

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

Pays	CAMEROUN
JA complète ou JA mise à jour	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	Ebolowa, 10-14 septembre 2018
Participants/affiliation¹	Fourni en annexe
Fréquence des rapports de résultats	Janvier à Décembre 2017
Période fiscale²	Janvier à Décembre 2017
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2015-2019
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	Phase préparatoire

1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

Remarques sur la demande de vaccins

Population	24 253 757				
Cohorte de naissances	876 315				
Vaccin	VPI	Penta	Rota	PCV13	Fièvre jaune
Population dans la cohorte d'âge cible	875 039	875 039	875 039	875 039	875 039
Population cible devant être vaccinée (première dose)	700 031	848 788	796 285	848788	752534
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	NA	787 535	743 783	787535	NA
Taux de couverture implicite	80%	90%	80%	90%	86%
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	76%	86%	83%	84%	78%
Dernier taux de couverture admin disponible	76%	86%	83%	84%	78%
Taux de perte	10%	6%	5%	5%	20%
Stock tampon	25%	25%	25%	25%	25%
Stock signalé	26 210	1 813 000	495 597	1 956 749	473 890

Le PEV utilise les données de projection démographiques du recensement de 2005 pour planifier les commandes en vaccins.

Avant 2017, l'estimation des besoins en vaccins se faisait sur la base des résultats à atteindre en termes de couverture vaccinale implicite, fixés au niveau international (90% pour le Penta3) et du PPAC. De plus, l'inventaire physique des vaccins et intrants avant l'estimation des besoins du pays en vaccins (forecast) n'était ni systématique, ni exhaustif. Au cours des précédentes années, seules les données des stocks disponibles dans les entrepôts du niveau central étaient prises en compte lors de l'estimation des besoins. De plus, l'on a noté une baisse des performances depuis 2014 (80-85% pour le Penta3), les quantités planifiées et livrées sur la base des 90% de couverture vaccinale à atteindre n'étaient pas réalistes, ce qui a entraîné un surstockage et des pertes importantes en vaccins d'une sur estimation.

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.

Pour remédier à cette situation, une réunion du CCIA s'est tenue ainsi que des réunions avec les partenaires (OMS, Unicef, CHAI) au cours desquelles le pays a pris la décision de revoir à la baisse les besoins en vaccins par la révision des objectifs de couverture vaccinale.

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir³

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	2019	2020
	VPH	2017	2019
	Rougeole-Rubéole 2	2018	2019

2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

• **Situation sécuritaire et populations déplacées**

En raison des crises sécuritaires dans le Nord du Nigéria et en République Centrafricaine, le Cameroun enregistre depuis juillet 2014⁴, des épisodes d'insécurité transfrontalière dans les Régions de l'Est, et de l'Extrême-Nord. Des attaques sporadiques de bandes armées et des cas d'enlèvements continuent d'être rapportés dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua. Les données du Haut-Commissariat des Nations Unies chargé des Réfugiés (HCR) révèlent que le Cameroun abrite 351 114 réfugiés originaires du Nigéria (95 027) et de la République Centrafricaine (255 907)⁵. Répartis principalement dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est et de l'Adamaoua, ces populations spéciales vivent dans des camps humanitaires ou en communauté. En outre, le nombre de déplacés internes dans l'Extrême-Nord du pays à décembre 2017 était estimé à 241 030, notamment dans les districts de santé de Fotokol, Goulfey, Kousseri, Makary, Mogode et Mora⁶. Depuis 2016, l'instabilité dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a entraîné des mouvements de populations à l'intérieur de ces régions, vers les régions voisines (estimés à 160 000 personnes)⁷ et même vers le Nigéria (estimé à plus de 20 000 personnes)⁸.

• **Zones d'accès difficiles**

On distingue deux 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 (DS) (Goulfey, Kolofata, Kousseri, Koza, Mada, Makary, Mokolo et Mora) ayant des aires de santé à risque, comptant environ 3179 enfants cibles du PEV. Dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, affectées par les troubles socio-politiques 4 DS (Batibo, Fundong, Mbengwi et Njikwa) et 14 DS (excepté Bakassi, Buea, Limbé et Tiko) respectivement, sont touchés par l'insécurité. Dans l'ensemble, 10 376 (14,8%) enfants cibles de la région du Nord-Ouest et 37 104 (69,3%) enfants cibles de la région du Sud-Ouest se trouvent en zone d'insécurité⁹. Dans l'ensemble, à l'échelle du pays, 50 659 (5,9%) enfants cibles se trouvent en zone d'insécurité.

³ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

⁴ Kougou Léon (2014). Boko Haram, Le cameroon à l'épreuve des menaces. L'Harmattan.

⁵ UNHCR : Cameroon Factsheet – April 2018. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unhcr-cameroon-factsheet-april-2018>

⁶ IOM : Displacement Tracking Matrix. Cameroon, Far-North Region. December 2017.

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/iom_cmr_dashboard_rd12_en.pdf

⁷ Unicef : Cameroon Humanitarian Situation Report, May 2018. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unicef-cameroon-humanitarian-situation-report-may-2018>

⁸ UNHCR : <http://www.unhcr.org/news/briefing/2018/3/5ab0cf2b4/anglophone-cameroonians-nigeria-pass-20000-mark.html>

⁹ Informations reçues des Coordonnateurs des Groupes Techniques Régionaux du PEV.

○ Zones insulaires

Des zones insulaires sont identifiées dans 03 districts de santé de la région de l'Extrême-Nord (Mada, Makary et Bogo), pour une cible estimée à 1 197 enfants, représentant 14,6% de la cible totale de ces districts. Dans la région du Littoral, les zones insulaires ont été identifiées dans les districts de santé d'Abo, Dibombari, Edéa, Manoka et Yabassi. Ces DS comptent pour 777 (12,3%) enfants de la cible. Dans la région de l'Ouest, le district de Malantouen compte 1058 (20,2%) enfants de la cible vivant en zone insulaire. Dans le district de Lagdo, région du Nord, le nombre d'enfants de la cible vivant dans les zones insulaires est estimé à 2604 (49,9%). Dans la région du Sud-Ouest, les DS Tiko et l'ensemble du DS Bakassi sont insulaires et comptent pour 1069 (20,2%) enfants cibles¹⁰. Dans l'ensemble, à l'échelle du pays, 6 705 (0,8%) enfants cibles se trouvent dans des zones insulaires.

● Situation épidémiologique des maladies évitables par la vaccination

Depuis juillet 2014 aucun cas de Polio Virus Sauvage (PVS) n'a été confirmé au Cameroun. Cependant, suite à la notification de cas de PVS et Poliovirus circulant de souche vaccinale (cVDPV) dans l'Etat du Borno au Nigéria en août 2016, le Pays a élaboré quatre plans d'urgence polio afin de renforcer la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) et augmenter l'immunité collective de la population. Ainsi, 12 tours de campagnes de riposte ont été menées dans les trois régions septentrionales frontalières avec l'Etat du Borno au Nigeria ; certains tours ont concerné d'autres Régions à risque telles le Nord-Ouest et l'Ouest.

Dans le cadre des activités post-introduction du vaccin RR, un système de surveillance sentinelle du syndrome de rubéole congénital (SRC) a été mis en place et est fonctionnel depuis le mois d'avril 2018. Par ailleurs, 04 districts de santé ont été en épidémie de rougeole en 2017 avec des ripostes vaccinales effectives dans chacun desdits districts.

Quatre cas de fièvre jaune ont été confirmés dans les DS de Bertoua, Bangué et Kumba. Toutefois, au terme des investigations approfondies, aucun de ces DS n'a été déclaré en épidémie.

Quant au Tétanos Néonatal (TNN), 3 DS (Ndom, Nguti et Ngog Mapubi) ont franchi le seuil d'élimination et 1 DS (Lolodorf) a été identifié à haut risque. Un premier tour de campagne de vaccination contre le tétanos a été mené dans les DS Lolodorf, Ndom et Ngog Mapubi ; l'activité a été retardée dans le DS nguti en raison du contexte sécuritaire.

Au terme de l'analyse de risque du choléra pour la période 2010-2015, le Ministère de la Santé Publique a mené avec l'appui de ses partenaires 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. Néanmoins, depuis la mi-juillet 2018, 19 DS ont été affectés dans les régions du Centre, de l'Extrême-Nord, du Littoral et du Nord. Dans l'ensemble au 29 octobre 2018, 645 cas ont été enregistrés (dont 537 dans la région du Nord qui compte 13 districts en épidémie) et 43 décès (dont 24 en communauté), soit un taux de létalité de 6,7%¹¹, notamment en raison du non recours ou du recours tardif aux formations sanitaires pour la prise en charge.

● Situation macroéconomique

En 2017, l'activité économique du Cameroun a connu un ralentissement matérialisé par une baisse du taux de croissance de 5,7% en 2015, 4,5% en 2016 à 3,2% en 2017¹². Cette diminution s'explique par le recul observé dans le secteur pétrolier (-17,7% en 2016, contre +3% en 2015), malgré la bonne tenue de l'activité dans le secteur non pétrolier¹³. Les prévisions macroéconomiques futures du Cameroun sont encourageantes. Selon le Fonds Monétaire International (FMI), la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel du Cameroun connaîtra une hausse en 2018 pour se situer à 4,0% et devrait remonter à 4,5% en

¹⁰ Idem.

¹¹ MINSANTE (2018). Rapport de situation N°12, Gestion de l'épidémie de choléra. 01/08/2018.

¹² Circulaire N°001/CAB/PRC du 20 juin 2018 relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2019. Disponible à <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/6514-circulaire-n-0001-cab-prc-du-20-juin-2018-relative-a-la-preparation-du-budget-de-l-etat-pour-l-exercice-2019>.

¹³ CEMAC. Rapport intermédiaire de surveillance multilatérale 2017 et perspectives pour 2018. Disponible à https://www.cemac.int/sites/default/files/publications/Rapports/Rapport_int%C3%A9rimaire_Surveillance_Multilat%C3%A9rale2017_Perspectives_2018.pdf

2019¹⁴. Le Gouvernement quant à lui envisage un PIB 4,1% au terme de l'exercice 2018¹⁵. Le contexte économique est marqué par l'exigence d'allocations de plus en plus importantes pour la défense et la sécurité, restreignant la marge du budget de l'Etat allouée aux services sociaux, dans un contexte de diminution drastique des appuis financiers extérieurs à la vaccination, notamment en raison de l'achèvement de l'Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite.

- **Ajustements des besoins et stratégies pour les populations spéciales**

Au premier semestre 2018, 3653 (1,1%) enfants réfugiés ont reçu le Penta 3 sur un total de 321 638 enfants vaccinés dans le Pays. La proportion de ces enfants étant relativement faible, le Pays n'a pas apporté d'ajustement à sa demande de vaccins. Quant aux zones d'insécurité du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, les stratégies de prestation de services pour une meilleure atteinte des cibles sont en train d'être revues et seront prises en compte dans le cadre de la mise en œuvre du RSS 2.

- **Transition de l'Initiative Mondiale d'Éradication de la Poliomyélite (IMEP)**

L'IMEP a permis l'arrêt de la circulation du Poliovirus sauvage (PVS) au Cameroun depuis 2015 ; le dernier cas de PVS détecté au Cameroun date du 09 juillet 2014 et le dernier cas de cVDPV date du 12 août 2013. Le pays a introduit avec succès le VPI et a procédé au remplacement du VPOt par le VPOb dans la vaccination de routine. La cartographie des 189 DS et des AS a été réalisée, y compris la géolocalisation (GIS). Les acteurs du système de vaccination ont acquis une meilleure maîtrise de l'organisation des campagnes de masse, y compris l'application des stratégies spéciales. La surveillance épidémiologique et les mécanismes de coordination ont été renforcés, d'où les TPNPA supérieurs à 5 depuis 2014. Un laboratoire Polio équipé et fonctionnel a été mis en place au Centre Pasteur du Cameroun. La Communication en faveur de la vaccination a été renforcée avec l'engagement des leaders et une implication des communautés ; dans ce cadre des fora de gouverneurs ont été mis en place et un comité de suivi des fora est chargé du suivi des activités de vaccination et de lutte contre la polio dans 8 régions du pays. La chaîne d'approvisionnement a été améliorée ; le Pays a ainsi pu atteindre une capacité de stockage totale de 62 m³ en stockage positif et 17 m³ en stockage négatif au niveau central.

Les financements de l'IMEP étant en baisse drastique, le Pays a élaboré en 2017 un plan de transition Polio 2017-2021 d'une part et un Business Case d'autre part. Il se propose ainsi de garantir les fonctions nécessaires au maintien d'un Cameroun exempt de poliomyélite après son éradication et faire en sorte que les investissements consentis pour éradiquer la Polio contribuent à l'atteinte des objectifs de santé du Pays. Ledit plan comporte six objectifs et huit axes stratégiques portant sur le renforcement de la vaccination de routine, la surveillance épidémiologique et la réponse aux flambées épidémiques entre autres. Le budget total du plan sur les 5 années s'élève à 37 451 489 933 FCFA. Les sources de financement envisagées pour son exécution sont l'Etat (14,20%), Gavi (3,39%), OMS (43,11%), Unicef (28,48%), CHAI (0,04%), CDC (0,26%). La contribution attendue de Gavi sur les 5 années de mise en œuvre du plan s'élève à 1 268 941 540 FCFA, notamment pour l'achat des vaccins et intrants et les activités de renforcement du système de santé. Il convient de relever un gap de financement du plan à hauteur de 3 939 713 405 FCFA¹⁶. Un forum des donateurs est planifié à l'effet de mobiliser des financements additionnels.

L'année 2019 au sein du programme sera marquée par le renforcement de la logistique notamment par la poursuite de l'exécution des activités de la Plateforme d'Optimisation des Equipements de la Chaîne du froid (POECF) au niveau opérationnel et par la construction du nouvel entrepôt au niveau central ainsi que l'introduction des nouveaux vaccins. Les activités de la POECF vont augmenter la capacité de stockage et la qualité de la conservation des vaccins dans le Pays. Ceci permettra une plus grande disponibilité de vaccins au niveau des points de prestation et une offre de services accrue. L'introduction du VPH et de la deuxième dose du vaccin RR sont des opportunités de renforcement de la communication et la mobilisation sociale

¹⁴ <http://www.imf.org/en/Countries/CMR>. Consulté le 24/07/2018.

¹⁵ Circulaire N°001/CAB/PRC du 20 juin 2018 relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2019. Disponible à <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/6514-circulaire-n-0001-cab-prc-du-20-juin-2018-relative-a-la-preparation-du-budget-de-l-etat-pour-l-exercice-2019>.

¹⁶ MINSANTE (2017). *Résumé analytique et business case du plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite au Cameroun 2017-2021*. Yaoundé-Cameroun

en faveur de la vaccination, ainsi que d'un renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux sur la vaccination en pratique. En outre, la présence d'un Management Partner permettra de renforcer la gestion du Programme. Tout ceci aura un impact fortement positif sur les performances du Programme et contribuera à l'atteinte des objectifs.

Il convient néanmoins de relever certains risques^{17, 18, 19} ci-dessous :

L'aggravation des troubles socio-politiques dans les régions du Nord-ouest et du Sud-Ouest pourrait accentuer les mouvements de populations en quête de sécurité, et l'abandon des structures de santé par les personnels souvent victimes de la défiance des insurgés envers les institutions. En effet, seulement 47% des DS (9/19) du Nord-Ouest et 17% (3/18) des DS du Sud-Ouest sont relativement épargnés par les troubles. Comparé à 2017 le nombre de formations sanitaires rapportant des activités de vaccination à septembre 2018 a baissé de 12,5% dans le Nord-Ouest et 38,2% dans le Sud-Ouest, correspondant respectivement à 34 et 96 formations sanitaires en arrêt d'activités dans ces régions. Le nombre d'enfant vaccinés au Penta 3 a quant à lui baissé de 11,4% dans le Nord-Ouest et 30,8% dans le Sud-Ouest. L'accentuation de cette tendance rendrait la mise en œuvre des plans opérationnels et l'atteinte des cibles plus difficiles, avec pour conséquences une baisse plus importante des couvertures vaccinales et la survenue d'épidémies.

Dans la partie septentrionale, bien que résiduelles, les exactions du groupe terroriste Boko Haram couplées au grand banditisme persistent, créant un climat défavorable tant pour le personnel de santé que pour les bénéficiaires, aux effets sont similaires à ceux décrits plus haut.

Le Pays organisera les élections législatives et municipales en 2019. La survenue de troubles dans la période électorale pourrait avoir des répercussions négatives sur la prestation des services de vaccination.

Les districts de santé de Bakassi, Manoka et Ndom ont enregistré les Couvertures Vaccinales (CV) de moins de 50% (Penta 3) sur les trois dernières années et présentent de ce fait un risque important de survenue d'épidémies.

L'exigence d'allocations de plus en plus importantes pour la défense et la sécurité restreint la marge du budget de l'Etat allouée aux services sociaux ; les appuis financiers extérieurs à la vaccination connaissent une diminution drastique, notamment en raison de l'achèvement de l'IMEP. L'insuffisance du financement du Programme rendrait difficile l'exécution du plan d'action et en conséquence, l'atteinte des objectifs.

N°	Risques identifiés	Probabilité de survenue (Score 0-4)	Impact sur l'exécution du plan et l'atteinte des objectifs (Score 0-4)	Mesures de mitigation
1	Aggravation des troubles socio-politiques dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest	3	4	Un plan d'urgence humanitaire a été élaboré par le Gouvernement et le volet santé intègre le renforcement des activités de vaccination par des unités de santé mobiles et la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires dans le cadre du programme Prévention du Ministère de la Santé Publique.
2	Persistance des incursions sporadiques de Boko Haram et du	3	3	Les stratégies de Hit&Run et de Firewalling habituellement appliquées aux zones affectées seront mises en œuvre

¹⁷ International Crisis Group (2017). <https://www.crisisgroup.org/fr/africa/central-africa/cameroon/130-cameroon-worsening-anglophone-crisis-calls-strong-measures>

¹⁸ Euler Hermes Economic Research (2017). Disponible à www.eulerhermes.com/economic-research/blog/EconomicPublications/cameroon-country-report-sep17.pdf

¹⁹ MINSANTE (2017). Plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite au Cameroun 2017-2021. Yaoundé-Cameroun

	grand banditisme dans le septentrion			
3	Survenue d'épidémies dans les DS chroniquement sous performants	3	2	La surveillance épidémiologique sera intensifiée. En outre, ces districts sont classés en haute priorité des 54 districts de santé identifiés comme nécessitant des actions prioritaires de renforcement de l'approche ACD en y intégrant l'analyse de l'équité, et d'application de la stratégie « Missed Opportunities of Vaccination » (MOV)
4	Insuffisance du financement du Programme	2	3	Le Pays mène des efforts pour le démarrage effectif du RSS2. Des activités de mobilisation des acteurs du secteur privé national ainsi que de la société civile et des communautés pour le financement de la vaccination sont en cours. En outre, le processus de mise en place de la Couverture Santé Universelle qui intègre la vaccination dans le paquet d'interventions prioritaires est en cours ²⁰ . Un plaidoyer est régulièrement mené auprès des responsables du Département en vue de l'augmentation des ressources allouées au Programme.
5	Troubles sociaux éventuels dans le cadre des élections	2	3	Le plan cité au point n°1 sera révisé et appliqué dans les zones affectées par les troubles

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Depuis 2015, la couverture vaccinale au Penta 3 connaît une légère augmentation mais le Pays reste en deçà de l'objectif du GVAP/PPAc qui est de 90%. La cible à vacciner a connu des ajustements à la baisse en 2012 suite à la publication des résultats du recensement général de la population de 2005 (RGPH 2005), et en 2017 suite à la revue des projections de cibles issues du RGPH 2005²¹. La couverture vaccinale contre la rougeole quant à elle est en baisse depuis 2013 (Figure 1).

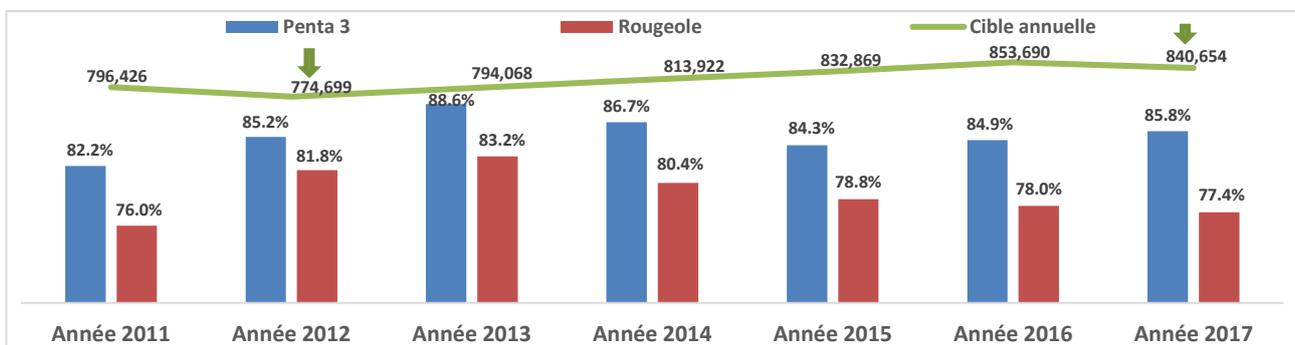


Figure 1. Evolution des cibles et couvertures vaccinales en Penta 3 et contre la rougeole de 2011 à 2017

Sources : Estimations officielles/estimations OMS-UNICEF, base de données PEV-2017

²⁰ MINSANTE (2018). Point sur la CSU à l'occasion de la conférence des services centraux. Disponible à <http://www.minsante.cm/site/sites/default/files/Point%20CSU%20Conf%C3%A9rence%20Services%20Centraux%202018%20OK.pdf>

²¹ MINSANTE, 2016. Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé. Yaoundé - Cameroun

Sur 840 654 nourrissons attendus en 2017, 719 157 ont été vaccinés au Penta 3, soit une couverture vaccinale de 86%. L'évolution du nombre de nourrissons vaccinés par région au Penta 3 montre qu'aucune région n'a été constante dans l'augmentation du nombre d'enfants vaccinés d'une année à l'autre. Sept régions sur 10 que compte le pays ont vaccinés moins d'enfants en 2017 comparativement à 2016. La région du Littoral présente la particularité d'enregistrer une baisse du nombre d'enfants vaccinés depuis 2015 (Figure 2). Des différents échanges avec les régions, il ressort qu'au-delà des troubles socio-politiques dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, la baisse du nombre d'enfants vaccinés s'expliquerait entre autres par un certain relâchement dans les districts de santé qui ont vu leurs cibles revues à la baisse en 2017 (DS des villes de Douala et Yaoundé, DS de la région du Sud) et un sous rapportage des données lié au manque d'outils d'enregistrement des actes vaccinaux (registres de vaccination et de pointage) dans certains postes de vaccination. Les ruptures de stocks en VPO, VPI et Penta auraient elles aussi entraîné une telle baisse dans les régions affectées.

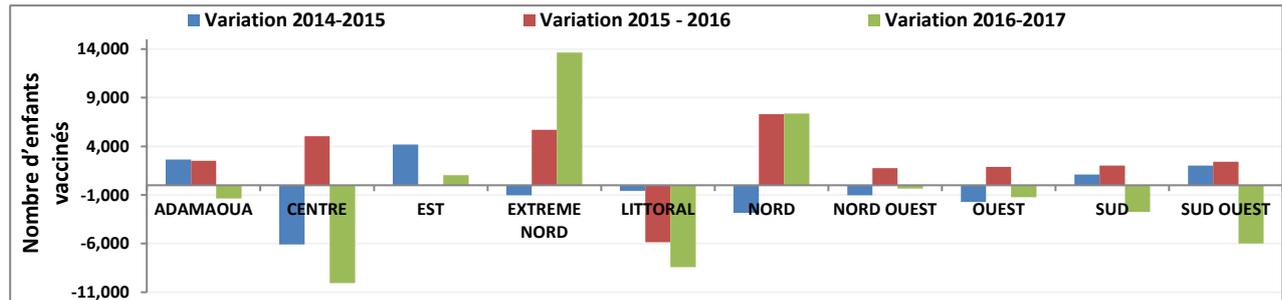


Figure 2 . Ecart de nourrissons vaccinés au fil des années depuis 2014

Source : Base de données PEV_2014-2017

Tableau 1. Top 10 des DS ayant les plus grands effectifs de nourrissons non vaccinés au Penta 3

REGIONS	CLASSEMENT	DISTRICT	Enfants manqués	% (par rapport au total d'enfants manqués)	% cumulé croissant	Complétude du rapport des FOSA (%)
EXTREME-NORD	1	Kousseri	6898	5	5	100
EXTREME-NORD	2	Mora	4904	3,6	8,6	100
EXTREME-NORD	3	Makary	4106	3	11,6	97,2
LITTORAL	4	Boko	4022	2,9	14,5	96,3
CENTRE	5	Nkolndongo	3384	2,5	17	93,2
NORD-OUEST	6	Bamenda	2992	2,2	19,2	100
NORD	7	Touboro	2977	2,2	21,4	100
NORD-OUEST	8	Ndop	2968	2,2	23,6	100
ADAMAOUA	9	Ngaoundéré Urbain	2931	2,1	25,7	100
EXTREME-NORD	10	Maroua 1	2871	2,1	27,8	100
TOTAL PAYS			137 456	100	100	97,5

Source : Rapport d'analyse du JRF

Dans l'ensemble, 137 456 enfants ont été manqués en 2017. Le tableau ci-dessous regroupe les 10 principaux districts ayant manqué le plus d'enfants au terme de l'année soit 28% des enfants manqués dans le pays. Malgré l'augmentation du nombre d'enfants vaccinés dans la région de l'Extrême-Nord, on constate que 04 districts de santé (Kousseri, Mora, Makary et Maroua 1) parmi les 10 ayant manqués le plus d'enfants en 2017 sont de cette région. Les régions de l'Extrême-Nord et du Nord affectées par les exactions de Boko Haram concentrent près de la moitié des nourrissons perdus de vue et non vaccinés du pays.

Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest affectées par les troubles socio-politiques depuis le 4^{ème} trimestre 2016 ont connus en 2017 des baisses du nombre d'enfants vaccinés au Penta 3 de 10,3% et 14,3% respectivement. Au premier semestre 2018, les couvertures vaccinales sont tombées à 67% et 59% respectivement, contre 82% et 89% à la même période en 2017. L'accentuation de cette tendance à la baisse des couvertures vaccinales accroîtrait le risque de survenu d'épidémies dans les communautés les plus affectées.

Pour l'année 2017, les régions de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest enregistrent des couvertures vaccinales au Penta 3 inférieures à 80% seules les régions de l'Est et du Sud ont la totalité de leurs districts au-dessus de 80%

Évaluation conjointe (JA complète)

de couverture vaccinale. Pour ce qui est de la vaccination contre la rougeole, 6 régions (Adamaoua, Extrême-Nord, Littoral, Nord, Nord-Ouest et Ouest) sur les 10 que compte le pays tirent la performance vers le bas en enregistrant des couvertures vaccinales inférieures à 80% (Figure 4). Tout comme pour le Penta 3, les performances varient d'un district à l'autre dans la même région ; seule la région de l'Est a la totalité de ses districts au-dessus de 80% de couverture vaccinale. Sur la base des données administratives conformes aux estimations OMS-Unicef, la couverture vaccinale au RR en 2017 est de 77%. Celle des autres vaccins est présentée dans le tableau ci-dessous.

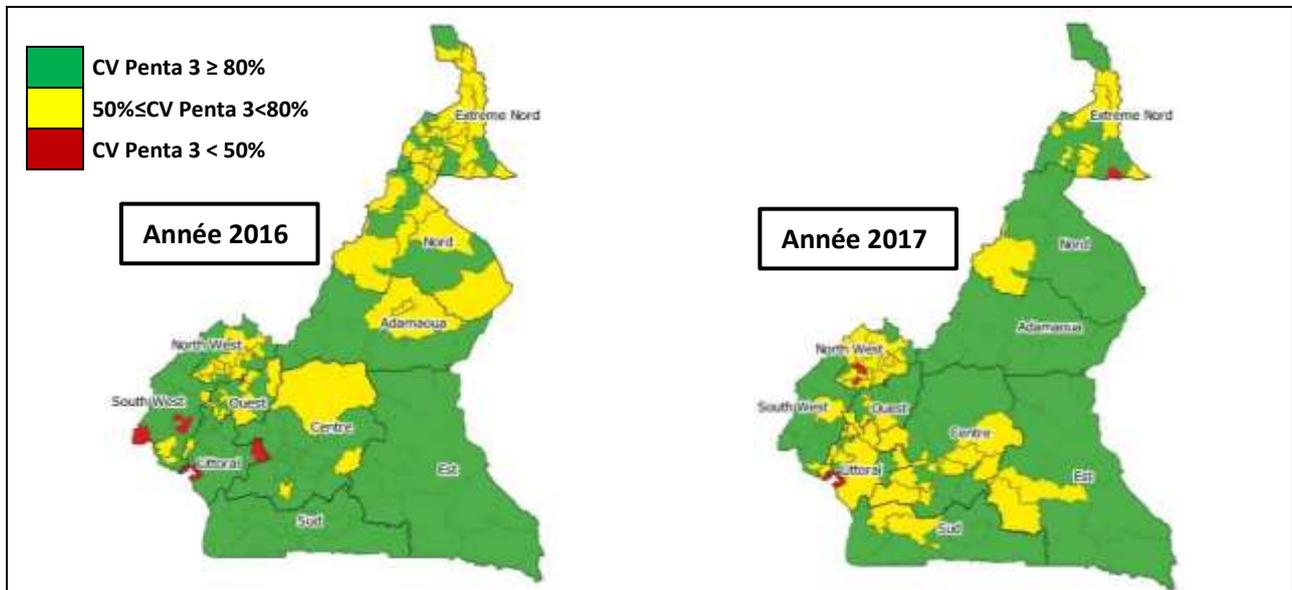


Figure 3. Couvertures vaccinales au Penta 3 par district dans les 10 régions – 2016 et 2017
Source : Base de données PEV-2017

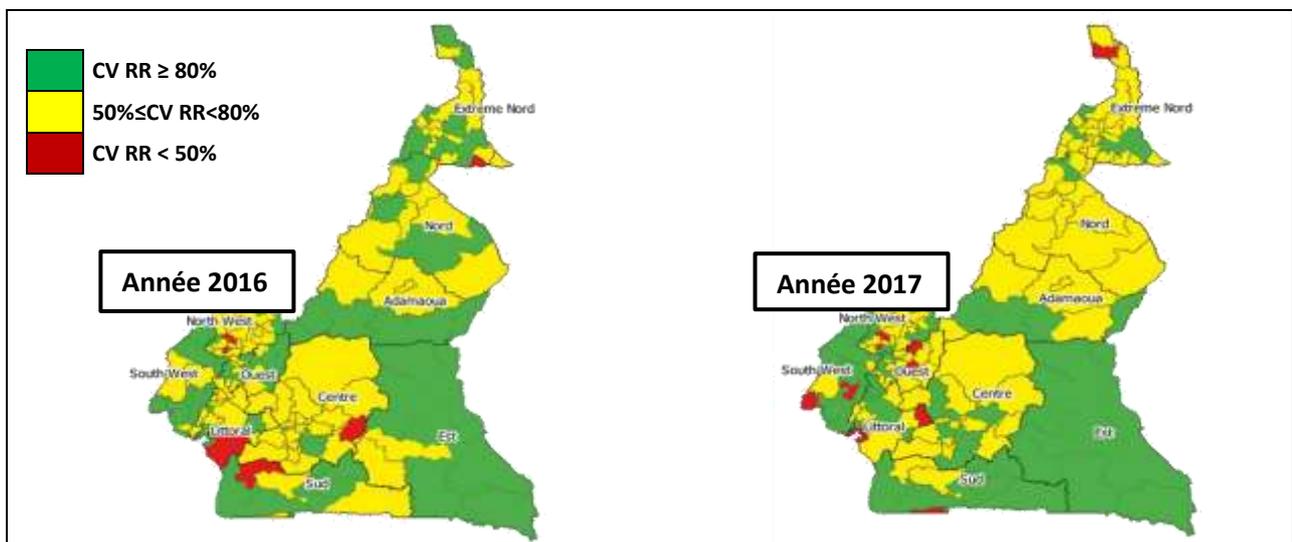


Figure 4. Couvertures vaccinales contre la rougeole par district dans les 10 régions – 2016 et 2017
Source : Base de données PEV-2017

Tableau 2. Performances globales de vaccination de routine par région et dans le Pays

REGIONS	BCG	PENTA 1	ROTA 2	PENTA 3	VPO 3	VPI	PCV 13-3	RR	VAA	VAT 2+	TAS	TAG
Objectifs	90%	95%	80%	90%	90%	79%	90%	85%	85%	72%	7%	10%
ADAMAOUA	93%	99%	88%	90%	83%	82%	89%	77%	77%	72%	9%	23%
CENTRE RURAL	93%	101%	90%	92%	90%	73%	90%	79%	79%	65%	9%	20%
CENTRE URBAIN	93%	101%	96%	97%	97%	77%	97%	89%	90%	79%	4%	15%
CENTRE	98%	101%	94%	95%	94%	75%	94%	85%	85%	73%	6%	17%
EST	99%	110%	99%	99%	98%	87%	99%	93%	93%	109%	9%	13%
EXTRÊME NORD	91%	87%	73%	78%	75%	69%	76%	73%	71%	56%	10%	22%
LITTORAL RURAL	90%	97%	93%	90%	90%	83%	91%	75%	78%	66%	7%	22%
LITTORAL URBAIN	88%	88%	85%	86%	86%	79%	86%	72%	79%	81%	3%	22%
LITTORAL	89%	90%	87%	87%	87%	80%	87%	72%	79%	78%	4%	22%
NORD	87%	91%	76%	82%	81%	76%	78%	72%	76%	81%	10%	28%

Évaluation conjointe (JA complète)

NORD OUEST	68%	80%	78%	78%	78%	78%	78%	73%	73%	63%	3%	0%
OUEST	91%	91%	80%	83%	81%	71%	83%	75%	75%	69%	9%	17%
SUD	100%	112%	103%	101%	97%	93%	101%	90%	90%	79%	9%	16%
SUD OUEST	87%	96%	91%	90%	90%	89%	90%	90%	89%	85%	7%	4%
CAMEROUN	91%	93%	83%	86%	84%	76%	84%	77%	78%	72%	8%	18%

Source : Base de données PEV-2017

L'on observe des écarts de couverture vaccinale entre les vaccins administrés simultanément ; la couverture vaccinale au VPI est de 10 points inférieure à celle au Penta 3 et de 8 points inférieure à celle au VPO 3 et au PCV 13 3. La couverture vaccinale au Rota 2 est de 1 point inférieure à celle au Penta 2 (Tableau 2). Ces écarts sont une illustration des occasions manquées dans les différents postes de vaccination en raison des ruptures de stocks de VPI qui ont duré entre 2 et 96 jours dans les 10 régions, en Penta qui ont duré de 7 à 15 jours dans 3 régions et en VPO qui ont duré 11 à 35 jours dans 5 régions..

