

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement



VICE PRESIDENCE CHARGÉE
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA
PROMOTION DU GENRE.

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ

COORDINATION NATIONALE
DU PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

PLAN PLURIANNUEL COMPLET (2007-2011)

Avril 2008

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD : Atteindre Chaque District
BCG : Bacille de Calmette-Guérin
CCIA : Comité de Coordination Inter Agence
CNC : Comité Nationale de Certification
CNEP : Comité Nationale d'Expertise pour la Poliomyélite
CNPEV : Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination
CPN : Consultation Pré-Natale
CSD : Centre de Santé de District
DS : District Sanitaire
DTC : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
DTCHépB : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B
EMSP : Ecole de Médecine et de Santé Publique
FMI : Fonds Monétaire International
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
HépB : Hépatite B
Hib : Haemophilus influenzae de type b
JNV : Journée Nationale de Vaccination
MAPI : Manifestations Adverses Post-Immunisation
MICS : Enquête à indicateurs multiples
MLM : Medium Level Management
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PCV : Pastille de Contrôle des Vaccins
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PFA : Paralysie Flasque Aigüe
PIB : Produit Intérieur Brut
PNAC : Pharmacie Nationale Autonome des Comores
PNS : Politique Nationale de Santé
PPAC : Plan Pluriannuel Complet
PS : Poste de Santé
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDSIS : Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaires
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIMR : Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIS : Système Nationale d'Information Sanitaire
TMN : Tétanos Maternel et Néonatal
TNN : Tétanos Néonatal
UI : Unité Internationale
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population et l'Action
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD : United States Dollars
VAR : Vaccin antirougeoleux
VAT : Vaccin antitétanique
VIH : Virus Immunodéficient Humain
Vit A : Vitamine A
VPO : Vaccin Polio Oral

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs sociaux de 1991 à 2005.....	10
Tableau 2 : Evolution de l'effectif du personnel de santé :	15
Tableau 3: Evolution du Budget santé en millions de francs comoriens	15
Tableau 4 : Calendrier vaccinal, supplémentation en vitamine A et déparasitage chez les enfants.	17
Tableau 5 : Evolution du taux de couverture vaccinale en DTC3 de 2003 à 2006 ...	18
Tableau 6 : Indicateurs des prestations de services	19
Tableau 7 : Plan d'approvisionnement des réfrigérateurs à tous les niveaux.....	21
Tableau 8 : Récapitulatif des résultats issus des campagnes locales de vaccination antirougeoleuse au niveau des trois îles en 2001, 2002 et 2003 ainsi que la supplémentation en Vitamine A.	24
Tableau 9 : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV en Union des Comores par île et par composante.....	28
Tableau 10 : Prioritisation des problèmes par composante	39
Tableau 11 : Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet 2007-2011	52
Tableau 12: Indicateurs de suivi.....	62
Tableau 13: Projection des besoins annuels en ressources par stratégie.....	73
Tableau 14 : Evolution des coûts du programme et des vaccins de 2005 à 2011.....	74
Tableau 15 : Evolution du financement du programme de 2007 à 2011.	74
Tableau 16 : PLAN D'ACTION POUR L'ANNEE 2008.....	85

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation de la Direction Nationale de la Santé	16
Figure 2 : Evaluation de la capacité de stockage au volume positif après l'introduction du nouveau vaccin de 2008 à 2011 au niveau central.....	20
Figure 3 : Evaluation de la capacité de stockage au volume négatif de 2008 à 2011 au niveau central.....	20
Figure 4 : profil des coûts de la vaccination en 2005 aux Comores par rubrique	70
Figure 5 : Profil du financement de la vaccination aux Comores par source.....	71
Figure 6 : Evolution des coûts de la vaccination par stratégie aux Comores de 2007 à 2011	72
Figure 7 : Projection des besoins en ressources pour la vaccination aux Comores de 2007 à 2011.....	73
Figure 8 : Evolution du financement assuré par source et du financement probable de 2007 à 2011.....	75
Figure 9 : Composition des écarts financiers	77

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	7
I. Contexte général du pays.....	9
A. Situation géographique, démographique, et sociopolitique	9
1. Situation géographique et démographique	9
2. Situation politique et administrative	9
3. Situation économique et sociale	10
B. Situation épidémiologique.....	12
C. L'organisation du système de Santé	14
1. Le système d'information sanitaire.....	14
2. Ressources humaines	14
3. Ressources financières	15
D. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la politique nationale de santé (PNS) ...	16
II. Analyse de la situation du PEV	17
A. Les prestations de service et performances du programme	17
B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique.....	19
1. Approvisionnement et qualité des vaccins	19
2. Stockage et conservation	19
3. Gestion des stocks.....	21
4. Sécurité de la vaccination.....	21
5. Logistique et maintenance.....	22
C. La surveillance des maladies évitables par la vaccination	22
2. L'éradication de la poliomyélite	23
3. Le contrôle de la rougeole.....	24
4. Surveillance des autres maladies cibles du PEV	24
D. Communication	24
E. Gestion du programme et cadre institutionnel.....	25
1. Coordination et partenariat	25
2. Ressources humaines	25
3. Supervision / Monitoring / Evaluation.....	26
4. Intégration.....	26
F. Le Financement de la santé et de la vaccination	27
III. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination selon les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....	27
IV. Prioritisation des problèmes, vision et objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007-2011	38
A. Prioritisation des problèmes	38
1. Prestations de services et performances du programme	39
2. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique	40
3. Surveillance des maladies évitables par la vaccination	41
4. Communication.....	45
5. Gestion du programme et cadre institutionnel.....	46
6. Financement de la vaccination.....	47
B. La Vision.	48
C. Objectif Général.....	48
D. Objectifs spécifiques et stratégies du Plan Pluriannuel Complet (PPAC).....	48
1. Prestations de services et performances du programme	48

2.	Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique	49
3.	Surveillance des maladies évitables par la vaccination	49
4.	Communication.....	50
5.	Gestion du programme et cadre institutionnel.....	50
6.	Financement de la vaccination.....	51
V.	Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007-2011 de l'Union des Comores	52
A.	Prestations de services et performances du programme	52
B.	Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique.....	54
C.	Surveillance des maladies évitables par la vaccination	56
D.	Communication	58
E.	Gestion du programme et cadre institutionnel.....	59
F.	Financement de la vaccination	60
VI.	Suivi et évaluation.....	62
A.	Prestations de services et des performances du programme	62
B.	Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique.....	63
C.	Surveillance des maladies évitables par la vaccination	65
D.	Communication	67
E.	Gestion du programme et cadre institutionnel.....	68
F.	Financement de la vaccination	69
VII.	Analyse des coûts et du financement du Programme	70
A.	Le profil des coûts du programme pour l'année de base.	70
B.	Le financement du programme pour l'année de base.	71
C.	Les Coûts futurs du programme de 2007 à 2011.....	72
D.	Le financement du programme de 2007 à 2011	74
VIII.	La viabilité du programme et les stratégies de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC).....	77
A.	Mobilisation de ressources additionnelles	77
B.	Stratégies d'accroissement de l'efficacité avec laquelle les ressources seront utilisées.....	80
1.	Politique des flacons entamés.....	80
2.	Autres stratégies.....	80
C.	Prioritisation des stratégies de viabilité financière :	81
IX.	Mécanisme de mise en œuvre et de suivi-évaluation du Plan.....	84

Résumé

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) constitue depuis sa création en 1986, l'un des axes d'intervention stratégiques de réduction des maladies des enfants et plusieurs partenaires (Université LAVAL, Unicef, OMS, PAM...) ont soutenu le programme dans cette lutte pendant des années. L'engagement du pays a été exprimé dans la Politique Nationale de Santé (PNS 2005 – 2015), à travers l'objectif général visant à contribuer à la réduction du taux de mortalité infantile de 59 ‰ à 35 ‰.

Des efforts importants restent à faire pour atteindre l'objectif fixé par la Vision et Stratégies Mondiales pour la Vaccination 2006-2015, qui recommande aux pays d'instaurer une couverture vaccinale nationale d'au moins 90% et d'au moins 80% dans chaque district sanitaire.

En effet, en 2005 la couverture vaccinale en DTC3 au niveau national était de 110,8 % et 14 districts sur 17 avaient une couverture supérieure à 80%, alors que pour les 3 autres districts elle était comprise entre 50 et 79%.

Pour un meilleur suivi de l'objectif de la Politique Nationale de Santé (PNS), le pays a instauré une surveillance intégrée des maladies, en particulier celles évitables par la vaccination. Il y a lieu de souligner qu'aucun cas de poliovirus sauvage n'a été détecté au niveau du pays depuis plus de 10 ans et 1 seul cas de TNM a été notifié en 2005. Durant cette même année, les Comores ont aussi enregistré une épidémie de rougeole avec 912 cas et aucun décès.

Ce nouveau Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007- 2011 est une continuité des anciens plans stratégiques du PEV. Il se situe dans la période couverte par le Plan National de Santé (PNS) 2005-2015 et se réfère aux buts et objectifs de ce dernier.

L'objectif général de ce Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007- 2011, est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de moins de cinq ans.

Les objectifs spécifiques s'articulent autour des 4 axes prioritaires ci-après :

- Cadre institutionnel et de gestion du Programme
- Prestation des services et performances du Programme
- Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique
- Surveillance des maladies évitables par la vaccination

A travers ce plan, le PEV se propose de contribuer à la réduction de la mortalité infantile en réalisant une couverture vaccinale nationale de plus 90% pour chaque antigène et d'au moins 80% dans tous les districts sanitaires.

Au cours de la période qui couvre ce plan, les Comores se proposent d'améliorer les performances actuelles du PEV de routine et d'intégrer le vaccin pentavalent liquide (DTC- HepB - Hib combiné).

Les stratégies retenues sont conformes aux stratégies constitutives du GIVS et sont adaptées au contexte des Comores. Elles mettent l'accent sur l'intégration d'autres interventions de santé visant à promouvoir la survie de l'enfant. Il s'agit notamment de la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage des enfants par le Mébendazole.

La projection des besoins en ressources est estimée à 6 986 802 USD avec un montant annuel moyen de 1 397 360 USD dollars. Celui-ci est partagé entre le gouvernement et les principaux partenaires du PEV à savoir GAVI, l'OMS, l'Unicef, Caritas et d'autres ONGs.

Le total du budget assuré est de 5 441 862 USD et le budget probable s'élève à 1 044 217 USD. Ceci est lié au fait que le cadre de coopération 2010-2011 avec l'un des principaux partenaires (OMS) n'est pas encore élaboré, mais lorsqu'il le sera, les financements probables pourront rapidement se transformer en financements assurés.

En Outre, le gouvernement s'engage à cofinancer les vaccins nouveaux et sous utilisé à hauteur de 5,4% en 2009, 6% en 2010 et 9,6% en 2011 en utilisant les fonds alloués au PEV depuis 2006 et votés par l'Assemblée Nationale. Il devra aussi cofinancer les vaccins traditionnels à hauteur de 25% en 2008 et 50% en 2009 de façon assurée, puis 75% en 2010 et la totalité en 2011 mais ceci de façon probable car cela dépendra de l'alimentation de la ligne budgétaire qui est cependant appelée à être augmentée pour couvrir les besoins du pays dans le domaine de la vaccination.

I. Contexte général du pays

A. Situation géographique, démographique, et sociopolitique

1. Situation géographique et démographique

Située à l'entrée Nord du canal du Mozambique entre l'Afrique orientale et Madagascar, l'Union des Comores est composée de quatre îles : Mwali (Mohéli), Ndzouani (Anjouan), Ngazidja (Grande Comore), et Maoré (Mayotte). La superficie totale qui est de 2 236 km² est répartie respectivement entre Ngazidja (Grande Comore) 1.148 km², Ndzouani (Anjouan) 424 km², Mwali (Mohéli) 290 km², et Maoré (Mayotte) 374 km². Cette dernière île est encore sous administration française.

Le climat de l'archipel est humide et chaud, mais tempéré à la fois par l'altitude et l'influence océanique. Ce climat tropical est caractérisé par deux grandes saisons : une saison chaude et humide, entre novembre et mars - avril, marquée par de fortes pluies et de violents cyclones, nommé « kashkasi ». Pour le reste de l'année, l'archipel connaît une saison sèche et fraîche caractérisée par des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé « Kusi » avec des températures variant entre 24 et 27°C.

En ce qui concerne la population, avec un taux d'accroissement naturel de 2,7% selon les projections du recensement général de la population de 1991, la population comorienne serait de 666.325 habitants en 2006 soit une densité moyenne de 309 hab/km². Il convient de noter toutefois que cette population n'est pas répartie de manière uniforme sur toutes les îles : Ainsi alors que l'île d'Anjouan a une densité moyenne de 574,8 hab /km², celle de la Grande Comore est de 258,2 hab /km² et Mohéli de 83,9 hab /km².

La principale caractéristique de la population comorienne est son extrême jeunesse (57% de la population sont âgés de moins de 20 ans)¹. Il est évident qu'une telle structure de la population ne va pas sans poser de problèmes au pays en termes de prise en charge en matière d'éducation, de santé, d'emploi, de loisirs etc.

2. Situation politique et administrative

L'histoire des Comores indépendantes a été marquée par une instabilité politico-administrative permanente jusqu'à la crise séparatiste de 1997.

La résolution de cette crise institutionnelle a été marquée en 2001 par la mise en place d'un nouveau cadre institutionnel destiné à garantir l'unité et l'intégrité du pays. Ce nouvel ensemble comorien consacre une large autonomie des îles qui disposent chacune de sa constitution.

Le pouvoir exécutif de l'Union, est dirigé par le Président de l'Union, les deux Vice-présidents originaires de deux îles différentes de la sienne et un Gouvernement qu'il nomme. Le président de l'Union est élu pour quatre ans au suffrage universel direct à un tour et selon un système de rotation par îles. Quant au pouvoir législatif, il relève d'un

¹ RGPH 2003

parlement monocaméral composé de députés dont une partie est élue au suffrage universel direct et une autre partie désignée par les assemblées des îles.

Au niveau de l'île, le pouvoir exécutif est exercé par un président de l'île élu pour cinq ans au suffrage universel direct dans un scrutin uninominal à deux tours. Le Président de l'île est assisté d'un Gouvernement qu'il nomme. Le pouvoir législatif au niveau de chaque île est exercé par l'Assemblée de l'île dont les membres sont élus au suffrage universel direct. La mise en œuvre de cet arrangement institutionnel a conduit en 2006 à la première alternance démocratique de l'histoire politique du pays en portant à la magistrature suprême au suffrage universel, le deuxième président de l'Union des Comores.

3. Situation économique et sociale

Avec un Indice de Développement Humain de 0,556, l'Union des Comores est classée au 132e rang mondial sur 177 pays, parmi les pays à IDH moyen, correspondant à une espérance de vie à la naissance de 63,2 ans, un taux d'alphabétisation des adultes de 56,2 %, et un taux brut de scolarisation, tous niveaux confondus, de 47 %. Le tableau suivant montre quelques indicateurs sociaux du pays.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs sociaux de 1991 à 2005

Indicateurs	1991	2003	2004	2005
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	86,2	83,2	83,2	83,2
Taux de mortalité infanto-juvénile pour (1000)	130	106,4	106,4	106,4
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 Naissances vivantes	570	380	380	380

Sources : RGPH 1991 et 2003.

La situation actuelle de développement du pays est marquée par des faibles performances économiques, le PIB par habitant, estimé à 623 USD en 2004 (Rapport mondial sur le développement humain 2006) a stagné, voir diminué parfois, sur la période de 1998 à 2004 oscillant entre -0,9% et 0,3%. Par ailleurs, l'inflation² s'est établie à environ 3,7 % en moyenne entre 1999 et 2004 avec des pics en 2001 (5,6%) et en 2004 (4,5%).

Selon l'Enquête Intégrale auprès des Ménages (EIM) en 2004, 36,9% des ménages comoriens correspondant à 44,8% des individus vivent en dessous du seuil de pauvreté dont 38,4% à Anjouan (46% des individus), 35,3% à la Grande Comore (42,7% des individus) et 37,8% à Mohéli (49,1% des individus)³. La même enquête a révélé, cependant, que la pauvreté des ménages est passée de 47,3% en 1995 à 36,9% en 2004. Soit un rythme de réduction annuelle de 2,7%.

Sur le plan structurel, l'économie comorienne se caractérise par un dualisme entre un secteur agricole essentiellement de subsistance et peu productif, représentant 40 à 44 % du PIB en moyenne et occupant près des deux tiers des emplois, et un secteur tertiaire très développé, représentant 46 à 52% du PIB en moyenne et fondé essentiellement sur

² Rapport national sur les OMD, 2005

³ Union des Comores : Rapport National sur les OMD, 2005

l'importation. Le secteur secondaire reste marginal en terme de contribution au PIB avec seulement 8 à 12 % en moyenne.

La presque totalité des exportations du pays repose sur des produits agricoles limités, essentiellement à trois produits de rente; la Vanille, les clous de girofle et le Ylang-ylang dont le cours sur le marché international connaît une baisse drastique. Ceci a eu pour conséquence une forte diminution des exportations (-42%)⁴ et des recettes budgétaires pendant que les importations continuent à augmenter aggravant une balance commerciale structurellement déficitaire.

La dette extérieure de l'Union des Comores est passée de 185 millions de dollars USA en 1990 à 264 millions de dollars USA en 2004, soit 71% du PIB et 520% des exportations des biens et services. Quant à la dette intérieure, elle atteindrait en 2004 plus de 8 milliards FC⁵ incluant les arriérés de salaires des agents de l'Etat qui cumulaient plus de 20 mois non payés.

Les finances publiques sont caractérisées par un déficit budgétaire chronique. La faiblesse des ressources internes est comblée principalement par le recours à l'aide publique au développement d'une part et d'autre part aux transferts privés en provenance de la diaspora comorienne estimés à environ 20 milliards de FC⁶ par an.

Par contre, l'aide publique au développement qui finance la presque totalité de l'investissement public est passée entre 1996 à 2000 de 64 millions de dollars à 16 millions⁷. Cette diminution drastique qui se poursuit s'explique pour une large part, par la détérioration du climat politique liée à la crise séparatiste d'Anjouan survenue en 1997 et qui continue encore à peser sur le fonctionnement normal de l'administration comorienne.

Sur le plan social, l'organisation sociale est profondément enracinée dans la tradition et très hiérarchisée. L'individu se fonde dans la communauté et ne peut s'affirmer qu'à travers les mécanismes imposés par elle. La famille est le socle de l'organisation et du fonctionnement social. Perçue et vécue dans son sens le plus large, la notion de famille intègre quatre niveaux: la famille conjugale, la famille élargie, le lignage et le clan. Le mariage traditionnel (grand mariage) consacre la suprématie de la famille. C'est le moyen par lequel elle s'étend et se renforce. C'est d'ailleurs en cela que ce mariage traditionnel constitue l'acte par lequel l'individu accède aux hiérarchies sociales.

La quasi-totalité des Comoriens sont musulmans. Toutefois, l'Islam demeure mêlé à des croyances et pratiques sociales liées à la coutume et à la tradition. Il résulte de ce syncrétisme un islam traditionnel qui résiste à l'islam militant en ce sens que le pouvoir religieux n'est en définitive reconnu que s'il est doublé d'un pouvoir traditionnel.

Perspectives de développement économiques :

En 2001, le Gouvernement comorien a adopté un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui prend en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les objectifs macroéconomiques du gouvernement dans le cadre de cette stratégie visent à soutenir les grands équilibres économiques, en particulier au niveau du budget de l'État et de la balance des paiements, en vue d'obtenir une croissance économique soutenue et durable. Les efforts seront concentrés sur les politiques budgétaires et fiscales, la politique monétaire, la politique de taux de change et le cadre institutionnel (institutions politiques, système judiciaire, etc.).

⁴ BCC : note de conjoncture 2004 ; données provisoires

⁵ DSRP intérimaire actualisé 2005

⁶ Bilan commun de pays PNUD 2002

⁷ DSRP intérimaire 2003

L'amélioration du capital humain est au cœur du processus de développement et de la lutte contre la pauvreté. La SCRP a retenu les sept (7) axes stratégiques suivants :

- **Créer les conditions d'un développement économique durable** portant sur la réforme des finances publiques, le développement et la réhabilitation des infrastructures économiques et de communication et la relance du secteur de l'énergie.
- **Relancer le secteur privé en mettant l'emphase sur les secteurs** porteur en vue, notamment, de la promotion de l'agriculture, la pêche, l'élevage, le tourisme, et le secteur privé.
- **Renforcer la gouvernance et la justice** pour consolider les institutions nationales, améliorer la gouvernance et l'efficacité des institutions constitutionnelles et garantir un accès et une justice équitable à tous les citoyens.
- **Améliorer l'état sanitaire de la population.** Le gouvernement concentrera ses efforts sur la lutte contre les maladies prioritaires, l'amélioration de la santé maternelle, la prévention des IST et du VIH/SIDA, et l'amélioration de la gestion du système de santé.
- **Promouvoir l'éducation et la formation professionnelle en vue d'améliorer le capital humain :** consolider le développement du secteur de l'éducation et de la formation professionnelle de manière à produire une société éduquée, capable de saisir les opportunités économiques et socialement responsable.
- **Promouvoir un environnement sain et garantir la durabilité du développement.** Cet axe revêt un intérêt particulier car les questions environnementales affectent toutes les activités économiques aux Comores et ont une incidence directe sur la qualité de vie et les conditions sanitaires de la population.
- **Renforcer la sécurité et la lutte contre le terrorisme** en vue d'assurer la sécurité des biens et des personnes et de lutter contre le terrorisme.

B. Situation épidémiologique

De façon générale, le profil épidémiologique des Comores ne s'est que légèrement modifié au cours de ces dernières années. Le profil épidémiologique reste dominé par le paludisme, les maladies diarrhéiques (MD), les parasitoses intestinales, la filariose lymphatique, les infections respiratoires aiguës (IRA). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

En outre, tout au long de son histoire, le pays a connu plusieurs épidémies, le plus souvent meurtrières. Les plus récentes et les plus mémorables restent les épidémies de variole de 1867 à Anjouan et 1898 à Mayotte, l'épidémie de tuberculose pulmonaire de 1902 en Grande-Comore, l'épidémie de paludisme de 1920-1923 en Grande-Comore, l'épidémie de choléra de 1974, les épidémies de dengue de 1984 et 1992-1993, les épidémies de Choléra de 1998-2000 et de 2001. Au cours des épidémies de chikungunya en 2005 aucun décès n'a été enregistré. En 2004-2005, lors de l'épidémie de rougeole, 5 409 cas et 0 décès ont été notifiés.

Le paludisme constitue le premier motif de consultations en médecine et en pédiatrie et représentait 29% des cas de consultation en 1999 contre 30,35% en 1992. On note une régression de la pathologie grâce aux efforts du Ministère de la Santé sur la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides à effet rémanent et la prise en charge des

cas, mais beaucoup reste à faire dans le domaine de l'assainissement pour diminuer les gîtes larvaires.

Les maladies diarrhéiques constituent une des causes fréquentes de consultations en pédiatrie. Selon l'enquête MICS, l'incidence était de 18,3% chez les enfants pendant les deux dernières semaines précédant l'enquête.

Les infections respiratoires aiguës touchent essentiellement les enfants de moins de 5 ans et constituaient le deuxième motif de consultation (12%) en 1999 contre 14,7% en 2001.

Les parasitoses intestinales sont aussi fréquentes puisqu'elles occasionnent plus de 15% des consultations dans la population générale et touchent surtout les enfants de moins de 10 ans, qui se trouvent fragilisés par ces parasitoses lorsqu'ils sont malnutris ou présentent des affections multiples.

Les infections sexuellement transmissibles : Le taux de prévalence du VIH est estimé à 0,025 %, selon l'enquête de prévalence du VIH réalisée en 2003 et le défi majeur est de maintenir la prévalence actuelle du VIH en renforçant les mesures de prévention et en renforçant la collaboration entre les autorités, les ONG et les partenaires internationaux. En 2006, le nombre de cas cumulés a atteint 88 cas dont 33 décès. La propagation du SIDA se confirme d'année en année. D'après les projections de l'évolution du VIH aux Comores et en l'absence d'une inversion des tendances, le taux d'accroissement annuel moyen du nombre de personnes infectées par le VIH pourrait atteindre 31,2% en 2018.

Concernant les autres maladies sexuellement transmissibles, les données sont rares, mais une enquête récente au niveau des laboratoires de référence (El Maarouf et Hombo) a révélé une séroprévalence de 7,6% de la syphilis.

Les affections bucco-dentaires constituent aussi une des causes fréquentes de consultations en odontostomatologie et en pédiatrie. L'enquête nationale de 1999 sur la santé bucco-dentaire aux Comores chez les enfants âgés de 12 ans a montré que 48,1% des enfants présentent du tartre et 60,3% une ou plusieurs dents cariées.

La malnutrition protéino-énergétique fait partie des préoccupations sanitaires nationales. On note une insuffisance en protéines chez les femmes enceintes et allaitantes ainsi que chez les enfants de moins de cinq ans. Cet état est plus fréquent dans sa forme chronique (33% des enfants de moins de deux ans) que dans sa forme aiguë (4,6%).

La prévalence moyenne du goître est de 14,1% : l'île de Mohéli (16,9%) et d'Anjouan (15,5%) sont les plus affectées par rapport à la Grande Comore (9,9%). L'institutionnalisation de l'importation du sel iodé en 1997 fait partie des mesures salutaires pour inverser la tendance.

Les maladies non transmissibles notamment les cancers, le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle : les données concernant ces maladies sont quasi inexistantes. Il s'avère urgent d'entreprendre des investigations pour évaluer leur prévalence au niveau de la communauté afin de développer des programmes de lutte appropriés.

Les maladies mentales : la situation de ces maladies n'est pas bien connue et il y a une insuffisance en personnel qualifié et en structures de prise en charge.

Les affections traumatologiques dues aux accidents de la circulation sont en nette progression et nécessitent souvent des évacuations sanitaires.

C. L'organisation du système de Santé

Le système de santé comorien est organisé suivant trois niveaux hiérarchisés. Le niveau central est composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général, de la Direction nationale de la santé, des directions et services chargés de la coordination des programmes de santé publique, de la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC).

Le niveau intermédiaire constitué par les îles, est composé de l'administration sanitaire des îles (Ministre de la santé assisté par un directeur de la santé et des responsables de services de santé), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et des dépôts régionaux de la PNAC. Le niveau opérationnel est constitué par les Districts sanitaires et les pharmacies privées. Au total, on dénombre 17 districts sanitaires dont 7 en Grande Comore, 7 à Anjouan et 3 à Mohéli.

Au niveau des postes de Santé, on dénombre au total 49 postes de santé publics auxquels il faut ajouter un réseau de dispensaires de santé des Armées, le dispensaire CARITAS de la Mission Catholique et plusieurs structures de santé communautaire. Ces structures périphériques ont entre autres missions de promouvoir des activités de prévention dont la vaccination.

Grâce à l'existence de toutes ces structures, l'accessibilité géographique à un centre de santé dans un rayon de 5 km est estimée à 45% à la Grande Comore, 74% à Anjouan et 69% à Mohéli soit une moyenne de 63% pour l'ensemble du pays. Toutefois, les taux de fréquentation des formations sanitaires sont relativement faibles et varient d'une île à une autre en raison, soit de l'accessibilité financière, soit de la qualité de l'offre de service.

Le Programme Elargi de Vaccination fait partie des programmes de santé publique développés au niveau de la Direction Nationale de la Santé. Son Coordonnateur est sous la responsabilité hiérarchique de la Direction Nationale de la Lutte contre les Endémies et Epidémies. Des points focaux sont mis en place au niveau de chaque île pour assurer la gestion du programme au niveau de la Direction de la Santé de l'île.

1. Le système d'information sanitaire

Il faut noter la faiblesse du Système d'Information Sanitaire à intégrer et coordonner la collecte, l'analyse et l'exploitation des données sanitaires. Ce qui explique l'absence de bases de données fiables préjudiciable au processus de planification, de suivi et d'évaluation des programmes de santé et à la mise en œuvre des interventions dans le secteur sanitaire. L'élaboration du Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire (SDSIS) et le Plan de Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte ont permis de résoudre en partie le problème (outils de collectes standardisés, liste d'indicateurs unique...). Toutefois beaucoup reste à faire pour rendre plus efficace le SNIS.

2. Ressources humaines

En application des résolutions des Etats Généraux de 2001, le gouvernement des Comores a procédé à l'élaboration d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines 2001-2010. On note une nette augmentation des ressources humaines dont la situation est présentée dans le tableau ci dessous. Les ratios population/personnel de santé indiqués dans la dernière colonne de ce tableau sont encourageants quant à la disponibilité des ressources humaines. Cependant, ces données ne sont pas uniformes pour l'ensemble des îles.

Depuis 2003, afin de pallier au problème du nombre important du personnel de santé formé à l'étranger et qui ne rentrent pas souvent au pays, le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Publique (C.N.F.R.S.P) a été érigé en Ecole de Médecine et de Santé Publique (EMSP) au sein de l'Université des Comores.

Tableau 2 : Evolution de l'effectif du personnel de santé :

Catégories	1992	2001	2002	2004	Nombre de personnel pour 10.000 habitants en 2004
Médecins y compris les spécialistes	26	68	109	115	1,99
Pharmaciens	0	13	15	15	0,3
Infirmiers Diplômés d'Etat	112	146	202	157	2,7
Sage femmes d'Etat	61	92	77	107	1,8

Sources : Profil du système de santé décembre 2005.

3. Ressources financières

La contribution de l'Etat au financement a connu une certaine diminution au cours des cinq dernières années passant de 594 à 540 millions de francs comoriens. Dans le même temps, la part du budget de la santé dans les dépenses totales de l'Etat a varié entre 3% en 2004 et 4% en 2005. 70% à 90% de ce budget est consacré au paiement des salaires.

Tableau 3: Evolution du Budget santé en millions de francs comoriens

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Salaires	511	503	487	378	474	473
Biens et services	38	40	12	25	27	28
Transferts	45	55	58	5	38	38
total	594	598	557	408	539	540

Sources : Données compilées auprès des directions générales du budget et du Trésor.

En dehors du budget national, il y a une importante contribution de la communauté, appuyée par la diaspora comorienne, à la construction des centres de santé de base ; mais le montant de cette contribution n'est pas quantifié.

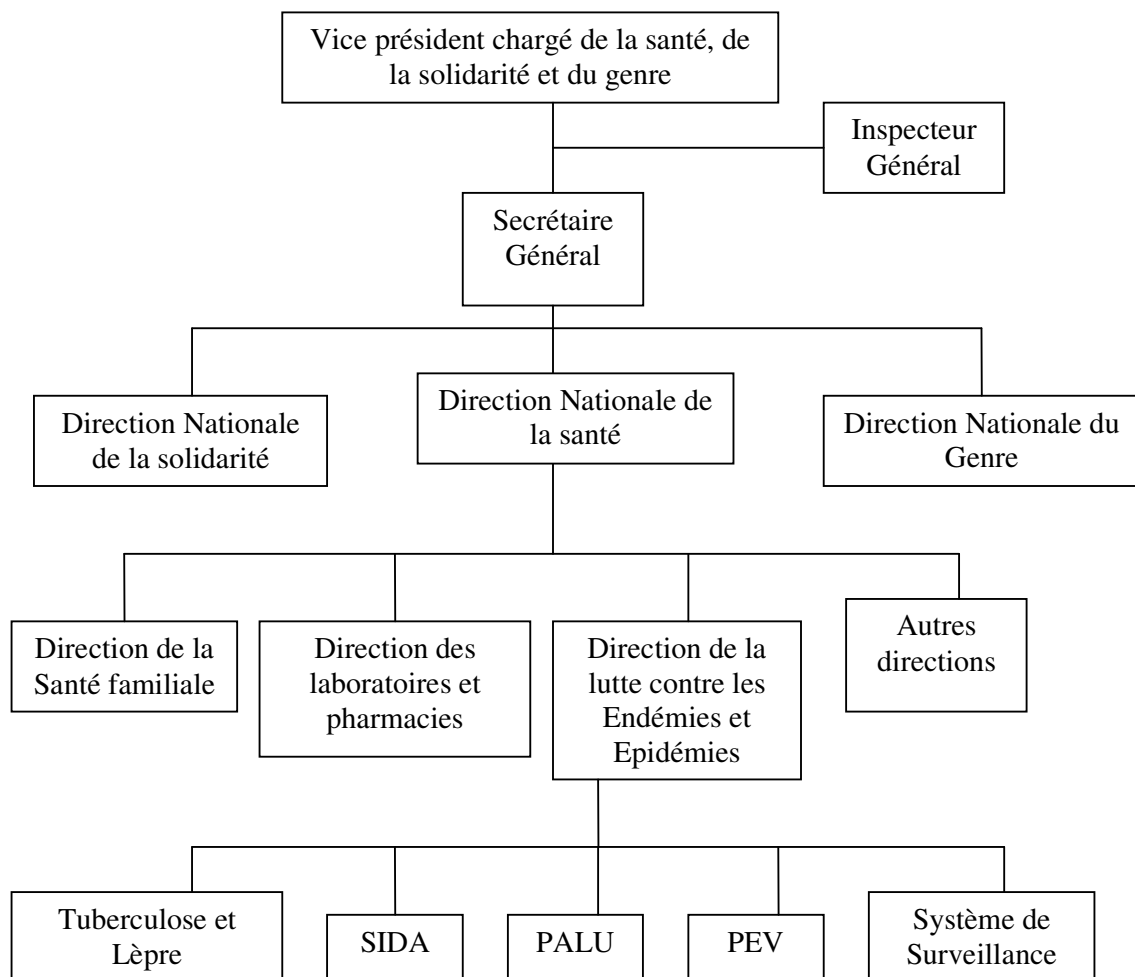
La communauté contribue également au financement du système de santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Cette contribution a été évaluée en 2001 à près de 536 millions de francs comoriens soit environ 1,2 million d'euros.

Le développement des initiatives pour la promotion des activités mutualistes est encore embryonnaire. Les principaux affiliés aux mutuelles étant les individus vulnérables, une attention particulière doit être accordée à ces initiatives afin de les faire profiter de la solidarité traditionnelle comorienne et assurer leur viabilité.

D. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la politique nationale de santé (PNS)

Le PEV a été officiellement lancé aux Comores en juillet 1986. Il a été soutenu financièrement pendant des années par plusieurs partenaires tels que l'OMS, l'Unicef, l'Université LAVAL, le PAM. Il fait partie des programmes de santé publique développés au niveau de la Direction Nationale de la Santé. Son Coordonnateur est sous la responsabilité hiérarchique de la Direction Nationale de la Lutte contre les Endémies et Epidémies. Des points focaux sont mis en place au niveau de chaque île pour assurer la gestion du programme au niveau de la Direction de la Santé de l'île.

Figure 1 : Organisation de la Direction Nationale de la Santé



Le développement de stratégies et d'actions spécifiques du PEV constitue l'une des grandes orientations stratégiques du pays en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles. En effet, le pays a élaboré une politique nationale de santé (PNS) pour la période 2005–2015, dont l'objectif général est de contribuer à la réduction du taux de mortalité infantile de 59 ‰ à 35 ‰, à la réduction de 50% des taux de morbidité et mortalité liés aux maladies transmissibles, à l'élimination du tétanos maternel et néonatal et à l'éradication de la poliomyélite.

Plusieurs programmes essentiels dont celui de vaccination, de lutte contre le paludisme, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, de lutte contre la malnutrition, de la

santé de la reproduction et de lutte contre le VIH/SIDA sont mis en œuvre dans le pays. Pour lutter efficacement contre ces maladies, la prévention demeure la stratégie d'intervention prioritaire et consacre une place de choix à la vaccination. Le renforcement des activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine et la poursuite des campagnes de Vaccination (JNV) couplées à l'administration de la vitamine A et du Mebendazole chez les enfants de moins de 5 ans, constituent les éléments essentiels des interventions du programme.

II. Analyse de la situation du PEV

Pour une approche rationnelle et tenant compte des instructions relatives à l'élaboration des plans pluri annuels selon la nouvelle vision et stratégies de vaccination dans le monde, l'analyse situationnelle est faite selon les cinq composantes opérationnelles et les 3 d'appui du PEV.

A. Les prestations de service et performances du programme

Le calendrier vaccinal utilisé pour les enfants de 0 à 11 mois, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage suivent le schéma ci-après :

Tableau 4 : Calendrier vaccinal, supplémentation en vitamine A et déparasitage chez les enfants.

Antigènes	Age à la vaccination
BCG	A la naissance
Polio 0	De la naissance à J14
DTCHépB1 + polio1	6 ^{ème} semaine
DTCHépB2 + polio2	10 ^{ème} semaine
DTCHépB3 + polio3	14 ^{ème} semaine
Vit A 100 000 UI	6 ^{ème} mois
VAR	9 ^{ème} mois jusqu'à moins de 12 mois
Vit A 200 000 UI et Mebendazole	12 ^{ème} mois puis tous les 6 mois après jusqu'à l'âge de 5 ans.

Source : Coordination Nationale du PEV (CNPEV)

Le vaccin antiamaril n'est pas intégré dans le calendrier vaccinal national vu le contexte épidémiologique. Il est cependant utilisé par les voyageurs qui se rendent dans les pays à risque.

Jusqu'en 1990, le taux de couverture vaccinale des maladies cibles du PEV aux Comores était parmi les plus élevés d'Afrique. Depuis 1991, avec le départ de certains partenaires, les chiffres ont chuté avec un plancher de 40% de couverture nationale pour le DTC3 en 1994. Depuis cette période l'évolution n'a jamais été régulière, comme présenté sur le tableau ci après.

Tableau 5 : Evolution du taux de couverture vaccinale en DTC3 de 2003 à 2006

Antigènes/années	2003	2004	2005	2006
BCG	79,5%	91,01%	79,65%	83,84%
DTC HepB1	82,33%	86,14%	76,36%	77,96%
DTC HepB3	80,1%	81,09%	67,83%	69,03%
VAR	67,47%	82,05%	67,29%	65,96%
VAT2+ (FAR)	20,17%	29,19%	16,00%	28,33%

Source : Coordination Nationale du PEV(CNPEV).

Dans le cadre de la politique d'introduction de nouveaux vaccins, seul le vaccin contre l'hépatite B est appliqué dans le calendrier vaccinal depuis 2003.

Aux Comores, les distances sont relativement courtes et plus de 63 % de la population se trouve à moins de 5 kilomètres d'un service de vaccination. Malgré cette proximité des structures sanitaires, la mise en œuvre des activités de vaccination continue à se confronter à un certain nombre de problèmes aussi bien au niveau central qu'au niveau des districts.

Les principaux problèmes de couverture vaccinale en DTC 1 se résument aux difficultés d'accès à certains villages dues à la mauvaise qualité des routes et à la faible proportion de postes de santé offrant la vaccination en stratégie fixe.

Au niveau des districts, ces problèmes sont essentiellement axés sur la non application de l'approche ACD, la non réalisation des stratégies avancées dans certaines structures et la non utilisation du personnel à plein temps dans les activités du PEV.

Il convient, également, de signaler que beaucoup de formations ont été menées pour renforcer les capacités du personnel du PEV, notamment le cours MLM. Cependant, des faiblesses importantes persistent liées à la non utilisation des ressources humaines formées dans le domaine indiqué. Cette situation a des conséquences importantes notamment en ce qui concerne l'analyse des données et la supervision des agents du PEV.

L'une des causes des faibles performances est l'insuffisance des ressources en toute nature allouées aux activités de vaccination, qui n'a pas permis de renforcer la communication en faveur du PEV à tous les niveaux. Ce qui explique les taux d'abandon qui restent assez élevés, passant de 2,7 % en 2003 à 11,7 % en 2006.

La vaccination des femmes en âge de procréer a toujours fait partie du calendrier vaccinal et en 2002, le pays s'est engagé dans l'élimination du Tétanos Néonatal. Cependant, la couverture en TT2+ est restée faible à cause, notamment de la méconnaissance de l'importance du VAT par les femmes. Pour inverser cette situation, le PEV envisage d'entreprendre une véritable campagne de communication et de mobilisation sociale. Les professionnels de la communication qui viennent de terminer leur formation seront mis à contribution pour la réalisation de cette activité.

Outre les taux de couverture, d'autres indicateurs sont également utilisés pour apprécier la qualité des prestations à tous les niveaux du programme.

Tableau 6 : Indicateurs des prestations de services

Indicateurs	Catégories	2004	2005	2006
Taux d'abandon spécifique DTC (DTC 1/DTC 3)		6%	6%	11,6%
Performances des DS en couverture DTC HépB3	Moins de 50%	2	6	4
	50 à 79%	6	7	7
	Plus de 80%	9	4	6
Performances des DS en couverture VAR	Moins de 50%	2	4	4
	50 à 79%	6	5	9
	Plus de 80%	9	8	4

Source : CNPEV

Au cours de ces trois dernières années, le taux spécifique d'abandon au DTC n'est pas stable et est passé de 6 à 11%. En 2006, 65% des districts sanitaires n'ont pas atteint la cible de 80% de couverture en DTC3 et 76% n'ont pas atteint 80% de couverture pour le VAR

En résumé, durant ces trois dernières années, le pays note une baisse de la couverture vaccinale en DTC3, une augmentation des taux d'abandon et un nombre croissant des districts de faible performance.

B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

1. Approvisionnement et qualité des vaccins

L'approvisionnement en vaccins et matériels de vaccination se fait à travers l'UNICEF qui passe la commande auprès de sa centrale d'achats de Copenhague. Ces vaccins et matériels sont commandés sur la base du plan annuel élaboré par la Coordination Nationale du PEV. La durée moyenne de livraison des vaccins est de 45 jours après la soumission de la commande. Les livraisons se font tous les 6 mois au niveau central, tous les trois mois pour les îles autonomes et tous les mois pour les districts. Concernant les intrants, les livraisons se font en une seule fois dans l'année par acheminement maritime.

L'assurance qualité de ces vaccins est effectuée à leur réception par le responsable du stock central et le logisticien national, et le contrôle de la qualité de ces vaccins n'est pas effectué ici par manque de structure appropriée.

2 Stockage et conservation

Vu le caractère insulaire du pays, le ravitaillement des vaccins sur les îles se fait par avion à partir du stock central de la PNAC. Un contrat a été signé avec une agence de transit pour l'acheminement des vaccins et matériels de vaccination vers les îles.

Au niveau central, les vaccins et matériels de vaccination sont stockés au niveau de la PNAC qui dispose actuellement d'un espace de stockage assez limité. Au niveau des îles, les vaccins et matériels de vaccinations sont stockés au niveau des directions générales et des centres de santé de districts.

La chaîne de froid du niveau central a une capacité suffisante de stockage des vaccins aussi bien au volume positif qu'au volume négatif.

Le graphique suivant montre que le volume net de stockage existant est nettement plus élevé que le volume requis pour le stockage des vaccins traditionnels et nouveaux à partir de 2009.

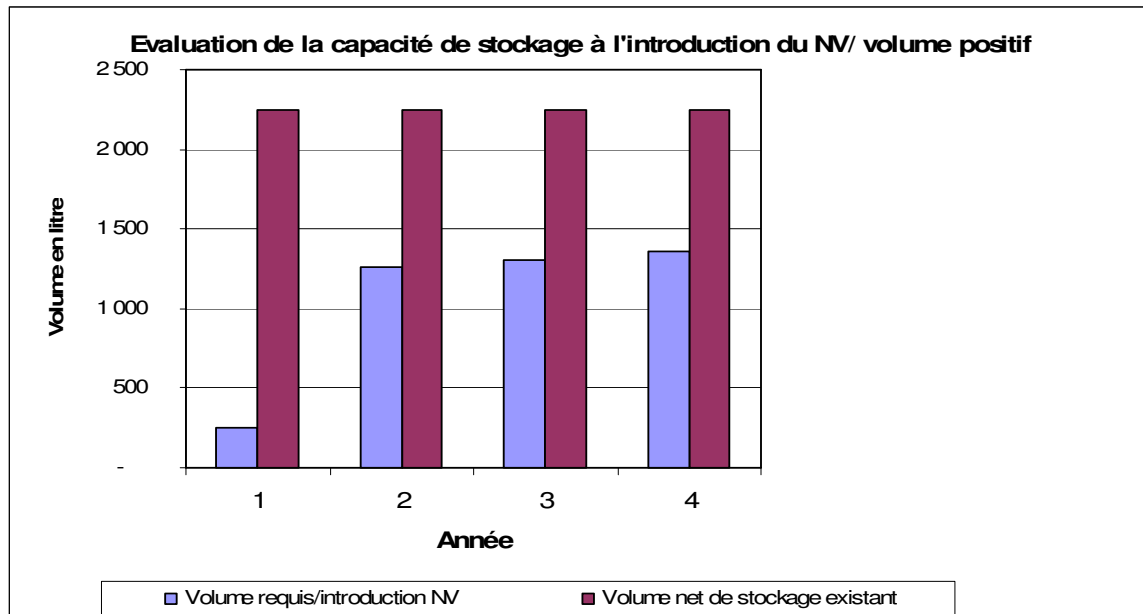


Figure 2 : Evaluation de la capacité de stockage au volume positif après l'introduction du nouveau vaccin de 2008 à 2011 au niveau central.

Dans le graphique ci dessous, le volume négatif requis pour la première année dépasse de 40 litres la capacité de stockage existante à cause des campagnes de vaccination contre la polio et le tétanos néonatal prévues durant cette année 2008.

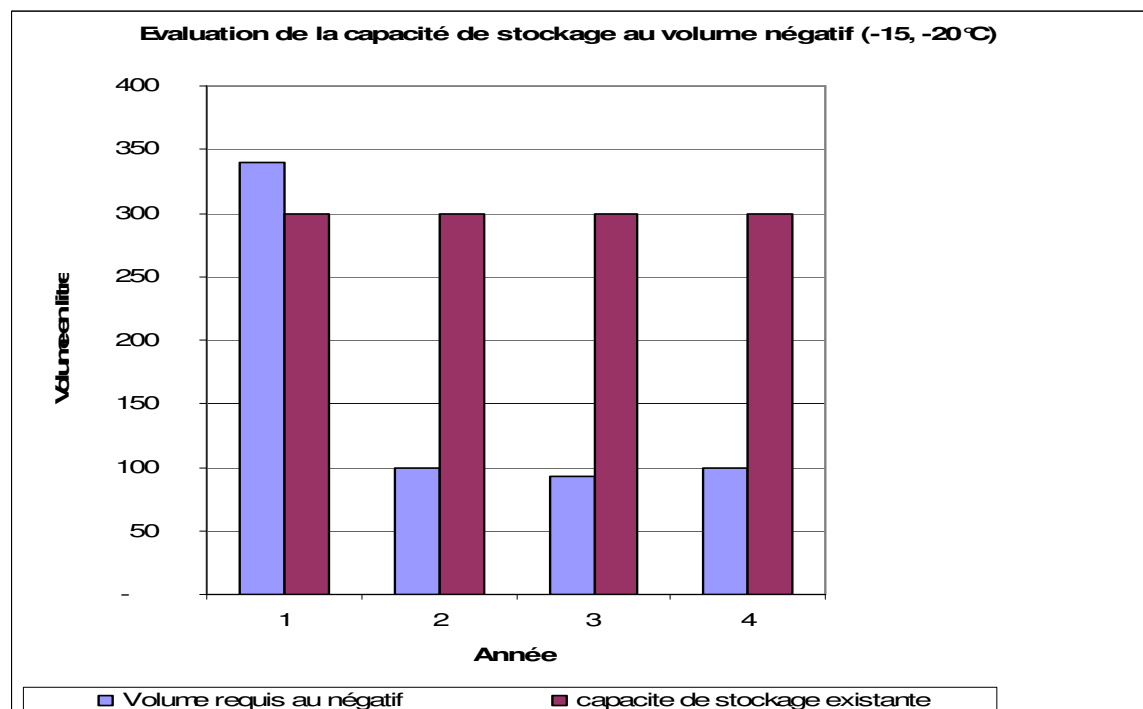


Figure 3 : Evaluation de la capacité de stockage au volume négatif de 2008 à 2011 au niveau central

Pour pallier à ce problème, il est prévu l'achat d'un congélateur en 2008 sur les fonds de l'Unicef, mais aussi de ne pas recevoir tous les vaccins en une seule fois. Effectivement si la période d'approvisionnement n'est pas respectée pour les vaccins de routine, et que la réception de ces vaccins se faisait en une seule fois avec ceux de la campagne, le problème de dépassement de la capacité de la chaîne de froid se posera.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner que la chambre froide existant au niveau central est vieille de 12 ans et ne répond plus aux normes de l'OMS.

Un plan de renouvellement de la chaîne de froid s'avère nécessaire pour permettre une gestion sécurisée des vaccins comme le montre le tableau ci après.

Tableau 7 : Plan d'approvisionnement des réfrigérateurs à tous les niveaux.

Niveaux		2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Central	Chambre froide		1				2
	Congélateur	1					
Intermédiaire		2	1	2			5
Périphérique	Renouvellement	11	1	6	1	4	49
	Dotation de nouveaux postes		7	7	7	5	
TOTAL		14	10	15	8	9	56

Source : CNPEV

La chaîne de froid utilisée aux niveaux intermédiaire et périphérique est soit électrique soit à pétrole excepté dans 2 districts qui utilisent des réfrigérateurs à gaz. La capacité de stockage à tous les niveaux est suffisante.

3. Gestion des stocks

Avant 2005, la gestion des stocks était manuelle et a enregistré des ruptures de stock au niveau central pour certains antigènes. En 2003 et 2004, le niveau central a connu respectivement une rupture de stock des vaccins BCG et Polio de moins de 30 jours qui n'a cependant pas affecté le niveau périphérique.

En 2005, cette gestion a été informatisée au niveau central et régional permettant de suivre l'évolution des stocks de vaccins et intrants et d'éviter ainsi les ruptures de stock.

Les responsables du PEV au niveau des districts ne sont pas encore équipés en matériel informatique ni formés à l'utilisation du logiciel de gestion des vaccins.

Des efforts se font actuellement par les niveaux central et intermédiaire pour systématiser le calcul des taux de perte au niveau périphérique. Ce qui permettra un suivi rationnel des vaccins.

4. Sécurité de la vaccination

a) Sécurité des injections

Depuis 2002, tous les districts utilisent des boîtes de sécurité pour recueillir les seringues autobloquantes usées. Pour harmoniser la sécurité des injections, le pays dispose d'un plan de sécurité des injections 2002-2007. Par insuffisance de financement, seulement neuf incinérateurs ont été construits dans les 17 prévus et sont opérationnels depuis mai 2007. Des opérateurs chargés de l'incinération des déchets médicaux secs et de l'entretien des incinérateurs ont été formés et équipés.

b) Gestion des déchets

La gestion des déchets pour les districts qui ne disposent pas d'incinérateurs de Monfort, se fait en ramenant les déchets médicaux de ces centres vers les districts qui en disposent. Des procédures d'acheminement des déchets d'un centre à un autre sont nécessaires pour faciliter cette gestion.

c) Gestion des Manifestations Adverses Post-immunisations (MAPI)

La notification des cas de MAPI se fait lors des supervisions formatives. Une fiche de notification est en cours d'adaptation au niveau central et elle n'a pas encore été diffusée aux districts sanitaires.

5. Logistique et maintenance

Il existe à tous les niveaux une logistique variée comprenant les équipements de la chaîne du froid (chambre froide, congélateurs, réfrigérateurs, glacières et porte vaccins) et les moyens de transport pour lesquels une maintenance permanente est nécessaire pour assurer son bon fonctionnement.

Certains districts disposent d'un parc auto moto pour effectuer les stratégies de vaccination avancée, la supervision et d'autres activités en dehors du PEV.

Les utilisateurs de cette logistique au niveau opérationnel ne sont pas formés pour effectuer une maintenance préventive. Aussi, il n'existe pas de mécanismes budgétaires permettant le renouvellement de ce matériel après amortissement.

La maintenance de la chaîne de froid est assurée par un technicien supérieur en électrofrigo, à temps partiel et à la demande. Un guide de maintenance de cette chaîne de froid est nécessaire ainsi que la formation des agents de la maintenance dans les îles. Les pièces de rechanges sont achetées soit localement, soit à la centrale d'achat de l'Unicef. Elles connaissent des difficultés dans la livraison à temps et leurs coûts restent élevés au niveau du pays.

Deux districts pilotes utilisent des réfrigérateurs mixte-gaz. Cependant, l'approvisionnement en gaz est irrégulier et onéreux pour l'autofinancement du district.

C. La surveillance des maladies évitables par la vaccination

La surveillance des maladies est une composante intégrante de la vaccination.

1 Analyse du système de surveillance épidémiologique

Le système de surveillance épidémiologique se heurte à de nombreuses contraintes majeures parmi lesquelles on peut citer la répartition inégale des ressources humaines disponibles. Cette situation a comme conséquence la faible promptitude (10%) et complétude (70%) des rapports reçus au niveau national ; la faible utilisation des données pour l'action (absence de feedback dans les délais), la verticalité de certains programmes, l'insuffisance de supports de collecte de données.

Le constat a été fait que le circuit de transmission de l'information du système d'alerte précoce n'est pas respecté (une épidémie de rougeole en 2005 n'a été confirmée que un

an après son déclenchement). Il convient de noter que la mobilité du personnel limite la compétence du personnel en matière de surveillance épidémiologique en raison de l'insuffisance des formations de recyclage. Par ailleurs, les données disponibles sont transmises au niveau national sans être analysées ou utilisées, et la plupart des districts mettent généralement l'accent sur la collecte des données plutôt que sur l'action.

La démotivation du personnel due en partie aux supervisions irrégulières de la hiérarchie pourrait aussi expliquer le faible taux de couverture vaccinale des enfants (VPO3 = 69 %) et des femmes en âge de procréer (22%) enregistrés au niveau national en 2006.

Les laboratoires ont participé aux investigations des épidémies depuis la mise en place de la stratégie SIMR. Toutefois, le laboratoire national n'est pas en mesure de faire la confirmation des maladies virales sous surveillance faute d'équipements. Il existe aussi des difficultés pour le transport des échantillons vers un laboratoire spécialisé.

Un des maillons faibles de la surveillance reste l'implication de la communauté dans la recherche des cas. Les associations villageoises et des ONG sont très peu formées sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

La surveillance basée sur le cas est devenu effective à tous les niveaux. Cette surveillance a été renforcée en 2007 par la formation de 37 points focaux des niveaux intermédiaires et périphériques et 7 techniciens de laboratoire sur la confirmation biologique de la rougeole.

En conclusion, les points forts sont : Surveillance basée sur le cas est effective à tous les niveaux et renforcée avec la formation de 37 points focaux des niveaux intermédiaires et périphériques et 7 techniciens de laboratoire sur la confirmation biologique de la rougeole.

Les points faibles peuvent se résumer comme suit : la faible promptitude (10%) et complétude (70%) des rapports reçus au niveau national ; la faible utilisation des données pour l'action (absence de feedback dans les délais), la verticalité de certains programmes, l'insuffisance de supports de collecte de données, faible implication de la communauté dans la recherche des cas.

Au nombre des interventions prioritaires, un accent particulier devra être mis sur le renforcement des structures de gestion à tous les niveaux, L'amélioration de la capacité et de la performance du personnel, l'intégration, le renforcement de l'utilisation de la technologie de l'information, pour l'action et la mise en œuvre de la SIMR.

2 L'éradication de la poliomyélite

Les Comores ont souscrit à l'initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite. Les cas de PFA font l'objet d'une surveillance depuis 2002. Les comités Polio (CNC, CNEP) ont été créés en 2002 et sont fonctionnels. Le résultat d'analyse en 2006 de 7 cas de PFA notifiés montre :

- 2,6 pour 100 000 taux de PFA non polio
- 100% des cas notifiés sont enquêtés avant 48 heures
- 86% échantillons ont été prélevés avant 14 jours du début de la maladie
- Zéro cas de poliovirus sauvage identifié par l'Institut Pasteur de Madagascar (laboratoire de référence Polio)
- 88 % de complétude de la notification de routine

3. Le contrôle de la rougeole

Le pays a été indemne d'épidémie de rougeole de 1996 à 2004. En 2005, 766 cas ont été recensés dont aucun décès n'a été enregistré. La confirmation des cas a été effectuée au laboratoire de KEMRI (Kenya).

La tendance de la couverture vaccinale pendant cette période évoluait en dents de scie. Pour faire face aux couvertures vaccinales insuffisantes, des campagnes locales de vaccination couplées à la supplémentation en vitamine A, ont été organisées en 2001 et 2006 à Anjouan, 2002, 2003 et 2006 à Mohéli, 2002 et 2005 à la Grande Comore.

Tableau 8 : Récapitulatif des résultats issus des campagnes locales de vaccination antirougeoleuse au niveau des trois îles en 2001, 2002 et 2003 ainsi que la supplémentation en Vitamine A.

Iles et années de la campagne	Population cible de moins de 5 ans	Population total des enfants vaccinés	% des enfants de 9 à 59 mois vaccinés contre la rougeole	Population cible Vit A	Nombre d'enfants ayant reçu la Vit A	% des enfants ayant reçus la Vit A
Anjouan 2001	33.079	34.909	105,53	Non disponible	Non Disponible	Non Disponible
Mohéli 2002	5174	5530	106,88	5130	5737	112
Mohéli 2003	4835	5509	113,94	5809	4893	84
Grande Comore 2002	33644	28664	85,20	33644	34136	101

Sources : *Rapports des campagnes de vaccination des îles*

4. Surveillance des autres maladies cibles du PEV

Aux Comores, 20 maladies dont 7 maladies cibles du PEV sont sous surveillance. Il s'agit du Tétanos Maternel et Néonatal, de la Poliomyélite, de la Diphtérie, de la Coqueluche, de la Rougeole, de la Tuberculose et de l'Hépatite B.

Suite à une enquête réalisée en 2006 sur le Tétanos Maternel et Néonatal, le pays est engagé dans un processus de certification d'élimination du *Clostridium tetani*. Les autres maladies sont notifiées dans les rapports mensuels mais la surveillance se fait de manière passive.

D. Communication

Le pays connaît actuellement un vaste réseau de radios et télévisions privées et communautaires. Des activités ponctuelles de sensibilisation de la population à travers les médias sont organisées par certains médecins de districts et la Direction chargée de l'Education, de la Promotion de la Santé et de l'Action Socio-Sanitaire (DEPSASS). Des réunions regroupant les leaders d'opinion sont aussi tenues dans les villages portant sur les avantages de la vaccination avant et pendant les campagnes de vaccination. Cependant, le PEV ne dispose pas d'un plan de communication.

Les ressources humaines impliquées dans ces activités sont limitées qualitativement et quantitativement. Il y a lieu de noter qu'une implication de la communauté dans le financement des activités de mobilisation sociale est enregistrée surtout pendant les campagnes de vaccination.

En somme, l'on peut retenir que le PEV ne dispose pas d'un plan de communication et le personnel est peu qualifié en matière de communication

E. Gestion du programme et cadre institutionnel

La Coordination Nationale du Programme Elargi de vaccination relève de la Direction des Endémies et Epidémies et est dirigée dans la pratique par le Directeur des Endémies Epidémies. Il est à noter qu'il n'existe pas de texte administratif qui définit l'organisation et le fonctionnement du programme. Cette confusion dans le statut administratif du programme et son niveau d'ancrage dans l'organigramme du Ministère en charge de la santé ne permettent pas d'assurer sa visibilité, de faciliter ses relations fonctionnelles avec les Directions générales des îles autonomes et de bénéficier d'affectation budgétaire spécifique.

La Coordination Nationale du PEV coordonne l'ensemble des activités de vaccination sur toute l'étendue du territoire.

1. Coordination et partenariat

Au niveau de la coordination, il existe un Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) au niveau central créé par arrêté ministériel en 2000. Ce comité multisectoriel est présidé par le Vice – président en charge du Ministère de la Santé et son secrétariat assuré par la coordination nationale du PEV. La fréquence de ses réunions est trimestrielle. Les directeurs généraux de la santé des îles autonomes sont membres du CCIA, mais ils n'assistent pas tous régulièrement aux réunions faute de moyens de déplacement.

Il ya lieu de noter l'inexistence de ces structures de concertation et de coordination au niveau des îles autonomes, ce qui constitue un sérieux handicap pour la coordination et le suivi des activités. Par contre, il existe des comités de gestion des épidémies et des comités d'organisation des campagnes. Toutefois ces comités ne traitent pas des sujets relatifs au PEV de routine.

Un comité technique restreint, au sein duquel se retrouvent les diverses agences partenaires du PEV, se réunit une fois par mois pour débattre de tous les aspects techniques liés à la gestion du programme. Les propositions faites par cet organe doivent être validées par le CCIA.

2. Ressources humaines

Sur le plan des ressources humaines, le service du PEV dispose au niveau central de trois personnes dont le médecin coordonnateur, un infirmier d'état qui assure les fonctions de logisticien et un préparateur en pharmacie, responsable du stock central. Le médecin coordonnateur est en même temps le directeur des endémies et épidémies chargé de la coordination de l'ensemble des programmes de lutte contre la maladie, ce qui peut constituer une contrainte pour une meilleure coordination des activités du PEV en cas de développement des autres programmes.

Au niveau des îles autonomes, le PEV est dirigé par un infirmier d'Etat ou sage femme d'Etat sous la supervision directe du directeur général de la santé de l'île. Au niveau du district, c'est un infirmier ou une sage femme qui, entre autres, coordonne les activités du PEV.

Dans le cadre du renforcement des capacités de 2003 à 2006, 8 formateurs et 185 agents de santé ont été formés sur le cours MLM.

Le coordonnateur a été formé en épidémiologie, 12 agents ont été formés sur la gestion informatisée des vaccins, 10 agents sur l'utilisation et l'entretien des incinérateurs, 5 formateurs et 105 personnes sur l'approche ACD.

Cependant, le personnel de santé se trouve confronté à une grande mobilité rendant difficile le suivi des agents formés.

En résumé, il y a lieu de souligner que non seulement le PEV est limité sur le plan institutionnel mais également en termes de capacités de coordination et de gestion du programme, les ressources humaines sont limitées à tous les niveaux.

3. Supervision / Monitoring / Evaluation.

La CNPEV dispose d'une grille de supervision diffusée aux responsables du PEV de chaque île. Cette supervision s'effectue semestriellement du niveau central vers les régions et districts ; trimestriellement de la région vers les districts et mensuellement des districts vers les postes de santé.

Le monitoring à tous les niveaux se fait à travers la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et la retro information. Il existe au niveau national et régional des outils informatiques permettant le traitement des données. Une fiche de monitoring des données de vaccination est à la disposition des régions et districts mais son utilisation n'est pas encore effective par insuffisance de supervision. Les postes de santé sont dotés de supports de collecte et d'analyse des données. Les responsables ont été formés et sensibilisés à l'utilisation des fiches, mais leur remplissage correct n'est pas encore effectif dans certaines formations sanitaires.

L'analyse et l'interprétation des rapports de vaccination à tous les niveaux permettent d'apprécier les indicateurs de gestion du programme. On note cependant une irrégularité dans la rétro information.

Le programme est évalué à travers les revues semestrielles et annuelles organisées par le commissariat au plan et auxquelles sont conviés tous les secteurs de développement y compris le ministère de la santé.

4. Intégration

C'est en 2002 qu'a commencé la supplémentation systématique en vitamine A dans le PEV de routine et lors des campagnes de vaccination contre la Polio ; en 2006 il y a eu l'intégration de l'administration de Mebendazole dans le calendrier vaccinal.

Il est à noter que le comportement en faveur de l'intégration n'est pas encore effectif chez les acteurs de certains programmes du niveau central. Cette intégration butte également sur l'insuffisance du personnel et la rupture des intrants.

F. Le Financement de la santé et de la vaccination

Le principal défi à l'amélioration de la Santé de la population comorienne est le financement des services par le budget de l'Etat. En effet aux Comores, le secteur de la santé est fortement dépendant de l'aide extérieur. De 2000 à 2003, le financement de l'Etat consacré au secteur de la Santé a connu une nette régression de 594 millions ; environ 80% de ce montant est consacré au paiement du personnel de santé.

Une importante part des dépenses de santé des populations comoriennes est supportée par la Communauté appuyée par la Diaspora à l'extérieur qui investit beaucoup dans la construction des centres de santé. La Communauté locale contribue également à travers le recouvrement des coûts dont le montant a été évalué à 536 millions de francs comoriens en 2001.

Sur le plan des initiatives mutualistes, des perspectives sont en cours concernant les populations pauvres et vulnérables.

Le programme de vaccination n'échappe pas à la logique de la dépendance extérieure. Les vaccins et matériels d'injection ainsi que toute la logistique et le matériel roulant sont financés sur ressources extérieures (OMS, UNICEF, GAVI, UNFPA, CARITAS). Il en est de même des activités opérationnelles de terrain.

L'analyse de situation du financement de la vaccination a conduit à l'identification de l'absence du financement de l'Etat comme un important facteur de vulnérabilité du Programme. Cependant, en 2007 l'Etat s'est engagé à financer un montant de 20 millions de francs comoriens pour le PEV et tout ce qui concerne les actions à visée sociale dont en particulier le cofinancement pour l'achat des vaccins. En effet, une loi des finances a été votée par l'assemblée nationale et une ligne spécifique a été créée au niveau du budget national pour le PEV et autres actions sociales. C'est dans ce cadre que le gouvernement a pris l'engagement de contribuer au financement de la campagne contre la rougeole prévue en 2007 et au cofinancement de l'achat des vaccins traditionnels à partir de 2008 et des nouveaux vaccins en 2009.

III. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination selon les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

Dans les tableaux suivants est résumée l'analyse de la situation du PEV par île selon les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

Tableau 9 : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PEV en Union des Comores par île et par composante

1. PRESTATIONS DE SERVICE ET PERFORMANCES DU PROGRAMME

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	<p>Acquisition de compétences et expériences en matière de vaccination à travers des formations (MLM, techniques vaccinales et ACD, gestion des stocks)</p> <p>Tous les responsables PEV ont reçu une formation en Management PEV (MLM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomination d'un point focal en surveillance à la DGS, PFA, TMN, ROUGEOLE - Association du PEV à d'autre activité des programmes (moustiquaire, Vit A, ...) - Disponibilité de matériel informatique et de support de gestion. - Existence d'un outil de supervision - existence de 3 incinérateurs fonctionnels Agent formé sur le cours MLM 	<p>Acquisition de compétences et expériences en matière de vaccination à travers des formations (MLM, techniques vaccinales et ACD, gestion des stocks)</p> <p>Tous les responsables PEV ont reçu une formation en Management PEV (MLM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomination d'un point focal en surveillance à la DGS, PFA, TMN, ROUGEOLE - Association du PEV à d'autre activité des programmes (moustiquaire, Vit A, ...) - Disponibilité de matériel informatique et de support de gestion. - Existence d'un outil de supervision - existence de 2 incinérateurs fonctionnelles Agent formé sur le cours MLM 	<p>Acquisition de compétences et expériences en matière de vaccination à travers des formations (MLM, techniques vaccinales et ACD, gestion des stocks)</p> <p>Tous les responsables PEV ont reçu une formation en Management PEV (MLM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomination d'un point focal en surveillance à la DGS, PFA, TMN, ROUGEOLE - Association du PEV à d'autre activité des programmes (moustiquaire, Vit A, ...) - Disponibilité de matériel informatique et de support de gestion. - Existence d'un outil de supervision - existence de 4 incinérateurs fonctionnels Agent formé sur le cours MLM 	<p>Acquisition de compétences et expériences en matière de vaccination à travers des formations (MLM, techniques vaccinales et ACD, gestion des stocks)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) du PEV depuis 1999 - Existence d'un outil d'évaluation du système de gestion de vaccins et matériel de vaccination - Existence d'un outil de supervision - Disponibilité d'une base de donnée selon la nouvelle maquette de saisie de données PEV de routine depuis janvier 2006 (en Epi info/Access au niveau central) - Disponibilité de service de vaccination dans 40 FS Expérience d'organisation des activités de vaccination supplémentaire et de campagne intégrée

FAIBLESSES	<p>Personnel du niveau périphérique non formé à la maintenance préventive</p> <p>Manque de maintenance pour la chaîne de froid</p> <p>- faible intérêt au PEV par les médecins chefs</p> <p>- Mauvaise application des normes techniques de vaccination.</p> <p>Insuffisance de ressources pour la stratégie avancée</p> <p>Non introduction de l'approche ACD dans tous les districts</p> <p>Utilisation du personnel à temps partiel</p>	<p>Personnel du niveau périphérique non formé à la maintenance préventive</p> <p>Manque de maintenance pour la chaîne de froid</p> <p>- Non application de stratégie avancée dans certains districts</p> <p>faible intérêt au PEV par les médecins chefs</p> <p>Mauvaise application des normes techniques de vaccination.</p> <p>Insuffisance de ressources pour la stratégie avancée</p> <p>Non application de l'approche ACD</p> <p>Utilisation du personnel à temps partiel</p>	<p>Personnel du niveau périphérique non formé à la maintenance préventive</p> <p>Manque de maintenance pour la chaîne de froid</p> <p>-Non application de stratégie avancée dans certains districts</p> <p>- faible intérêt au PEV par les médecins chefs</p> <p>- Mauvaise application des normes techniques de vaccination.</p> <p>Insuffisance de ressources pour la stratégie avancée</p> <p>Non introduction de l'approche ACD dans six districts</p> <p>Utilisation du personnel à temps partiel</p>	<p>Introduction des modules PEV dans les programmes de formation universitaire non encore effective</p> <p>Non pérennisation de la promptitude des données</p> <p>Mauvaise appréciation de la couverture vaccinale</p> <p>26 sur 49 postes de santé ne vaccinent pas en stratégie fixe</p> <p>Insuffisance de ressources pour la stratégie avancée</p> <p>Utilisation du personnel à temps partiel</p>
OPPORTUNITES	<p>- Moins d'une heure de temps de marche pour atteindre un service de vaccination</p> <p>- Plus de 60% de la population se trouve dans un rayon < 5 km d'une FS</p>	<p>- Moins d'une heure de temps de marche pour atteindre un service de vaccination</p> <p>Plus de 60% de la population se trouve dans un rayon < 5 km d'une FS</p>	<p>- Moins d'une heure de temps de marche pour atteindre un service de vaccination</p> <p>Plus de 60% de la population se trouve dans un rayon < 5 km d'une FS</p>	<p>Existence d'une équipe de formateurs nationaux</p> <p>- Financement GAVI et des autres partenaires.</p> <p>- Formation en MLM.</p> <p>- Introduction du nouveau vaccin (Hep B) dans la vaccination de routine depuis juin 2003</p> <p>- Ouverture d'un compte GAVI – COMORES en 2003</p>
MENACES	<p>Mobilité des agents de santé et non formation des nouveaux agents</p>	<p>Mobilité des agents de santé et non formation des nouveaux agents</p> <p>Dépendance totale vis à vis des</p>	<p>Mobilité des agents de santé et non formation des nouveaux agents</p> <p>Dépendance totale vis à vis des</p>	<p>Mobilité des agents de santé et non formation des nouveaux agents</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance totale vis à vis des partenaires. - Faible motivation du personnel. - Insuffisance de personnel en quantité et en qualité - forte mobilité du personnel formé en PEV 	<ul style="list-style-type: none"> partenaires. - Faible motivation du personnel. - Insuffisance de personnel en quantité et en qualité - forte mobilité du personnel formé en PEV 	<ul style="list-style-type: none"> partenaires. - Faible motivation du personnel. - Insuffisance de personnel en quantité et en qualité - forte mobilité du personnel formé en PEV 	<ul style="list-style-type: none"> Dépendance totale vis à vis des partenaires. - Faible motivation du personnel. - Insuffisance de personnel en quantité et en qualité - Cadre organique non conforme
--	--	--	--

2. APPROVISIONNEMENT, QUALITE DES VACCINS ET LOGISTIQUE

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de stock de vaccins en permanence - Informatisation de gestion de vaccins et matériel de vaccination depuis 2005 Existence d'un groupe électrogène de secours Capacité de stockage suffisante Gestion manuelle des stocks Application de la politique de sécurité des injections depuis 2002 Existence de PCV dans les vaccins du PEV - Disponibilité de réfrigérateurs opérationnels dans tous les centres de vaccinations 	<ul style="list-style-type: none"> - L'approvisionnement en vaccins est régulier à tous les niveaux - Informatisation de gestion de vaccins et matériel de vaccination depuis 2005 Capacité de stockage suffisante Gestion manuelle des stocks Application de la politique de sécurité des injections depuis 2002 Existence de PCV dans les vaccins du PEV - Disponibilité de réfrigérateurs opérationnels dans tous les centres de vaccinations - Disponibilité des véhicules motos, glacières et accumulateurs en nombre suffisant. 	<ul style="list-style-type: none"> L'approvisionnement en vaccins est régulier à tous les niveaux - Informatisation de gestion de vaccins et matériel de vaccination depuis 2005 Existence d'un groupe électrogène de secours Capacité de stockage suffisante Gestion manuelle des stocks Application de la politique de sécurité des injections depuis 2002 Existence de PCV dans les vaccins du PEV - Disponibilité de réfrigérateurs opérationnels dans tous les centres de vaccinations 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du nouveau vaccin (Hep B) dans la vaccination de routine depuis juin 2003 - Informatisation de la gestion des vaccins et matériel de vaccination en 2005 au niveau central et îles - Existence d'un outil d'évaluation performant Garantie de la qualité des vaccins par l'utilisation de la filière UNICEF Rapportage systématique effectué par le logisticien national et le responsable du stock à la réception des vaccins Existence d'un groupe électrogène de secours Gestion manuelle des stocks en

	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des véhicules motos, glacières et accumulateurs en nombre suffisant. - Disponibilité permanente de source d'énergie (pétrole et électricité) - Existence d'un magasin de stockage des vaccins et intrants 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité permanente de source d'énergie (pétrole et électricité) - Existence d'un magasin de stockage des vaccins et intrants 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des véhicules motos, glacières et accumulateurs en nombre suffisant. - Disponibilité permanente de source d'énergie (pétrole, gaz et électricité) - Existence d'un magasin de stockage des vaccins et intrants 	<ul style="list-style-type: none"> appui au système informatisé Capacité de stockage suffisante Application de la politique de sécurité des injections depuis 2002 Existence d'un plan de sécurité Existence de PCV dans les vaccins du PEV - Existence de chambre froide fonctionnelle (âgée de 11 ans) - Disponibilité de moyens de déplacement Existence d'un magasin de stockage des vaccins et intrants
FAIBLESSES	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion de stock des vaccins et logistiques Difficulté d'acheminement des données au niveau central Vétusté d'une partie de la chaîne du froid Inexistence de structures chargées de la maintenance Insuffisance des incinérateurs - Absence de moyens de déplacements dans certains districts 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion de stock des vaccins et logistiques Matériel informatique hors d'usage Vétusté d'une partie la chaîne du froid Inexistence de structures chargées de la maintenance Mauvais fonctionnement des réfrigérateurs de certains postes de vaccination - Absence de moyens de déplacements dans certains districts 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion de stock des vaccins et logistiques Matériel informatique hors d'usage Vétusté d'une partie de la chaîne du froid Difficulté de financement du gaz sur les fonds de recouvrement pour certaines structures de santé Inexistence de structures chargées de la maintenance Rupture périodique des stocks de gaz sur le marché local Insuffisance des incinérateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion de stock des vaccins et logistiques Matériel informatique hors d'usage Vétusté de la chaîne du froid Manque de moyens et de mécanisme de contrôle qualité des vaccins Difficulté d'approvisionnement en pièce de rechange Inexistence de structures chargées de la maintenance Inexistence d'une politique de sécurité des injections

			Absence de moyens de déplacements dans certains districts.	Manque de document de politique nationale de maintenance Insuffisance d'équipement pour le transport des échantillons
OPPORTUNITES	- Disponibilité du financement au niveau des partenaires.	- Disponibilité du financement au niveau des partenaires.	- Disponibilité du financement au niveau des partenaires.	- Disponibilité du financement au niveau des partenaires. - Disponibilité des nouveaux vaccins sur le marché international. Disponibilité de financement extérieur
MENACES				Un programme appuyé à 75% par des partenaires externes

3. SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	<ul style="list-style-type: none"> - Formation d'Agents en Surveillance PFA, TMN, ROUGEOLE,... - disponibilité de données - existence d'un point focal PFA - existence des supports de collecte de données - Existence d'un outil informatique dans 5 CSD et la DGS - Formation des agents en IDSR - Surveillance basée sur les cas effective 	<ul style="list-style-type: none"> -Formation d'Agents en Surveillance PFA, TMN, ROUGEOLE,... - disponibilité de données - existence d'un point focal PFA - existence des supports de collecte de données - Existence d'un outil informatique dans 3 CSD et la DGS - Formation des agents en IDSR - Surveillance basée sur les cas effective 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de 26 Agents en Surveillance PFA, TMN, ROUGEOLE,... - disponibilité de données - existence d'un point focal PFA - existence des supports de collecte de données - Existence d'un outil informatique dans 6 CSD et la DGS - Formation des agents en IDSR - Surveillance basée sur les cas effective 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la surveillance intégrée et la riposte - Existence d'un outil informatique au niveau central - Existence du réseau national des laboratoires et sa contribution dans la surveillance des maladies cibles du PEV (rougeole) Engagement du pays dans le processus de certification (tétanos, polio)

<p>FAIBLESSES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les agents de santé de CSD ne sont pas formés à l'utilisation de l'outil informatique - retard de transmission de données de CSD vers la DGS - Manque de rétro information -Insuffisance d'agents qualifiés pour l'exploitation et l'analyse des données de surveillance Faible promptitude et complétude des données Faible utilisation des données pour l'action Insuffisance des supports de collecte des données Capacité de confirmation des maladies par les laboratoires limitée Difficulté de transport des échantillons Implication insuffisante de la communauté dans la surveillance à base communautaire Insuffisance de la formation des agents dans l'utilisation des supports de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - les agents de santé de CSD ne sont pas formés à l'utilisation de l'outil informatique - retard de transmission de données de CSD vers la DGS - Manque de rétro information - Insuffisance d'agents qualifiés pour l'exploitation et analyse des données de surveillance Faible promptitude et complétude des données Faible utilisation des données pour l'action Insuffisance des supports de collecte des données Capacité de confirmation des maladies par les laboratoires limitée Difficulté de transport des échantillons Implication insuffisante de la communauté dans la surveillance à base communautaire Insuffisance de la formation des agents dans l'utilisation des supports de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> -les agents de santé de CSD ne sont pas formés à l'utilisation de l'outil informatique - retard de transmission de données de CSD vers la DGS - Manque de rétro information - Insuffisance d'agents qualifiés pour l'exploitation et analyse des données de surveillance Faible promptitude et complétude des données Faible utilisation des données pour l'action Insuffisance des supports de collecte des données Capacité de confirmation des maladies par les laboratoires limitée Difficulté de transport des échantillons Implication insuffisante de la communauté dans la surveillance à base communautaire Insuffisance de la formation des agents dans l'utilisation des supports de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance ressources humaines - retard de transmission de données de DGS vers le niveau central Manque de retro information à tous les niveaux Insuffisance d'agents qualifiés pour l'exploitation et analyse des données de surveillance Insuffisances de réunions du comité chargé de la certification Faible utilisation des données pour l'action Insuffisance des supports de collecte des données Capacité de confirmation des maladies par les laboratoires limitée Difficulté de transport des échantillons
<p>OPPORTUNITES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Implication de ONGs CAP dans la surveillance à travers la recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication de ONGs CRM dans la surveillance à travers la recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication de ONGs CAP d'Afrique et Caritas dans la surveillance à travers la recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité des partenaires - Disponibilité des supports de collectes des données

MENACES	Faible motivation du personnel	Faible motivation du personnel	Faible motivation du personnel	Faible motivation du personnel Conflit des compétences entre les îles et l'Union
----------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---

4. COMMUNICATION

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	<ul style="list-style-type: none"> -Implication des agents de santé communautaire dans la mobilisation sociale -Implication de l'ONG CAP, CRC... dans la sensibilisation -Formation d'un technicien supérieur en communication -Taux élevé d'alphabétisation de la population Existence d'un réseau de radio et télévision privé et communautaire Implication de la communauté dans les campagnes de vaccination Implication des équipes de santé à la sensibilisation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication des agents de santé communautaire dans la mobilisation sociale -Implication de l'ONG, CRM, CRC... dans la sensibilisation -Formation d'un technicien supérieur en communication -Taux élevé d'alphabétisation de la population Existence d'un réseau de radio et télévision privé et communautaire Implication de la communauté dans les campagnes de vaccination Implication des équipes de santé à la sensibilisation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication des comités villageoise dans les activités de mobilisation pour le PEV -Implication des médias dans la mobilisation -Implication des agents de santé communautaire dans la mobilisation sociale -Implication de l'ONG CAP d'Afrique, CRC... dans la sensibilisation -Formation d'un technicien supérieur en communication -Taux élevé d'alphabétisation de la population Existence d'un réseau de radio et télévision privé et communautaire Implication de la communauté dans les campagnes de vaccination Implication des équipes de santé à la sensibilisation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Bonne coordination de l'intervention des partenaires - Bonne couverture médiatique sur l'ensemble du pays Implication des autorités politiques
FAIBLESSES	- Engagement insuffisant des autorités	- Engagement insuffisant des autorités	- Engagement insuffisant des autorités	- Absence d'une stratégie nationale de communication

	-Absence de plan de communication -Faible capacité technique en plaidoyer Insuffisance de la communication inter personnel Insuffisance de financement pour la réalisation et la diffusion des supports de communication	-Absence de plan de communication -Faible capacité technique en plaidoyer - Participation communautaire faible dans la vaccination de routine Insuffisance de la communication inter personnel Insuffisance de financement pour la réalisation et la diffusion des supports de communication	-Absence de plan de communication -Faible capacité technique en plaidoyer Insuffisance de la communication inter personnel Insuffisance de financement pour la réalisation et la diffusion des supports de communication	
OPPORTUNITE	Forte couverture de l'île médias communautaire	Forte couverture de l'île médias communautaire	-Forte capacité de mobilisation de la communauté -Forte couverture de l'île en médias communautaire	- Unicité de la langue - Unicité de la religion -Amélioration du processus de résolution des conflits de compétences
MENACES	Absence de mécanisme de coordination dans la diffusion de l'information	Absence de mécanisme de coordination dans la diffusion de l'information	Absence de mécanisme de coordination dans la diffusion de l'information	Absence de mécanisme de coordination dans la diffusion de l'information

5. GESTION DU PROGRAMME ET CADRE INSTITUTIONNEL

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	Disponibilité des supports de gestion des données Existence d'une grille de supervision Existence d'un plan annuel d'activités Existence des comités de gestion des épidémies et des campagnes de vaccination	Disponibilité des supports de gestion des données Existence d'une grille de supervision Existence d'un plan annuel d'activités Existence des comités de gestion des épidémies et des campagnes de vaccination Maîtrise de la population cible	Disponibilité des supports de gestion des données Existence d'une grille de supervision Existence d'un plan annuel d'activités Existence des comités de gestion des épidémies et des campagnes de vaccination	Existence d'un CCIA Existence d'un comité de certification et d'un comité d'expert pour l'éradication de la poliomyélite Existence des structures de certification et d'expertises pour l'éradication de la polio (CNC, CNEP....)

	<p>Maîtrise de la population cible</p> <p>Formation MLM</p>	<p>Formation MLM</p>	<p>Maîtrise de la population cible</p> <p>Formation MLM</p>	<p>Existence d'un groupe technique restreint qui appui la coordination</p> <p>Gestion décentralisée du programme</p> <p>Disponibilité des supports de gestion des données</p> <p>Existence d'une grille de supervision</p> <p>Existence d'un plan annuel d'activités</p> <p>Existence des comités de gestion des épidémies et des campagnes de vaccination</p> <p>Tenue régulière des réunions du CCIA</p> <p>Maîtrise de la population cible</p> <p>Renforcement des capacités en gestion de programme</p> <p>Gestion du stock des vaccins au niveau central intégrée à la PNAC</p>
FAIBLESSES	<p>Absence au niveau régional et des districts de mécanismes de coordination des interventions en matière du PEV</p> <p>Insuffisance de personnel</p> <p>Irrégularité de la supervision et de la rétro information des régions et districts vers les postes</p>	<p>Absence au niveau régional et des districts de mécanismes de coordination des interventions en matière du PEV</p> <p>Insuffisance de personnel</p> <p>Irrégularité de la supervision et de la rétro information des régions et districts vers les postes de santé</p>	<p>Absence au niveau régional et des districts de mécanismes de coordination des interventions en matière du PEV</p> <p>Insuffisance de personnel</p> <p>Irrégularité de la supervision et de la rétro information des régions et districts vers les postes de santé</p>	<p>Absence de microplans pour la gestion des districts</p> <p>Insuffisance de personnel</p> <p>Irrégularité des réunions de coordination avec les régions</p>

	de santé			
OPPORTUNITES				Existence de la Politique Nationale de santé 2005-2015
MENACES	Insuffisance du budget alloué par le gouvernement de l'île au secteur santé et au PEV Insuffisance d'une collaboration intersectorielle	Insuffisance du budget alloué par le gouvernement de l'île au secteur santé et au PEV Insuffisance d'une collaboration intersectorielle	Insuffisance du budget alloué par le gouvernement de l'île au secteur santé et au PEV Insuffisance d'une collaboration intersectorielle	Insuffisance du budget alloué par l'Etat au secteur santé et au PEV Insuffisance d'une collaboration intersectorielle

6. FINANCEMENT DE LA SANTE ET DE LA VACCINATION

	ANJOUAN	MOHELI	NGAZIDJA	CENTRAL
FORCES	Participation financière de la communauté dans la construction de certaines formations sanitaires		Participation financière de la communauté dans la construction de certaines formations sanitaires	Existence d'une ligne budgétaire affectée à l'achat des vaccins traditionnels et nouveaux
FAIBLESSES	Absence d'informations sur les contributions de la communauté	Manque d'initiative communautaire en matière de santé	Absence d'informations sur les contributions de la communauté	Insuffisance de sources de financement du programme
OPPORTUNITES				Engagement politique en faveur du PEV Engagement et disponibilité des partenaires à appuyer le programme (OMS, UNICEF, GAVI)
MENACES				Faible taux de décaissement Fragilité du contexte sociopolitique du pays

IV. Prioritisation des problèmes, vision et objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007-2011

A. Prioritisation des problèmes

De l'analyse, il ressort un certain nombre de problèmes prioritaires classés dans le tableau suivant, par composante.

Les critères utilisés pour cette priorisation ont été l'ampleur du problème ainsi que sa faisabilité.

Le score 1 à 3 décrit l'ordre d'importance du problème.

Tableau 10 : Prioritisation des problèmes par composante

1. Prestations de services et performances du programme

Description des principaux problèmes priorités nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapes						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Faible accessibilité aux services de vaccination (58%)	Augmenter l'accessibilité aux structures de vaccination de 58% à 100% d'ici 2011	58%	47%	61%	75%	90%	100%	1
Faible couverture nationale en DTC-HépB3 (74% en 2005)	Augmenter la couverture vaccinale nationale en DTC-Bep3 de 74% à 93% d'ici 2011	74% (12 424 enfants vaccinés)	83% (15 298 enfants à vacciner)	85% (15 968 enfants à vacciner)	88% (16 203 enfants à vacciner)	90% (17 010 enfants à vacciner)	93% (18 046 enfants à vacciner)	1
Faible proportion des districts ayant un taux de couverture vaccinale > 80% (41% seulement de Districts ont un taux de couverture en DTC3 >80% et 5% de Districts ont encore un taux de DTC-HépB3 < 50%)	Porter de 41 % à 80% d'ici 2011, la proportion des districts avec une couverture vaccinale en DTC-HepB3 supérieure ou égale à 80%	41%	53%	60%	70%	75%	80%	1
Insuffisance du personnel en quantité et en qualité	Doter le PEV en ressources humaines en quantité et en qualité d'ici 2011	105 personnes toutes catégories confondue	106	137	160	183	205	2

2. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

Description des principaux problèmes et priorités nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapas						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Non maîtrise de la gestion des stocks au niveau des îles et des Districts	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des 3 îles pour la gestion de la logistique du PEV d'ici 2009 - Assurer une meilleure gestion des stocks des vaccins et matériel de vaccination au niveau des 17 districts d'ici 2011 	3 Points focaux formés	3 ordinateurs	3 lignes internet				1
		17 agents de districts formés sur la gestion des stocks	17 agents recyclés	31 agents à former	23 agents à former	23 agents à former	22 agents à former	1
<ul style="list-style-type: none"> - Vétusté du matériel de la chaîne de froid - Coût du gaz très élevé 	Assurer un bon fonctionnement du parc de la chaîne de froid d'ici 2011	39 réfrigérateurs + 1 congélateur + chambre froide	13 réfrigérateurs + 1 congélateur à acheter	9 réfrigérateurs + 1 chambre froide à acheter	15 réfrigérateurs solaires à acheter	8 réfrigérateurs solaires à acheter	9 réfrigérateurs solaires à acheter	1
Non régularité de la maintenance préventive de la chaîne de froid	Assurer la maintenance trimestrielle de la chaîne de froid d'ici 2011	Zéro maintenance préventive	2 maintenances préventives par île	4 maintenances préventives par îles	4 maintenances préventives par îles	4 maintenances préventives par îles	4 maintenances préventives par îles	1
Insuffisance de sécurité des injections	Renforcer le volet sécurité des injections d'ici 2009	Zéro incinérateurs	9 incinérateurs		2 incinérateurs à construire	2 incinérateurs à construire	2 incinérateurs à construire	2
		Politique de sécurité ND	Politique de sécurité élaboré					
Insuffisance des matériels et fournitures nécessaires à l'envoi des échantillons	Assurer le stockage et la conservation des échantillons d'analyse avant et pendant le transport	15 Kits de transports d'échantillons disponibles	50 kits de transports	50 kits de transports	50 kits de transports	50 kits de transports	50 kits de transports	1

Limitation des capacités nationales pour le contrôle de la qualité des vaccins	Assurer le contrôle de la qualité des vaccins d'ici 2009	ND	Opérationnalisation de l'autorité de régulation nationale	Equipement du laboratoire national					2
--	--	----	---	------------------------------------	--	--	--	--	---

3. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Description des principaux problèmes priorités nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapes						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Faible promptitude et complétude dans la transmission des données	Assurer à 100% la promptitude et la complétude des données de surveillance sur les maladies cibles du PEV	Promptitude 10% Complétude 70%	Promptitude 25% Complétude 75%	Promptitude 40% Complétude 80%	Promptitude 60% Complétude 85%	Promptitude 80% Complétude 90%	Promptitude 100% Complétude 100%	1
Manque de rétro information à tous les niveaux	Assurer la rétro-information à tous les niveaux d'ici 2011	Zéro publication	1 publication	2 publications	2 publications	2 publications	2 publications	2
		Zéro bulletin de rétro information	3 bulletins de rétro information	3 bulletins de rétro information	3 bulletins de rétro information	3 bulletins de rétro information	3 bulletins de rétro information	
		Zéro rapports de supervision	17 rapports de supervision	17 rapports de supervision	17 rapports de supervision	17 rapports de supervision	17 rapports de supervision	

Absence d'une base de données pour les maladies sous surveillance	Rendre disponible et accessible les données de la surveillance des maladies du PEV à tous les niveaux d'ici 2009	Base de données disponible mais non accessible	Base de données disponible	Base de données disponible et accessible	Base de données disponibles disponibles et accessibles	Base de données disponibles disponibles et accessibles	Base de données disponibles et accessibles	2
Implication insuffisante de la communauté dans la surveillance des maladies	Assurer la surveillance à base communautaire dans les 17 districts d'ici 2011	Surveillance à base communautaire dans Zéro district	Surveillance à base communautaire dans 4 districts	Surveillance à base communautaire dans 8 districts	Surveillance à base communautaire dans 12 districts	Surveillance à base communautaire dans 17 districts	Surveillance à base communautaire dans 17 districts	1

Insuffisance de ressources affectées à la surveillance	Renforcer les capacités techniques de 100% des structures pour la surveillance d'ici 2011	DGS et niveau central formés à l'utilisation de l'outil informatique de surveillance	Niveau central formé à l'exploitation et l'analyse des données de surveillance	3 DGS à former à l'exploitation et l'analyse des données de surveillance	17 CSD à former à l'exploitation et l'analyse des données de surveillance			1
		Supports disponibles au niveau central et 3 DGS	Supports disponibles au niveau des 17 CSD	Supports disponibles au niveau des 30 structures privées	Supports disponibles au niveau des 17 CSD et des 30 structures privées	Supports disponibles au niveau des 17 CSD et des 30 structures privées	Supports disponibles au niveau des 17 CSD et des 30 structures privées	
Connaissance limitée dans l'interprétation des données	Assurer l'utilisation des données pour la prise des décisions	25 agents formés	20 agents à former	25 agents à former	25 agents des PS à former	25 agents des PS à former		2
Insuffisance des ressources pour le fonctionnement des organes de certification	Assurer régulièrement les réunions de certification	3 réunions	4 Réunions	4 réunions	4 réunions	4 réunions	4 réunions	1

<p>Insuffisance des capacités techniques des laboratoires dans la confirmation des maladies virales et bactériennes</p>	<p>Assurer la confirmation des maladies virales et bactériennes par les laboratoires d'ici 2010</p>	<p>- Zéro agents formés</p> <p>équipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale insuffisant</p>	<p>- 15 agents à former</p> <p>Equipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale disponible</p>	<p>3 techniciens à former à l'extérieur du pays</p> <p>Equipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale disponible</p>	<p>Equipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale disponible</p>	<p>Equipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale disponible</p>	<p>Equipement du laboratoire national pour la confirmation bactérienne et virale disponible</p>	<p>3</p>
---	---	--	---	---	---	---	---	----------

4. Communication

Description des principaux problèmes priorités nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapes						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Faible communication pour la vaccination à tous les niveaux (taux national d'abandon > 10% en 2006 et 35% de Districts ont un taux d'abandon >10% en 2005)	- Maintenir le taux d'abandon DTC1-DTC3 à moins de 10% d'ici 2011	6%	6%	6%	6%	6%	6%	1
	- Ramener la proportion de Districts avec un taux d'abandon > 10% de 35% à 10% d'ici 2010	35%	30%	25%	20%	15%	10%	
Non connaissance du calendrier vaccinal et de l'importance de la vaccination par les parents	Renforcer la communication pour le PEV au niveau de la communauté d'ici 2009.	Plan de communication non disponible		Plan de communication disponible				1
Manque de supports de communication	Assurer un financement régulier pour la réalisation et la diffusion des supports de communication	Guide intégré de messages disponible	Elaboration d'un guide de messages du PEV	Diffusion des supports	Diffusion des supports	Diffusion des supports	Diffusion des supports	1
Manque de cadre de coordination de la diffusion de l'information	Créer un mécanisme de coordination de la diffusion de l'information d'ici 2008.	Comité de coordination non disponible	Comité de coordination mis en place	2 réunions du comité				1

5. Gestion du programme et cadre institutionnel

Description des principaux problèmes prioritaires nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapes						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Difficulté de coordination, de gestion et de suivi des activités spécifiques du PEV au niveau central, îles et districts.	Créer un cadre institutionnel spécifique (Direction, service ou autres) pour la coordination et la gestion des activités du PEV au niveau central d'ici 2007	ND	Service créé					1
	Doter les structures créées en ressources appropriées pour la coordination et la gestion du PEV d'ici 2010	1 Personne à temps plein au niveau central	2 Personnes à temps plein au niveau central	3 Personnes à temps plein au niveau central	3 Personnes à temps plein au niveau central	3 Personnes à temps plein au niveau central	3 Personnes à temps partiel au niveau central	1
Absence de micro-plans pour la gestion des îles et des Districts	- Créer un cadre de coordination et de suivi du PEV au niveau des îles d'ici 2008	1 CCIA central	1 CCIA central	3 CCIA dans les îles				1
	- Améliorer les capacités de planification, de mise en œuvre et de gestion des Districts de santé d'ici 2008.	Zéro District appliquant le RED	4 Districts appliquant le RED	17 Districts appliquant le RED				

6. Financement de la vaccination

Description des principaux problèmes prioritaires nationales	Principaux objectifs spécifiques du PEV des Comores	Etapes						Ordre de priorité
		2005 (ref)	2007	2008	2009	2010	2011	
Difficulté de financement du PEV	- Doter le PEV en ressources spécifiques consacrées à l'achat des vaccins et matériels d'injection d'ici 2009	Absence d'une ligne spécifique au PEV	ligne budgétaire spécifique au PEV à créer					1
	- Porter la contribution financière de l'Etat au PEV à au moins quarante millions de franc comorien d'ici 2010.	1 million	8 millions	15 millions	25 millions	35 millions	40 millions	
	- Assurer le décaissement de 100% des fonds du budget annuel alloué au PEV	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	- Assurer une consolidation des sources de financement du PEV existantes ainsi qu'une diversification d'ici 2011	6 Partenaires existants	7 partenaires	9 partenaires	12 partenaires	12 partenaires	12 partenaires	
Mauvaise gestion de la contribution financière de la communauté à la santé	Assurer une bonne gestion des contributions financières communautaires à la santé et au PEV	zéro réunion de coordination avec la communauté	1 réunion de coordination avec la communauté	2 réunions	3 réunions	3 réunions	3 réunions	2
		Rapport des contributions communautaires non disponible	Rapport des contributions communautaires diffusé	Rapport des contributions communautaires diffusé	Rapport des contributions communautaires diffusé	Rapport des contributions communautaires diffusé	Rapport des contributions communautaires diffusé	

B. La Vision.

L'Union des Comores a souscrit en l'an 2000 à la Déclaration des Nations Unies sur les Objectifs de Développement du Millénaire et fait sienne les objectifs contenus dans la Vision et Stratégie Mondiales pour la Vaccination 2006-2015 dont la finalité est de parvenir à l'atteinte des Objectifs N°4 et N°5 de développement pour le Millénaire à savoir :

- Réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité infantile par rapport à son niveau de 1990
- Réduire de moitié la mortalité maternelle

Dans ce contexte la vision du PPAC est de parvenir d'ici 2011 à une amélioration significative de la Santé des couches les plus vulnérables de la population que sont la mère et l'enfant et de créer les conditions propices pour protéger par la vaccination au-delà l'enfance.

C. Objectif Général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de moins de cinq ans

D. Objectifs spécifiques et stratégies du Plan Pluriannuel Complet (PPAC)

Au regard des faiblesses relevées dans le cadre de l'analyse de situation, les objectifs spécifiques du PPAC 2007-2011 de l'Union des Comores s'articulent autour des principaux axes suivants :

1. Prestations de services et performances du programme

a) Objectifs spécifiques

1. Augmenter l'accessibilité aux structures de vaccination de 58% à 100% d'ici 2011
2. Augmenter la couverture vaccinale en DTC-HépB3 de 74% à 93% d'ici 2011
3. Porter de 41 % à 80% d'ici 2011, la proportion des districts avec une couverture vaccinale en DTC-HépB3 supérieure ou égale à 80%
4. Doter le PEV en ressources humaines en quantité et en qualité d'ici 2011

b) Stratégies

1. Augmentation des postes de santé offrant la vaccination en stratégie fixe de 23 à 49
2. Expansion de la mise en œuvre de l'approche ACD dans tous les Districts
3. Recrutement d'un personnel qualifié pour le PEV à temps plein

2. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

a) Objectifs spécifiques

1. Renforcer les capacités de 3 îles pour la gestion de la logistique du PEV d'ici 2009
2. Assurer une meilleure gestion des stocks des vaccins et matériel de vaccination au niveau des 17 districts d'ici 2011
3. Assurer le stockage et la conservation des échantillons d'analyse avant et pendant le transport
4. Renforcer le volet sécurité des injections d'ici 2009
5. Assurer un bon fonctionnement du parc de la chaîne du froid d'ici 2011
6. Assurer la maintenance trimestrielle de la chaîne du froid d'ici 2011
7. Assurer le contrôle de la qualité des vaccins d'ici 2009

b) Stratégies

1. Renforcement des capacités des districts dans la gestion informatisée des stocks de vaccins et matériel de vaccination
2. Equipement du Service de surveillance épidémiologique et du laboratoire national en matériels et fournitures nécessaires à l'envoi des échantillons
3. Dotation des îles en ressources humaines, matérielles (matériel informatique, moyen de communication et de transport).et financières pour la gestion de la logistique du PEV
4. Elaboration et mise en œuvre d'une Politique Nationale pour la sécurité des injections
5. Renouvellement/réhabilitation du parc de la chaîne du froid (réfrigérateurs à énergie solaire) en suivant le plan
6. Conclusion de contrats avec les structures privées de maintenance
7. Renforcement des capacités nationales en maintenance de la chaîne du froid
8. Renforcement des capacités nationales en matière de contrôle de qualité des vaccins

3. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

a) Objectifs spécifiques

1. Renforcer les capacités techniques de 100% des structures pour la surveillance d'ici 2011
2. Assurer la surveillance à base communautaire dans les 17 districts d'ici 2011
3. Assurer à 100% la promptitude et la complétude des données de surveillance sur les maladies cibles du PEV
4. Assurer l'utilisation des données pour la prise des décisions
5. Assurer la rétro-information à tous les niveaux d'ici 2011
6. Assurer régulièrement les réunions de certification
7. Assurer la confirmation des maladies virales et bactériennes par les laboratoires d'ici 2010
8. Rendre disponible et accessible les données de la surveillance des maladies du PEV à tous les niveaux d'ici 2009

b) Stratégies

1. Dotation des structures de la surveillance en ressources humaines, matérielles et financières adéquates
2. Renforcement des capacités de la communauté dans la surveillance des maladies
3. Sensibilisation et formation du personnel pour une meilleure intégration de la surveillance
4. Formation des agents de santé sur l'utilisation des données pour l'action
5. Publication/dissémination des données de la surveillance
6. Renforcement des capacités techniques des organes de certification
7. Renforcement des capacités techniques des laboratoires
8. Mise en place d'une base de données sur la surveillance des maladies à tous les niveaux

4. Communication

a) Objectifs spécifiques

1. Maintenir le taux d'abandon DTC1-DTC3 à moins de 10% d'ici 2011
2. Ramener la proportion de Districts avec un taux d'abandon > 10% de 35% à 10% d'ici 2010
3. Renforcer la communication pour le PEV au niveau de la communauté d'ici 2009.
4. Créer un mécanisme de coordination de la diffusion de l'information d'ici 2008.
5. Assurer un financement régulier pour la réalisation et la diffusion des supports de communication

b) Stratégies

1. Renforcement de la recherche active des perdus de vue à tous les niveaux
2. Formation des agents communautaires en communication sur le PEV
3. Elaboration d'un plan de communication pour le PEV

5. Gestion du programme et cadre institutionnel

a) Objectifs spécifiques

1. Créer un cadre institutionnel spécifique (Direction, service ou autres) pour la coordination et la gestion des activités du PEV au niveau central d'ici 2007.
2. Doter les structures créées en ressources appropriées pour la coordination et la gestion du PEV d'ici 2010
3. Créer un cadre de coordination et de suivi du PEV au niveau des îles d'ici 2008
4. Améliorer les capacités de planification, de mise en œuvre et de gestion des Districts de santé d'ici 2008.

b) Stratégies

1. Révision du cadre organique du Ministère de la Santé
2. Actualisation des textes portant organisation et gestion du PEV au niveau des îles
3. Elaboration et mise en œuvre d'un Plan de développement de ressources humaines du PEV

6. Financement de la vaccination

a) Objectifs spécifiques

1. Doter le PEV en ressources spécifiques consacrées à l'achat des vaccins et matériels d'injection d'ici 2009
2. Porter la contribution financière de l'Etat au PEV à au moins quarante millions de franc comorien d'ici 2010.
3. Assurer le décaissement de 100% des fonds du budget annuel alloué au PEV
4. Assurer une consolidation des sources de financement du PEV existantes ainsi qu'une diversification d'ici 2011
5. Assurer une bonne gestion des contributions financières communautaires à la santé et au PEV

b) Stratégies

1. Transformation du cadre institutionnel de gestion en structure permettant d'être dotée en ligne budgétaire spécifique
2. Faire un plaidoyer tous les ans, auprès des autorités politiques (Union et Iles) pour l'augmentation progressive du budget alloué au PEV
3. Renforcement des capacités de suivi du déblocage des ressources financières affectées au PEV
4. Faire le plaidoyer auprès des partenaires (Gouvernement, Systèmes des Nations Unies, ONGs, Secteur privé etc.) pour des contributions au PEV
5. Mise en place d'un cadre de concertation entre l'administration sanitaire et les communautés pour une meilleure gestion/utilisation de contribution communautaire

V. Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007-2011 de l'Union des Comores

Tableau 11 : Plan de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet 2007-2011

A. Prestations de services et performances du programme

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Expansion de la mise en œuvre de l'approche ACD dans tous les Districts	Organiser des sorties pour la stratégie avancée au moins 2 fois par semaine pour chaque district	X	X	X	X	X
	Renforcer les districts en personnel pour le PEV		X			
	Appuyer en logistique roulant les districts pour la stratégie avancée	X		X		
	Organiser un atelier de formation des responsables des districts sur l'utilisation des outils ACD	X				
	Organiser un atelier pour l'élaboration des micro-plans des îles et des Districts	X	X			
	Former les médecins dans la supervision des activités et dans l'analyse des données du PEV	X	X			
	Superviser et faire le suivi.	X	X	X	X	X
	Doter le service de CPN en outils de collecte de données pour les femmes enceintes complètement vaccinées	X	X	X	X	X
	Collecter et analyser mensuellement les données venant des CPN	X	X	X	X	X
	Former le personnel à l'élaboration des micro-plans des Districts, à la supervision formative et au monitoring	X	X	X	X	X
	Doter en ressources les îles, les Districts et les postes de santé pour la supervision et la stratégie avancée	X	X	X	X	X
	Superviser et monitorer les activités aux différents niveaux	X	X	X	X	X

	Mobiliser les ressources pour les stratégies avancées	X	X	X	X	X
	Motiver financièrement les équipes de vaccination travaillant en stratégie avancée	X	X	X	X	X
	Former/recycler le personnel de santé sur le management du PEV tous les 2 ans	X	X	X	X	X
	Intégrer à la vaccination les interventions à haut impact pour la survie de l'enfant	X	X	X	X	X
	Faire appliquer la politique des flacons entamés	X	X	X	X	X
	Renforcer le suivi des pertes en vaccins,	X	X	X	X	X
Augmentation des postes de santé offrant la vaccination en stratégie fixe de 23 à 49	Approvisionner en vaccins et matériels de chaîne de froid 26 postes de santé n'offrant pas de vaccination en stratégie fixe		X	X	X	X
	Renforcer les postes de santé en ressources humaines		X	X	X	X
	Former le personnel des postes de santé nouvellement équipé à l'administration des vaccins		X	X	X	X
	Former les nouvelles recrues en MLM		X	X	X	X
	Faire des supervisions formatives régulières des agents du PEV	X	X	X	X	X
	Réviser et vulgariser le guide de vaccination	X	X	X	X	X
Recrutement d'un personnel qualifié pour le PEV à temps plein	Compléter le cadre organique du PEV par le recrutement du personnel qualifié à temps plein pour le PEV		X	X		
	Mener un plaidoyer au près des autorités pour le maintien au poste de travail des personnels en charge de la vaccination	X	X	X	X	X

B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Dotation des îles en ressources humaines, matérielles (matériel informatique, moyen de communication et de transport) et financières pour la gestion de la logistique	Approvisionner le niveau central et les DGS en carburants et lubrifiants pour la supervision	X	X	X	X	X
	Doter les districts en pétrole et pièces de rechanges pour la chaîne de froid	X	X	X	X	X
	Equiper les postes de santé en motos et carburants	X	X	X	X	X
	Equiper les îles en matériels informatiques pour la gestion des vaccins		X			
	Recycler le personnel à l'utilisation du logiciel de gestion des vaccins		X		X	
Elaboration et mise en œuvre d'une Politique Nationale pour la sécurité des injections	Construire 8 incinérateurs au niveau des districts restants		X	X	X	X
	Elaborer la politique nationale sur la sécurité des injections		X			
	Elaborer un nouveau plan stratégique de la sécurité des injections		X			
	Former/recycler les responsables des districts sur la sécurité des injections		X	X		
Renforcement des capacités nationales en matière de contrôle de qualité des vaccins	Equiper le laboratoire de la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC) en matériels et réactifs nécessaires au contrôle de la qualité des vaccins utilisés sur le territoire			X		
	Rendre opérationnel l'Autorité de Régulation Nationale (ARN)		X			
Renforcement des capacités des districts dans la gestion informatisée des stocks de vaccins et matériel de vaccination	Former les agents chargés de la gestion des vaccins sur les outils de gestion		X		X	

Renouvellement/réhabilitation du parc de la chaîne de froid (réfrigérateurs à énergie solaire) en suivant le plan	Inventorier les équipements de la chaîne de froid	X	X	X	X	X
	Doter le niveau central d'une nouvelle chambre froide et d'un congélateur	X	X			
	Doter les îles et districts en réfrigérateurs suivant le plan de réhabilitation	X	X	X	X	X
Renforcement des capacités nationales en maintenance de la chaîne de froid	Elaborer un plan de maintenance des matériels de la chaîne de froid		X			
	Former des agents sur la maintenance de la chaîne de froid		X			
	Doter les agents formés en kits de maintenance			X		
Equiper le service de surveillance épidémiologique et du laboratoire national en matériels et fournitures nécessaires à l'envoi des échantillons	Doter les trois laboratoires de référence du pays en kits de transports des échantillons et en fournitures nécessaires à l'envoi des échantillons	X	X	X	X	X
Conclusion de contrats avec les structures privées de maintenance	Lancer un appel à candidature à travers les médias pour le service de maintenance		X			
	Elaborer un contrat de maintenance avec les structures privées sélectionnées		X			

C. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Sensibilisation et formation du personnel pour une meilleure intégration de la surveillance	Organiser des formations/recyclages destinés aux agents chargés de la collecte des données au niveau des CSD, CHR et Postes de santé	X		X		X
	Organiser la collecte hebdomadaire des données des maladies à déclaration obligatoire	X	X	X	X	X
	Organiser des supervisons trimestrielles au niveau des structures de santé	X	X	X	X	X
	Former les responsables (agents de santé, membres des CA, les représentants des communautés, et des ONG) sur la planification		X	X		
	Recycler les agents sur la SIMR actualisée		X		X	
Publication/dissémination des données de la surveillance	Diffuser le rapport trimestriel des maladies sous surveillance	X	X	X	X	X
	Diffuser le rapport d'évaluation sur le TMN		X			
	Diffuser les rapports des comités de certification de la polio	X	X	X	X	X
	Publier un bulletin d'information mensuel à tous les niveaux	X	X	X	X	X
Dotation des structures de la surveillance en ressources humaines, matérielles et financières adéquates	Equiper le service de surveillance en équipement informatique pour la conservation des données		X			
	Organiser une tournée d'évaluation de la mise en œuvre de la SIMR		X			X
	Multiplier et diffuser la SIMR au niveau des districts		X			
	Evaluer la mise en œuvre du plan du TMN		X			
	Elaborer les plans du TMN par les responsables des districts		X			

	Elaborer le Plan national de lutte contre les cas importés de polio		X			
	Organiser un atelier national de validation du Plan national de lutte contre les cas importés de polio		X			
	Multiplier et diffuser le Plan national de lutte contre les cas importés de polio		X			
Renforcement des capacités techniques des organes de certification	Créer des comités de coordination dans chaque île.	X	X			
	Organiser des réunions des comités (CNEP, CNC)	X	X	X	X	X
	Organiser des visites de terrain des membres des comités	X	X	X	X	X
Renforcement des capacités de la communauté dans la surveillance des maladies	Organiser une réunion de sensibilisation des ONG et des représentants des associations villageoises	X	X	X	X	X
Mise en place d'une base de données sur la surveillance des maladies à tous les niveaux	Diffuser les outils de collecte de données à tous les niveaux		X	X	X	X
	Créer un site d'échanges des données disponibles			X		
Formation des agents de santé sur l'utilisation des données pour l'action	Créer un comité chargé de l'analyse des données dans chaque district de santé et au niveau de chaque Direction de la Santé			X		
	Organiser des réunions mensuelles d'analyse des rapports mensuels à tous les niveaux	X	X	X	X	X
Renforcement des capacités techniques des laboratoires	Former trois techniciens sur le diagnostic sérologique (ELISA) de certaines maladies virales (rougeole, rubéole....) et bactériennes (Pneumo, Hib..).		X			
	Former les techniciens de laboratoire sur la biosécurité		X			
	Doter les 3 labos de référence en matériel (congélateur)		X			

D. Communication

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Renforcement de la recherche active des perdus de vue à tous les niveaux	Faire des séances d'IEC/CCC au moins une fois par trimestre en utilisant les médias périphériques	X	X	X	X	X
	Doter les services de vaccination en fiche individuelle des enfants et autres matériels pour permettre la recherche active	X	X	X	X	X
Formation des agents communautaires en communication sur le PEV	Créer des Comités Villageois d'Animation (CVA)	X				
	Organiser des réunions de sensibilisation de la communauté sur la vaccination	X	X	X	X	X
	Organiser dans chaque district des séances d'IEC avant l'acte vaccinal	X	X	X	X	X
	Sensibiliser la communauté sur la vaccination des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an	X	X	X	X	X
Elaboration d'un plan de communication pour le PEV	Organiser un atelier restreint d'élaboration d'un plan de communication pour le PEV		X			
	Organiser un atelier de validation du plan de communication pour le PEV		X			
	Diffuser le document au niveau des îles et des Districts,		X			
	Assurer la mise en œuvre du plan de communication pour le PEV		X	X	X	X
	Equiper les structures chargées de la communication en ressources adéquates qualitativement et quantitativement	X	X	X	X	X
	Affecter les ressources humaines formées à la DEPSSAS	X	X	X	X	X

E. Gestion du programme et cadre institutionnel

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Révision du cadre organique du Ministère de la Santé	créer un service spécifique de la vaccination au sein de la DEE	X				
	Organiser et définir les missions du chef de service	X				
	Nommer le responsable du PEV du niveau central.	X				
Elaboration et mise en œuvre d'un Plan de développement de ressources humaines pour le PEV	Actualiser d'ici fin 2007 le Plan de Développement des Ressources humaines pour le PEV	X				
	Elaborer un plan opérationnel de mise en œuvre	X	X	X	X	X
	Assurer la mise en œuvre du plan opérationnel	X	X	X	X	X
Actualisation des textes portant organisation et gestion du PEV au niveau des îles	Elaborer et faire adopter d'ici fin 2007 un texte définissant les missions des responsables des îles et des Districts dans le domaine du PEV	X				
	Créer des comités de coordination dans chaque île	X	X			

F. Financement de la vaccination

STRATEGIES	ACTIVITES	CHRONOGRAMME				
		2007	2008	2009	2010	2011
Transformation du cadre institutionnel de gestion en structure permettant d'être dotée en ligne budgétaire spécifique	Créer la ligne budgétaire spécifique au PEV	X				
	Elaborer un document de plaidoyer pour la mobilisation de fonds	X				
	Affecter des ressources suffisantes à la gestion du PEV	X	X	X	X	X
	Veiller au remplissage des conditions d'admission à la réduction de la dette (Initiative PPTE)			X	X	X
	Organiser une réunion gouvernementale pour le financement du PEV pilotée par le Ministre en charge de la santé		X			
	Organiser une réunion de briefing entre le CCIA et le gouvernement de chaque île autonome		X			
	Suivre le décaissement des fonds	X	X	X	X	X
Renforcement des capacités de suivi du déblocage des ressources financières affectées au PEV	Organiser un atelier d'échange sur la problématique de décaissement des fonds entre le ministère des finances et celui de la santé	X				
	Identifier une personne relai au niveau du ministère des Finances pour le suivi des décaissements des fonds inscrits sur le budget national du PEV.	X				
	Former/recycler les responsables en gestion de crédits	X		X		X
Faire un plaidoyer tous les ans, auprès des autorités politiques (Union et Iles) pour l'augmentation progressive du budget alloué au PEV	Organiser des réunions de plaidoyer avec les partenaires (députés, Ministres, maires, représentants du SNU) sur l'augmentation du budget alloué au PEV	X	X	X	X	X
	Diffuser les documents du PEV (PPAC, Application GAVI, Rapports d'activités) à tous les décideurs et partenaires	X	X	X	X	X
Mise en place d'un cadre de concertation entre	Organiser des réunions de concertation et d'orientation avec la communauté au moins une fois par semestre	X	X	X	X	X

l'administration sanitaire et les communautés pour une meilleure gestion/utilisation des contributions communautaires	Organiser des réunions de concertation et d'orientation avec la diaspora au moins une fois par an	X	X	X	X	X
	Promouvoir les mutuelles et les activités génératrices de revenus	X	X	X	X	X
	Diffuser les rapports de la réunion aux partenaires	X	X	X	X	X
	Faire le suivi des recommandations des réunions pour l'amélioration de la contribution de la communauté à la vaccination	X	X	X	X	X
Faire le plaidoyer auprès des partenaires (Gouvernement, Systèmes des Nations Unies, ONGs, Secteur privé etc.) pour des contributions au PEV	Organiser une table ronde des partenaires traditionnels et potentiels du PEV aux niveaux central et des îles.	X	X	X		
	Créer des associations de soutien au PEV			X		
	Développer un partenariat entre secteurs public et privé en faveur du PEV		X			
	Organiser un téléthon annuel en faveur du PEV	X	X	X	X	X
	Organiser une réunion de briefing sur le PEV et le PPAC, entre le CCIA et le Comité National de la Santé	X	X	X		
	Organiser une réunion trimestrielle entre la Vice-présidence en charge de la santé, les Ministres en charge de la santé dans les îles autonomes et les partenaires au développement	X	X	X	X	X

VI. Suivi et évaluation

Le tableau ci-après comprend les différents indicateurs qui seront utilisés pour faire le suivi du niveau de réalisation des activités planifiées par composante.

Tableau 12: Indicateurs de suivi

A. Prestations de services et des performances du programme

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Augmenter la couverture nationale vaccinale en DTC-Bep3 de 74% à 93% d'ici 2011	Taux de couverture nationale en DTC-HépB3	74%	93%	Rapports mensuels de vaccination des districts	Mensuelle
Augmenter l'accessibilité aux structures de vaccination de 58% à 100% d'ici 2011	Proportion de postes de santé offrant la vaccination	58%	100%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Porter de 41 % à 80% d'ici 2011, la proportion des districts avec une couverture vaccinale en DTC-HepB3 supérieure ou égale à 80%	Proportion de districts ayant une couverture en DTC-HépB3 \geq 80%	41%	80%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Doter le PEV en ressources humaines en quantité et en qualité d'ici 2011	Nombre de personnes affectées au PEV	105	205	Rapport annuel du PEV	Annuelle
	Nombre de districts effectuant une supervision dans leurs postes de santé	5	17		
	Nombre de supervisions effectuées par les DGS îles dans les districts	3	12		

B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Renforcer les capacités des 3 îles pour la gestion de la logistique du PEV d'ici 2009	<p>Taux de perte des îles par antigène</p> <p>Nombre de jours avec rupture de stock au niveau central</p> <p>Nombre de DGS îles équipé en matériels informatiques</p> <p>Nombre de responsables PEV des îles formés sur la gestion de la logistique</p> <p>Nombre de ligne internet installé</p> <p>Proportion de districts disposant d'un véhicule</p>	<p>BCG=50%; TT=30% ; VAR=40%; VPO=30% DTC-HépB=30%</p> <p><30jrs</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>0</p> <p>82%</p>	<p>BCG=25%; TT=10%; VAR=20%;VPO=10% DTC-HépB-Hib=5%</p> <p>0</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>100%</p>	<p>Rapports mensuels des îles</p> <p>Rapports de supervision</p>	<p>Mensuelle</p> <p>Trimestrielle, et semestrielle</p>
Assurer une meilleure gestion des stocks des vaccins et matériel de vaccination au niveau des 17 districts d'ici 2011	<p>Taux de perte des districts par antigène</p> <p>Nombres de districts disposant de l'outil informatisé</p> <p>Nombre de district ayant eu rupture de stock</p>	<p>ND</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>BCG=25%; TT=10%; VAR=20%;VPO=10% DTC-HépB-Hib=5%</p> <p>17</p> <p>0</p>	<p>Rapports mensuels des districts</p> <p>Rapports de supervision</p>	<p>Mensuelle</p> <p>Mensuelle</p>
Assurer la maintenance trimestrielle de la chaine du froid d'ici 2011	<p>Existence d'un plan de maintenance</p> <p>Existence d'un contrat de maintenance avec une structure privée</p> <p>Nombre de maintenance préventive effectuée par île</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>plan de maintenance disponible</p> <p>contrat de maintenance avec une structure privée</p> <p>4</p>	<p>Rapport annuel du PEV</p> <p>Rapports de supervision</p>	<p>Annuelle</p> <p>Trimestrielle, semestrielle</p>

Assurer un bon fonctionnement du parc de la chaîne du froid d'ici 2011	Nombre de postes de vaccination ayant des réfrigérateurs fonctionnels	23	49	Rapport annuel	Annuelle
	Nombre de postes de vaccination/site de stockage ayant leur chaîne de froid rénové	5	23	Rapports de supervision	Trimestrielle, semestrielle
Assurer le stockage et la conservation des échantillons d'analyse avant et pendant le transport	Proportion d'échantillons envoyés dans de bonnes conditions	100%	100%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
	Nombre de jours avec rupture de stock en kits de transport des échantillons au niveau central	0	0	Rapports de supervision	Trimestrielle, semestrielle
	Nombre de district ayant eu une rupture de stock en kits de transport des échantillons	0	0		
Renforcer le volet sécurité des injections et de la vaccination	Nombre de districts notifiant les cas de MAPI	0	17	Rapports mensuels PEV des districts	Mensuelle
	Nombre de districts disposant d'un incinérateur	0	17	Rapports mensuels d'incinération	Trimestrielle, et semestrielle
	Existence d'une politique de sécurité des injections (d'un plan de gestion des déchets)	ND	politique de sécurité des injections disponible	Rapports de supervision	
Assurer le contrôle de la qualité des vaccins d'ici 2009	Nombre d'analyses effectués	0	2	Rapport annuel du PEV Rapport d'analyse du laboratoire agréé	Annuelle Semestrielle

C. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Assurer à 100% la promptitude et la complétude des données de la surveillance sur les maladies	% de rapports SIMR des districts reçus au niveau national et à temps	Complétude=70% Promptitude=10%	100% 100%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Assurer la rétro-information à tous les niveaux d'ici 2011	Nombre de districts ayant reçu un bulletin de rétro-information venant du niveau intermédiaire Nombre d'îles ayant reçu un bulletin de rétro-information venant du niveau central Nombre de postes de santé ayant reçu les rapports de supervisions effectuées par les districts. Nombre de publications internationales	0 0 0 0	17 3 49 2	Rapport annuel du PEV Rapports de supervision	Annuelle Trimestrielle, et semestrielle
Assurer la surveillance à base communautaire dans les 17 districts d'ici 2011	Nombre de districts dont la communauté notifie les cas de maladies à surveiller	0	17	Rapport annuel du PEV Rapports mensuels des districts	Annuelle Mensuelle
Renforcer les capacités techniques de 100% des structures pour la surveillance d'ici 2011	Proportion des structures de santé formées à l'exploitation et l'analyse des données de surveillance Nombre de district ayant eu une rupture de stock en supports de remplissage	25% 50%	100% 0%	Rapport annuel du PEV Rapport de supervision	Annuelle Trimestrielle, semestrielle
Assurer l'utilisation des données pour la prise des décisions	Nombre de réunions d'analyse des données organisées par îles et par districts	0	12	Rapport annuel du PEV Rapport de supervision	Annuelle Trimestre,semestre

Assurer la confirmation des maladies bactériennes et virales par les laboratoires d'ici 2010	Nombre de laboratoire pouvant confirmer les cas de rougeole	0	3	Rapports mensuels des labos	Mensuelle
	Nombre de laboratoire pouvant confirmer les maladies à Hib	0	3	Rapports de supervision	Trimestrielle, semestrielle
	Nombre de laboratoire pouvant confirmer les maladies à pneumocoque	0	3		
Assurer régulièrement les réunions de certification	Nombre de réunions de certification	3	4	Rapport trimestriel des réunions de certification	Trimestrielle
Rendre disponible et accessible les données de la surveillance des maladies du PEV à tous les niveaux d'ici 2009	Couverture vaccinale en VPO3	73%	93%	Rapports hebdomadaires de surveillance	Hebdomadaire
	Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants < 15ans	< 2	≥ 2		
	Couverture vaccinale en TT2+	17%	65%	Rapport mensuels de surveillance	Mensuelle
	Nombre de districts notifiant plus d'un cas pour 1 000 naissances vivantes	1	0	Rapports mensuels de vaccination des districts	
	Nombre d'activités supplémentaires de vaccination TT2+ menées	0	2	Rapports d'investigation et de riposte	
	Couverture en VAR	67%	85%		
	Nombre de flambées de rougeole notifiées	1	0		
	Nombre de JNV/JLV de prévention contre la rougeole menée	1JLV	2 JNV		
	Nombre de décès liés à la rougeole	0	0		

D. Communication

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Assurer un financement régulier pour la réalisation et la diffusion des supports de communication	Existence d'un guide de messages du PEV Proportion de radios périphériques diffusant les supports de sensibilisation	ND 10%	guide de messages du PEV disponible 100%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Créer un mécanisme de coordination de la diffusion de l'information d'ici 2008	Existence d'un comité de coordination de la diffusion de l'information Nombre d'îles disposant d'un comité de coordination de la diffusion de l'information Nombre de réunions organisées par le niveau central	ND 0 0	Comité de coordination mis en place 3 2	Rapport annuel du PEV Rapports des réunions du comité de coordination de la diffusion de l'information	Annuelle Semestrielle
Renforcer la communication pour le PEV au niveau de la communauté d'ici 2009.	Existence d'un plan de communication	ND	plan de communication disponible	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Maintenir le taux d'abandon DTC1-DTC3 à moins de 10% d'ici 2011	Taux d'abandon annuel	6%	6%	Rapport annuel du PEV	Annuelle
Ramener la proportion de districts avec un taux d'abandon > 10% de 35% à 10% d'ici 2010	Proportion de districts ayant un taux d'abandon > 10%	35%	10%	Rapports mensuels des districts	Mensuelle

E. Gestion du programme et cadre institutionnel

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Créer un cadre institutionnel spécifique pour la coordination et la gestion des activités du PEV au niveau central d'ici 2007	Place du PEV dans l'organigramme du Ministère	ND	Service créé	Organigramme du Ministère de la santé	
Doter les structures créées en ressources appropriées pour la coordination et la gestion du PEV d'ici 2010	Nombre d'agents recrutés à temps plein pour le PEV au niveau central	1	3	Rapport annuel du PEV Rapports de supervision	Annuelle Trimestrielle et semestrielle
Améliorer les capacités de planification, de mise en œuvre et de gestion des districts de santé d'ici 2008	Nombre de districts ayant des micro plans élaborés sur la base de l'approche ACD	0	17	Rapport annuel du PEV Rapports de supervision	Annuelle Trimestrielle et semestrielle
Créer un cadre de coordination et de suivi du PEV au niveau des îles d'ici 2008	Nombre d'îles disposant d'un comité de coordination des partenaires du PEV	0	3	Rapports des réunions	Trimestrielle et semestrielle
	Nombre de rapports des réunions organisés par le niveau central	3	4	Rapport annuel du PEV	

F. Financement de la vaccination

OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES POUR L' ANNEE DE BASE (2005)	CIBLES POUR 2011	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Doter le PEV en ressources spécifiques consacrées à l'achat des vaccins et matériels d'injection d'ici 2009	Existence de la ligne budgétaire spécifique au PEV	ND	ligne budgétaire spécifique au PEV disponible	Loi des finances	Annuelle
Porter la contribution financière de l'Etat au PEV à au moins quarante millions de franc comorien d'ici 2010.	Montant du budget mobilisé pour le PEV par le Gouvernement pour l'achat des vaccins	0	40 millions	Budget annuel de l'Etat	Annuelle
Assurer le décaissement de 100% des fonds du budget annuel alloué au PEV	% des fonds décaissés	5%	100%	Rapport annuel du PEV Rapport annuel des dépenses	Annuelle
Assurer une bonne gestion des contributions financières communautaires à la santé et au PEV	Nombre de réunions de coordination avec la communauté Montant du budget mobilisé pour le PEV par la communauté	0 289 000 kmf	3 2 000 000 kmf	Rapport annuel du PEV Rapports des réunions de coordination avec la communauté Rapports des contributions communautaires	Annuelle
Assurer une consolidation des sources de financement du PEV existantes ainsi qu'une diversification d'ici 2011	Nombre de partenaires participant au financement du PEV Montant du budget mobilisé pour le PEV par les différents partenaires	6 151 848 895 kmf	12 375 000 000 kmf	Rapport annuel du PEV Rapports des contributions des partenaires	Annuelle

VII. Analyse des coûts et du financement du Programme

A. Le profil des coûts du programme pour l'année de base.

Le principal défi du programme de vaccination aux Comores est la pérennité financière du programme eu égard à sa forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Globalement le coût du programme en 2005 était de 740 757 USD répartis entre la routine qui a coûté au total 656 640 USD soit environ 88,65 des coûts totaux du programme et la campagne de vaccination anti rougeole qui a coûté 84 117 USD soit 11,35% des coûts totaux du programme.

Les vaccins et matériels de vaccination représentent 19% du coût total du programme. L'Union des Comores a obtenu le soutien de GAVI pour l'introduction du DTC+HépB en 2005.

La rubrique « autres coûts récurrents, 70% » à savoir les coûts liés à la gestion du programme, la mobilisation sociale, la formation et les autres activités liées à la viabilité financière, a été le plus grand poste de dépenses de la vaccination en 2005. Cette forte proportion se justifie par l'importance des formations qu'il a fallu réaliser au niveau local notamment dans les domaines de la gestion informatisée des vaccins. A cela il faudrait ajouter les coûts de la participation de certains responsables du PEV au cours MLM.

Profil des Coûts (Année de base - Routine)*

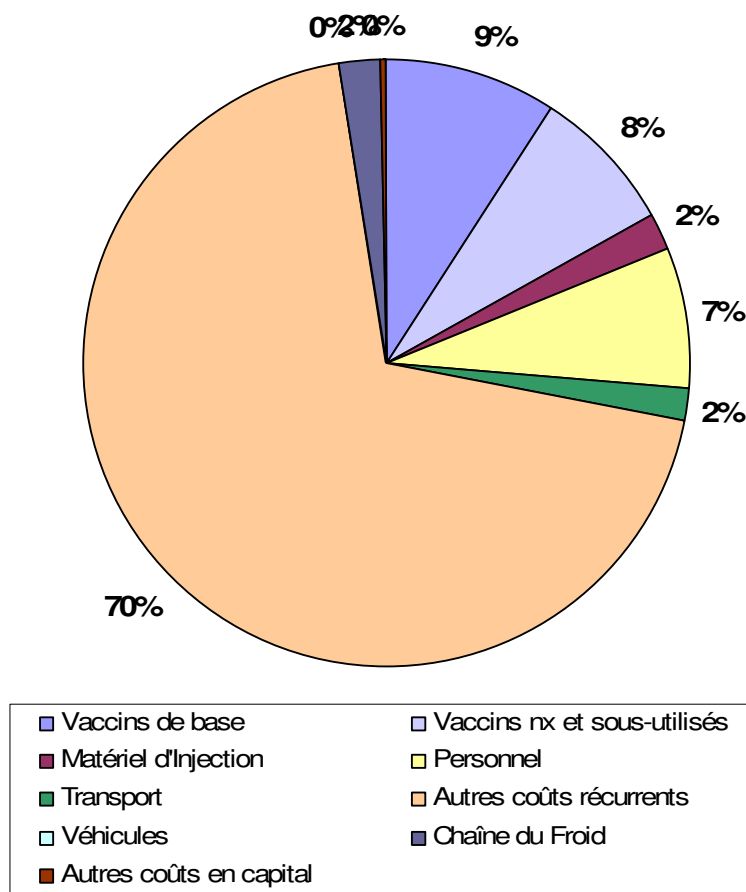


Figure 4 : profil des coûts de la vaccination en 2005 aux Comores par rubrique

B. Le financement du programme pour l'année de base.

La situation institutionnelle de la structure en charge de la vaccination a eu pour conséquence majeure, le sous financement du programme par le budget de l'Etat. Les 53% de financement qui représentent, ici, la part du Gouvernement (cf. figure N°5), ne couvrent que les dépenses de salaires du personnel et les coûts d'entretien des bâtiments.

Le reste des dépenses du programme, par contre, est entièrement supporté par les partenaires, notamment l'OMS, l'UNICEF et GAVI. Il en est ainsi des dépenses liées aux vaccins et matériels de vaccination qui ont été entièrement supportés par l'UNICEF et GAVI (pour les nouveaux vaccins). Une bonne partie du personnel des centres de santé ainsi que les chauffeurs du niveau central sont également pris en charge par les partenaires comme l'UNICEF, l'OMS et les ONG comme CARITAS.

La Communauté finance une partie des dépenses de vaccination à travers le recouvrement des coûts des autres actes médicaux.

