

#### 1. Brève description du processus

La présente évaluation a été élaborée par la Responsable pays, Véronique Maeva Fages, avec le soutien d'Isabelle de Zoysa, experte technique. Elle a ensuite été communiquée aux principales parties prenantes du Secrétariat de GAVI et des sièges et bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF pour commentaires et contributions avant sa finalisation. Elle est fondée sur le RSA 2013 soumis par le pays et d'autres documents pertinents (y compris des missions sur place en 2013 et 2014) et sur des discussions avec les partenaires locaux.

#### 2. Réalisations et contraintes

Le Burundi est un pays dont la performance est bonne avec une couverture de 96 % pour le DTC3 en 2012 (alignée pour la première fois en plusieurs années avec les estimations de l'OMS/UNICEF) et en termes des programmes financés par GAVI. Le RSA 2013 rend compte des taux de couverture élevés, la plupart des objectifs de vaccination ayant été une nouvelle fois atteints. Les données WUENIC qui seront publiées en juillet 2014 confirmeront ou pas l'alignement avec les données administratives du pays observées en 2012.

Selon les données administratives, la couverture de la troisième dose du vaccin DTC-HépB-Hib a atteint l'objectif de 99 %. Le taux de perte a été réduit à 6 % en 2012, puis à 2 % en 2013, suite à l'application des recommandations de la GEV.

La couverture de la troisième dose du VPC13 en 2013 est de 98 %, en ligne avec la couverture du DTC3 de 99 %. L'évaluation post-introduction réalisée en août 2012 a fourni des signes d'une bonne intégration du VPC13 dans les services de vaccination de routine.

L'introduction de la deuxième dose de vaccin antirougeoleux dans les activités de vaccination de routine a été initialement prévue en 2012, mais a été reportée à janvier 2013 suite à une grève des travailleurs de la santé. La couverture de cette deuxième dose reste faible à 49 % comparée à l'objectif de 96 %, mais elle est satisfaisante (101 %) avec la première dose. L'évaluation post-introduction était prévue pour juillet 2014.

Le vaccin antirotavirus a été introduit au niveau national en décembre 2013. L'évaluation post-introduction est prévue pour juillet 2014 (combinée par le VAR2). L'objectif initial de couverture de 7 % n'a pas été atteint en raison d'une introduction tardive du vaccin (fin de l'année). Le stock de clôture était élevé et le plan de livraisons a été ajusté en conséquence pour 2014.

La revue du PEV réalisé en octobre/novembre 2013 a confirmé que les résultats du programme sont généralement satisfaisants et a émis des recommandations en faveur d'un renforcement accentué du programme.

Le RSA 2013 identifie les principaux problèmes suivants, ce qui démontre une attention particulière envers les questions d'équité :

- La couverture vaccinale n'a pas atteint 90 % dans tous les districts et pour tous les antigènes (environ 10 districts sanitaires sur 45 n'ont pas atteint cet objectif et 15 districts n'ont pas atteint la couverture de 90 % du DTC3).
- La couverture vaccinale du VAT2 a dépassé les 90 % au niveau national, mais n'a pas atteint 50 % dans les districts sanitaires (3 districts n'ont pas atteint cette exigence : Kayanza, Kibuye et Gahombo).
- Le taux d'abandon pour le vaccin DTP-HépB-Hib est inférieur à 10 % au niveau national, mais était supérieur à 10 % dans quatre districts sanitaires : Giteranyi, Gihofi, Cibitoke et Zone Nord.
- Le taux de détection des cas suspects de rougeole n'a pas atteint l'objectif de 2 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans tous les districts.

Les objectifs pour 2014-2015 incluent le maintien d'un taux de couverture élevé (100 %), notamment grâce à l'intensification de l'approche ACD et la formation du personnel, une attention particulière étant portée à l'amélioration des zones les moins performantes, tout en maintenant de bons résultats dans les districts obtenant de bons résultats.

Le RSA ne fournit toutefois pas d'informations sur les questions d'équité en fonction du sexe dans les espaces prévus. Il signale en particulier que les données ventilées par sexe ne sont pas disponibles, mais aucun détail n'est fourni quant à l'existence de plans pour la collecte de telles données. Après le CEI de février-mars 2014 (qui a examiné la partie RSS du RSA 20113 soumis plus tôt pour débloquer un deuxième décaissement) le pays a été instamment prié de fournir les informations pertinentes. Sa réponse en date du 12 mai 2014 a indiqué « ... il n'y a aucune différence entre l'accès des filles et des garçons aux services de vaccination au Burundi » (comme abordé aussi lors de la réunion du CCIA en mai 2014). Ceci est souligné par les résultats de l'examen externe du PEV. Cependant, le pays s'est engagé à approfondir cette question et devrait être encouragé à mener une analyse complète de l'égalité entre hommes et femmes et de l'équité, afin d'identifier la nature précise des barrières existantes à l'accès aux services de vaccination et mieux préparer l'introduction future du vaccin anti-VPH.

