gestion des situations d’urgence.

## 7.11. Supervision

Elle se fera aussi bien pendant la phase pré campagne que pendant le déroulement de la campagne, afin d’assurer la qualité et le succès de celle-ci.

Des outils de supervision seront élaborés par le niveau central et mis à disposition des superviseurs aux différents niveaux pour mener les supervisions avant, pendant et après la campagne.

# **LIEN AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS**

En RCA plusieurs interventions de survie de l’enfant sont intégrées au PEV de routine depuis plusieurs années telles que la supplémentation en vitamine A, le déparasitage à l’Albendazole/Mebendazole, le lavage des mains et la distribution des MILDS

# **SUIVI EVALUATION**

## Avant la campagne

Le monitorage des préparatifs sera assuré au niveau central par le CTAPEV. Pendant les 3 derniers mois avant le début de la campagne, des réunions techniques hebdomadaires de monitorage de l’état de mise en œuvre des préparatifs seront tenues au niveau central. Au niveau région et districts les comités de de coordination assureront le monitorage des préparatifs.

## Pendant la campagne

Le monitorage sera assuré à travers :

* la compilation et le suivi quotidien des données de couverture vaccinale, la gestion des vaccins, le suivi des taux de perte.
* la tenue de réunions quotidiennes de coordination au niveau central et des Préfectures/Districts sanitaires ;
* la conduite d’enquêtes rapides dans les zones à haut risque à partir du 3ème jour de mise en œuvre de la campagne. Ces enquêtes rapides devront être menées par les superviseurs/enquêteurs indépendants et consisteront en des visites de concessions afin d’identifier les poches restées non vaccinées et qui devront être ciblées pour le ratissage.

## Après la campagne

* un monitorage externe sera conduit par les moniteurs indépendants.
* la réunion d’évaluation de la campagne au niveau national et des Préfectures/Districts sanitaires seront organisées en vue d’apprécier les couvertures vaccinales administratives et du monitorage indépendant, la sécurité des injections /gestion des déchets et surveillance des MAPI.
* une évaluation post introduction, sera conduite sur la base d’un protocole validé par le CTPAEV et devra permettre entre autres: d'évaluer le processus et l’impact

.