Profil du Financement (Année de base - Routine)*

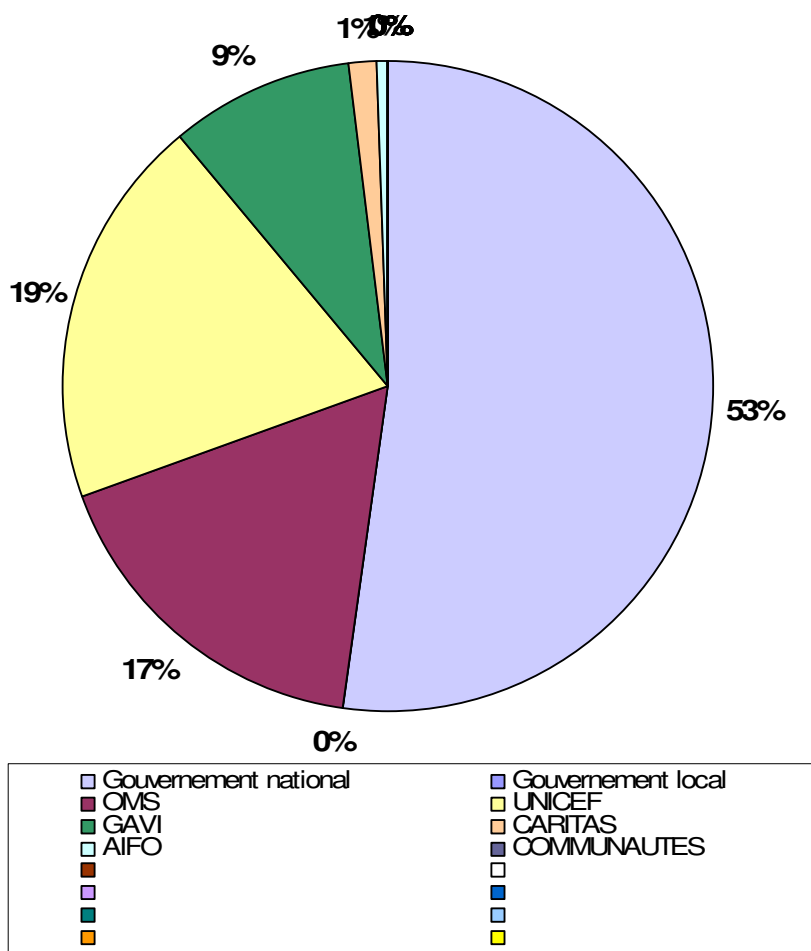


Figure 5 : Profil du financement de la vaccination aux Comores par source

C. Les Coûts futurs du programme de 2007 à 2011.

En raison des défis de l'augmentation de la couverture vaccinale et du passage du vaccin Tétravalent (DTC+HépB) au vaccin pentavalent (DTC+HépB+Hib), les coûts du programme vont connaître une nette hausse au cours des prochaines années.

La stratégie pour l'augmentation de la couverture vaccinale va dépendre de trois axes principaux.

- L'augmentation du nombre de postes de santé offrant les services de vaccination qui va passer de 23 à 49. Cela suppose la dotation de ces postes en matériels de la chaîne de froid et en personnel,
- L'introduction des cinq composantes de l'approche ACD dans tous les Districts. A ce jour, sur les 17 Districts 4 disposent d'un micro-plan.
- L'utilisation de la Stratégie avancée pour atteindre les villages difficiles d'accès, ce qui suppose la dotation des infirmiers chefs de poste en matériel roulant (Motos) et portes vaccins.

La mise en œuvre de ces différentes stratégies a conduit à un quasi-doublement des coûts du programme sur sa durée.

Comme on peut l'observer sur la figure N°6, le renforcement et la systématisation de la stratégie avancée à partir de 2007 va peser sur le coût total de la vaccination de routine. Ce coût va passer d'environ 800 000 USD en 2007 à environ 1 million USD en 2011 en passant par un pic de près de 1,1 million USD en 2009 lors de l'introduction du nouveau vaccin.

Coûts par Stratégie

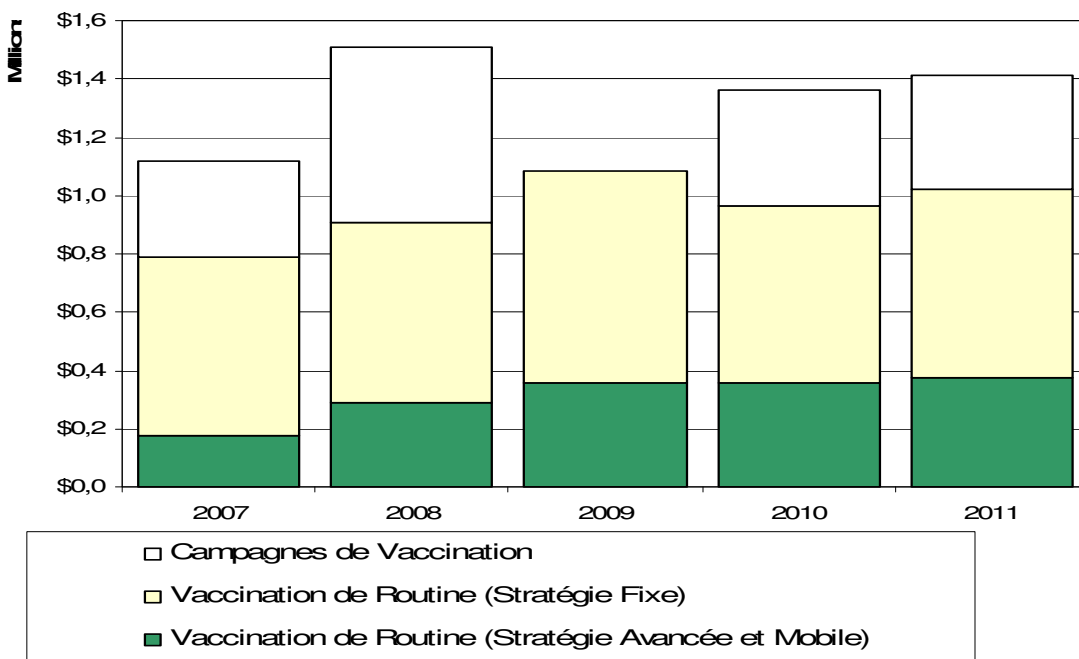


Figure 6 : Evolution des coûts de la vaccination par stratégie aux Comores de 2007 à 2011

Le montant des ressources nécessaires pour la période du plan (2007-2011) est estimé à 6 986 802 USD avec un montant annuel moyen de 1 397 360 USD. Les besoins annuels accusent une nette hausse en 2008 à cause des 2 campagnes de vaccination (Polio et TNN) prévues durant cette année, et en 2009 à cause de l'introduction du nouveau vaccin. La vaccination de routine nécessite une part importante des ressources (environ 76% des ressources totales nécessaires) comme on peut le voir dans le tableau N°12.

Tableau 13: Projection des besoins annuels en ressources (en USD) par stratégie

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2007 à 2011	%
Vaccination de routine	853 275	1 002 013	1 211 940	1 073 269	1 127 731	5 268 229	75,4
Campagne	327 633	601 033	-	396 933	392 975	1 718 573	24,6
Besoins en ressources	\$1 180 908	\$1 603 046	\$1 211 940	\$1 470 202	\$1 520 706	\$6 986 802	100

Dans la figure N°7, se trouvent les projections des besoins en ressources par rubrique. Les coûts récurrents sont les plus couteux suivis des campagnes.

Projection des Besoins en Ressources

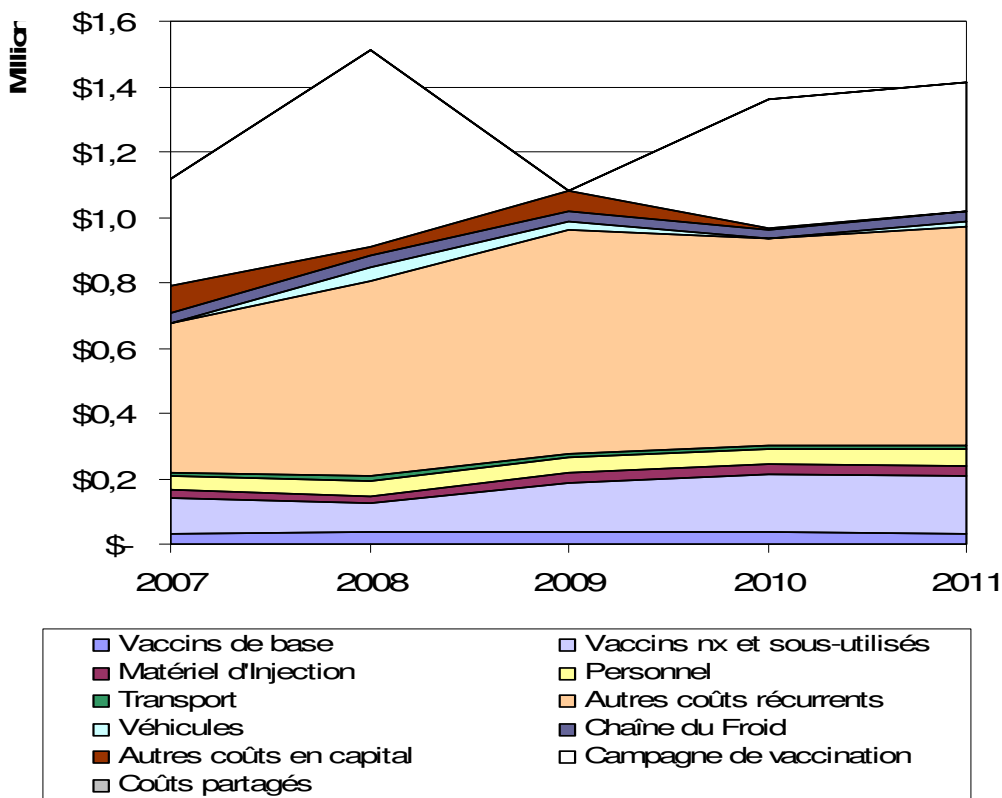


Figure 7 : Projection des besoins en ressources pour la vaccination aux Comores de 2007 à 2011

Dans le tableau suivant on peut voir que le poids des coûts des vaccins dans le coût total du programme passe en fait de 14% en 2005 à 12% en 2007 à cause en partie de l'arrêt de l'utilisation simultanée du vaccin contre l'Hépatite B en monovalent et du vaccin conjugué DTC+Hépatite B. Par contre on observe qu'en 2009, le coût des vaccins va représenter 16% du coût total du programme à cause de l'introduction du pentavalent, pour baisser par la suite à 14% en 2010 et 2011 en raison de la baisse du prix de ce vaccin pendant ces deux dernières années. Par ailleurs, les nouveaux vaccins représentent plus de 80% de ce coût à partir de 2009.

Tableau 14 : Evolution des coûts du programme et des vaccins de 2005 à 2011(\$US)

Année	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Coût total du programme	740 757	1 180 908	1 603 046	1 211 940	1 470 202	1 520 706
vaccins	101 267	142 824	123 046	188 874	212 608	208 701
Vaccins de base	53 942	31 879	35 748	36 323	34 119	33 667
Nouveaux vaccins	47 325	110 946	87 298	152 550	178 489	175 034
Coûts Vaccins/coût total (%)	14%	12%	8%	16%	14%	14%
Coûts nouveaux vaccins/coûts vaccins(%)	47%	78%	71%	81%	84%	84%

D. Le financement du programme de 2007 à 2011

Le financement assuré baisse à partir de 2010 en raison du fait que les programmes de coopération avec les principaux partenaires (notamment l'OMS) arrivent à terme en 2009. A partir de 2009, de nouveaux programmes de coopération seront signés avec ces partenaires. Lorsque ce document sera approuvé, les financements probables pourront se transformer très rapidement en financements assurés à partir de 2010.

Tableau 15 : Evolution du financement du programme de 2007 à 2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
Total des Besoins en ressources	\$1 117 460	\$1 510 678	\$1 082 517	\$1 362 462	\$1 412 961
Financement assuré	\$1 101 645	\$1 267 532	\$1 019 216	\$984 844	\$1 068 625
Financement assuré et probable	\$1 117 460	\$1 510 678	\$1 082 517	\$1 362 462	\$1 412 961
% écart financement assuré	1%	16%	6%	28%	24%
% écart financement assuré et probable	0%	0%	0%	0%	0%

Financement des écarts financiers :

Les vaccins et matériels d'injection sont assurés par l'Unicef, GAVI et le gouvernement jusqu'en 2009. En effet, le gouvernement s'engage à cofinancer les vaccins traditionnels à hauteur de 25% en 2008, 50% en 2009, 75% en 2010 et la totalité en 2011. Cependant à partir de 2010, par rapport au fonds sécurisé du gouvernement, il apparaît un écart financier pour l'achat des vaccins traditionnels par le pays, qui dépasse le budget prévu par le gouvernement. Un renforcement du plaidoyer auprès des autorités nationales sera mené, en vue d'augmenter le budget alloué au PEV pour couvrir l'écart enregistré. Dans le cas contraire, il sera demandé à l'Unicef de continuer le cofinancement à hauteur de 50% pour l'achat des vaccins traditionnels.

Pour ce qui est de l'achat des vaccins nouveaux et sous utilisés, le gouvernement aura a cofinancé 5,4% en 2009, 6% en 2010 et 9,6% en 2011 et cela de façon assurée en utilisant les fonds de la ligne budgétaire du PEV et autres activités sociales.

Projection du Financement Assuré

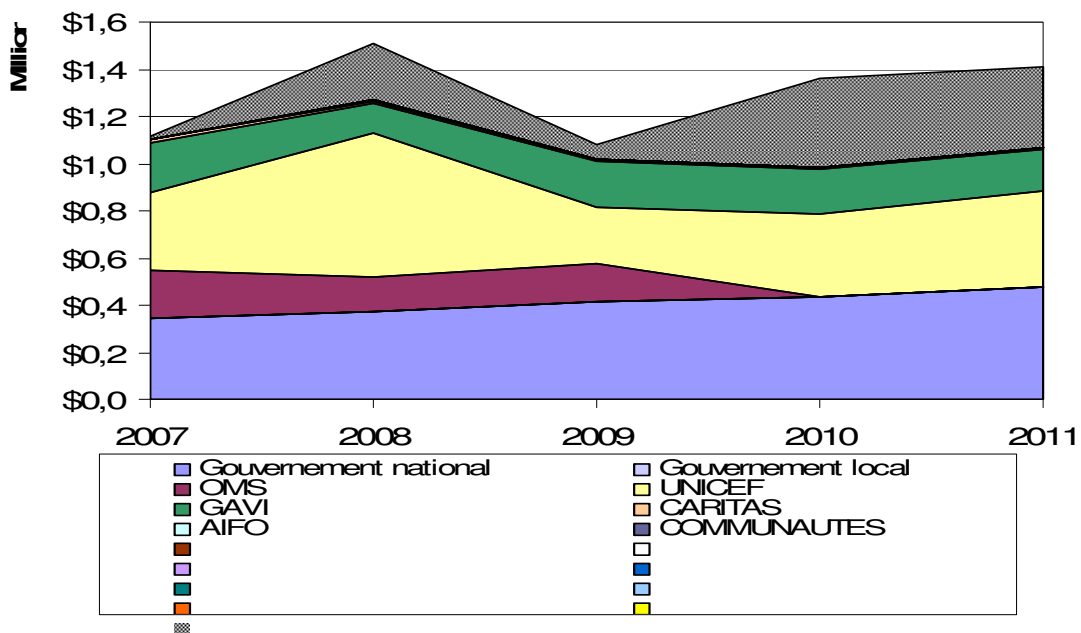


Figure 8 : Evolution du financement assuré par source et du financement probable de 2007 à 2011

Une meilleure visibilité du financement de la vaccination ne pourra apparaître qu'à partir de 2010 après la mise en place d'un nouveau cadre de coopération avec L'OMS.

Le tableau ci après présente le financement assuré par partenaire.

Tableau 14: Evolution du financement assuré par partenaire de 2007 à 2011

Année Source	2007	2008	2009	2010	2011
Gouvernement	342 554	369 221	412 031	433 213	475 140
OMS	205 093	152 516	161 085		
UNICEF	328 201	611 229	243 707	355 342	406 312
GAVI	214 681	125 566	193 393	187 288	178 173
AIFO	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
CARITAS	8 116	6 000	6 000	6 000	6 000

Le financement de l'OMS n'est plus assuré à partir de 2010 car le programme de coopération avec ce partenaire arrive à terme en 2009.

Le tableau 15 présente les financements probables par partenaire

Tableau 15 : Evolution du financement probable par partenaire de 2007 à 2011

Année Source	2007	2008	2009	2010	2011
Gouvernement	15 817	35 733		25 589	33 667
OMS		207 412		250 146	294 983
UNICEF				75 000	
GAVI			63 302	26 883	15 685

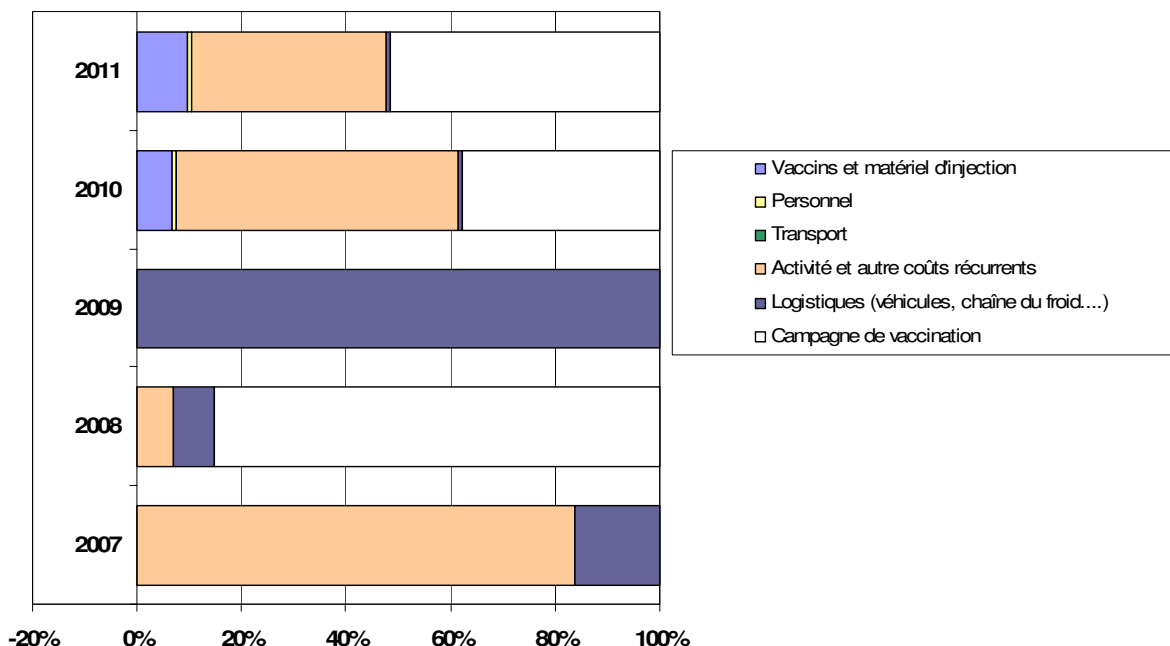
Le montant du financement probable noté en 2008 pour l'OMS est élevé car dû au financement des 2 campagnes prévues (TTN et Polio) durant cette année.

Ces campagnes ne sont pas prévues dans le budget OMS/Pays et nous comptons sur l'appui de l'OMS/AFRO pour pouvoir les mener. Aussi n'ayant pas encore l'avis favorable nous ne pouvons assurer ces fonds prévus.

La figure 9 suivante porte sur les écarts financiers par composante du programme. Ces écarts financiers sont constitués essentiellement des couts relatifs aux activités et autres couts récurrents ainsi qu'à la logistique. L'écart le plus important apparait en 2009, à cause des activités relatives à l'introduction du pentavalent.

En outre, comme cela pourrait se comprendre aisément, les campagnes de vaccination constituent également une part importante des écarts financiers en 2008, 2010 et 2011.

Composition des Écarts Financiers



* Coûts spécifiques uniquement. Les coûts partagés ne sont pas inclus.

Figure 9 : Composition des écarts financiers

VIII. La viabilité du programme et les stratégies de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC)

Aux Comores, comme dans la plupart des pays pauvres, la situation de l'état de santé des populations demeure toujours précaire à cause essentiellement des difficultés de financement du secteur de la santé. Ceci fait de la définition d'une stratégie pertinente de financement la condition sine qua none de la viabilité du PEV. Cette stratégie s'articulera sur deux composantes essentielles ; le plaidoyer pour la mobilisation de financement additionnel et la mise en place de mesures pratiques pour l'accroissement de l'efficacité des ressources mises à la disposition du secteur de la santé.

A. Mobilisation de ressources additionnelles

a) Au niveau du gouvernement

i) Gouvernement central

Une loi des finances a été votée par l'assemblée nationale et une ligne spécifique a été créée au niveau du budget national pour le PEV et autres actions sociales. C'est dans ce cadre que le gouvernement a pris l'engagement de contribuer au cofinancement de l'achat des vaccins traditionnels à partir de 2008 et des nouveaux vaccins en 2009. Un compte de sécurisation sera ouvert à la Banque Centrale des Comores à cet effet et un plaidoyer sera mené à chaque loi des finances pour augmenter conséquemment ce budget au fur et à mesure.

Par ailleurs, le gouvernement comorien a adhéré à la déclaration d'Abuja invitant les pays à affecter 15% du budget de l'Etat à la santé. La politique de santé privilégie la prévention

dont le PEV constitue l'un des éléments. A ce titre, une part de plus en plus importante du budget de la santé devra être affectée au PEV.

Environ 20 millions de francs comoriens sont prévus en 2007 pour soutenir entre autres le PEV en matière de vaccins et consommables de vaccination.

Un plaidoyer sera mené pour la dotation du PEV en ressources spécifiques consacrées à l'achat des vaccins et matériels d'injection et pour porter la contribution financière de l'Etat au PEV à au moins quarante millions de franc comorien d'ici 2010.

Le plaidoyer auprès du gouvernement central aura pour objectif :

- De créer une ligne budgétaire spécifique au PEV
- D'assurer le décaissement effectif des fonds inscrits dans la loi des finances
- D'assurer une augmentation progressive de la part du budget de la santé dans le budget national de manière générale et plus particulièrement celle du PEV dans celui de la santé

Pour ce faire, les actions suivantes seront menées :

- Engagement officiel par le gouvernement sur le financement du PEV conformément aux orientations du PPAC
- Remplissage des conditions d'admission à la réduction de la dette (Initiative PPTTE)
- Organisation d'une réunion gouvernementale pour le financement du PEV pilotée par le Ministre en charge de la santé
- Organisation d'un atelier d'échange sur la problématique de décaissement des fonds entre le ministère des finances et celui de la santé. Cette action a pour but de clarifier les mécanismes de déblocage des fonds et de convenir avec le Ministère des finances des arrangements requis pour faciliter ce déblocage.

ii) Au niveau des îles

Compte tenu de la décentralisation administrative du pays, un plaidoyer sera mené auprès des autorités des îles autonomes pour leur contribution financière effective aux activités de vaccination. Un mécanisme de contribution progressive sera proposé à ces autorités pour un cofinancement de l'achat des vaccins et intrants à travers les recettes communes.

Pour ce faire les actions suivantes seront menées :

- Engagement officiel par les gouvernements des îles autonomes sur le financement du PEV conformément aux orientations du PPAC
- Organisation d'une réunion de briefing entre le CCIA et le gouvernement de chaque île autonome
- Organisation d'une table ronde des partenaires potentiels du PEV au niveau de chaque île autonome.

b) Au niveau de la communauté

La communauté comorienne participe financièrement à hauteur parfois de 100% à la construction des formations sanitaires périphériques (transfert des fonds de la diaspora) et contribue en partie au fonctionnement des structures de santé publiques à travers le

recouvrement de coût des soins de santé. Pour mieux rentabiliser cette contribution des communautés, les actions suivantes seront entreprises :

- Mise en place de mécanismes appropriés pour une meilleure utilisation de la contribution de la communauté. Celle-ci sera encadrée pour qu'une partie des fonds des grands mariages soit utilisée pour le financement de certaines charges récurrentes du PEV (achat de pétrole pour les réfrigérateurs et de carburant pour les véhicules pour la stratégie avancée).
- Une sensibilisation et un plaidoyer soutenu seront menés auprès de la diaspora pour orienter une partie conséquente des financements qu'elle fait au profit de la population sur des activités prioritaires de la santé en général et plus particulièrement sur les activités du PEV.
- Un accent particulier sera mis sur la promotion des mutuelles et des activités génératrices de revenus. Un mécanisme approprié sera mis en place pour qu'une partie des ressources de ces activités contribuent au financement des activités de prestations sanitaires, y compris la vaccination.

c) Au niveau du secteur privé de la santé et des Organisations Non Gouvernementales

Le secteur privé et certaines ONG participent financièrement et sous d'autres formes aux campagnes de vaccination organisée au niveau du pays.

Pour la consolidation de ces acquis, il sera procédé :

- A une création des associations de soutien au PEV
- Au développement d'un partenariat entre secteurs public et privé en faveur du PEV
- A l'organisation d'un téléthon annuel en faveur du PEV

d) Au niveau des partenaires au développement

Aux Comores, le nombre des partenaires au développement qui résident sur place est très limité. Ce qui pourrait rendre relativement facile la coordination de l'aide pour la santé. Cependant, il sera nécessaire d'entreprendre les actions spécifiques suivantes pour assurer cette coordination et accroître le volume et l'efficacité de l'aide au profit du secteur de la santé :

- Organisation d'une réunion de briefing entre le CCIA et le Comité National de la Santé sur le PEV et le PPAC
- Organisation d'une table ronde des partenaires traditionnels et potentiels du PEV
- Mise en place d'un mécanisme de concertation régulière avec les partenaires au développement du secteur de la santé. Une réunion semestrielle entre la Vice-présidence en charge de la santé, les Ministres en charge de la santé dans les îles autonomes et les partenaires au développement seront instituées pour faire le point sur les programmes de coopération pour la santé en général et pour le PEV en particulier.

B. Stratégies d'accroissement de l'efficacité avec laquelle les ressources seront utilisées

Des efforts sont fournis actuellement à travers la supervision formative pour le calcul des taux de perte à tous les niveaux. Ces taux de perte seront ramenés de 50 à 25% pour le BCG, de 40 à 20% pour le VAR, de 30 à 10% pour la polio et le VAT et à 5% pour le pentavalent. Cela permettra d'économiser sur les fonds qui devraient être affectés pour le renouvellement des stocks. Pour ce faire les stratégies suivantes seront renforcées.

1. Politique des flacons entamés

Une gestion rationnelle du programme sera mise en place à travers la formation recyclage du personnel de santé. Un accent particulier sera mis sur la politique des flacons entamés qui sera appliquée au niveau des structures de vaccination à travers l'utilisation de la pastille de contrôle et de la date de péremption. Cela entraînera une diminution des taux de perte en vaccins et donc une réduction des coûts des vaccins.

2. Autres stratégies

Dans le cadre de l'accroissement de l'efficacité et de l'efficience des ressources, un accent sera mis pour permettre de :

- mettre en œuvre des stratégies fixes et avancées et la stratégie porte à porte
- renforcer les capacités des acteurs de terrain à tous les niveaux en gestion du programme, en planification, à la coordination, à la supervision formative et au monitoring intégrés ;
- renforcer le suivi des pertes en vaccins,
- renforcer la communication en appui au programme en intensifiant et en recentrant les actions des acteurs chargés de la mobilisation sociale envers les communautés pour la promotion de la vaccination en général et l'introduction des nouveaux vaccins en particulier.
- élaborer le plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid et procéder à sa mise œuvre effective ;
- réduire les taux d'abandon par le renforcement du suivi des perdus de vue par les relais communautaires (ONGs et Associations Villageoises)
- signer des contrats de performances entre les associations, les services de santé et les radios périphériques ;
- intégrer à la vaccination les interventions à haut impact pour la survie de l'enfant pour améliorer les rapports coûts efficacité (vitamine A, déparasitage, moustiquaire imprégnée etc.)
- mettre en place des mécanismes plus incitatifs pour le maintien au poste de travail des personnels en charge de la vaccination.

La diminution des pertes émanant de la mise en œuvre de ces actions permettra de faire une économie non négligeable sur les fonds du PEV.

C. Prioritisation des stratégies de viabilité financière :

La priorisation des stratégies de mobilisation de financement additionnel et de mise en place de mesures pratiques pour l'accroissement de l'efficacité des ressources mises à la disposition du secteur de la santé, s'est basé sur les critères d'importance financière et programmatique, d'efficacité et de faisabilité.

Au niveau du gouvernement central

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Engagement officiel pour augmentation du budget santé/PEV	Forte	Forte	Forte	moyenne
Remplissage des conditions d'admission à la réduction de la dette (Initiative PPTe)	Moyenne	Moyenne	Forte	Moyenne
réunion gouvernementale sur le financement du PEV pilotée par le Ministre en charge de la santé	Forte	Forte	Moyenne	Moyenne
atelier d'échange sur la problématique de décaissement des fonds	Forte	Forte	Moyenne	Moyenne

Au niveau du gouvernement des îles autonomes

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Engagement officiel pour augmentation du budget santé/PEV	Forte	Forte	Forte	Moyenne
réunion de briefing entre le CCIA et le gouvernement de chaque île autonome	Moyenne	Forte	Moyenne	Forte
Table ronde des partenaires potentiels du PEV au niveau de chaque île autonome.	Moyenne	Forte	Moyenne	Forte

Au niveau de la communauté

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Mise en place de mécanismes appropriés pour une meilleure utilisation de la contribution de la communauté.	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Sensibilisation et un plaidoyer auprès de la diaspora	Forte	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Promotion des mutuelles et des activités génératrices de revenus.	Moyenne	Moyenne	Forte	Forte

Au niveau du secteur privé et ONG/Associations

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Création des associations de soutien au PEV	Forte	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Développement d'un partenariat entre secteurs public et privé en faveur du PEV	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Organisation d'un téléthon annuel en faveur du PEV	Forte	Moyenne	Moyenne	Forte

Au niveau des partenaires au développement

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Organisation d'une réunion de briefing entre le CCIA et le Comité National de la Santé sur le PEV et le PPAC	Moyenne	Forte	Forte	Forte
Organisation d'une table ronde des partenaires traditionnels et potentiels du PEV	Forte	Moyenne	Forte	Moyenne
Mise en place d'un mécanisme de concertation régulière avec les partenaires au développement du secteur de la santé.	Forte	Forte	Forte	Forte

Par rapport aux ressources existantes

Stratégies	Importance financière	Importance programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Réduction des taux de perte	Forte	Forte	Moyenne	Forte

Sur base des critères de priorisation énoncés dans les tableaux ci-dessus, les stratégies suivantes ont été retenues :

- Engagement officiel pour l'augmentation du budget santé/PEV aux niveaux central et des îles
- Promotion des mutuelles et des activités génératrices de revenus.
- Organisation d'un téléthon annuel en faveur du PEV
- Mise en place d'un mécanisme de concertation régulière avec les partenaires au développement du secteur de la santé.
- Réduction des taux de perte des vaccins.

IX. Mécanisme de mise en œuvre et de suivi-évaluation du Plan

Le Plan sera suivi annuellement au travers d'une évaluation régulière des progrès accomplis et ce sur la base des indicateurs du programme, il s'agit de mesurer les objectifs à partir de sources d'information et moyens de vérification identifiés dans le but de s'assurer que les activités planifiées sont menées et les objectifs atteints. Le système de suivi/évaluation qui sera mis en place se basera sur la collecte des données issue des rapports d'activités PEV des districts, sur les rapports de supervision, les compte- rendus des réunions de monitoring et la mise en œuvre d'enquête de couverture.

Les résultats seront présentés trimestriellement au cours des réunions du comité de coordination inter-agence (CCIA) qui seront organisées désormais de manière tournante par île pour créer un effet de stimulation à tous les niveaux. Ils pourront aussi être présentés semestriellement lors des revues des programmes à mi-parcours et annuellement.

Tableau 16 : PLAN D’ACTION POUR L’ANNEE 2008

A. Prestations de services et performances du programme

ACTIVITES	Responsable	PERIODE					COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)						
								PARTENAIRES					
		T1	T2	T3	T4		OMS	UNICEF	ETAT	GAVI			
Organiser des sorties pour la stratégie avancée au moins 2 fois par semaine pour chaque district	CSD	X	X	X	X		2000	4491		2020			
Renforcer les districts en personnel pour le PEV	DGS ILE		X						PM				
Renouveler le véhicule du CNPEV Appuyer en logistique roulant les îles et districts pour la stratégie avancée	CNPE V		X	X				44317					
Organiser un atelier de formation des responsables des districts sur l'utilisation des outils ACD	DGS ILE	X					5000						
Organiser un atelier pour l'élaboration des micro-plans des 13 Districts	CNPE V	X	X				6000	9663					
Former les médecins dans la supervision des activités et dans l'analyse des données du PEV	CNPE V		X	X			6646			7426			
Superviser et faire le suivi.	DGS	X	X	X	X		2500						
Doter le service de CPN en outils de collecte de données pour les femmes enceintes complètement vaccinées		X	X	X	X				PM				
Collecter et analyser mensuellement les données venant des CPN		X	X	X	X				PM				

Former le personnel à l'élaboration des micro-plans des Districts, à la supervision formative et au monitoring		X	X	X	X						
Former/recycler le personnel de santé sur le management du PEV tous les 2 ans		X	X	X	X						
Doter en ressources les îles, les Districts et les postes de santé pour la supervision et la stratégie avancée		X	X	X	X						
Superviser et monitorer les activités aux différents niveaux		X	X	X	X						
Mobiliser les ressources pour les stratégies avancées		X	X	X	X				PM		
Intégrer à la vaccination les interventions à haut impact pour la survie de l'enfant		X	X	X	X				PM		
Faire appliquer la politique des flacons entamés	CNPE V	X	X	X	X				PM		
Renforcer le suivi des pertes en vaccins,		X	X	X	X				PM		
Approvisionner en vaccin, intrants et matériels de chaîne de froid (pièces de rechanges toute l'année)	CNPE V		X	X	X		131919	12399		108606	
Renforcer les postes de santé en ressources humaines			X	X	X				PM		
Former le personnel des postes de santé nouvellement équipé à l'administration des vaccins	CNPE V/DGS Ile		X	X	X		5000				
Former les nouvelles recrues en MLM	CNPE V			X	X		5494				
Réviser et vulgariser le guide de vaccination	CNPE V	X	X	X	X				PM		
Compléter le cadre organique du PEV par le recrutement du personnel qualifié à temps plein pour le PEV	CNPE V		X	X					PM		

Mener un plaidoyer au près des autorités pour le maintien au poste de travail des personnels en charge vaccination	CNPE V	X	X	X	X				PM			
Equiper la CNPEV et les ILES en équipement bureautique et informatique	CNPE V	X	X	X				11065	5150			
Organiser les campagnes Nationales Polio et VAT	CNPE V		X				263830	289000	22000			

B. Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

ACTIVITES	Responsible	PERIODE					COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)					
		T1	T2	T3	T4		PARTENAIRES					
							OMS	UNICEF	ETA T	GAVI	Total en kmf	
Approvisionner le niveau central et les DGS en carburants et lubrifiants pour la supervision	CNPEV	X	X	X	X	X	PM	PM				
Doter les districts en pétrole et pièces de rechanges pour la chaine de froid	CNPEV	X	X	X	X	X		PM				
Equiper 6 postes de santé en motos et carburants	CNPEV	X	X	X	X	X		PM				
Equiper les îles en matériels informatiques pour la gestion des vaccins			X							PM		
Recycler le personnel à l'utilisation du logiciel de gestion des vaccins	CNPEV		X		X		PM	PM				
Construire 2 incinérateurs au niveau des districts de Ngazidja	CNPEV			X				17929				
Elaborer la politique nationale sur la sécurité des injections	CNPEV		X				7000					
Elaborer un nouveau plan stratégique de la sécurité des injections	CNPEV		X				8000					

Former/recycler les responsables des districts sur la sécurité des injections	CN PEV		X				150 0			500 0		
Rendre opérationnel l'Autorité de Régulation Nationale (ARN)	CN PEV		X						PM			
Former les agents chargés de la gestion des vaccins sur les outils de gestion	CN PEV				X		591 4					
Inventorier les équipements de la chaîne de froid	CNP EV	X	X	X	X		PM	PM				
Doter le niveau central d'une nouvelle chambre froide, d'un congélateur et de 20 portes vaccins	CN PEV	X	X					581 17		5305		
Doter les îles et districts en réfrigérateurs suivant le plan de réhabilitation	CN PEV	X	X	X	X							
Elaborer un plan de maintenance des matériels de la chaîne de froid	CN PEV			X			1500	5000				
Former des agents sur la maintenance de la chaîne de froid	CN PEV		X				664 6					
Doter les trois laboratoires de référence du pays en kits de transports des échantillons et en fournitures nécessaires à l'envoi des échantillons	CNP EV	X	X	X	X		PM					
Lancer un appel à candidature à travers les médias pour le service de maintenance	CN PEV		X						PM			
Elaborer un contrat de maintenance avec les structures privées sélectionnées	CN PEV		X					PM				

C. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

ACTIVITES	Respon sable	PERIODE				COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)					
		T1	T2	T3	T4	PARTENAIRES					
						OMS	UNICEF	ETAT	GAVI	Total en kmf	
Organiser la collecte hebdomadaire des données des maladies à déclaration obligatoire	SSE/ CNPE V	X	X	X	X	9548					
Organiser des supervisons trimestrielles au niveau des structures de santé	CNPE V	X	X	X	X	4000			2574		
Organiser des enquêtes pour la confirmation des épidémies	SSE/ CNPE V	X	X	X	X	2000			1817		
Former les responsables (agents de santé, membres des CA, les représentants des communautés, et des ONG) sur la planification	SSE /CNP EV		X	X							
Recycler les agents sur la SIMR actualisée	DEE		X		X	PM					
Diffuser le rapport trimestriel des maladies sous surveillance	DEE	X	X	X	X	PM	PM				
Diffuser le rapport d'évaluation sur le TMN	DEE		X			PM	PM				
Diffuser les rapports des comités de certification de la polio	SSE/ CNPE V	X	X	X	X	PM	PM				
Publier un bulletin d'information mensuel à tous les niveaux	SSE/ CNPE V	X	X	X	X	PM	PM				
Equiper le service de surveillance en équipement informatique pour la conservation des données	SSE/ CNP EV		X	X		3000					
Organiser une tournée d'évaluation de la mise en œuvre de la SIMR	DEE		X								

Multiplier et diffuser la SIMR au niveau des districts	DEE		X				5000			3183		
Evaluer la mise en œuvre du plan du TMN	SSE/ DEE		X	X	X			PM				
Elaborer les plans du TMN par les responsables des districts	SSE/ DEE		X	X	X			PM				
Elaborer le Plan national de lutte contre les cas importés de polio	CNP EV		X	X	X			PM				
Organiser un atelier national de validation du Plan national de lutte contre les cas importés de polio	CNP EV		X	X	X			PM				
Multiplier et diffuser le Plan national de lutte contre les cas importés de polio	CNP EV		X	X	X			PM				
Créer des comités de coordination dans chaque île.		X	X						PM			
Organiser des réunions des comités (CNEP, CNC, CCIA îles)	CNPE V	X	X	X	X			39492	2944			
Organiser des visites de terrain des membres des comités	SSE/ DEE	X	X	X	X			PM				
Organiser une réunion de sensibilisation des ONG et des représentants des associations villageoises	SSE/ DEE	X	X	X	X							
Diffuser les outils de collecte de données à tous les niveaux	SEE/ CNPE V		X	X	X			PM	PM			
Organiser des réunions mensuelles d'analyse des rapports mensuels à tous les niveaux	DGS ILES	X	X	X	X					PM		
Former trois techniciens sur le diagnostic sérologique (ELISA) de certaines maladies virales (rougeole, rubéole....) et bactériennes (Pneumo, Hib..)	SSE/ DEE		X	X	X			PM				

Former les techniciens de laboratoire sur la biosécurité	SEE/DEE		X	X	X		PM					
Doter le labo de référence en matériel (congélateur)	SSE/CNPE V		X	X	X		2122					
Organiser une réunion d'échanges avec les responsables des îles	CNPE V			X			5000					

D. Communication

ACTIVITES	Responsible	PERIODE					COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)					
		T1	T2	T3	T4	PARTENAIRES						
						OMS	UNICEF	ETAT	GAVI	Total en kmf		
Faire des séances d'IEC/CCC au moins une fois par trimestre en utilisant les médias périphériques	DEP SAS S	X	X	X	X		2000					
Doter les services de vaccination en fiche individuelle des enfants et autres matériels pour permettre la recherche active	CNP EV	X	X	X	X				PM			
Créer des Comités Villageois d'Animation (CVA)	DEP SAS S		X						PM			
Organiser des réunions de sensibilisation de la communauté sur la vaccination	DEP SAS S	X	X	X	X		2500					
Organiser dans chaque district des séances d'IEC avant l'acte vaccinal	DGS/CSD	X	X	X	X		PM	PM				
Sensibiliser la communauté sur la vaccination des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an	DEP SAS S	X	X	X	X					2605		

Organiser un atelier restreint d'élaboration d'un plan de communication pour le PEV	DEP SAS S		X				2000					
Organiser un atelier de validation du plan de communication pour le PEV	DEP SAS S		X				1150					
Diffuser le document au niveau des îles et des Districts,	DEP SAS S/CN PEV		X	X	X		PM	PM				
Assurer la mise en œuvre du plan de communication pour le PEV	DEP SAS S/CN PEV		X	X	X		PM	PM	PM	PM		
Equiper les structures chargées de la communication en ressources adéquates qualitativement et quantitativement	DEP SAS S	X	X	X	X					2700		
Affecter les ressources humaines formées à la DEPSSAS		X	X	X	X			PM				

E. Gestion du programme et cadre institutionnel

ACTIVITES	Responsa ble	PERIODE					COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)					
		T1	T2	T3	T4		PARTENAIRES					
							OMS	UNICEF	ETAT	GAVI	Total en kmf	
créer un service spécifique de la vaccination au sein de la DEE		X							PM			
Organiser et définir les missions du chef de service		X							PM			
Nommer le responsable du PEV du niveau central.		X							PM			

Actualiser le Plan de Développement des Ressources humaines pour le PEV										PM			
Elaborer un plan opérationnel de mise en œuvre	CNPEV	X								PM			
Assurer la mise en œuvre du plan opérationnel	CNPEV	X	X	X	X					PM			
Elaborer et faire adopter d'ici fin 2008 un texte définissant les missions des responsables des îles et des Districts dans le domaine du PEV	CNPEV				X					PM			
Créer des comités de coordination dans chaque île	CNPEV		X							PM			
Organiser un atelier de mise à jour du PPAC	CNPEV	X	X						6000				
Equiper la CNPEV et les DGS en fourniture de bureau	CNPEV		X	X	X				2731				

F. Financement

ACTIVITES	Responsible	PERIODE					COUT ESTIMATIFS PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN KMF (1 \$ = 364,6 kmf)					
		T1	T2	T3	T4	PARTENAIRES						
						OMS	UNICEF	ETAT	GAVI	Total en kmf		
Créer la ligne budgétaire spécifique au PEV	CNPEV	X	X	X					PM			
Elaborer un document de plaidoyer pour la mobilisation de fonds		X										
Affecter des ressources suffisantes à la gestion du PEV	CNPEV	X	X	X	X				PM			

Organiser une réunion gouvernementale pour le financement du PEV pilotée par le Ministre en charge de la santé	CN PEV		X						PM			
Organiser une réunion de briefing entre le CCIA et le gouvernement de chaque île autonome			X						PM			
Suivre le décaissement des fonds	CN PEV	X	X	X	X				PM			
Organiser un atelier d'échange sur la problématique de décaissement des fonds entre le ministère des finances et celui de la santé	DAF		X						PM			
Identifier une personne relai au niveau du ministère des Finances pour le suivi des décaissements des fonds inscrits sur le budget national du PEV.	CN PEV	X	X						PM			
Organiser des réunions de plaidoyer avec les partenaires (députés, Ministres, maires, représentants du SNU) sur l'augmentation du budget alloué au PEV			X		X				PM			
Diffuser les documents du PEV (PPAC, Application GAVI, Rapports d'activités) à tous les décideurs et partenaires	CN PEV	X	X	X	X				PM			

Organiser des réunions de concertation et d'orientation avec la communauté au moins une fois par semestre	DGS/DEP/SAS/S		X		X		2000					
Organiser des réunions de concertation et d'orientation avec la diaspora au moins une fois par an				X					PM			
Sensibiliser les mutuelles sur la prévention des maladies par la vaccination	CN/PEV/DG/S		X		X				PM			
Diffuser les rapports de la réunion aux partenaires	CN/PEV/DG/S	X	X	X	X				PM			
Faire le suivi des recommandations des réunions pour l'amélioration de la contribution de la communauté à la vaccination	CN/PEV/DG/S	X	X	X	X				PM			
Organiser une table ronde des partenaires traditionnels et potentiels du PEV aux niveaux central et des îles.	CN/PEV/DG/S	X	X	X					PM			
Créer des associations de soutien au PEV	CN/PEV/DG/S			X					PM			
Développer un partenariat entre secteurs public et privé en faveur du PEV	CN/PEV		X						PM			

Organiser un téléthon en faveur du PEV	CN EPV	X	X	X	X				PM			
Organiser une réunion de briefing sur le PEV et le PPAC, entre le CCIA et le Comité National de la Santé	CN PEV			X					PM			
Organiser une réunion trimestrielle entre la Vice-présidence en charge de la santé, les Ministres en charge de la santé dans les îles autonomes et les partenaires au développement	CN PEV	X	X	X	X				PM			