**Les recommandations sont présentées dans la section 14 (Analyse de l'égalité entre hommes et femmes)**

### 3. Gouvernance

Le Burundi dispose d'un comité de coordination (Cadre de partenariat pour les partenaires de la santé et du développement ou CPSD) qui fait office à la fois de CCSS et de CCIA ; il est présidé par le ministre de la Santé. Le CPSD approuve tous les plans de travail annuels et stratégiques, mais aussi les rapports et demandes de subventions correspondants et discute de l'évolution des activités des subventions.

Selon le RSA, le CPSD s'est réuni 3 fois en 2013 pour discuter des objectifs du programme et de questions financières et pour suivre la mise en œuvre du programme. Les annexes du RSA incluent aussi les procès-verbaux de la réunion du CPSD du 9 mai 2014 qui a examiné et avalisé la réponse du pays à la lettre de décision du CEI de février-mars (qui a examiné la partie RSS du RSA 2013), les mises à jour des vaccins du RSA 2013 et la demande pour 2015. Il convient de noter que le CPSD compte trois ONG parmi ses membres : Caritas, CEPBU et l'Association burundaise pour le Bien-être familial (ABUBEF) et dispose en général d'une bonne représentation parmi les parties prenantes.

Un groupe consultatif technique (GCT) a aussi été créé pour soutenir le projet pilote du vaccin anti-VPH. Il inclut des représentants de plusieurs organisations, notamment le ministère de la Santé, le ministère des Finances, le ministère de l'Éducation, le responsable du programme du PEV pour les maladies non transmissibles et le programme de lutte contre le paludisme, des représentants de la santé des adolescents et des communications, des cliniciens (gynécologues, pédiatres), l'UNICEF, l'OMS, Pathfinder et l'ABUBEF. Le projet pilote du vaccin anti-VPH sera lancé en décembre 2015.

### 4. Gestion des programmes

Les programmes/services du RSS et du PEV préparent les plans de travail et les budgets annuels, qui sont examinés trimestriellement par un groupe thématique spécialisé en finance, puis soumis pour approbation au CPSD. Le plan de travail et le budget 2014 sont inclus dans les annexes. L'audit des fonds en espèces par GAVI qui a été réalisé fin 2013 (rapport final envoyé au Burundi en février 2014), n'a cependant pas été en mesure de vérifier si ces procédures avaient été entièrement mises en œuvre conformément au plan.

Le PPAC 2011-2015 est joint aux annexes du RSA, avec une remarque indiquant qu'il ne prend pas encore en considération l'extension du soutien au VPC13, étant donné que le PPAC sera examiné au deuxième semestre de 2014. Cependant, par le biais du RSA, le pays a demandé une extension jusqu'en 2015 du soutien aux nouveaux vaccins pour le VPC.

**Les recommandations sont présentées à la section 14. (PPAC à fournir à GAVI).**

## 5. Réalisation des programmes

Dans l'ensemble, le PEV fonctionne bien au Burundi. Des retards dans la livraison des vaccins ont provoqué une rupture de stock du VPC13 en 2013 qui n'a eu aucune incidence négative sur les opérations du PEV.

La dernière évaluation GEV a été menée en avril 2011. Les résultats ont montré une bonne performance dans des domaines clés, en particulier dans la surveillance de la température, la gestion des stocks (sauf au niveau du district) et la gestion des vaccins. Une évaluation de l'état de mise en œuvre des améliorations recommandées a été menée lors de la revue externe du PEV de 2013. Le plan d'amélioration de la GEV est financé au moyen des fonds restants du SSV. Il indique que même au niveau national, de nombreuses recommandations n'ont pas encore été mises en œuvre (par ex., la planification pluriannuelle de l'entretien régulier des bâtiments, de l'équipement et des systèmes de transport). Ceci, malgré le fait que des scores satisfaisants (supérieurs ou égaux à 80 %) n'ont pas été atteints pour aucun des critères et que le score moyen n'était que de 36 % pour l'entretien dans la GEV de 2011. Le RSA fournit un résumé plus récent du statut de mise en œuvre, mais il indique seulement qu'un certain nombre de mesures (9/31) ne sont pas encore terminées ou sont « en cours ». La prochaine GEV est prévue pour mai 2016. Le Secrétariat de GAVI prend note des efforts déployés par le pays et ses partenaires techniques et financiers pour la mise en œuvre de ces 22 activités d'amélioration.

Le pays dispose d'un plan de sécurité des injections des vaccins. Les objets tranchants sont recueillis dans des boîtes de sécurité qui sont par la suite incinérées. Cependant, la capacité du personnel de santé n'est pas actualisée vis-à-vis de ces procédures et certaines installations sanitaires ne disposent pas d'incinérateurs opérationnels et ont donc recours à l'incinération dans des puits ouverts et à l'enfouissement des seringues.

Un système de surveillance sentinelle est en place pour la méningite bactérienne pédiatrique et les maladies à pneumocoques/méningocoques. Aucune surveillance n'est encore en place cependant pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'introduction du vaccin antirotavirus. Un système de MAPI existe, mais aucun détail n'est avancé. L'objectif pour la surveillance de la rougeole n'a pas été atteint du fait de la réticence des travailleurs de la santé à amener des échantillons, vu qu'il n'existe aucune disposition pour le remboursement des frais de transport. Cette question mérite une investigation approfondie.

## 6. Qualité des données

Les problèmes de qualité des données ont été soulignés dans les rapports antérieurs. Alors que dans l'ensemble, le pays montre une bonne performance, il existe des divergences entre la couverture administrative du DTC3 et les estimations de l'OMS/UNICEF au cours de la dernière décennie. En 2012, la couverture administrative a été de 102 %, montrant un écart avec les estimations de l'OMS/UNICEF à 96 %. Les estimations de WUENIC pour le pays ont un faible niveau de confiance. La dernière cohorte d'enquête disponible utilisée pour les estimations de WUENIC était celle de 2009. Le CEI, lors d'une revue antérieure, avait demandé des éclaircissements sur les données du RSA 2012.

Le RSA signale que les divergences dans les données de couverture vaccinale peuvent être liées à une estimation incorrecte du dénominateur. Le pays utilise des projections fondées sur les données issues du recensement national de 2008 pour ses résultats officiels, mais les divergences sont du même ordre avec les niveaux de population actuels. Il existe aussi des problèmes en matière de couverture estimée du BCG pour 2013, qui était inférieure à l'objectif fixé, n'atteignant que 83 % au niveau national. Un problème est posé au sujet du dénominateur qui est peut-être surestimé, vu que les naissances vivantes sont estimées à 4,7 % de la population totale alors que le pourcentage d'enfants survivants est estimé à 3,7 %.

Une enquête de couverture nationale a été réalisée en 2012 alors qu'une revue externe du PEV (incluant une auto-évaluation indépendante de la qualité des données - exercice de DQS) a été

effectué en octobre/novembre 2013. La note du pays a été élevée pour ce qui est des niveaux de complétude et la promptitude du compte-rendu des données, une possible conséquence de l'approche de FBP. Cependant, un grand nombre de problèmes de qualité des données a été identifié, liés à la médiocrité du contrôle des données et des mécanismes de vérification aux niveaux supérieurs et à la mauvaise utilisation des registres de vaccination pendant les activités de vaccination. Le problème de qualité des données était généralisé, présent dans toutes les provinces, tous les districts et centres de santé inclus dans la revue.

Les mesures prises l'année dernière pour améliorer la gestion des données étaient notamment une révision des outils de collecte des données, y compris le registre de vaccination et les outils de préparation des rapports, et le déploiement du logiciel du SNIS (« GESIS ») à tous les niveaux du système de santé et de la formation. Avec l'introduction du financement axé sur la performance, un comité provincial est responsable de la vérification et la validation des données avant qu'elles ne soient diffusées. L'outil DVD-MT de gestion de l'approvisionnement du district sanitaire est utilisé comme moyen de transmission des données de vaccination et de la chaîne d'approvisionnement, comme indiqué dans le rapport de situation du plan d'amélioration de la GEV. La formation pour la DQS des responsables de la santé du district a aussi été mise en place (la DQS réalisée lors de la revue externe du PEV était en fait un exercice d'évaluation de la qualité des données de vaccination). Les autres activités planifiées étaient une formation continue pour la DQS, une formation dans les 8 provinces restantes et une supervision formative fondée sur cet outil, et des réunions d'examen bisannuel des données à tous les niveaux.

D'autres activités pourraient être justifiées pour préciser davantage la source des divergences entre les résultats de performance utilisant diverses méthodes et pour renforcer davantage le système de gestion des données du pays afin qu'il soit plus performant pour la gestion fondée sur les résultats (au moyen du cadre de suivi et d'évaluation) et pour lisser les inégalités de performance du PEV dans l'ensemble du pays.

Un atelier d'examen de la qualité des données pourrait être envisagé pour fin 2014 avec une assistance technique de GAVI.

**Les recommandations sont présentées dans la section 14.**

## **7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, si pertinent**

Le RSA et les annexes jointes ne comportent pas d'informations particulières à ce propos, même si une mention fait état du développement prévu d'une proposition pour l'introduction du VPI, programmée pour 2015.

La requête d'une certification du pays relative au statut d'éradication de la polio a été faite en avril 2014 (auprès de la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite pour l'Afrique ou CRCA, au Togo). Les points suivants ont été abordés et convenus :

- ✓ Le dernier examen de supervision a été fait en octobre 2013 (avec la revue du programme)
- ✓ Le plan d'action pour le renforcement du suivi et de la mise en œuvre a été validé
- ✓ Une mise en œuvre et une surveillance actives sont en cours depuis janvier 2014
- ✓ L'analyse des risques réalisée pendant le T1-2014 révèle un taux acceptable au niveau du district
- ✓ Une supervision formative continue et régulière au niveau périphérique
- ✓ Une formation sur la surveillance prévue plus tard en 2014 pour les points focaux du district sanitaire et les cliniciens hospitaliers.
- ✓ Les ONG/la société civile sont impliquées dans les activités de surveillance et de vaccination.

## **8. Renforcement des systèmes de santé**

Le Burundi a bénéficié d'une première subvention RSS, couvrant initialement la période 2007-2011, par la suite prolongée jusqu'en 2013. L'objectif initial du soutien RSS était d'améliorer la santé maternelle et infantile et la couverture vaccinale en réalisant l'objectif national d'une

couverture supérieure à 80 % dans toutes les provinces du pays. Un accent supplémentaire a été mis sur le renforcement des activités de stratégie avancée par le biais d'une reprogrammation de la subvention RSS en mai 2012. La subvention couvrait 4 provinces et était alignée avec le dispositif de FBP national.

Par la suite, le soutien RSS pour 2013-2015 a été approuvé en 2012 pour un montant de 12 900 002 USD. Étant donné que la nouvelle subvention RSS du Burundi a été approuvée en 2012, le pays est considéré comme un pays FBP de phase 1 et a donc vu son budget du programme ajusté conformément à l'approche FBP de GAVI. Le budget total du programme pour le Burundi s'élève à 12 082 663 USD, avec la possibilité de recevoir des paiements de performance supplémentaires fondés sur les améliorations apportées aux résultats de la vaccination.

Le décaissement de la première tranche de 8 812 308 USD est intervenu en décembre 2012.

Grâce à cette subvention, le financement de GAVI contribue au programme national de financement axé sur la performance dans 6 provinces sur 18 (contribuant à environ 6 % du FBP national). La Banque Mondiale, le gouvernement belge (responsable du secteur de la santé au nom des partenaires dans le domaine de la santé) et l'UE font partie de ce dispositif de FBP dont l'objectif est double, d'une part récompenser les formations sanitaires et de l'autre passer des contrats avec des organisations à base communautaire.

Le CEI de février-mars 2014 a examiné l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités RSS en 2013 pour garantir la continuité du financement et permettre un décaissement de la deuxième tranche assez rapidement. À cette époque, le Burundi avait demandé le décaissement du montant engagé pour l'année 2, soit 1 732 086 USD, pour terminer les activités de 2014 et a aussi demandé le décaissement de 161 483 USD pour le T1-2015 afin d'éviter tout écart de financement entre le moment des examens/décaissements par GAVI. Une liste détaillée des activités et le budget correspondant ont été soumis pour 2014 et 2015, conformément au budget programmé dans le cadre de l'approche du FBP. Les activités programmées pour 2014 et 2015 étaient conformes aux activités initialement proposées.

Le taux d'exécution de la subvention était d'environ 95 %. Le cadre de suivi et d'évaluation révisé pour la subvention RSS de GAVI n'était pas encore disponible. C'est la raison pour laquelle le CEI a approuvé la demande de fonds RSS pour 2014 pour un montant de 1 732 086 USD plus 161 483 USD pour le T1-2015, à condition que le décaissement des fonds intervienne en deux tranches au moins : la première après l'examen du CEI de février 2014 et la seconde après l'examen de la performance des indicateurs de la version révisée du cadre de suivi et d'évaluation lorsqu'ils auront été communiqués par le pays en mai 2014.

Le cadre de suivi et d'évaluation soumis en mai 2014 est pertinent et bien structuré, et conforme aux recommandations émises dans le rapport de pays du CEI (mai 2012) et les examens du Secrétariat de GAVI, communiqués au pays en juillet 2013 et février 2014. En ce qui concerne les indicateurs de résultats obligatoires pour GAVI, conformément aux données administratives du pays, la couverture du DTC3 a diminué de 3 % (de 102 % en 2012 à 99 % en 2013) et celle de la première dose du vaccin antirougeoleux de 1 % (de 102 % en 2012 à 101 % en 2013).

Le pays a souligné que, dans les deux cas, la diminution était le résultat des activités d'amélioration de la qualité des données entreprises dans le cadre de la subvention RSS de GAVI, objectif 4. En termes d'équité géographique, la valeur réelle signalée pour 2013 est égale à celle de la référence (93,3 % dans 42 districts sur 45) et conforme à l'objectif. Selon les données administratives du pays, le taux d'abandon DTC1-DTC3 empire, passant de 4,6 % en 2012 à 6 % en 2013. L'objectif pour 2013 (4 %) n'a pas été atteint. Enfin, pour ce qui est de l'indicateur des enfants complètement vaccinés, les données administratives du pays indiquent une diminution de 102,7 % en 2012 à 99,5 % en 2013. Encore une fois, le pays a souligné que cette diminution était le résultat d'une amélioration de la qualité des données.

Le Burundi a maintenu sa couverture DTC3 au-dessus de 90 % et est donc admissible pour recevoir un paiement de performance de 20 % de son plafond en vertu de l'approche FBP de GAVI, dans la mesure où sa couverture DTC3 (99 %) n'est pas supérieure de plus de 5 % aux estimations de l'OMS/UNICEF pour 2013 (publication prévue en juillet 2014). Le Burundi est

aussi admissible pour recevoir un autre paiement de performance de 20 % de son plafond, étant donné qu'au moins 90 % des districts ont une couverture DTC3 supérieure à 80 %.

Parmi les 7 indicateurs de résultats intermédiaires qui ont été inclus dans le cadre du suivi et d'évaluation, les objectifs ont été atteints pour 6 d'entre eux (85 %). Le seul indicateur qui n'a pas atteint son objectif est le taux d'exécution interne du fonds RSS qui était plus bas que prévu (78,6 % au lieu de 90 %) en raison de retards dans les transferts bancaires au niveau national.

En mai 2014, le Burundi a aussi donné quelques informations sur la manière dont ses stratégies avaient été adaptées pendant la mise en œuvre du fonds RSS afin de répondre à l'approche FBP de GAVI. Afin d'améliorer les résultats de la vaccination et obtenir des paiements de performance, le pays a poursuivi la mise en œuvre de sa politique nationale de passation de contrats dans le secteur de la santé qui a été lancée en 2006 et dont le principal objectif est de renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des formations sanitaires. Pour cela, le pays a passé un contrat avec deux OSC afin d'appuyer la création d'un système de financement des services de santé d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de vaccination pour les enfants et les femmes enceintes.

La sélection des OSC a suivi un processus transparent qui a débuté par la définition du cahier des charges et la création d'un document d'appel d'offres publié au journal officiel. Onze OSC ont été sélectionnées, en fonction de leurs capacités managériales et de leur expérience dans la gestion des fonds de donateurs. La participation et le financement des OSC ne sont pas différents de ceux des termes approuvés dans la proposition initiale. Le Burundi a aussi soumis un rapport des activités menées par les OSC suivantes en 2013 : CARITAS BURUNDI, CRB, REMUA, ABUBEF, JCS BURUNDI, RENACODE, WOI, CEPBU, IADH, ASOJPAE, et FVS AMADE.

Le Burundi devrait soumettre une nouvelle proposition RSS en 2015 dans le cadre d'une proposition conjointe à GAVI et la Banque mondiale pour un montant plafond sur 5 ans de 57,50 millions USD (budget planifié maximum de 48,30 millions USD).

## 9. Utilisation des subventions en espèces non-RSS de GAVI

Le pays était éligible pour une récompense au titre du SSV pour 2012 (234 980 USD), mais le paiement n'est intervenu qu'en mai 2013, après approbation du plan d'utilisation et résolution des aspects liés à l'audit effectué par GAVI, qui avait suspendu de quelques mois tout décaissement supplémentaire au Burundi. Le RSA signale un montant de 1 105 946 USD reporté en 2013 des années précédentes, dont 804 976 USD ont été décaissés et un montant reporté en 2014 de 301 070 USD. Cependant, le solde d'ouverture du RSA 2013 ne correspond pas au solde de clôture du RSA 2012. Des éclaircissements financiers seront demandés au pas, comme communiqués dans la lettre de décision.

Les activités entreprises dans le cadre du SSV sont conformes à un plan approuvé par le CPSD et concernaient la formation du personnel, la supervision formative, l'entretien de la chaîne du froid et la planification stratégique pour l'éradication de la rougeole. Des délais dans les procédures d'approvisionnement public sont soulignés dans le RSA.

Pour ce qui est des fonds pour l'introduction de nouveaux vaccins, 314 473 USD ont été reportés de 2012 et 340 985 ont été reçus pour 2013. Du total de 655 458 USD, seulement 379 135 USD ont été utilisés, les 276 323 USD restants étant reportés sur 2014. Ils seront utilisés pour les évaluations post-introduction relatives aux vaccins antirougeoleux et antirotavirus (juillet 2014), ainsi que pour quelques activités de gestion des données.

Le taux d'exécution et absorption financière des fonds décaissés directement au PEV (et non liés au programme RSS) est relativement faible.

**Les recommandations sont présentées à la section 14. (Éclaircissements financiers sur les fonds reportés).**

## 10. Gestion financière

Un audit des programmes d'allocations en espèces a été réalisé par GAVI en octobre 2013 pour tous les fonds de 2008-2013. Le rapport souligne quelques problèmes importants de garantie financière pour GAVI. Un plan de travail et des recommandations visant à améliorer la gestion financière des fonds de GAVI par le ministère de la Santé ont été convenus et seront surveillés trimestriellement. Les activités visant à renforcer les capacités de gestion financière qui sont prévues pour 2014 avec quelques fonds restant de 2013 sont détaillées dans le plan d'action post-audit.

**Les recommandations sont présentées à la section 14. (Mises à jour trimestrielles du plan d'action post-audit).**

## 11. Objectifs du SVN

### DTC-HépB-Hib

Dans son RSA, le pays a prévu de vacciner 351 795 enfants (nombre officiel d'enfants survivants) avec la troisième dose du DTC-HépB-Hib en 2015, d'après un objectif de couverture de 100 % (le résultat du penta3 en 2013 était de 331 733, ce qui fait que la croissance est de 6 % en 2 ans). Le taux de perte prévu est de 5 % par rapport aux 2 % estimés en 2013 (flacons de 10 doses). Cependant, l'objectif a été ensuite réajusté (mi-juin 2014) à 370 000 enfants (pour la première dose, alors que l'objectif de la troisième dose est de 350 000 enfants). Cet objectif sera aussi utilisé pour le vaccin VPC et l'antirotavirus. Comme indiqué plus haut dans la section sur la qualité des données, le dénominateur actuel est sous-estimé et avec l'afflux de rapatriés, la vaccination doit être augmentée (augmentation estimée de 18 205 enfants supplémentaires selon les informations fournies par l'unité du PEV).

La couverture administrative nationale devrait être de 100 % (et probablement supérieure si l'on tient compte de la question du dénominateur), mais est acceptable pour GAVI à la lumière du contexte décrit ci-dessus.

### VPC13

Le pays prévoit de vacciner le même nombre d'enfants avec la troisième dose de VPC13 (taux de perte prévu de 2 %, flacons monodoses).

Le PPAC 2011-2015 sera révisé au deuxième semestre 2014.

### Antirotavirus

Le pays prévoit de vacciner le même nombre d'enfants avec la deuxième dose du vaccin antirotavirus, d'après l'objectif de couverture de 100 %, avec un taux de perte prévu de 1 % (flacons monodoses).

### Antirougeoleux

Dans son RSA, le pays a prévu de vacciner 329 622 enfants en 2015 avec la deuxième dose du vaccin antirougeoleux, d'après une couverture de 95,95 %, mais a par la suite revu son objectif à 290 000 enfants en 2015 et 250 000 enfants en 2014 (l'objectif révisé pour 2014 est seulement utilisé pour estimer son stock de janvier 2015, mais aucun ajustement de l'allocation 2014 ne sera fait).

Quelques problèmes ont été mentionnés par rapport à l'objectif proposé, du fait que la couverture de la deuxième dose était faible en 2013 (49 %) par rapport à l'objectif proposé de 96 %. Cependant, le pays a confirmé sa capacité à atteindre un tel objectif avec la couverture de la première dose du vaccin antirougeoleux. Des campagnes de rattrapage (dans le cadre de la semaine africaine de la vaccination ou des semaines de la santé maternelle et infantile) et la mobilisation sociale ont été intensifiées. L'évaluation post introduction de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux à venir (juillet 2014) fournira des informations sur les obstacles et les goulots d'étranglement et des ajustements seront faits (au besoin) à un stade ultérieur.

Le taux de perte prévu en 2015 est défini à 11 % avec des flacons à doses multiples (10 doses) (estimé à 25 % en 2013). Le taux de perte proposé est acceptable étant donné que le pays

procédera à deux fois plus de vaccinations qu'en 2013 ; les pertes devraient donc être inférieures à celles de 2013. Le stock restant reporté fin 2013 est de 435 300. Il comprend à la fois la première dose (propre au pays) et la deuxième dose du vaccin antirougeoleux financé par GAVI. Il sera conseillé au pays de différencier les stocks reportés.

L'équipe de soutien à la décision de vaccination fera les calculs de dose pour 2015 pour tous les programmes SNV en utilisant les objectifs approuvés (nombre d'enfants et pertes). Le nombre de doses à affecter (et dont l'expédition est à planifier) pour 2015 pour les programmes pentavalent est fondé sur les objectifs approuvés (2015), ainsi que sur les stocks d'ouverture reportés (janvier 2014), le plan de livraisons (2014) et les stocks de clôture visés (2015). Pour les autres programmes, une analyse des stocks est réalisée pour déterminer le niveau de stock réel à déduire de l'allocation 2015. Les calculs de seringues et de boîtes de sécurité découlent des calculs des doses. Tous ces calculs sont faits en concertation avec l'unité en charge des vaccins au secrétariat de GAVI et (en cas de modifications importantes) avec le pays et sont signés par le Responsable Pays de GAVI.

### Soutien au vaccin conjugué antiméningococcique A

Selon le plan de lancement du vaccin conjugué antiméningococcique A, le Burundi prévoit de mener une campagne en 2015 et d'introduire une vaccination de routine et d'éventuelles mini-campagnes de rattrapage à compter de 2016.

## 12. Financement et viabilité du PEV

Le Burundi fait partie du groupe à « faible revenu » pour 2014. Il a commencé le cofinancement obligatoire du vaccin pentavalent en 2009, du VPC13 en 2011 et du vaccin antirotavirus en 2013. En 2008, il a volontairement cofinancé le vaccin pentavalent ; en 2009 et 2010, ses contributions ont été supérieures au minimum requis. Le pays s'acquitte ponctuellement de son obligation de cofinancement.

La contribution du gouvernement à l'ensemble des frais opérationnels du PEV de 15 319 306 USD n'est que de 616 149 USD (4 %). Le CCIA fait toutefois remarquer que les partenaires ont recommandé que la contribution du gouvernement soit estimée à son plein niveau, y compris l'ensemble des coûts en personnel de santé et non seulement les coûts du personnel participant aux activités du PEV. Le Burundi ne participe pas au financement des vaccins traditionnels et du matériel de sécurité des injections, qui sont financés par l'UNICEF. Ceci soulève de grandes préoccupations quant à la pérennité du programme à l'avenir ; ces préoccupations ont également été exprimées dans le rapport d'examen externe du PEV.

Même si GAVI a reconnu les très gros efforts fournis par le gouvernement pour augmenter le montant du budget de cofinancement en 2014 (avec l'introduction du vaccin antirotavirus), le pays est encouragé à mettre en place un plan de viabilité pour son programme PEV qui tient compte de son engagement et de ses investissements dans le financement axé sur la performance de la santé, en collaboration avec les parties prenantes clés dans le pays.

**Les recommandations sont présentées à la section 14. (Plan de viabilité).**

## 13. Recommandations pour les renouvellements

Thème	Recommandation
SNV (Nouveaux Vaccins)	<p><b>Renouvellement des demandes de vaccins, sans modification dans la présentation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DTC-HépBHib : Tel que requis et indiqué dans le présent document.</li> <li>- VPC13 Tel que requis. L'extension du soutien pour le VPC13 est recommandée jusqu'en 2015, d'après la demande du pays et en accord avec le PPAC soumis par le pays.</li> <li>- <b>Antirotavirus</b> : Tel que demandé et requis.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antirougeoleux</b> : Tel que requis.</li> <li>- Les campagnes de prévention de masse pour la méningite A prévoient une introduction en 2015. La vaccination de routine et les campagnes de rattrapage devraient intervenir à compter de 2016.</li> </ul>
RSS	Approbation d'un montant de 1,720,000 millions d'USD pour le paiement de performance en vertu de l'approche FBP de GAVI (montant calculé grâce à la publication des estimations 2013 de WUENIC)

#### 14. Autres mesures recommandées

Thème	Mesure	Responsable	Calendrier
<b>Questions d'équité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pays est encouragé à réaliser une analyse complète de l'égalité entre hommes et femmes et de l'équité de son programme PEV (peut-être dans le cadre de la prochaine enquête démographique prévue pour 2015-EDS).</li> </ul>	MS	2015
<b>PPAC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PPAC actualisé (y compris l'extension de financement du VPC13 et l'information sur le VPI) devra être communiqué à GAVI.</li> </ul>	MS	T3-2014
<b>Pérennité financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pays est encouragé à mettre en place un plan de viabilité en collaboration avec les parties prenantes clés dans le pays. Le pays est fortement encouragé à affecter un financement aux vaccins traditionnels.</li> </ul>	MS	D'ici fin 2014
<b>Qualité des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GAVI et les partenaires doivent discuter avec les pays des approches du pays pour optimiser son système de gestion des données et la qualité de ses données.</li> </ul>	MS avec les partenaires de GAVI Alliance	D'ici fin 2014
<b>Subvention RSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le décaissement du montant lié à la prime de performance basée sur les progrès réalisés dans le cadre de suivi et d'évaluation et de la couverture vaccinale en 2013. (sujet à l'approbation du plan d'utilisation par GAVI).</li> </ul>	GAVI	Septembre 2014
<b>Gestion financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le pays et le CPSD doivent surveiller trimestriellement le plan d'action découlant du programme d'allocations en espèces.</li> <li>Le ministère de la Santé est encouragé à régler certains des goulots d'étranglement observés dans le décaissement du niveau central vers le niveau du district/régional.</li> <li>Des éclaircissements financiers sont demandés au pays dans la lettre de décision.</li> </ul>	MS MS MS	Trimestrielle Continuellement Septembre 2014
<b>SNV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre/confirmer le calendrier des campagnes de prévention de masse pour la méningite A, actuellement prévues pour 2015.</li> <li>Comprendre/confirmer le calendrier de la vaccination de routine et des campagnes de rattrapage, actuellement prévues à compter de 2016.</li> </ul>	MS	2014 – Janvier 2015

<b>Éclaircissements financiers</b>	<p><b>RSS 2 (nouvelle subvention) :</b> le pays est tenu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure dans le solde de clôture du RSA 2013 le montant des « Autres recettes » indiqué dans les états financiers (4 025 000 BIF).</li> <li>• Fournir le rapport d'audit 2013 et les relevés bancaires 2013.</li> </ul> <p><b>RSS 1 (ancienne subvention) :</b> le pays est tenu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer la différence de 62 943 215 BIF entre le solde d'ouverture du RSA 2013 (16 722 629 BIF) et le solde d'ouverture des états financiers 2013 (109 665 844 BIF).</li> <li>• Expliquer la différence de 109 665 844 BIF entre les dépenses (0 BIF) du RSA 2013 et les dépenses (109 665 844 BIF) des états financiers 2013.</li> <li>• Expliquer la différence de 1 454 245 BIF entre le solde de clôture (46 722 629 BIF) du RSA 2013 et le solde de clôture (48 176 874 BIF) des états financiers 2013.</li> <li>• Fournir les relevés bancaires de 2013.</li> </ul>	MS	Septembre 2014
	<p><b>SSV :</b> le pays est prié de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir le rapport d'audit 2013 et les relevés bancaires 2013.</li> <li>• Expliquer les différences entre le solde de clôture du RSA/des états financiers 2012 (735 684 384 BIF), le solde d'ouverture du RSA 2013 (1 719 845 854 BIF) et le solde d'ouverture des états financiers 2013 (744 187 956 BIF).</li> <li>• Expliquer la différence de 341 874 970 BIF entre le solde de clôture du RSA 2013 (468 187 734 BIF) et le solde de clôture des états financiers 2013 (126 312 764 BIF).</li> <li>• Expliquer la différence de 633 782 928 BIF entre les dépenses du RSA 2013 (1 251 658 120 BIF) et les dépenses des états financiers 2013 (617 875 192 BIF).</li> </ul>		
	<p><b>Sommes forfaitaires d'introduction:</b> le pays est prié de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir le rapport d'audit 2013 et les relevés bancaires 2013.</li> <li>• Expliquer la différence de 9 719 000 BIF entre le solde d'ouverture du RSA 2013 (1 000 782 021 BIF) et le solde d'ouverture des états financiers 2013 (1 010 501 021 BIF).</li> <li>• Expliquer la différence de 36 570 790 BIF entre le solde de clôture du RSA 2013 (411 227 488 BIF) et le solde de clôture des états financiers 2013 (374 656 698 BIF).</li> <li>• Expliquer la différence de 46 389 790 BIF entre les dépenses du RSA 2013 (589 554 533 BIF) et les dépenses des états financiers 2013 (635 844 BIF).</li> </ul>		
	<p><b>OSC de type B :</b> le pays est tenu de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir les rapports d'audit en souffrance.</li> <li>• Expliquer la différence de 7 383 289 BIF entre le solde de clôture du RSA 2012 (116 034 015 BIF) et le solde d'ouverture du RSA/des états financiers 2013 (123 417 304 BIF).</li> </ul>		