# **ANNEXES**

## Plan d’action opérationnel (PAO)

## Chronogramme pour introduction dans la vaccination de routine

## Chronogramme pour la campagne de rattrapage

## Budget pour introduction dans la vaccination de routine

1. **Tableau :Budget ( coûts et financement ) de l’ introduction vaccinale en USD 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Financement public** | **Soutien des partenaires\*** | | **Financement existant de Gavi au RSS** | **Subvention d'introduction pour le vaccin demandée** |
|  | **Poste budgétaire** | **COUT TOTAL** | **Montant** | **Nom** | **Montant** | **Montant** | **Montant requis** |
| **USD** | **USD** | **USD** | **USD** | **USD** |
| **1** | **Gestion et coordination du programme** | 11,558.22 | - | OMS | 6,558.22 | - | 5,000.00 |
| **2** | **Planification et préparation** | 2,054.79 | - |  | - | - | 2,054.79 |
| **3** | **Mobilisation sociale, IEC et plaidoyer** | 19,525.51 | - | Unicef | 11,525.51 | - | 8,000.00 |
| **4** | **Autres formations et réunions** | 150,772.05 | - | OMS/Unicef | 90,528.44 | - | 60,243.61 |
| **5** | **Production de documents** | 71,070.21 | - | Unicef | 57,666.21 | - | 13,404.00 |
| **6** | **Ressources humaines et incitations** | - | - |  | - | - | - |
| **7** | **Équipement de la chaîne du froid** | - | - |  | - | - | - |
| **8** | **Transport pour la mise en œuvre et la supervision** | 10,853.60 | - |  | - | - | 10,853.60 |
| **9** | **Fournitures de la séance de vaccination** | - | - |  | - | - | - |
| **10** | **Gestion des déchets** | - | - |  | - | - | - |
| **11** | **Surveillance et suivi** | 5,599.32 | - | OMS | 5,599.32 | - | - |
| **12** | **Evaluation** | 61,826.20 | - | OMS/Unicef | 34,826.20 | - | 27,000.00 |
| **13** | **Assistance technique** | - | - |  | - | - | - |
| **14** | **Gestion des données** | - | - |  | - | - | - |
| **15** | **Autres (précisez)** | - | - |  | - | - | - |
|  | **TOTAL** | **333,259.89** | **-** |  | **206,703.89** | - | 126,556.00 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CHRONOGRAMME DE L'INTRODUCTION DU MenAfrivac dans le PEV de routine en RCA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activités** | **2015** | | | | | | **2016** | | | | | | | | | | | | **2017** | | | | | | | |
| **Juil** | **Aou** | **Sept** | **Oct** | **Nov** | **Dec** | **Jan** | **Fev** | **Mar** | **Avr** | **Mai** | **Jui** | **Juil** | **Aou** | **Sep** | **Oct** | **Nov** | **Dec** | **Jan** | **Fev** | **Mar** | **Avr** | **Mai** | **Jui** | **Juil** | **Aou** |
| **Gestion du programme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mettre en place le CNO et ses démenbrements |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborer et diffuser les arrêtés de mise en place des comités au niveau région, Province |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir les réunions CTAPEV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir les réunions CCIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soumettre en ligne à Gavi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser une rencontre d'information des autorités, leaders d'opinion, responsables d'association/ONG etc ,au niveau central |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir les rencontres du CNO de l’introduction du MenA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir les rencontres des Comités régionaux d'organisation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir les rencontres des Comités préfectoraux d'organisation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Planification et préparatifs** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir un atélier d'élaboration du plan d'introduction du vaccinMenAfrivac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser un atelier de révision des supports du gestion du PEV et le calendrier vaccinal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser un atelier d'élaboration des modules de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Valider les nouveaux supports de collecte des données par le CTAPEV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Former les formateurs sur le processus d'introduction du MenAfrivac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Former les agents des centres de vaccination sur la gestion du PEV intégrant le MenAfrivac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Former/Recycler les membres des OSC et les Relais Communautaires en communication en faveur du PEV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mobilisation sociale, information/éducation/communication (IEC), plaidoyer** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborer le plan de communication |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Développer des outils de communication en rapport avec le nouveau vaccin MenafriVac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Former des médias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réaliser et diffuser des microprogrammes sur les antennes des radiodiffusions et TV en faveur du PEV (PEV de routine, nouveaux vaccins, surveillance, AVS, MAPI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser des débats radiodiffusées et à la TV sur le PEV (PEV de routine, nouveaux vaccins, AVS, surveillance, MAPI) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Produire un spot radio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser les groupes, les différents canaux au niveau de la communauté pour la mobilisation sociale (groupes de soutien, relais communautaires, leaders religieux, les groupements féminins) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tenir des rencontres d'information et de plaidoyer auprès des autorités administratives politiques, coutumières, réligieuses, les médias les OSC et autres leadres au niveau national, régional et préfectoral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réaliser des émissions radiophoniques sur l'introduction du MenA au niveau district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser une rencontre d'information des autorités, leaders d'opinion, responsables d'association/ONG, COGES, ASBC, etc ,au niveau Formations Sanitaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensibiliser les parents lors des consultations et des séances de vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Renforcer l'information dans les familles par les ASBC, membres d'association etc, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organiser le lancement officiel de l'introduction du MenAfrivac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Production de documents** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Multiplier et distibuer les supports révisés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reproduire les modules de formation et guides techniques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Renforcement de la capacité logistique du PEV** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluer la capacité de stockage des districts en vaccins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Commander les vaccins et consommables |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Receptionner les vaccins et consommables au niveau central |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Approvisionner les Préfectures Sanitaires en vaccins et consommables de la vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Approvisionner régulièrement des centres de vaccination en pétrole et accessoires de CDF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Surveillance des MAPI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurer la surveillance et la notification des cas de MAPI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Investiguer les cas de MAPI graves et majeures |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Supervision** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Superviser les acteurs des régions et des districts sur la mise en œuvre de l'introduction du vaccin Men A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réaliser des supervisions formatives à tous les niveaux. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suivi/évaluation** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suivre l’évolution des couvertures vaccinales du MenA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suivre l’évolution des enfants non vaccinés au MenA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réaliser une évaluation post-introduction du MenAfriVac |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |