

Rapport de l'évaluation conjointe 2017

Pays	<i>CAMEROUN</i>
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	<i>Evaluation complète</i>
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	<i>17 au 20 Juillet 2017, Douala, Cameroun</i>
Participants/affiliation¹	<i>Fourni en annexe</i>
Période couverte par les rapports de résultats	<i>Janvier – Décembre 2016</i>
Période fiscale²	<i>Janvier à Décembre 2016</i>
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	<i>2015-2019</i>

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION
1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande de soutien	Cible (Population attendue devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
<i>Routine</i>	<i>Fièvre Jaune</i>	<i>2019</i>	<i>2018</i>	<i>857 962</i>	<i>\$US857 500</i>	<i>\$US254 500</i>
<i>Routine</i>	<i>Rotavirus</i>	<i>2019</i>	<i>2018</i>	<i>857 962</i>	<i>\$US708 000</i>	<i>\$US2 692 000</i>
<i>Routine</i>	<i>PCV-13</i>	<i>2019</i>	<i>2018</i>	<i>857 962</i>	<i>1 620 500</i>	<i>6 816 000</i>
<i>Routine</i>	<i>Pentavalent</i>	<i>2019</i>	<i>2018</i>	<i>857 962</i>	<i>\$US1 031 500</i>	<i>2 863 500</i>
<i>Routine</i>	<i>VPI</i>	<i>2018</i>	<i>2018</i>	<i>857 962</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>
<i>RSS 2</i>	<i>NA</i>	<i>2021</i>	<i>2018</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>	<i>\$US 4 480 000</i>

1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin
<i>NA</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>

1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS) -

Montant total de la subvention RSS	<i>\$US 23 520 000</i>
Durée de la subvention RSS (de... à....)	<i>2017 à 2021</i>
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	<i>2018</i>
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)	<i>\$US 4 480 000</i>

1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF/CCEOP)

Montant total de la subvention POECF/CCEOP	<i>\$US 11 366 028</i>
Durée de la subvention POECF/CCEOP (de... à....)	<i>2017 à 2021</i>

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF/CCEOP (tranche suivante) est demandé	2018	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF	\$US 1 902 885	
Investissement conjoint du pays	Ressources du pays	N/A
	Ressources partenaires	N/A
	Ressources RSS Gavi ³	\$US 1 902 885

1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁴

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
	MenAfrivac	2018	2019
	VPH	2017 (recommandée pour approbation par le CEI de juin 2017)	2019
Campagne de vaccination	Rougeole-Rubéole	2017	2018

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

• **Situation sécuritaire et populations déplacées**

Depuis juillet 2016, suite aux situations de conflit/terrorisme dans le Nord du Nigéria et en République Centrafricaine, le Cameroun connaît une persistance de l'insécurité transfrontalière dans les Régions de l'Extrême-Nord et de l'Est. Des attaques sporadiques de bandes armées et des cas d'enlèvement ont été observés dans les Régions du Nord, de l'Adamaoua et du Sud-Ouest (péninsule de Bakassi). En conséquence, en juin 2017, le Cameroun accueille environ 329 191 réfugiés originaires en majorité du Nigéria et de la République centrafricaine⁵. Répartis principalement dans les régions de l'Extrême-Nord, l'Est et l'Adamaoua, ces populations spéciales vivent dans des camps de réfugiés ou en communauté. En outre, l'on estime le nombre de déplacés internes à 228.443 essentiellement localisés dans l'Extrême-Nord (Makary, Fotokol, Kousseri, Mozogo, Mora)⁶.

• **Zones d'accès difficiles**

Deux principales catégories de zones du territoire national qui restent encore difficiles d'accès aux services de vaccination au Cameroun :

○ **Zones affectées par l'insécurité**

La Région de l'Extrême-Nord, particulièrement concernée par cette insécurité compte au total 08 districts de santé situés en zones difficiles (Goulfey, Kolofata, Kousseri, Koza, Mada, Makary, Mokolo et Mora), avec 23 aires de santé sur 90 (25,5 %) particulièrement à risque ; ce qui représente une population de 69 098 habitants (49,3 % de la population desdits districts⁷) soit environ 3179 enfants cibles du PEV.

○ **Zones insulaires**

En outre, des zones insulaires jusque-là non répertoriées ont été identifiées dans 02 districts de santé (Mada et Makary) pour une population estimée à 49.242 habitants (représentant 14,6 % de la population totale de la cible dans ces districts). Dans la région du Littoral, les zones insulaires des districts de santé de Manoka et Edéa comptent pour 758 enfants de la cible ; celles du district de Malantouen dans la région de l'Ouest en comptent 1032. Dans le district

³ Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

⁴ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

⁵ HCR, fact sheet june 2017.

⁶ UNDSS 2016.

⁷ Plan National d'Urgence pour la Réponse à l'épidémie de Poliomyélite dans le Bassin du Lac Tchad 2017. (Cameroun, Juin - Décembre 2017) /OMS.

de Lagdo, région du Nord, le nombre d'enfants de la cible vivant dans les zones insulaires est estimé à 2533. Au total, on dénombre 5 712 enfants cibles se trouvant dans ces zones spécifiques soit 0,6 % de la cible totale à vacciner⁸

- **Situation épidémiologique des maladies évitables par la vaccination**

Suite à la confirmation de cas de Poliovirus Sauvage (PVS) et Poliovirus circulant de souche vaccinale (cVDPV) dans l'Etat du Borno au Nigéria en août 2016, le Pays a élaboré, entre juillet et octobre 2016, deux plans d'urgence polio pour renforcer la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) et augmenter l'immunité collective de la population. Ainsi, 07 tours de campagnes de riposte ont été menées dans 17 districts des trois régions septentrionales frontalières avec l'Etat du Borno au Nigeria et d'autres Régions à risque (Nord-Ouest et Ouest). Par ailleurs, on a dénombré 07 districts de santé en épidémie de rougeole en 2016 avec des ripostes vaccinales effectives dans chacun desdits districts, et une épidémie de méningite circonscrite à la Prison Centrale de Yaoundé en mars 2017. Les principaux indicateurs de performance de la surveillance des maladies pour le soutien aux nouveaux vaccins (diarrhées à rotavirus et méningites bactériennes pédiatriques) sont satisfaisants. Après un arrêt des activités à la fin du projet SURVAC (Projet de renforcement de la surveillance épidémiologique en Afrique Centrale) en 2014, l'OMS a pris le relais de l'appui financier en fin 2015. Durant la période d'inactivité qui s'explique par le manque de financement, la qualité des données s'est détériorée ; ce qui a privé le Programme des informations critiques pour évaluer l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins et les études coûts/efficacité nécessaires au plaidoyer en faveur de l'indépendance vaccinale. Dans le cadre du processus d'introduction du RR, la mise en place d'un système de surveillance de la rubéole/rougeole et du syndrome de rubéole congénital (SRC) est en cours - suite à la campagne de suivi rougeole-rubéole organisée en novembre 2015.

Au terme de l'analyse de risque basée sur les données de surveillance épidémiologique du choléra pour la période 2010-2015, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de GAVI en collaboration avec l'OMS, CDC/CAFETP, IMC et l'association Ma Santé a mené une campagne préventive de vaccination contre le choléra en deux tours dans le district de santé de Mogodé, région de l'Extrême-Nord, aux mois de mai et juin 2017 ciblant 127 463 personnes éligibles.

- **Situation macroéconomique**

En 2016, l'activité économique du Cameroun a connu un ralentissement matérialisé par une baisse du taux de croissance de 5,7% en 2015 à 4,4% en 2016⁹. Cette diminution s'explique par le ralentissement de la production de pétrole (+3 % en 2016, contre +37 % en 2015), les principaux gisements étant arrivés à maturité, ainsi que par l'épidémie de grippe aviaire, qui a affecté la filière avicole locale, en particulier dans la région de l'Ouest, qui concentre 80 % de la production. Les prévisions macroéconomiques futures du Cameroun sont mitigées. Selon le Fonds Monétaire International (FMI), la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel du Cameroun connaîtra une baisse en 2017 par rapport à 2016 pour se situer à 3,7% et devrait remonter à 4,3% en 2018¹⁰. Cette analyse n'est pas partagée par le Gouvernement qui envisage une légère augmentation de la croissance économique de 4,4% en 2016 à 4,9% en 2017¹¹.

3. PERFORMANCES DU SYSTÈME DE VACCINATION PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

⁸ Population cible du PEV en 2016.

⁹ Perspectives économiques, FMI, Mai 2017.

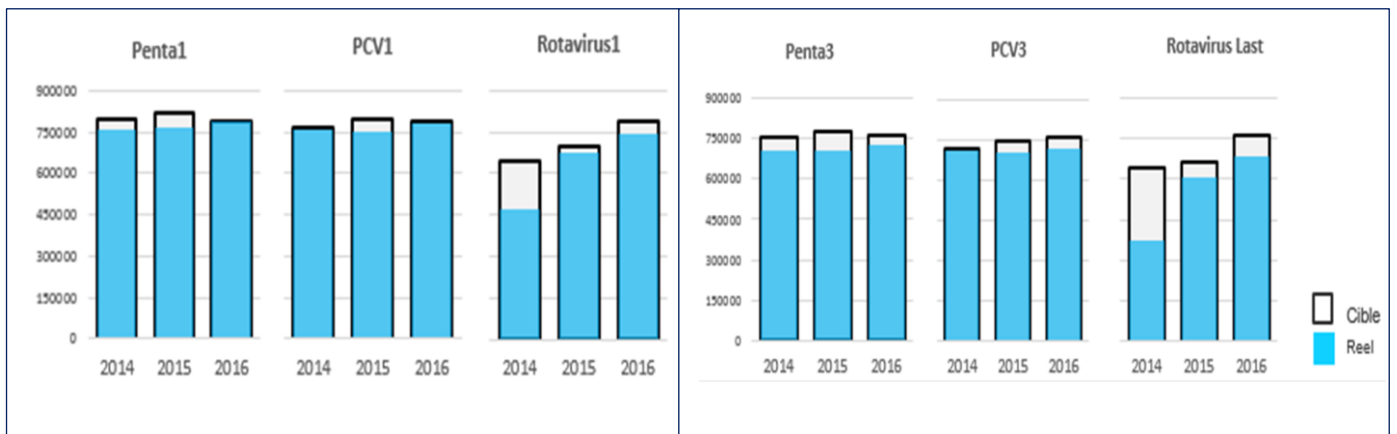
¹⁰ Perspectives économiques, FMI, Mai 2017.

¹¹ Circulaire N°001/CAB/PRC du 20 juin 2017 relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2018.

En 2016, aucun antigène n'a atteint l'objectif de couverture escompté, excepté le VPI et le Rota 2.

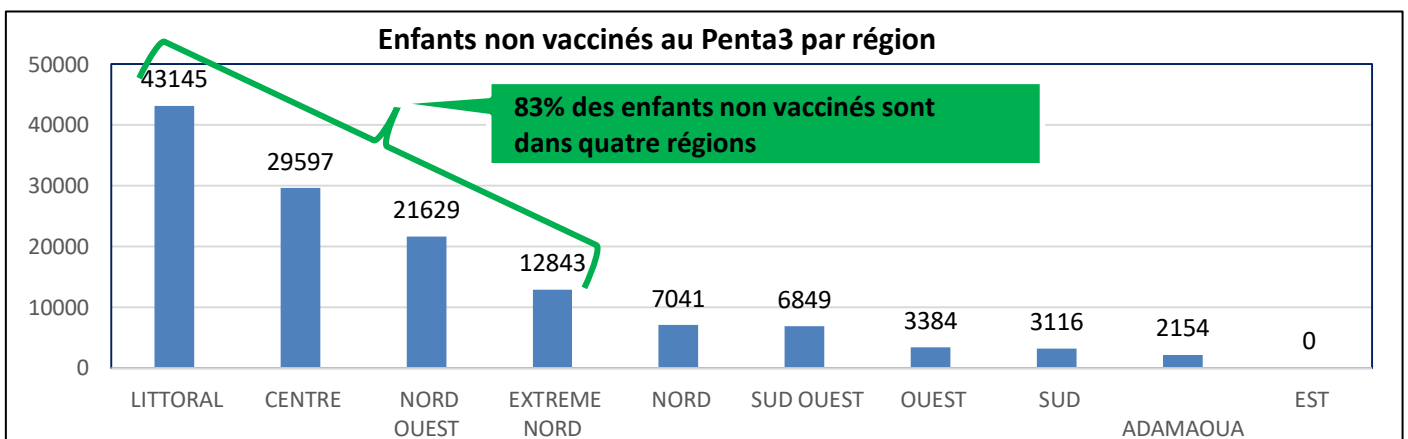
	BCG	PENTA 1	PENTA 3	ROTA 2	VPO 3	VPI	PCV 13-3	VAR	VAA	VAT 2+	TAS	TAG	PERDUS DE VUE	NON VACCINES PENTA 3
Objectifs	90%	95%	90%	80%	90%	79%	90%	85%	85%	72%	7%	10%		
Performances 2015	74%	92%	84%	73%	83%	31%	85%	79%	77%	62%	8%	10%	61 550	130 462
Performances 2016 ¹²	70%	92%	85%	80%	83%	79%	84%	78%	78%	59%	8%	6%	61 825	128 758

Sur l'ensemble des vaccins à doses multiples, les cibles nationales n'ont pas été atteintes et on note un abandon pour plusieurs milliers d'enfants pour la dernière dose (voir graphique ci-dessous).



La couverture vaccinale en Penta 3 est de 85%, en légère hausse par rapport à 2015 où elle était de 84%. Le taux d'accessibilité aux services de vaccination était de 92% (Penta 1) tout comme en 2015, pour un taux d'abandon spécifique de 8% comme en 2015. L'analyse de l'équité sur la couverture vaccinale des années 2016 et 2015 montre que 62,4% (118/189) contre 66,7% (126/189) des districts de santé fonctionnels ont eu une couverture en Penta 3 > 80% (pour un objectif de 100 %).

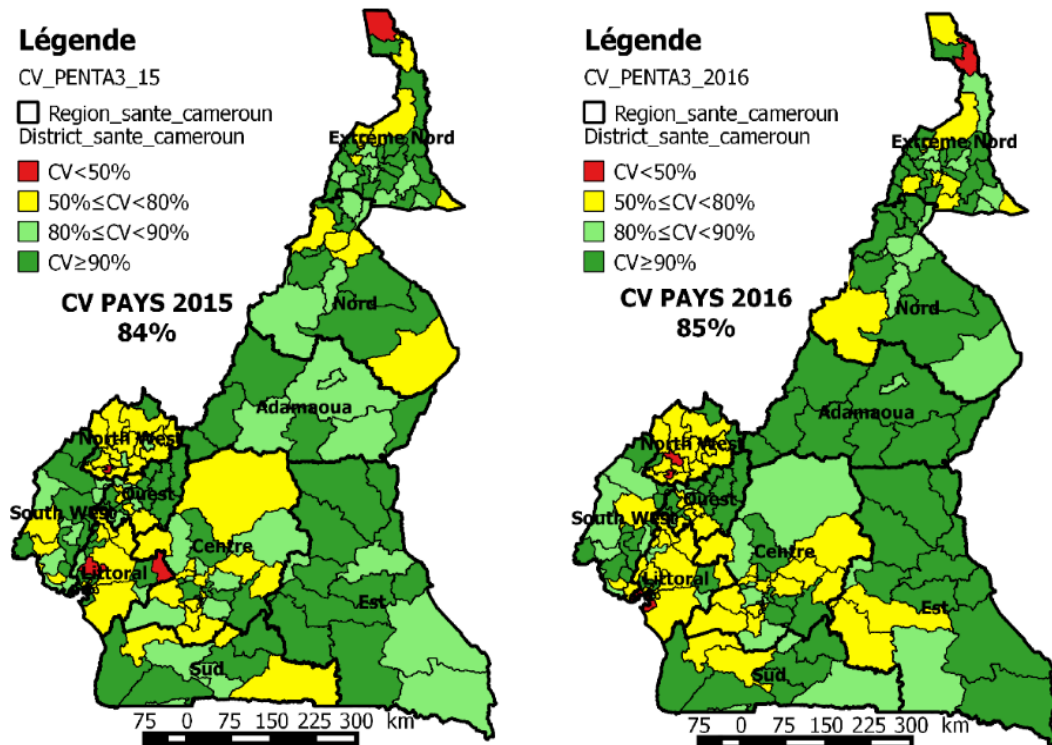
Le nombre d'enfants manqués en 2016 (128 758) a diminué d'environ 1,3% (1 694 enfants en moins) par rapport à la valeur de 2015 (130 462).



¹² Source : JRF 2016 (données administratives).

Le nombre de districts de santé avec une couverture vaccinale - comprise entre 50% et 80% est en augmentation, passant de 57 (30%) districts en 2015 à 67 (35%) district en 2016. Le nombre de district avec une couverture vaccinale au Penta3 < 50% reste constant à 4 (2%). Deux districts de santé se trouvent dans la Région du Nord-Ouest (Bafut, Bali), un dans la zone marécageuse et insulaire de la Région du Littoral (Manoka) et un dans la zone d'insécurité de la Région de l'Extrême-Nord (Goulfey). Seul le district de Bali est resté constant sur les deux années.

CV PENTA3 DISTRICTS SANTE ANNEES 2015-2016 CAMEROUN

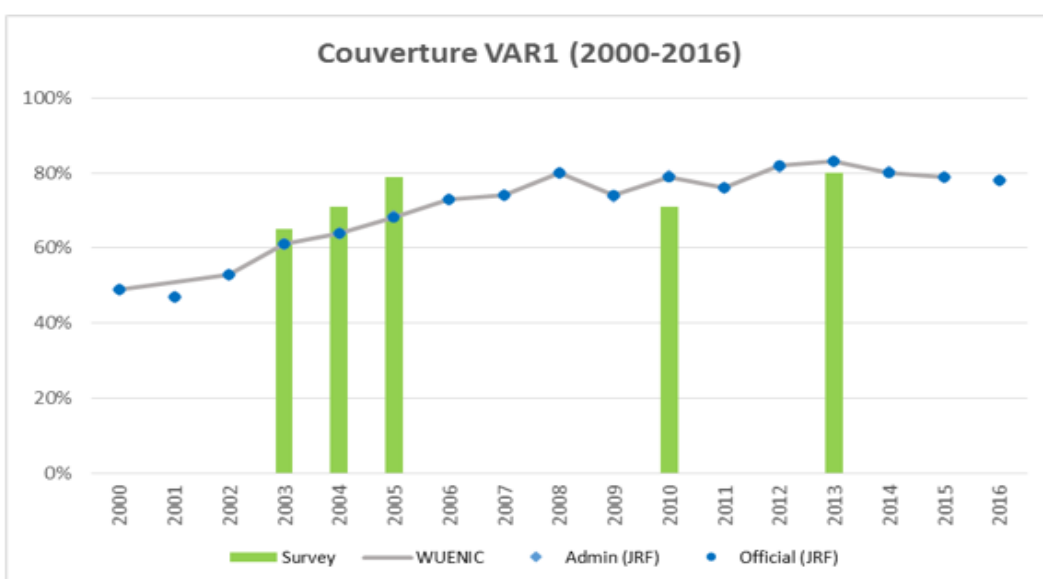
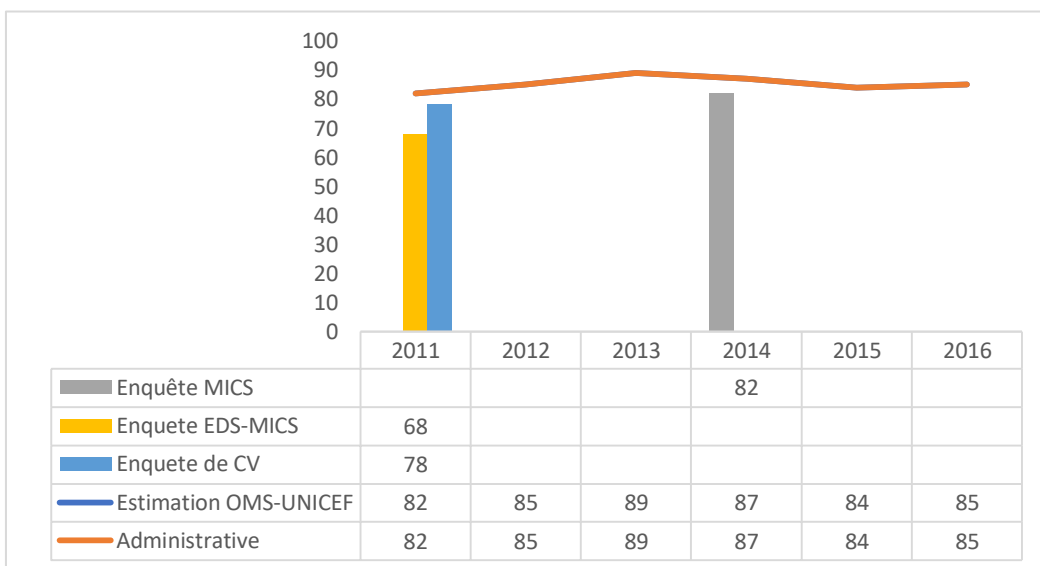
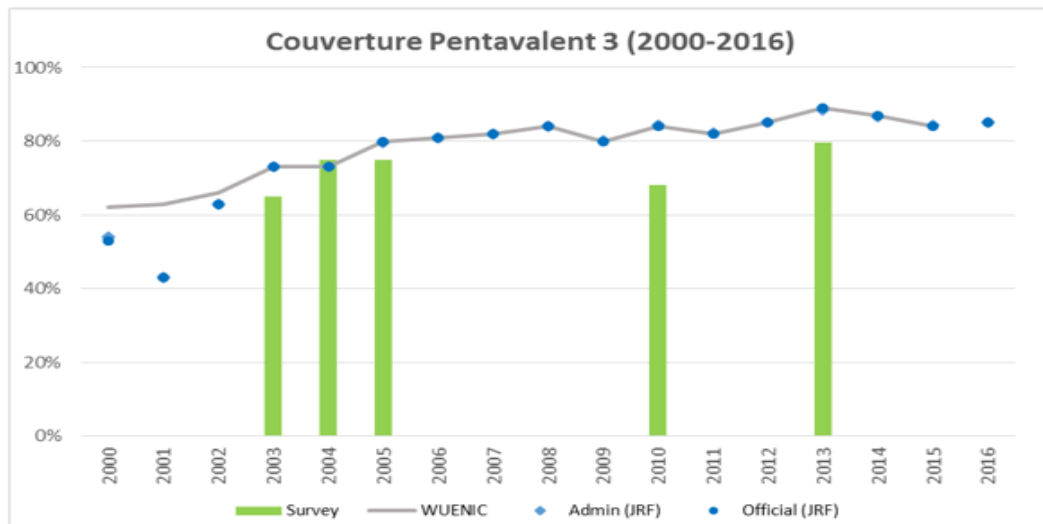


Quant à la prévention de la rougeole, 07 Districts de Santé ont connu une épidémie de rougeole en 2016 contre 88 en 2015 soit une réduction de 92% du nombre de Districts de Santé en épidémie. Des 07 Districts de Santé, 02 avaient une couverture vaccinale ≥ 80 % tandis qu'aucun des Districts de Santé avec une couverture vaccinale au RR ≤ 50 % n'a connu d'épidémie ce qui dans une certaine mesure amène à s'interroger sur la qualité des données. Certains de ces Districts de Santé aux données paradoxales ont été visités lors du DQA effectué dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données 2017-2019.

Les résultats de couverture vaccinale des enquêtes (EDS, MICS, ECV) réalisées ces dernières années au Cameroun ont montré un écart non significatif (inférieur à 10 %) entre les couvertures administratives de 2016 et celles de la dernière enquête MICS. Le taux de couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés a connu une nette amélioration passant de 68% en 2011 à 82% en 2014¹³. Cette augmentation s'est faite ressentir de manière plus importante dans trois régions ; Nord (38,1% à 65%), Est (47,3% à 78,5%) et Centre (51,6% à 89,9%) sans la ville de Yaoundé). Aussi, le MICS5 montre des couvertures vaccinales supérieures à 90% dans les grandes villes de Yaoundé (91,5%) et Douala (94,5%) contrastant avec les couvertures administratives. Les plus faibles couvertures vaccinales sont enregistrées dans les régions de l'Extrême-Nord (57,1%) et du Nord (72,7%) qui doivent mériter une attention particulière.

Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution des couvertures vaccinales au Penta 3 et au VAR 1 de 2000 à 2016 sur la base de différentes sources de données ; entre 2015 et 2016, le VAR 1 a perdu un point de couverture vaccinale tandis que le Penta 3 en a gagné un. Aucun des 02 vaccins n'a atteint les performances réalisées en 2013.

¹³ EDS-MICS 2011 et MICS 2014.



Par ailleurs, il faut noter la présence au niveau du pays de populations spéciales de par leur localisation géographique et leur mode de vie :

- Populations pygmées des zones forestières de l'Est et du Sud ;

- Populations des zones insulaires jusque-là non répertoriées (02 districts de santé Mada et Makary à l'Extrême-Nord, zone de Lagdo au Nord, îlots dans le district de santé de Manoka au Littoral, zone de Malantouen dans l'Ouest) ;
- Déplacés internes (transhumants Bororos, populations fuyant les zones d'insécurité).

Pour atteindre ces populations, des stratégies de vaccination spéciales ont été développées : activités de vaccination intensifiées (AVI) dans les zones insulaires (DS de Goulfey, Mada, Manoka), *hit and run* lors des campagnes polio et rougeole dans les districts de santé de Kolofata et Mora, vaccination de rattrapage dans le camp de réfugiés de Minawao (districts de santé de Mokolo), vaccination intégrée bétail et Bororos à l'Extrême-Nord et dans l'Adamaoua, et enfin la vaccination des pygmées pendant les activités de cueillette des mangues sauvages dans la Région de l'Est (districts de santé Abong-Mbang).

L'enquête MICS 2014 a montré que la couverture vaccinale au penta 3 augmente avec le niveau d'instruction de la mère ou gardienne d'enfant passant de 63% pour ceux dont la mère est sans niveau d'instruction à 83,8% pour ceux dont la mère a un niveau primaire et à 99,8% quand la mère a un niveau d'enseignement supérieur. Cette couverture passe de 57,6 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à 95,1% dans le plus riche. Il n'existe pratiquement pas d'écart entre les filles et les garçons (82,5% contre 81,1%). Selon le milieu de résidence, on observe un écart de 16 points entre milieu rural (75%) et urbain (91%). Toutefois les disparités sont plus importantes entre les Régions. En outre, les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Est sont celles qui concentrent le plus de facteurs d'inéquités. Depuis la publication de la MICS 2014, le Ministère de la Santé Publique dans le souci de réduire les différentes inéquités a :

- Diffusé des spots publicitaires en langue locale en faveur de la vaccination à travers les radios communautaires dans les zones rurales, pour ce qui est de l'équité géographique.
- Actualisé les cibles à travers les projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé, issues de la triangulation des données de recensement fait par les programmes et celles du recensement de 2005. Ces nouvelles cibles sont entrées en vigueur en janvier 2017, il serait prématuré d'en déterminer l'incidence sur la couverture et l'équité.
- Depuis 2015, le pays est en train de mettre en place un système de couverture sanitaire universelle qui pourrait réduire l'inéquité liée aux quintiles socio- économique (plus riche/plus pauvre). En plus on note une concentration des appuis des partenaires dans les trois Régions suscitées.

3.2. Facteurs de faible performance/équité

- **Personnel sanitaire**

Au Cameroun, les dix régions comportent des zones enclavées mais l'Adamaoua, le Nord-Ouest, l'Est, l'Extrême Nord et le Nord concentrent le plus grand effectif d'aires de santé enclavées et de centres médicaux d'arrondissement sans médecins surtout ceux des districts administratifs récemment érigés en arrondissements. De même, les zones montagneuses, sahéliennes et insulaires sont également réputées difficiles d'accès¹⁴. Le ratio 1 médecin /9.245 habitants et 1 Infirmier/ 1.806 habitants est largement inférieur aux normes OMS à savoir 1 médecin/ pour 5000 habitants et 1 infirmier / pour 1000 habitants. De plus on note une répartition très inégale dans les 10 régions (exemple 1 médecin/ pour 3657 habitants pour le Centre contre 1 médecin / pour 61 873 habitants pour l'Extrême-Nord). Les 3 régions économiquement les plus riches (Centre, Littoral et Ouest) concentrent 60% (11 777/19 709) des agents de santé pour desservir 42,14% de la population totale du pays. L'évaluation du niveau de formation des personnels de santé conduite en 2016 a relevé que près de 88% des personnels de santé qui mènent des activités de vaccination dans les formations sanitaires ne sont pas formés. Ces insuffisances en ressources humaines en quantité et en qualité affectent également le système de vaccination.

- **Chaîne d'approvisionnement**

L'évaluation GEV de 2013 et l'inventaire des ECF de décembre 2015 et janvier 2016 ont permis d'identifier les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement à savoir :

¹⁴ Ministère de la Santé Publique-Direction des Ressources Humaines 2010.

1. **Au niveau central** : la faible capacité de stockage des vaccins (gap de 4 chambres froides positives de 40 m³ en 2016) et l'absence d'un entrepôt propre au PEV pour les consommables, les dysfonctionnements et des pannes au niveau des chambres froides, la faiblesse des capacités en gestion des approvisionnements et des stocks de vaccins, avec comme conséquence un taux de perte élevé ;
2. **Au niveau intermédiaire et périphérique** : la faible capacité de stockage , l'insuffisance de matériel roulant pour les supervisions , l'absence d'un système formel d'information et de gestion logistique (SIGL) (Rapport de l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins 2013) , la faible couverture des besoins en logistique nécessaires aux prestations des soins de santé primaires des populations difficiles d'accès ou marginalisées, la présence des réfrigérateurs non homologués dans 93% des formations sanitaires, l'absence d'un système formel de maintenance de la chaîne du froid dans 70% des formations sanitaires et des bâtiments dans 80% des formations sanitaires, l'inexistence d'un système adéquat de destruction des déchets dans 73% des FS, le non-respect des normes en matière de gestion des déchets de vaccination.

En 2016, le pays a enregistré des pertes en vaccins d'un montant total 120 309 dollars US réparties comme suit :

- 26 394 doses de vaccin PCV13 d'une valeur approximative de 79 932 dollars US ;
- 500 doses de vaccin Rotavirus d'une valeur approximative de 1 000 dollars US ;
- 37 675 doses de vaccin contre la fièvre jaune d'une valeur approximative de 39 377 dollars US.

Concernant le financement, quoiqu'en nette augmentation depuis 2010, la contribution financière de l'Etat aux opérations de Vaccination reste insuffisante (12 % en 2013), l'Etat a toujours honoré ses engagements pour l'achat des vaccins, cependant des retards dans la mise à disposition des contributions financières persistent. En plus, on note une gestion non optimale du programme due à la faible capacité managériale du PEV notamment aux niveaux central et régional, la faible coordination des activités aux niveaux régional et district et la faible motivation du personnel au niveau opérationnel. En plus, l'évaluation GEV et le rapport de l'inventaire ont fait ressortir la vétusté des matériels de la chaîne du froid, le manque de formation du personnel en maintenance préventive, des ruptures prolongées et répétées en gaz et pièces de rechange, des pannes prolongées dues à l'indisponibilité de techniciens qualifiés. Il faut signaler également que le défaut d'actualisation de procédures opératoires normalisées et l'insuffisance dans le monitoring de la température des équipements de la Chaîne de froid ont constitué des faiblesses importantes qui ont abouti à l'élaboration des plans d'amélioration.

Afin d'adresser les principaux goulots d'étranglement, le pays avec l'appui de ses partenaires a lancé le processus de renforcement de la chaîne d'approvisionnement depuis 2014 par la mise en œuvre des activités du plan d'amélioration des écarts de la GEV, notamment : l'acquisition et installation de 8 chambres froides au niveau central et régional et de 121 réfrigérateurs solaires pour les formations sanitaires, l'acquisition d'un camion frigorifique pour le transport des vaccins, l'acquisition des dispositifs de contrôle à distance de température et 3 000 fridge-tag, l'amélioration de l'espace de stockage à sec au niveau central, le lancement d'un appel d'offre pour la construction de l'entrepôt central PEV.

Les subventions RRS2 et CCEOP permettront au Pays, le renforcement de sa chaîne d'approvisionnement à travers : (i) la dotation des formations sanitaires qui vaccinent et n'ayant pas d'équipements de chaîne du froid fonctionnels et les dépôts de district sans équipement de chaîne du froid en 777 réfrigérateurs solaires et 506 réfrigérateurs électriques. Ce qui permettra d'augmenter la couverture en équipements de CdF des CS, (ii) le remplacement progressif des équipements non conformes (399 réfrigérateurs à absorption âgés de plus de 10 ans et 688 réfrigérateurs domestiques) par des réfrigérateurs solaires (199) et électriques (492), (iii) le remplacement des réfrigérateurs à absorption âgés de moins de 10 ans et des équipements homologués d'âge supérieur à 10 ans par 303 réfrigérateurs solaires et 406 réfrigérateurs électriques, (iv) la dotation des formations sanitaires n'offrant pas les services de vaccinations actuellement, mais qui peuvent vacciner dans le futur et structures de santé qui vont développer les gaps durant la période de remplacement il s'agit de 230 réfrigérateurs électrique et 104 réfrigérateurs solaires. En plus, 2 890 fridge-tag seront acquis pour remplacer ceux qui seront acquis en 2018.

- **Génération de la demande/demande de vaccination**

Concernant la promotion de la demande, plusieurs facteurs ont été identifiés :

- La diversité de la cible à sensibiliser ;

- L'attitude des ménages en matière de vaccination : l'enquête CAP 2011 montre que, environ un quart de chefs de ménage seulement abordent les sujets de vaccination dans leurs ménages. Les raisons justifiant une telle attitude sont nombreuses et varient suivant le milieu de résidence et région d'enquête. Certains (47,7%) pensent qu'on n'a pas besoin de vacciner les enfants tout le temps ; d'autres soutiennent qu'ils manquent de temps (21,7%) ;
- La peur des effets secondaires est avancée par 6,5% des répondants. Dans la partie septentrionale en particulier, la plainte des hommes qui estiment être exclus des programmes de vaccination influence négativement la participation des ménages à la vaccination. En plus, une mauvaise qualité des services offerts dans les différents centres de santé est l'un des facteurs qui limite l'adhésion des populations aux activités de vaccination.

- **Leadership, gestion et coordination**

Les principaux goulots d'étranglement relatifs à la capacité organisationnelle et managériale du PEV sont (1) l'inadéquation de la structure organisationnelle et des ressources humaines (organigramme du PEV révisé en 2016 mais pas encore opérationnel (décision du Ministre de la santé), (2) la faiblesse du leadership, de la gestion et coordination du PEV (absence d'un cadre de redevabilité), (3) et la faiblesse des systèmes de gestion financière (mauvaise qualité de l'utilisation des fonds et incapacité à produire les états financiers et comptable requis).

- **Gestion des finances publiques**

La mise à disposition des fonds demandés à tous les niveaux ne présente pas de difficulté majeure. Elle se fait par voie bancaire du niveau central au niveau régional et en espèces du niveau régional au niveau opérationnel (DS). Le décaissement des fonds de l'Etat par le Ministère des Finances est effectif quoique irrégulier.

- **Autres aspects critiques**

Une évaluation de la capacité du Programme conduite par PricewaterhouseCoopers (PwC) sur instructions de Gavi a mis en exergue l'existence de sérieuses défaillances institutionnelles au rang desquelles :

- Une gestion inadéquate du Programme (Forums de coordination non harmonisé, plus de réunions extraordinaires, insuffisance dans la supervision et le suivi des activités du Programme à tous les niveaux, ressources humaines démotivées, etc.) ;
- La faiblesse du système de gestion financière (insuffisance de ressources humaines qualifiées, mauvaise gestion financière au niveau opérationnelle, etc.) ;
- La faiblesse de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins.

3.3. Données

- **Conformité aux exigences de Gavi en matière de qualité des données**

Des 04 éléments de conformité, le Cameroun en a rempli 2 en 2016. En effet, pour ce qui est du *suivi de routine par une revue documentaire annuelle des données de la couverture vaccinale*, une revue mensuelle des données administratives a régulièrement été menée. Toutefois, le canevas de la revue documentaire (Desk Review) n'a pas été utilisé, les acteurs de la gestion des données n'ayant été formés à cet exercice qu'en novembre 2016. La Desk Review a toutefois été effectuée en 2017, intégrant les données de l'année 2016. La prochaine Desk Review sera conduite au deuxième trimestre 2018. Quant à l'*évaluation détaillée périodique des données administratives*, elle a été menée en 2013 dans le cadre de la revue externe du PEV. En 2017, un DQA a été réalisé en prélude à l'élaboration du Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données. Bien que le DHIS 2 soit en phase d'extension dans le pays, la seule source de données de vaccination de routine reste à ce jour le rapport mensuel d'activité du Programme Elargi de Vaccination. Le Cameroun a régulièrement mené des *enquêtes périodiques sur la population pour mesurer la couverture vaccinale*. La dernière enquête MICS (Multi Indicators Cluster Survey) a été réalisée en 2014 ; la prochaine Enquête Démographique et de Santé (EDS) est prévue pour commencer en octobre 2017. Un *plan d'amélioration de la qualité des données* a été élaboré en 2015 pour une année, mais les activités prévues n'ont été mises en œuvre qu'à 10% en raison de la faible mobilisation des ressources nécessaires. L'élaboration du Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données 2017-2019 a débuté au lendemain de l'atelier de Kampala tenu en novembre 2016 ; un draft du plan a été produit au terme de l'atelier de Douala et la version finale validée du plan sera disponible en septembre 2017. Ce nouveau plan intègre un volet suivi-évaluation et mobilisation des ressources qui est dévolu au Groupe de Travail sur la Qualité des Données à travers des revues trimestrielles de l'exécution du plan.

- **Défis et limites des données**

Seulement 10% des activités d'amélioration de la qualité des données planifiées dans le PTA 2016 ont été mises en œuvre. L'analyse de la qualité des données met en évidence entre autres limites, l'insuffisance de la complétude et de la promptitude des données, l'inadéquation du dénominateur dans certains DS et Régions, la discordance entre les couvertures vaccinales et la survenue d'épidémies et l'insuffisance de la documentation des actes vaccinaux et de l'utilisation des vaccins et intrants. En effet, bien que 100% des districts de santé (DS) aient transmis leurs données en 2016 pour une promptitude de 72%, la complétude des formations sanitaire (FOSA) est de 98,5%. En tout 672 (1,5%) rapports mensuels d'activité de formations sanitaires n'ont pu être collectés et consolidés sur les 12 mois de l'année, principalement dans les régions du Centre (252), de l'Est (20), du Nord (358) et du Sud-Ouest (40). L'analyse des valeurs extrêmes ne montre pas d'écart important à l'échelle du pays ; néanmoins, les DS Mbouda, Wabane et Djoum devraient faire l'objet d'une investigation. Quarante-trois (43,9%) districts de santé ont réalisé une performance vaccinale en marge des projections prévisionnelles par rapport aux trois années antérieures. Sur les 07 DS en épidémie de rougeole en 2016, 02 avaient une CV au RR ≥ 80 % tandis ; aucun DS avec une CV au RR ≤ 50 % n'a connu d'épidémie. L'évaluation de la qualité des données menée en janvier 2017 et couvrant la période de janvier à juin 2016, a permis d'identifier les causes dont les principales sont les fréquentes ruptures de stocks des utilitaires du PEV à tous les niveaux depuis plusieurs années, l'insuffisance de formation et de supervision formative des acteurs sur la gestion des données et l'utilisation des utilitaires, le faible suivi et l'insuffisance de la maintenance du matériel informatique, l'absence de Procédures Opérationnelles Standards (POS) pour la gestion des données, l'absence d'un système d'archivage physique et numérique des documents, l'absence de triangulation entre les actes vaccinaux et vaccins utilisés, la faible tenue et documentation des réunions d'harmonisation et de validation des données par les responsables, et l'insuffisance de retro-information aux districts et formations sanitaires.

Les principaux défis pour le Programme consistent à :

- Assurer la documentation fiable des actes vaccinaux et de l'utilisation des vaccins et intrants au niveau de prestation des services ;
- Assurer la transmission exhaustive, prompte et régulière des données des FOSA vers les niveaux de coordination ;
- Assurer le suivi et la supervision formative réguliers et efficaces des acteurs des niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires à l'exécution du Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données 2017-2019.

- **Efforts, Innovations et Bonnes pratiques.**

Des réunions de revue des données de vaccination impliquant les responsables du PEV et l'ensemble des partenaires du Programme se tiennent tous les mois au niveau central et des téléconférences sont organisées afin de clarifier certaines zones d'ombre. Une rétro-information est faite aux Régions et DS. Les conclusions issues servent de base à la priorisation des sites devant bénéficier des supervisions, de l'appui du Ministère de la Santé et des partenaires.

En vue de réduire les erreurs liées aux saisies multiples, le site unique de saisie des données dans le DVDMT depuis 2016 est le Service de Santé de District, les niveaux supérieurs effectuant la consolidation des données sans nouvelle saisie. De plus dans un effort d'amélioration de l'exhaustivité des données, les données saisies dans le DVDMT à partir de janvier 2016 étaient celles des formations sanitaires et non plus les synthèses des aires de santé qui parfois ignoraient l'absence des données de certaines formations sanitaires. Ceci a en outre permis un véritable suivi de la complétude des formations sanitaires qui n'était pas possible auparavant.

Suite aux analyses effectuées en 2016 sur la base des données du recensement général de population de 2005 par le Bureau Central de Recensement et d'Etude de la Population (BUCREP), l'Institut National de la Statistique (INS) et la Cellule des informations Sanitaire (CIS) du MINSANTE, des corrections ont été apportées en janvier 2017 aux dénominateurs à partir du niveau Aire de Santé. Les taux pour chaque tranche d'âge ont été déterminés pour chaque région et pour les 2 grandes villes du pays, mettant ainsi un terme au taux plat de 3,8% appliqué systématiquement pour la cible de 0-11 mois. Les cibles se rapprochent mieux des réalités démographiques.

Le MINSANTE s'est engagé dans un processus d'unification du système de collecte des données à travers le DHIS 2 logé à la CIS. Le Programme a collaboré à l'intégration de l'ensemble de ses indicateurs dans cet outil, afin que toutes les données de vaccination soient collectées exclusivement à travers le DHIS2 dès janvier 2019. A cet effet, afin d'assurer une transition sans heurts, le chronogramme d'activités ci-dessous a été élaboré.

Activité	2017		2018				2019				Besoin d'AT
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Développement du Dashboard du PEV dans le DHIS2 accessible par niveau avec transfert des données au format DVDMT/RIM (2017)											Oui
Etude sur la cohérence des données collectées dans les districts pilotes à travers l'utilisation parallèle du DVDMT et DHIS2 (2018)											Oui
Production des utilitaires (2018)											Non
Formation des acteurs sur les utilitaires et l'outil DHIS2 (2018)											Non
Déploiement dans tous les districts de santé (2019)											Non
Supervision, suivi et évaluation de la migration vers le DHIS2 (2019)											Non

3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

Le pilotage stratégique du système de vaccination est assuré par le CCIA présidé par le Ministre de la Santé Publique (MSP) et composé des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour la vaccination, les Représentants du sous-secteur privé confessionnel et laïc, les Ministères partenaires, les OSC à travers PROVARESSC, les Présidents du Comité Scientifique pour la Vaccination, du CNEP, CNC et Comité d'Experts MAPI. En 2016, 02 sessions ordinaires et 05 sessions extraordinaires du CCIA ont été organisées pour examiner et valider le PTA, les demandes de soutien à Gavi relatif au RSS, à la plate-forme d'optimisation de la chaîne de froid et à l'introduction de la deuxième dose de RR.

Les Organisations de la Société Civile à travers la Plateforme PROVARESSC ont contribué à la mise en œuvre des activités de génération de la demande et de l'utilisation des services de vaccination par la sensibilisation des populations sur le calendrier vaccinal, la recherche de perdus de vue pour la vaccination des femmes enceintes et des enfants, la recherche des cas suspects des MEV. La mise en œuvre du MOU (MINSANTE-OMS-PROVARESSC) a également permis à la Plateforme de réaliser 190 descentes de supervision, lesquelles ont ressorti comme résultat de deux mois d'activités des OBC, 33 254 personnes sensibilisées à travers les causeries éducatives ; 6 304 enfants de 0 à 11 mois référés et vaccinés sur 7 058 enfants retrouvés ; et 3 423 enfants de 0 à 5 ans référés et vaccinés dans le cadre des AVS polio sur 3 849.

Pour le Réseau des associations des femmes dans le cadre du partenariat MINSANTE et Ministère de la promotion de la femme et de la famille (MINPROFF) dans les régions du Centre et du Littoral, sur 3915 enfants à rechercher, 3485 ont été retrouvés et vaccinés. Sur 854 cas de refus à la vaccination identifiés lors des AVS polio 480 ont été gérés avec succès. Avec l'appui de l'Unicef, La Société Camerounaise de Pédiatrie (SOCAPED) a été sollicitée et impliquée dans les villes de Douala et Yaoundé pour une appropriation et une implication des pédiatres aux activités de promotion de la vaccination des enfants.

Clinton Health Access Initiative (CHAI) intervient dans quatre axes, à savoir l'introduction et l'utilisation des nouveaux vaccins dans la vaccination de routine (NVI), l'amélioration des performances du système de la chaîne de froid et logistique (CCL), la Gestion des stocks de vaccins et intrants, le Renforcement des capacités du PEV pour la planification stratégique et le suivi des programmes. Ainsi en 2016, CHAI a apporté un appui technique et financier pour l'inventaire national de la chaîne de froid, l'élaboration du plan d'expansion et de réhabilitation de la chaîne du froid, l'élaboration de la proposition du pays à la plate-forme d'équipement de la CDF, la coordination et le financement du transport et la destruction du VPOT dans le cadre du SWITCH.

L'appui de l'OMS au Programme Elargi de Vaccination en 2016 visait le renforcement de la vaccination de routine pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale, la poursuite des efforts d'éradication de la poliomyélite, le soutien à l'élimination et au contrôle des maladies évitables par la vaccination et l'accompagnement dans l'introduction de nouveaux vaccins. D'une manière spécifique, l'OMS a notamment conduit une recherche

opérationnelle sur les raisons de non vaccination des enfants dans les grandes villes de Yaoundé et Douala, appuyer financièrement et techniquement l'organisation de 7 passages d'AVS, le retrait et la destruction du vaccin polio trivalent (tOPV) dans toutes les formations sanitaires du pays et les lieux d'entreposage dans le cadre du Switch, et l'élaboration du premier draft du Manuel national de surveillance des MAPI.

L'Unicef a apporté un appui technique et financier sur 04 volets ; la communication pour le développement, la chaîne de froid et logistique, le renforcement de la vaccination systématique et l'appui à la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaires et riposte aux épidémies. Ainsi en 2016, Unicef a par exemple soutenu le partenariat MINSANTE et MINPROFF, MINCOM dans les régions du Centre et du Littoral et la SOCAPED, l'organisation des fora des gouverneurs dans deux régions, la mise en place au niveau central d'une *Task force* de coordination des activités de communication et formation des membres sur leurs TDR, la gestion de fonds ELMA-Gavi qui ont permis la distribution et l'installation sur site des équipements de la chaîne du froid (réfrigérateurs solaires, chambres froides, régulateurs de tension et groupe électrogènes) et de bureaux (20 ordinateurs de bureaux pour le niveau central et les 10 logisticiens régionaux), la formation du personnel du niveau central et régional sur le SMT.

Dans le cadre de la collaboration du Public-Privé, les formations sanitaires privées ont continué de rendre disponible auprès des populations les paquets minimum et complémentaires d'activités intégrant la vaccination. Quant à la collaboration entre le MINSANTE et Les Ministères partenaires, l'Education de base, encourage les parents à faire vacciner leurs enfants en exigeant les carnets de vaccination à l'inscription des enfants. Le Ministère des Enseignements secondaires a été partie prenante de la phase de démonstration du HPV, la Promotion de la femme et de la famille, Communication, Affaires Sociales ont appuyé les activités de promotion de la vaccination à travers les réseaux des Associations des femmes et les Radios communautaires. L'Administration territoriale a coordonné les activités relatives aux fora. Le Ministère en charge de la défense est intervenu de manière efficace dans les différentes stratégies de vaccination dans les zones d'insécurité de l'Est, l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-nord. Un cadre de collaboration a été mise en place entre l'Etat du Cameroun, la Force Multinationale Mixte et les partenaires dans le bassin du Lac-Tchad.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

4.1. Performance programmatique

Globalement, les objectifs de couverture vaccinales escomptés ont été atteints pour le vaccin Antirotavirus 2^{ème} dose et le VPI, ce qui n'est pas le cas pour les autres vaccins, malgré l'accroissement du nombre d'enfants vaccinés.

Tableau 1 : Résultats programmatiques

Vaccins	Cible	Vaccinés	Taux de couverture			Taux abandon
			Année 2015	Prévision 2016	Réalisation 2016	
DTC-HepB-Hib 1ère dose	853 690	787 114	92%	93%	92%	8%
DTC-HepB-Hib 3ème dose		725 289	84%	89%	85%	
Antiamaril		668 902	77%	89%	78%	
PCV-13 - 1ère dose		785 406	90%	93%	92%	
PCV-13 - 3ème dose		719 608	85%	89%	84%	
Antirotavirus 1ère dose		743 676	81%	93%	87%	
Antirotavirus 2ème dose		683 353	73%	80%	80%	

L'on note 6 points d'écart à la prévision pour le DTC HepB-Hib 3ème dose, et 9 points d'écart pour le vaccin Antiamaril. Toutefois, la comparaison à l'année 2015 met en évidence une tendance à la hausse des couvertures¹⁵ au DTC HepB-Hib 3ème dose, au vaccin Antiamaril, au PCV-13 - 1ère dose, au vaccin Antirotavirus 1^{ère} et 2^{ème} doses. Les principaux facteurs de faible performance/équité ont été décrits au 3.2. Ce sont :

¹⁵ JRF 2016 (Données administratives)

- L'insuffisance de l'offre de services en raison de difficultés d'accès à certaines cibles, l'insuffisance de micro planification ACD, la faiblesse de la chaîne d'approvisionnement et l'insuffisance en quantité et en qualité des ressources humaines ;
- L'insuffisance de l'adhésion à la vaccination associée niveau socio-économique des parents, mais aussi à l'insuffisance de la mise en œuvre des activités de génération de la demande ;
- L'insuffisance de la documentation et du rapportage des données de vaccination et d'utilisation des vaccins ;
- L'insuffisance du leadership et de la gestion financière et comptable.

En 2016, le Cameroun a bénéficié de la subvention SNV et de la reprogrammation des fonds du RSS 1, en vue d'améliorer les performances du système national de vaccination. Les résultats obtenus au vu des objectifs fixés dans renseignés dans le cadre de performance des subventions Gavi ont été commentés ci-dessus dans la section 3.

• **Contribution de la subvention Gavi RSS-1**

La reprogrammation de la subvention Gavi RSS1 a permis de mener des activités en vue de :

- Renforcer la génération de la demande : dans le cadre du mémorandum d'entente tripartite MINSANTE-OMS-PROVARESSC, un accord de partenariat a été signé avec une OBC dans chacun des 145 districts ciblés en priorité (voir tableau ci-dessous) ;
- L'intensification de l'offre de services à travers l'organisation d'un tour d'AVI dans 15 districts de Yaoundé et Douala en vue de rattraper les enfants perdus de vue.
- Améliorer le rapportage des données de vaccination : A cet effet Les gestionnaires de données et logisticiens régionaux et centraux ont bénéficié d'une formation à l'utilisation du DVDMT, SMT et Dashboard en février 2016. Des réunions de coordination et revue des données ont permis l'analyse des performances (janvier à avril 2016) par district, la validation des données des districts de santé dans les dix régions, le briefing à l'utilisation de l'outil DVDMT, au rapportage des données par formation sanitaire et à l'utilisation du nouveau formulaire de rapport mensuel d'activité.
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement : 81 réfrigérateurs solaires et 50 enregistreurs de température, ont été acquis.
- Améliorer la mise en œuvre des stratégies avancées : 422 motos et 10 Véhicules 4x4 acquis.
- Améliorer la gestion financière et comptable à travers l'élaboration d'un Manuel de procédures et gestion administrative et financière, la mise en œuvre d'une supervision financière couplée à la collecte active des pièces justificatives au niveau intermédiaire et opérationnel organisée dans les 10 Régions du Pays et l'acquisition du logiciel TOMPRO et formation de 10 Comptables régionaux.

Au total, 9 881 enfants ont été rattrapés, 1 812 tradithérapeutes et 2 473 leaders traditionnels et religieux sensibilisés. En outre, 2 540 villages ont bénéficié de l'organisation d'une causerie éducative et 289 Organisations de la Société Civile (OSC) ont été formés avec en plus l'octroi de subventions. PROVARESSC a également mené deux tours de supervision de l'ensemble de ces activités.

• **Contribution de la subvention SNV**

Le soutien SNV a permis s'assurer une *bonne disponibilité générale des vaccins* avec pour corollaire une *l'offre de services de vaccination* (Tableau xxx et xxx2 et 3). Il convient toutefois de relever que la rupture de stock de VPI que le pays a connu a plombé la couverture vaccinale en VPI au 4^{ème} trimestre de l'année.

Tableau 2 : Doses reçues en 2016

Vaccin	Doses totales approuvées 2016	Doses totales reçues 2016	Doses reportées des années précédentes et reçues en 2015	Rupture de stock à tous les niveaux en 2015
VPI	342 200	502 000	159 800	Non
DTC-HépB-Hib	2 066 500	2 124 300	-	Non
Rota	1 510 500	1 506 000	-	Non
Fièvre jaune	958 300	451 200	-	Non
PCV-13		747 000	-	Non

Tableau 3 : Niveau de stock pour chaque vaccin soutenu

Vaccin	Niveau central	Niveau secondaire
--------	----------------	-------------------

	Stock réserve (mois)	Stock reporté en 2017	Stock réserve (mois)	Stock reporté en 2017
DTC-HepB-Hib (10 doses)	3	2 140 600	1	457 980
VPI (10 doses)		940		5 510
Rota (1 doses)		731 495		276 191
PCV-13 (1 dose)		983 023		426 531
Fièvre jaune (10 doses)		222 490		236 920

Effort d'amélioration des performances

En vue d'améliorer les performances du programme au cours de l'année 2016, le pays a mis en œuvre un tour de supervision spécifique formative dans toutes les régions du pays, couvrant 25 districts de santé prioritaires du fait de leurs performances insuffisantes. En outre, une réunion de monitoring et évaluation des activités du programme a été organisée au mois d'août 2016, occasion de faire le point sur l'évolution des performances et de s'accorder sur les stratégies les plus efficaces pour améliorer les performances avant la fin de l'année. Ces activités menées avec une contribution financière de Gavi, ont certainement contribué à l'atteinte des performances obtenues à la fin de l'année 2016.

4.2 Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

• Absorption financière et taux d'utilisation

Tableau A : Exécution budgétaire des subventions SNV

Subventions et période d'exécution	Budget approuvé en F CFA	Budget approuvé en USD	Ecart de conversion (Gain ou perte de change)	Budget exécuté au 31/12/2015	Taux d'exécution au 31/12/2015	Dépense en 2016	Solde disponible au 31 juillet 2017 en F CFA	Taux d'exécution à juin 2017	Commentaires
Introduction Rota (2013)	366 631 047	282 500		346 920 041	94,62%	9 679 308	10 031 698	97,26%	Taux de change 1USD=586 XAF
Démonstration HPV (2014)	95 794 760	203 000		76 259 221	79,61%	18 908 111	627 428	99,35%	Taux de change 1USD=470 XAF
Introduction VPI (2014)	339 364 590	681 500		173 629 721	51,16%	126 780 287	38 954 582	88,52%	Taux de change 1USD=498 XAF
Campagne RR (2015)	2 797 680 000	5 828 500		2 336 143 223	83,50%	269 144 660	824 897 970	93,12%	Taux de change 1USD=480 XAF
			632 505 853	0	0,00%	0		0,00%	Taux de change 1USD=480 XAF
Introduction RR (2015)	378 960 000	789 500		0	0,00%	0	378 960 000	0,00%	Taux de change 1USD=480 XAF
Total	3 978 430 397	7 785 000	632 505 853	2 932 952 206	73,72%	424 512 366	1 253 471 678	73,72%	

Tableau B : Exécution budgétaire des subventions SSV

Composante	Solde au 31/12/2015	Montant dépensé en 2016	Solde au 31/06/2017	Commentaires
------------	---------------------	-------------------------	---------------------	--------------

Récompense 2008-2010	675 939 675	221 236 504	454 703 171	Taux de change 1USD=586 XAF
PCV-13 et Récompense 2006	20 119 980	0	20 877 840	Taux de change 1USD=586 XAF
Total	696 059 655	221 236 504	475 581 011	

Les tableaux A et B ci-dessus présentent le niveau d'exécution budgétaire de chaque subvention. Le virement des fonds de la campagne et de l'introduction du vaccin contre la rougeole et la rubéole en 2015 a généré un gain de change tel que présenté dans le tableau A ; ce gain de change, le reliquat de la campagne ainsi que les fonds destinés à l'introduction du RR sont toujours disponibles dans le compte du PEV domicilié à la Standard Chartered Bank of Cameroon (SCB).

- **Conformité avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits**

A date, tous les rapports financiers par subvention exigibles en 2016 ont été soumis via le portail de Gavi. Les états financiers 2015 et 2016 sont en cours de finalisation et seront audités dans les prochains jours par le Cabinet CLS Audit Conseil qui produira à cet effet les Rapports d'audit externe 2015 et 2016. Les rapports financiers exigibles en 2017 (Etats Financiers semestre 1) restent encore non soumis. Des dispositions seront prises pour les rendre disponibles à l'occasion de la clôture des subventions prévue en septembre 2017.

- **Principaux problèmes issus des audits de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme**

- **Audit interne du PEV**

Le Pays a mené une mission d'audit interne en 2016 dont l'objectif principal était de formuler une opinion sur la gestion financière des activités financées par Gavi dans les dix régions au courant de l'exercice 2015. Cet exercice a abouti à l'élaboration d'une cartographie des risques par domaine dans chaque Région¹⁶. Il ressort desdits travaux que les risques de gestions demeurent élevés dans la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire. Les carences dans la gestion financière des activités ne permettent pas d'affirmer raisonnablement que les risques sont maîtrisés. Par conséquent et compte tenu de l'impact des anomalies relevées et de la probabilité de leur occurrence, l'opinion d'audit est défavorable.

- **Audits et évaluations de Gavi**

Dans le cadre du suivi de l'exécution des subventions, le secrétariat de Gavi a mené au cours de l'année 2016 deux missions d'audit des programmes et une évaluation de la capacité du programme (ECP) dont les conclusions ont entraîné un gel des décaissements sous réserve de la mise en œuvre des mesures d'atténuation des risques dans la perspective de restaurer la confiance.

Ces missions ont relevé les 22 déficiences relevées ci-après se rapportant à la gestion administrative et financière :

DOMAINE	PROBLEME RELEVÉ	SOLUTION PRECONISEE
Gestion budgétaire	<p>Faiblesse dans la maîtrise du processus budgétaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboration des budgets sans une bonne micro-planification qui intègre plusieurs variables telle que la distribution géographique des populations cibles, les réalités du terrain au niveau décentralisé et distances à couvrir. 2. Dans l'exécution des activités il ya eu des réaménagements des budgets non-autorisé 	<ol style="list-style-type: none"> 1- La micro planification doit être un préalable à une allocation budgétaire ou soumission pour les activités de masse. 2- Les budgets seront élaborés par niveau de mise en œuvre et centre de responsabilité en tenant assorti des mesures d'atténuation des risques de gestion identifiés. 3- L'utilisation du logiciel comptable pour la gestion budgétaire au niveau central et régional. 4- Conception systématique des masques de suivi budgétaire pour les niveaux districts et l'aire de santé pour chaque activité.

¹⁶ Le rapport détaillé de l'audit interne a déjà été transmis à Gavi.

	<p>ainsi que les dépassements budgétaires non-justifiés.</p> <p>3. Suivi budgétaire défaillant lors des exécutions des activités limitant tout processus de recadrage budgétaire.</p>	
Gestion financière	<p><u>Défaillance dans la tenue de la comptabilité des programmes ainsi que dans le suivi de la trésorerie</u></p> <p>1.. Impossibilité de retracer l'utilisation journalière des fonds mise à la disposition de niveau décentralisé (Absence des livres, journal de banque et brouillards de caisse)</p> <p>2.. Absence de la tenue d'une comptabilité retraçant l'ensemble des transactions liées aux activités programmatique sous le logiciel TOMPRO disponible au GTC-PEV ou sous une autre forme</p> <p>3. Défaillance dans la complétude, la qualité et les délais de production des pièces justificatives</p>	<p>1. Mise en place effective de la comptabilité (TOMPRO) dans les meilleurs délais, à travers un renforcement des capacités des responsables financières du niveau central et régional ;</p> <p>2. La réduction autant que possible du manquement des espèces à travers la contractualisation avec les structures de Transfer électronique des fonds ;</p> <p>3. Le déploiement systématique et de manière régulière des missions de supervision financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour s'assurer de la qualité des pièces, de leur complétude et de minimiser les retards dans la transmission des pièces ;</p> <p>4. La formation des tous les intervenant de la chaîne financière des districts aux procédures essentielle extrait du manuel des procédures administrative et financière et comptable du PEV</p>
L'engagement des dépenses	<p><u>Les dépenses ont été effectuées sans le respect des règles d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement.</u></p> <p>L'engagement des dépenses sans autorisations préalable, sans provision budgétaire, dépassant/modifiant la provision budgétaire ou des dépenses inéligible.</p>	<p>1. Vérification ponctuel de l'exécution des dépenses pour s'assurer du respect des procédures relative aux engagements.</p> <p>2. Diffusion des budgets à tous les intervenants au niveau décentralisé afin de limiter la fraude et les écarts par rapport aux directives de mise en œuvre des activités</p>
Achat et passation des marchés	<p><u>Les procédures d'achat et de passation des marchés n'ont pas été respectées :</u></p> <p>Le non-respect des seuils et non-respect de la mise en concurrence</p>	<p>L'application effective du manuel qui encadre suffisamment les aspects liés aux achats et la passation des marchés avec un accent sur la transparence et la mise en concurrence.</p>
Gestion des immobilisations	<p><u>L'absence d'une tenue régulière d'un registre des immobilisations</u></p> <p>1. Mise à jour irrégulière et non-exhaustive au niveau central du registre des immobilisations</p> <p>2. Inexistence au niveau décentralisé du tenu d'une comptabilité des immobilisations</p>	<p>1. Inventaire général et exhaustive des immobilisations du PEV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>2. Une gestion efficace des immobilisations suivant les principes comptables en vigueur détaillés dans le manuel des procédures GTC-PEV.</p>

- **Systèmes de gestion financière**

Le système de gestion financière du GTC PEV présente de nombreuses insuffisances. Elles se caractérisent par les retards chroniques dans la production des états financiers et une incapacité à produire de manière prompte et exhaustive les informations financières fiables, limitant ainsi la possibilité du management à prendre les décisions efficaces en temps opportun. On note aussi le non reversement systématique par la Caisse Autonome d'Amortissement des intérêts créditeurs sur le compte du Programme.

Comme actions prioritaires, le PEV planifie la formation de tout le personnel de la chaîne financière à l'utilisation du logiciel TOM2PRO et le démarrage effectif de la tenue permanente de la comptabilité du PEV aux niveaux central et régional dès janvier 2018. Il est cependant important de relever que cela est tributaire de la disponibilité dudit logiciel dont il ressort un besoin en assistance technique relatif à sa prise en main.

En attendant la mise en place d'un système comptable et financier efficace, et pour atténuer différents risques programmatiques, opérationnels, et fiduciaires qui ont été mis en évidence dans les différents rapports d'audits et de *capacity assessment*, un mécanisme transitoire de gestion des subventions est en cours de finalisation par le Pays et ses partenaires et devrait permettre la reprise des décaissements de Gavi dans les prochaines semaines.

- **Perspectives :**

- **La gestion budgétaire**

Le suivi et le contrôle de la gestion financière des activités au niveau opérationnel dépendent également de la disponibilité des ressources financières. Des activités d'assurance qualité sont programmées dans la perspective d'atténuer les risques de gestion.

Il s'agira également de systématiser le suivi, le contrôle et le reporting financier dans la planification et la mise en œuvre des activités ; cela sera traduit par l'inscription d'une ligne budgétaire dédiée aux activités d'assurance qualité. Dans le cadre du suivi des recommandations du rapport d'audit des programmes, le PEV a planifié les activités ci-après :

- Elaboration d'une cartographie des risques de gestion et d'un plan d'atténuation ;
- Ventilation des activités du PTA par centre de responsabilités ;
- Catégorisation des activités en fonction de leur nature ;
- Définition des modalités de gestion en fonction de la nature et du centre de responsabilité ;
- Acquisition, formation et déploiement du logiciel de gestion financière et comptable TOM2PRO.

- **La gestion financière**

Le logiciel TOMPRO acquis en 2010 n'a jamais été utilisé de façon optimale causant des retards chroniques dans la soumission des états financiers et des rapports d'audits externes. Néanmoins depuis 2017, des outils sous Excel ont été élaborés pour assurer la disponibilité en temps réel de l'information financière. Cependant, Gavi a contacté l'éditeur du logiciel TOMATE afin d'acquérir, de former les utilisateurs et de déployer TOM2PRO au niveau central et dans les dix régions.

A ce jour, les saisies comptables en rattrapage sont achevées et les travaux d'analyse et de mise en cohérence sont en cours afin de produire les états financiers des exercices 2015 et 2016. Les rapports financiers à renseigner dans le portail sont disponibles pour l'année 2016 et le premier semestre 2017. Le rapport d'audit interne est sous revue.

- **Achat et passation des marchés**

Le PEV conduira des missions de vérification ponctuelle sur le respect des procédures de passation de marchés publics au niveau régional.

- **La gestion des immobilisations**

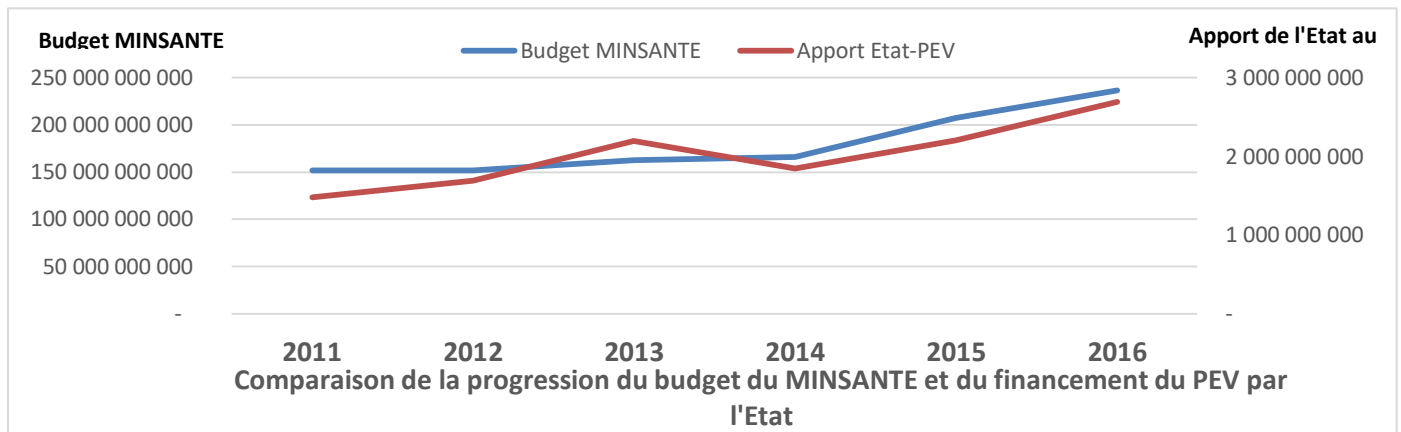
Le PEV planifie de mener d'ici décembre 2017, un inventaire des immobilisations et intégrer les données y relatives dans les états financiers de 2017.

4.2. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

- **Financement de la vaccination**

En 2016, le budget du Ministère de la santé publique a augmenté de 29 milliards FCFA (50 millions USD) par rapport à celui de 2015, soit une hausse de 14 %. Sur la même période, le financement alloué au PEV s'élevait à 3 413 800 000 FCFA (environ 5.825.598 USD) soit un accroissement de près de 400 millions de FCFA comparativement à 2015. Malgré

ces efforts importants, la prise en charge des dépenses globales de la vaccination de routine par le Gouvernement, évaluée seulement à 10% des besoins réels en 2015¹⁷, reste faible.



En 2016, le Programme a mobilisé 67% de la contribution attendue de l'Etat contre 41,93% en 2015. Le niveau d'utilisation de ces financements est de 95% en 2016 alors qu'il était seulement de 77,68%.

Pour atteindre ses objectifs de couverture vaccinale dans le contexte de la transition, le Programme aura besoin d'un renforcement dans les domaines de la logistique, des ressources humaines et du développement de stratégies novatrices visant à assurer son financement durable, à l'instar de la prise en compte des indicateurs de la vaccination dans l'approche PBF (Financement Basé sur les Résultats) en cours d'extension. Avec un Revenu national brut par habitant de 1 320 dollars US en 2015¹⁸, le Cameroun est déjà en phase de transition préparatoire et envisage de garantir la pérennité du financement de la vaccination en l'intégrant dans la stratégie globale de financement de la Santé (cf. Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027) par la mise en place progressive de la couverture sanitaire universelle. Une estimation des besoins réels sera faite lors de la revue du PPAC en 2017.

Depuis 2015 avec l'appui des partenaires, le Gouvernement a réalisé plusieurs études sur le financement de la santé en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU), parmi lesquelles :

- L'étude sur l'Economie Politique du financement de la santé ;
- L'étude sur la Gestion des Finances Publiques et le financement de la santé ;
- Le diagnostic du financement de la santé (validation) ;
- La définition du Panier de soins (études sur les pratiques de recours aux soins des ménages + analyse du système de recouvrement des coûts + définition du panier) ;
- La Revue des dépenses publiques + partenariat public-privé.

Le but de cet exercice étant de finaliser la stratégie CSU d'ici fin 2017.

Jusqu'ici, le pays a assumé ses obligations annuelles de co-financement. Cependant, les délais de déblocage des fonds de contrepartie destinés à l'achat des vaccins et matériel d'injection sont difficilement respectés malgré le plaidoyer continu fait auprès du Ministère des Finances. Les contraintes financières de l'Etat au plan global, accentuées par la lutte contre le terrorisme et l'insécurité transfrontalière dans les zones à problèmes, couplées à la gestion centralisée de la trésorerie ne permet pas toujours de prioriser les dépenses relatives à la vaccination. La création par le Ministère des Finances d'une Paierie spécialisée auprès du Ministère de la Santé publique permettra d'améliorer la mobilisation des ressources financières à partir de 2017.

- **Plan de transition pour la poliomyélite**

De façon spécifique, le Pays a élaboré un plan de transition du Programme d'éradication de la poliomyélite au Cameroun pour les 05 prochaines années (2017-2021). L'un des objectifs spécifiques est d'accroître progressivement la part du budget du Ministère de la Santé Publique allouée au PEV de 2% en 2017 à au moins 10% en 2021 avec une allocation importante des financements pour le renforcement de la vaccination de routine. Parmi les activités qui seront menées à cet effet, on peut citer l'élaboration annuelle de la micro planification intégrée des activités de santé

¹⁷ WHO-UNICEF Joint Reporting Form 2015.

¹⁸ Banque Mondiale, 2017.

des DS, la mise en œuvre de façon continue la stratégie ACD dans l'ensemble des DS et l'achat des vaccins (VPI et VPO) et les intrants pour les activités de vaccination de routine.

4.3. Assistance technique

L'assistance technique des partenaires dans le cadre du PEF-TCA 2016 avait pour objectifs de : (i) renforcer la logistique, (ii) améliorer la qualité des données et le processus de soumission en vue de l'introduction des nouveaux vaccins, (iii) renforcer la surveillance des MAPI et SRC (directives, SoP's) et (iv) stimuler la demande des services de vaccination.

Sur les 32 activités prévues par l'OMS et l'UNICEF, 27 ont été réalisés (84,4%), 2 sont en cours (6,3%) et 3 non réalisées (9,4%). Les principales raisons de non réalisation sont les conflits de calendrier avec l'agenda du Pays (l'urgence de mettre en œuvre la plan GEV a été atténuée du fait de la modification intervenue de l'horizon temporel de planification qui est passé de 03 à 05 ans), la soumission différée du MenAfrivac (2018), et l'étude sur l'équité. Spécifiquement pour le plan d'action GEV, sur les 52 activités planifiées, 75% soit 34 activités sont réalisées, 20% soit 15 activités sont en cours de réalisation et 6% soit 03 activités non réalisées.

Les principales réalisations résultant de la mise en œuvre des TCA 2016 sont notamment la conduite d'une étude sur les raisons de non vaccination dans les grandes villes (qui concentrent 34% des enfants non vaccinés) qui a permis d'identifier les stratégies appropriées dans les villes, le soutien du pays à la soumission du RSS2 et CCEOP, l'introduction des nouveaux vaccins (VPI) et la validation du switch. Les TCA 2016 ont également permis d'effectuer une revue de la surveillance, dresser une cartographie des acteurs de communication aboutissant à la mise en place d'une Task Force sur la communication au niveau central et des régions. Elles ont enfin permis de renforcer les directives du programme en élaborant des Procédures Opératoires Standard pour la surveillance des MAPI, du Syndrome de Rubéole Congénital (SRC) et la révision des Normes et Standard du PEV. Parmi les leçons apprises, il convient de mentionner le fait que l'approche TCA augmente la redevabilité des différents acteurs et le constat du faible niveau de priorité accordé en 2016 à la gestion des données et à la surveillance des maladies en soutien aux nouveaux vaccins pourtant nécessaire pour fournir des évidences sur l'introduction des nouveaux vaccins, générer des évidences pour apprécier leur impact et disposer des éléments de plaidoyer dans la perspective de l'indépendance vaccinale.

Au plan financier, les taux de consommation budgétaires sont de 82 % et 100% respectivement pour l'OMS et l'UNICEF.

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

N°	Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
1	Amélioration de la gestion des vaccins (Forecast, contrôle de température, visibilité des stocks, taux de consommation, étude sur le taux de perte)	En cours Reste à réaliser une étude sur les taux de perte en vaccins
2	Appui à l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement	En cours La proposition du Cameroun pour le CCEOP a été approuvée en avril 2017. Afin de garantir sa mise en œuvre optimale, le Pays vient de conduire mission d'évaluation des sites d'installation des équipements qui seront acquis. Le rapport de cette activité est en cours de finalisation.
3	Renforcement des capacités des membres du Comité Scientifique du PEV (NITAG, CNEP, CNC, Confinement, Comité d'expert MAPI)	Réalisé CNEP et CNC formés en décembre 2016 ; Formation des membres du NITAG réalisée du 6-9 Juillet 2017. Formation du comité MAPI prévue au second semestre 2017
4	Révision à mi-parcours du PPAC	En cours Processus de recrutement du consultant en cours
5	Introduction et évaluation des nouveaux vaccins : ○ Evaluations post-introduction RR	Non réalisée

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soumission pour l'introduction <ul style="list-style-type: none"> i. Hep B dose de naissance ii. RR deuxième dose ○ Passage du PCV 13 monodose à 4 doses ○ Elaboration de la proposition de passage à échelle du HPV 	<p>Réalisée En cours ; vaccins PCV 13 multidoses (4 doses) reçu ;</p> <p>Réalisée</p>
6	<p>Mener les recherches opérationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enquêtes (ECV, MICS, EDS-MICS...) • Des études et analyses macroéconomiques • La faisabilité du projet d'externalisation des paiements des activités de vaccination 	<p>Non réalisée ; l'EDS sera réalisée en 2017 NA En cours</p>
7	<p>Promotion de la Demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation et mise à jour du plan stratégique de communication • Renforcer la mobilisation sociale (structures de participation communautaire, structures de dialogue, médias) 	<p>En cours Activités préliminaires bouclées, en attente du consultant devant accompagner le processus</p> <p>Réalisée</p>
8	<p>Mener un plaidoyer de haut niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi sur la vaccination et création d'un fonds de soutien à la Santé • Mobilisation à temps du financement de l'Etat 	<p>En cours</p> <p>En cours</p>
9	<p>Appui à l'élaboration du cadre stratégique financier du PEV 2017-2019</p>	<p>Non réalisée (le contexte ayant changé, les orientations en la matière sont différentes. Il est maintenant question d'assainir le système de gestion financière en mettant en œuvre la feuille de route issue des échanges entre Gavi et le Pays)</p>
	<p>06 activités sur 21 retenues lors de l'évaluation conjointe en 2016 n'ont pas pu être réalisées, 2 étant hors du champ de compétences du PEV, les 4 autres du fait de l'absence de financement et de conflits d'agenda. D'autres seront mises en œuvre d'ici décembre 2017, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation et mise à jour du plan stratégique de communication ; • L'étude de la faisabilité du projet d'externalisation des paiements des activités de vaccination ; • L'étude sur les taux de perte en vaccins ; • La mise en œuvre du plan d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement. 	

N°	Recommandations du Panel de Haut Niveau pour la Revue des Subventions de Gavi pendant sa session du 28 juillet 2016	Statut actuel
1	<p>Intégrer l'assistance technique à la gestion du programme au sein du Ministère et que cela comprenne plusieurs dimensions comme le fonctionnement des formations sanitaires, le renforcement de la vaccination de routine et le renforcement du rôle des organisations confessionnelles et des ONG.</p>	<p>En cours Le Pays, par correspondance du Ministre de la santé, a sollicité de Gavi une assistance technique en leadership, management et coordination (LMC) du Programme qui, entre autres, renforcera les capacités du CCIA (y compris le CCIA technique) qui comporte en son sein l'inspection générale en charge des services médicaux et paramédicaux, des représentants des organisations confessionnelles et ONG.</p>

2	Elaborer du matériel d'orientation approprié pour corriger les défaillances des manuels de procédures (administratives, financières, comptables des stocks et achats de vaccins)	<p>En cours</p> <p>Les aspects du Manuel de procédures administratives, financières et comptables devant faire l'objet de réajustement ont déjà été identifiés par le Contrôleur de gestion du Programme. L'organigramme est en cours de révision et devrait être validé dans les prochaines semaines. Un atelier sera organisé à cet effet pour la validation de tous ces documents par l'ensemble des acteurs du système de vaccination.</p> <p>Sur le manuel des stocks et achats des vaccins, une première mouture est disponible et doit être validée par les différents partenaires.</p>
3	Procéder urgemment à la validation des dépenses en vue de l'évaluation de la Capacité du Programme prévue pour octobre/novembre 2016, après la réalisation de la deuxième mission d'audit en septembre 2016.	<p>Non réalisée</p> <p>La validation des dépenses n'a pas pu être réalisée à temps suite au retard chronique de la remontée des pièces justificatives des dépenses des aires et districts de santé vers les Régions et le niveau central.</p> <p>Néanmoins, à ce jour, des états financiers provisoires est disponible au niveau du GTC-PEV. Il sera définitivement validé dans le cadre des audits externes 2015-2016 qui se dérouleront dans les prochains jours.</p>
4	Développer une vision tournée vers la Vaccination de Routine au détriment de l'accent mis actuellement sur les campagnes.	<p>En cours</p> <p>Le pays a réduit le nombre de campagnes de vaccination contre la poliomyélite après l'arrêt de la circulation du poliovirus sauvage en 2014. Celles organisées depuis 2016 dans les Régions septentrionales sont une réponse à l'épidémie de poliomyélite dans l'Etat de Borno au Nigéria.</p> <p>Plusieurs activités de renforcement de la vaccination de routine ont été planifiées en 2017 mais seront pour la plupart mises en œuvre en 2018 avec le décaissement de la subvention RSS-2.</p>

6. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

❖ Mise en œuvre du Plan de travail annuel révisé au 2ème semestre 2017

Suite aux graves défaillances constatées dans la gestion logistique et financière du Programme, à l'issue de plusieurs missions d'audits, de suivi et une évaluation des capacités organisationnelles, le Partenaire Gavi a durci ses conditions de décaissement. Une feuille de route a été élaborée pour assainir en urgence la situation en levant les principaux goulots d'étranglement identifiés. L'évaluation au 30 juin 2017 montre que ladite feuille de route a été mise en œuvre à 55,32%.

Dans l'optique de prendre en compte ce nouveau contexte, le Pays a réorienté la planification du Programme au second semestre de l'année en cours. Pour ce qui est de l'appui de Gavi, il est question de parachever l'exécution de la feuille de route et de prioriser les activités planifiées en 2017 en ne retenant que celles considérées comme sans risque ou à risque faible. A cet effet, 11 activités déclinées en tâches devront être mises en œuvre au cours du second semestre 2017¹⁹. Les autres activités prioritaires à moindre risque découlent soit (1) de celles initialement planifiées en 2017 dans le cadre du Programme RSS-2 (2) du récent plan

¹⁹ Cf. Annexes 8.2

d'amélioration de la qualité des données et (3) de l'opérationnalisation d'un mécanisme transitoire de gestion fiduciaire en attendant la normalisation du système de gestion national²⁰.

Afin de garantir l'atteinte de ses objectifs, le PEV, avec l'appui de ses partenaires à effectuer une analyse des risques et proposé des stratégies de mitigation²¹. Les activités initialement programmées en 2017 ont été reportées en 2018. Ce qui nécessitera un exercice de priorisation lors de l'élaboration du PTA 2018 pour en assurer l'exécution effective²².

Les cinq principales actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi sont :

Principal résultat 1	Les couvertures et l'équité vaccinales sont améliorées notamment par l'amélioration de l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la mise en œuvre de l'approche ACD ; • Contribution à la mise en œuvre du PBF par l'achat des indicateurs de vaccination dans les DS des Régions septentrionales (les fonds seront transférés de Gavi à UNICEF qui met déjà en œuvre le PBF pour les activités de nutrition) ; • Mettre en œuvre les activités du plan stratégique de renforcement des capacités du personnel ; • Renforcer les activités visant la génération de la demande ; • Renforcement du système de surveillance en appui à l'introduction des nouveaux vaccins ; • Prévention et riposte vaccinales contre les épidémies de choléra dans les Régions septentrionales.
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Etude sur Raisons de faible couverture vaccinale dans 4 régions (Centre, Littoral, Nord-Ouest et Extrême-Nord) et mise en œuvre du pilote du projet d'enregistrement électronique des enfants vaccinés dans la ville de Douala (E-registration) • Mise en œuvre de l'approche ACD ; • Analyse de l'équité vaccinale ; • Renforcement des capacités du personnel (Formation des formateurs) ; • Surveillance en appui à l'introduction des nouveaux vaccins (études d'impact et coût-efficacité).
Principal résultat 2	La gestion de la chaîne d'approvisionnement, en particulier des stocks de vaccins et intrants est satisfaisante, avec un renforcement des capacités logistiques et de la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le suivi des stocks de vaccins et intrants à tous les niveaux • Mettre en place un système intégré de gestion logistique • Renforcer la capacité de stockage dans le cadre du CCEOP et du RSS 2 • Renforcer les capacités en gestion logistique à tous les niveaux
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des stocks ; • Construction du nouvel entrepôt ; • Evaluation de la GEV en 2018 ; • Gestion logistique.
Principal résultat 3	Les données du système de vaccination du Pays sont fiables grâce au renforcement du Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre du Plan d'amélioration de la qualité des données à travers : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amélioration de recueil et de la consolidation des données ; ○ Renforcement de l'utilisation des données pour action ;

²⁰ Cf Annexes 8.3

²¹ Cf Annexes 8.4

²² Cf Annexes 8.5

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Arrimer le système de collecte des données du PEV au DHIS 2 ; ○ Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des données. ● Mise en œuvre d'études/enquêtes (Revue annuelle du secteur la santé couplée au DQA ou au DQRC/Enquête de couverture vaccinale/Enquêtes CAP)
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> ● Arrimage au DHIS 2 (Intégration de variables du PEV, développement du dashboard et d'une application Data Quality DHIS2 ; ● Étude pilote DVDMT/DHIS 2) ; ● Formation des formateurs PEV pour le renforcement des capacités des acteurs périphériques du PEV au DHIS2 ; ● Utilisation des données pour action.
Principal résultat 4	Le management du PEV (pilotage, leadership, gestion financière et comptables, etc.) est renforcé par une amélioration de la gestion et la coordination du Programme.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> ● Poursuivre la mise en œuvre des recommandations des audits du Programme ; ● Renforcer le leadership, la gestion et la coordination du Programme ; ● Renforcer le système de gestion financière ; ● Améliorer le cadre de travail au GTC-PEV et dans les Unités Régionales.
Calendrier associé	4 ^{ème} trimestre 2017 et Janvier-Décembre 2018.
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcement des capacités des structures de pilotage (CCIA et NITAG) ; et Coordination : appui au management du PEV ; ● Evaluation et Mise en place d'un mécanisme durable de gestion fiduciaire avec la Banque Mondiale ; ● Suivi-évaluation et archivage des documents ; ● Gestion financière (LCC, Tom2Pro).
Principal résultat 5	Le plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale est élaboré et mis en œuvre
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborer le plan de transition vers l'indépendance vaccinale ; ● Mettre en œuvre le plan de transition Polio ; ● Mobiliser les ressources pour la transition.
Calendrier associé	Janvier-Décembre 2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> ● Plaidoyer et partenariat ; ● Elaboration et costing du plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale ; ● Mobilisation des ressources (fundraising).

❖ **Points d'information supplémentaires**

● **Aspects cruciaux en logistique**

○ **Finalisation et transmission des plans CCEOP : déploiement et maintenance**

Le Cameroun doit bénéficier de 3089 équipements dans le cadre de la plateforme d'optimisation de la chaîne du froid. Le pays a procédé aux deuxièmes et troisièmes choix des équipements pour toutes les structures sanitaires du pays. Une évaluation des 607 sites devant accueillir les équipements solaires et électriques pour la première année en fin août 2017. Le plan de déploiement sera disponible après cette activité.

○ **Accélérer la mise en œuvre des actions de gestion des vaccins proche péremption**

Les données collectées lors de la conférence téléphonique tenue le 27 Juillet 2017 avec les Logisticiens Régionaux indiquent que 321 280 doses de pentavalent qui périmen en Septembre sont disponibles dans le pays. Ce stock représente la consommation d'un mois et demi et devrait être consommé normalement dans le PEV de routine avant fin septembre 2017.

○ Faire le point de la gestion des 733 000 doses de Penta devant périmer en juillet 2017

Lors de la restitution de la mission d'audit externe qui a eu lieu le 27 avril 2017, Gavi avait porté à l'attention du pays les trouvailles de l'audit 2016 des vaccins tout en signalant que deux stocks 730 000 doses du vaccin pentavalent étaient proches de la péremption. Un au mois de juillet 2017 et l'autre en septembre 2017. Une demande d'ANO avait été soumise à Gavi pour utiliser ce vaccin par l'organisation des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) ou des mini campagnes. Cependant, les nombreux échanges via téléconférence et courriel avec Gavi n'ont pas abouti au décaissement des fonds demandés faute d'un mécanisme alternatif sûr de gestion fiduciaire, autre que celui du PEV. Comme conséquence, le pays a perdu 412 360 doses de Penta, soit 276 000 doses au niveau central et 136 360 doses au niveau régional, pour une valeur de 430 000 000 F CFA.

● Activités post-Audit Gavi

Le pays a élaboré un plan de mise en œuvre des 22 recommandations d'audit. Au sujet de l'investigation dans la région du centre, une Commission Mixte d'Investigation (CMI) a été mise sur pied par le Ministre de la Santé Publique et devrait se déployer sur le terrain dans les prochains jours. Gavi a par ailleurs été invité à prendre part au lancement de cette activité.

● Perspectives pour le Choléra en 2018

Le MINSANTE prévoit de poursuivre en 2018 la mise en place des mesures préventives contre le choléra dans les régions septentrionales du Pays. A cet effet, il est prévu :

- D'organiser une campagne de vaccination préventive contre le choléra autour de cas index en cas d'épidémie de choléra avant juin 2018 dans un district de santé ;
- D'organiser d'une campagne de vaccination préemptive contre le choléra dans un district de santé choisis suivant un atelier d'analyse de risque après juin 2018 ;
- De renforcer les activités de Surveillance à base communautaire de choléra et reporting des cas suspect/confirmé de choléra dans la région de L'Extrême-Nord

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

En prélude à la tenue de l'évaluation conjointe, un groupe de travail avait été initié par le Secrétaire Permanent du PEV en mai 2017. En juin 2017, le Ministre de la santé, par une note de service a formalisé ledit groupe de travail constitué des responsables du Ministère de la santé, les responsables du GTC-PEV, les représentants des Ministères partenaires, la plate-forme de la société civile et les partenaires OMS, Unicef, CHAI, CDC. Ce groupe avait pour termes de références la préparation du rapport d'évaluation conjointe, dont le draft devait être transmis à Gavi le 15 juin 2017, soit un mois avant le déroulement de la mission d'évaluation conjointe. Cependant, au regard des conflits de calendrier, cette échéance n'avait pas été honorée et le pays avait demandé à Gavi un moratoire d'une semaine pour finaliser le draft et partagé à Gavi ainsi qu'à d'autres partenaires. Au cours d'un atelier qui s'est tenu du 20 au 22 juin 2017, ledit draft avait été finalisé et transmis à Gavi le 23 juin 2017. Suivant un calendrier des téléconférences Gavi, Pays et partenaires, des feedbacks réguliers avaient été faits par les parties prenantes pour enrichir le document. Du 17 au 21 juillet 2017, le pays a abrité la mission d'évaluation conjointe 2017 tenue à Douala au cours d'un atelier. Au terme de cet atelier, un CCIA avait été organisé et un briefing de la mission a été fait par l'équipe de Gavi.

Le 11 août 2017, une session ordinaire du CCIA avait été tenue pour présenter et valider le rapport d'évaluation conjointe 2016 avant sa soumission à Gavi. Ont pris part à cette session, le Ministre, Secrétaire d'Etat à la Santé, les partenaires au Développement (OMS, Unicef, CHAI, Plan Cameroun,), les Ministères partenaires (..), les responsables du Ministère de la santé, la plate-forme de la Société Civile (PROVARESSC). Présidée par le Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé en charge de la lutte contre les Epidémies et les Pandémies, la session prévoyait trois points à l'ordre du jour parmi lesquels figurait *la présentation pour validation du rapport d'évaluation conjointe Gavi-pays 2016*. Ledit Rapport a été présenté par le Secrétaire Permanent Adjoint du PEV (SPA-PEV) qui a décliné son exposé sur neuf principaux points à savoir, les objectifs de l'évaluation conjointe, la méthodologie, le contexte de mise en œuvre des subventions Gavi, l'implication des parties prenantes, les résultats programmatiques, la gestion financière, les principaux axes/Plan d'action pour 2018, les demandes de soutien pour 2018 et les besoins en assistance technique pour 2018. A la suite de cet exposé, les thématiques majeures qui ont fait l'objet des discussions ont concerné la fonctionnalité du mécanisme transitoire de gestion fiduciaire proposé

par le Pays, les stratégies de financements de la vaccination en rapport au retrait progressif des financements extérieurs et la prise en compte des feedbacks faits par Gavi et ses partenaires pour enrichir le rapport.

À l'issue des différentes interventions des membres, les suggestions et les points d'action suivants ont été mentionnés :

Actions	Responsabilités	Échéance
Partager le document aux parties prenantes pour s'assurer de l'intégration des différents feedbacks dans le rapport (OMS) ;	SP/PEV	immédiat
Organiser les états généraux de la vaccination au Cameroun (Unicef) ;	SP/PEV	30 novembre 2017
Simplifier le processus du mécanisme transitoire et renforcer plutôt la collaboration entre les acteurs pour que le schéma de transfert des fonds défini ne constitue pas un autre goulot (Plan Cameroun);	SP/PEV	30 aout 2017
Accélérer le processus de mise en place du mécanisme transitoire de gestion fiduciaire et entretenir une communication permanente avec Gavi (CHAI)	SP/PEV	30 aout 2017
Demander un moratoire d'une semaine à Gavi pour intégrer les amendements du CCIA avant le partage du rapport au Secrétariat Exécutif de Gavi (SP-PEV).	SP/PEV	Immédiat

Dans les divers, la problématique de la péremption des vaccins a été évoquée. Un focus a été fait sur les vaccins pentavalent périmés en juillet 2017 et ceux menacés de péremption en septembre 2017. Parmi les causes évoquées, on note :

- Le sur stockage des vaccins ;
- Les faibles couvertures vaccinales des Districts de Santé qui n'atteignent toujours pas des couvertures escomptées et par conséquent ne consomment pas les quantités de vaccins planifiées ;
- Le suivi approximatif des vaccins ;
- L'absence des inventaires physiques périodiques ;
- Et le non-respect du principe premier expiré premier sorti.

Des mesures entreprises pour adresser ces problèmes, il a été retenu entre autres :

- La mise en œuvre d'un plan de redéploiement ;
- La mise en place d'un outil efficace de gestion de stocks en cours ;
- La formation du personnel logistique planifiée à Mbalmayo en fin septembre 2017 ;
- La systématisation des Téléconférences avec les régions pour le suivi des stocks ;
- La désignation d'un Assistant au Contrôle de Gestion pour le suivi des stocks ;
- Une Requête adressée aux partenaires pour la destruction des vaccins déjà périmés ;
- Les Correspondances aux Délégués régionaux pour le retrait des stocks périmés des chaînes de froid et la conservation dans un lieu sécurisé.

Au terme de la réunion, le Secrétaire d'Etat auprès du MINSANTE a ordonné la tenue d'une réunion des experts pour identifier les problèmes majeurs de la gestion des vaccins et intrants.

8. ANNEXES

8.1 Complétude des documents (Portail Gavi)

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)			
Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus	X		
Rapports financiers			
Rapports financiers périodiques		X	

État financier annuel		X	
Rapport d'audit financier annuel		X	
Rapport de niveau de stock de fin d'année	X		
Rapport de campagne			X
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination	X		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle		X	
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)			X
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)	X		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	X		
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	X		
Évaluation post-introduction (EPI)		X	
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans		X	
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation	X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS		X	
Rapports spécifiques au VPH			x
Plan de transition			x

8.2 Activités et coûts de la mise en œuvre de la feuille de route au second semestre 2017

N°	Activités	Tâches	Montant
1	Réviser le manuel de procédures	Organiser un atelier de validation du manuel de procédures de justification des fonds au niveau opérationnel	0
		Traduire le manuel en Anglais	0
2	Réviser l'organigramme du PEV	Organiser un atelier élargi aux autres structures du MINSANTE et les partenaires, pour la finalisation de l'organigramme	1 800 000
		Faire approuver l'organigramme par l'IGSA	0
3	Affectation des RH qualifiées	Faire un état des besoins en RH	0
		Mettre en œuvre le projet PINORAC (PEV)	0
4	Mettre en œuvre l'audit interne des exercices 2015 et 2016	Transmettre le rapport d'audit interne à Gavi	0
		Produire les états financiers 2015 et 2016	18 908 000
5	Externaliser les paiements au niveau décentralisé	Réaliser une étude de marché sur l'externalisation des paiements (Consultant national)	3 200 000

		Mettre en œuvre une phase pilote de transfert électronique des fonds.	0
6	Clôturer les subventions RSS1, Elma et SNV	Elaborer les rapports de clôture des subventions (RSS1, RR, VPI, Rota, HPV)	3 870 500
		Soumettre les rapports de clôture à Gavi	0
7	Estimer les besoins réels en vaccins	Mener un inventaire physique des vaccins à tous les niveaux	41 040 463
8	Mener l'inventaire des immobilisations du PEV (Véhicule, matériels informatiques etc.)	Mener l'inventaire des immobilisations du PEV (Véhicule, matériels informatiques etc.)	
10	Faire le SWITCH du PCV13 monodose multidose	Faire le SWITCH du PCV13 monodose multidose	45 013 813
11	Faire le point sur la mise en œuvre des recommandations des missions de février et avril 2018	Joindre en annexes tous les livrables	0
Total			113 832 776

8.3 Autres activités prioritaires du second semestre 2017 et coûts de mise en œuvre

N°	Activités	Montant (en FCFA)
1	Acheter des équipements et matériel de la chaîne de froid	295 150 350
2	Améliorer de la qualité des données de vaccination	140 800 140
3	Etude sur la cohérence des données collectées dans les districts pilotes à travers l'utilisation parallèle du DVDMT et DHIS2 (2018)	4 600 000
4	Réviser le PPAC 2015-2019 (après évaluation à mi-parcours)	7 535 000
5	Elaborer un plan de suivi-évaluation des activités du PEV	7 025 000
7	Gérer les fonds de Gavi par un mécanisme fiduciaire transitoire	16 000 000
8	Renforcer les activités de supervision et de contrôle financiers à tous les niveaux	2 533 000
9	Mettre en œuvre les audits externes 2015 et 2016 du PEV	18 908 000
Total		492 551 490

8.3 Analyse de risques pour la mise en œuvre du Programme au second semestre 2017.

Nature du risque	Description des risques	Probabilité	Impact	Mécanismes d'atténuation
Risques programmatiques	Survenues d'épidémies et persistance de l'inéquité	Elevé	Elevé	Renforcer l'application des normes et standards du PEV sur toute l'étendue du territoire national
	Pertes de vaccins (péréemption, détérioration)	Elevée	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> Formation des logisticiens au niveau national et régional sur les normes en matière de gestion des stocks de vaccins Elaboration, MEO et suivi-évaluation de plans de gestion logistique Renforcement du suivi des SMT et DVDMT par les logisticiens sous la

				supervision du SPA et la coordination du SP.
	Retard dans la MEO du Programme RSS-2	Elevée	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et MEO d'une feuille de route pour sortir de la crise ; • Production et transmission à Gavi des rapports d'audit externe manquants (2015 et 2016) ; • Mise en place d'un mécanisme transitoire de gestion fiduciaire ; • Révision de l'organigramme du PEV ; • Révision du Manuel de procédures administratives, financières et comptables du PEV ; • Mise en œuvre d'une investigation financière approfondie (campagne RR) ; • Renforcement des capacités de l'Equipe fiduciaire du PEV.
	Les conflits des calendriers (partenaires et PEV)	Moyenne	Elevé	Planification opérationnelle conjointe tous les trois mois
	Indisponibilité des financements de Gavi	Faible	Elevé	Production et transmission à Gavi des rapports d'audits externes 2015 et 2016 ; Mise en œuvre des recommandations des audits de Gavi ; Mise en place d'un dispositif transitoire de gestion des fonds Gavi ;
	Indisponibilité des financements de l'OMS et de l'Unicef	Faible	Elevé	Respect des délais de justifications des fonds OMS et UNICEF ; Demande de mise à disposition des fonds soumise dans les délais
	Faible mobilisation des financements de l'Etat	Moyenne	Elevé	Elaboration d'un plan de trésorerie/décaissements en collaboration avec la DRFP et du MINFI (Trésor)
Risques financiers et fiduciaires	Non-respect des procédures de gestion financière	Moyenne	Elevé	Formation des acteurs sur l'utilisation du Manuel de procédures du PEV ; Renforcement des opérations de contrôle des fonds au niveau opérationnel
	Faiblesse de la comptabilisation des opérations	Faible	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de TOM2PRO et formation du personnel financier à son utilisation ; • Utilisation de supports Excel pour l'enregistrement et le reporting financier
	Corruption et fautes de gestion, notamment au niveau opérationnel	Elevé	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> • Systématisation des mécanismes bancaires pour la mise à disposition des fonds aux bénéficiaires

				<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un système de paiement électronique et le renforcement de la supervision financière et de contrôle de gestion (qualité des PJ)
Risques de gouvernance et gestion	Retard dans le paiement du cofinancement pour l'achat des vaccins et intrants	Elevé	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du plaidoyer de haut niveau auprès du Ministère des finances ; Suivi rapproché du dossier de déblocage des fonds dans les services du Ministère des Finances
	Défaillance dans le processus de planification	Moyenne	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> Revue et actualisation continues du chronogramme

8.5 Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

❖ Activités RSS-2 planifiées en 2017 et reprogrammées en 2018

- Appuyer la réalisation d'au moins 60% des séances de vaccination planifiées en stratégies avancées et mobiles dans les 34 districts de santé ciblés ;
- Appuyer l'élaboration des microplans ACD dans les 34 districts de santé ciblés ;
- Appuyer la mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions formatives intégrées planifiées pour les DS prioritaire (34 districts ciblés vers leurs aires de santé pour le RSS)
- Former les prestataires PEV sur « la vaccination en pratique » (OMS) (34 DS ciblés RSS)
- Acheter 187 réfrigérateurs solaires (Dometic, TCW2000 SDD) pour les districts de santé et formations sanitaires ;
- Acheter des 3 chambres froides de 40 m3 (ZHENDRE, E001/WCR 40-ZH) pour le niveau central et régionale
- Acheter 222 motos, YAMAHA AG5 97 cc, 2 stroke, CODE PIS E2/08 ;
- Acheter et installer 40 bouteilles à gaz de 120 kg pour les 40 incinérateurs achetés par les fonds C2D
- Acheter 03 stabilisateurs de tension pour les chambres froides centrales et régionales de marque ANDELI SVC 10000 VA-3
- Achat de 4 générateurs d'énergie de secours, diesel water cool de 40 KVa
- Achat de 08 véhicules pick-up de marque TOYOTA HILUX 4 x4 double cabine
- Acheter 26 extincteurs pour les dépôts centraux et régionaux
- Achat de 3000 outils de contrôle de la température
- Achat et installation de 9 RTMD pour les chambres froides centrales et régionales
- Elaborer un plan d'amélioration des systèmes d'information logistique ;
- Effectuer « un redesign » du système de distribution afin de l'optimiser ;
- Renforcer les compétences du personnel impliqué dans la gestion du vaccin (formation au niveau régional et bourses pour LOGIVAC)
- Organiser deux symposiums pour promouvoir la vaccination comme un droit fondamental ;
- Elaborer et actualiser la cartographie des acteurs communautaires
- Organiser une réunion de validation de la cartographie des acteurs communautaires au niveau central avec les principaux partenaires
- Apporter un appui technique et financier à la recherche des perdus de vues par les OSC/OBC dans les communautés
- Former les membres des structures de dialogue des services de santé, des OBC, des ASLO, des groupes communautaires à la C4D en faveur de la vaccination

23. Organiser des ateliers de renforcement des capacités du personnel de santé dans les formations sanitaires sur les normes et standards de la vaccination (accueil et en communication interpersonnelle inclus)
24. Former les facilitateurs centraux et régionaux sur l'approche de la carte de score communautaire
25. Former les médias en production des émissions et microprogrammes sur les questions de vaccination.
26. Former les leaders de la société civile au plaidoyer pour l'adhésion des communautés à la vaccination et le financement de la vaccination ;
27. Le paiement des frais de la connexion internet et de la flotte téléphonique dans les 34 DS ciblés, sur 5 ans
28. Appui à l'organisation des réunions semestrielles régionales d'analyse et de validation des données en y intégrant l'état de mise en œuvre des PRP issus des supervisions DQS dans les 34DS ciblés
29. La formation des équipes cadre des districts aux normes de qualité des données et à la supervision avec l'outil DQS
30. L'appui à l'organisation des évaluations annuelles par les pairs avec l'outil DQS au niveau District et des Aires de santé des 34 districts ciblés
31. Payer des primes liées au programme RSS2
32. Appuyer l'achat la mise en œuvre du PBF dans les 30 districts de santé de l'Extrême Nord (subsides)
33. Former le personnel du GTC-PEV et des UR-PEV au MLM
34. Mener des supervisions formatives dans les 10 Régions
35. Organiser la formation des acteurs du niveau central et régional en gestion financière des projets et domaines connexe
36. Fournir une assistance technique pour renforcer les capacités des gestionnaires du PEV.

❖ Activités RSS-2 planifiées en 2018

1. Appuyer la réalisation d'au moins 60% des séances de vaccination planifiées en stratégies avancées et mobiles dans les 34 districts de santé ciblés
2. Appuyer la mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions formatives intégrées planifiées par les 34 districts ciblés vers leurs aires de santé
3. Renforcer les capacités des prestataires PEV sur « la vaccination en pratique » (OMS) dans les 34 DS ciblés
4. Acheter les équipements de la chaîne du froid, de la gestion des déchets et la logistique de transport à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
5. Assurer le bon fonctionnement des équipements tout au long de leur durée vie
6. Renforcer les capacités du personnel impliqué dans la gestion des vaccins à tous les niveaux
7. Piloter deux innovations : la gestion informatisée des stocks et un « redesign » du système de distribution afin de l'optimiser
8. Etablir les partenariats entre les structures de santé et les OBC, ASLO ou autres groupes communautaires dans les 34 districts de santé ciblés
9. Renforcer les capacités des acteurs en charge de la communication et des prestataires à la promotion de la vaccination dans les 34 DS ciblés
10. Soutien à la reproduction des supports de communication pour la sensibilisation de la population dans les 34 DS ciblés
11. Appuyer la mise en place d'un système national d'informations sanitaire (SNIS) intégré et fonctionnel
12. Appuyer la mise en œuvre des activités issues de l'évaluation de la qualité des données
13. Réaliser des enquêtes et des évaluations du secteur de la santé avec une emphase sur le système de vaccination
14. Appuyer l'élaboration de l'annuaire statistique de la santé
15. Appuyer la planification du PEV
16. Appuyer les réunions de coordination aux niveaux région et district

17. Prendre en charge les frais de gestion du programme RSS Gavi y compris les audits financiers
18. Appuyer le renforcement des capacités des personnels du GTC PEV et des URPEV
- 19.** Améliorer la performance des équipes de vaccination au niveau opérationnel, plus particulièrement dans les zones à forte insécurité (DS de l'Extrême-nord).