Dans le cadre des JLV/JNV contre la poliomyélite, la proportion d'enfants manqués est restée inférieure à 5% depuis 2016.

L'équité de la vaccination entre les districts de santé est en progrès avec 135 (71%) DS qui ont une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80% comparé à 118 (62%) DS en 2016. Quatre (2,1%) DS ont des couvertures vaccinales en Penta 3 inférieures à 50% ; ce sont les districts de Bakassi, Konye, Manoka et Ndom. Les régions du Sud et de l'Est ont la meilleure équité vaccinale (100%). L'on ne note pas de différences significatives en rapport avec le genre (fille/garçon) conformément aux données de la dernière enquête MICS²² qui a montré par ailleurs que les enfants des milieux urbains, des mères ayant un niveau d'éducation élevé ou appartenant aux quintiles économiques les plus riches sont les mieux vaccinés (tableau 3).

Tableau 3. Vaccinations par caractéristiques de base

Classe		Proportion d'enfants vaccinés		Proportion d'enfants
		Penta 3	Rougeole	Complètement vaccinés
Sexe	Masculin	81,1%	85,1%	79,9%
	Féminin	82,5%	86,6%	77,3%
Milieu de résidence	Urbain	90,9%	91,4%	85,4%
	Rural	74,9%	81,7%	67,7%
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	63,0%	69,1%	56,6%
	Primaire	83,8%	89,0%	77,8%
	Secondaire	93,2%	94,6%	85,8%
	Supérieur	99,8%	100	94,9%
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	57,2%	64,9%	51,9%
	Second	80,1%	85,5%	73,7%
	Moyen	89,4%	93,3%	80,3%
	Quatrième	91,0%	94,4%	86,1%
	Le plus riche	95,1%	94,2%	89,2%

Source: Rapport MICS 2014

Les groupes vulnérables ont été clairement identifiés dans le pays ; ce sont entre autres les résidents des zones enclavées (montagnes, bas-fonds, zones marécageuses ou isolées par des obstacles naturels), les nomades (pygmées, bergers), saisonniers (cultivateurs, pêcheurs), les déplacées internes et les populations des zones à sécurité compromise (présence d'animaux féroces, conflits armés). Les enquêtes menées n'ont pas exploré les couvertures vaccinales spécifiques à ces groupes ; toutefois, l'analyse de l'équité conduite dans 5 districts de santé (Ebolowa, Edéa, Moloundou, Mora et Yoko) en juin 2018 a révélé une couverture vaccinale plus faible pour ces groupes. Les goulots d'étranglement à leur atteinte ont été identifiés dont les principaux sont :

- L'insuffisance de l'accès aux services de vaccination en raison du déficit en ressources humaines et de la faible mise en œuvre des séances de vaccination planifiées en stratégies avancée et mobile (prise en compte insuffisante de ces groupes lors de la planification, défaut de moyen de déplacement et de carburant, insécurité, inaccessibilité saisonnière) ;
- L'insuffisance de l'utilisation continue des services de vaccination en raison notamment de la faible implication des structures de dialogues et participation communautaire, de l'irrégularité des séances de vaccination, le non-respect des rendez-vous par les parents et la mobilité des populations nomades.

²² Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) 2014. Cameroun. Rapport Final.

Des actions correctives ont été identifiées et des plans ont été élaborés pour une amélioration de la situation dans les districts évalués ; les financements nécessaires à leur mise en œuvre restent à trouver²³. Cette analyse devrait être étendue aux autres districts du Pays étant donnés les spécificités propres à chacun.

L'analyse des données de surveillance révèle que 20% des districts sont sous-performants à la surveillance de la poliomyélite et des autres maladies sous surveillance ; en outre, le Pays a été confronté à des ruptures de stock en réactifs et consommables dans les laboratoires chargés de l'analyse des échantillons biologiques

Quatre épidémies confirmées de rougeole (DS Maroua 1, Moloundou, Mora et Tignere) ont été enregistrées en 2017 (figure 5), et 2 (DS Ngong et Rey Bouba) au premier semestre 2018. Excepté le DS Moloundou, tous les autres ont des couvertures vaccinales au RR inférieures à 80%. L'épidémie de Moloundou met en évidence l'inégale distribution des couvertures vaccinales dans le district. En effet, le rapport d'investigation révèle une couverture vaccinale de 57% dans les communautés affectées²⁴.

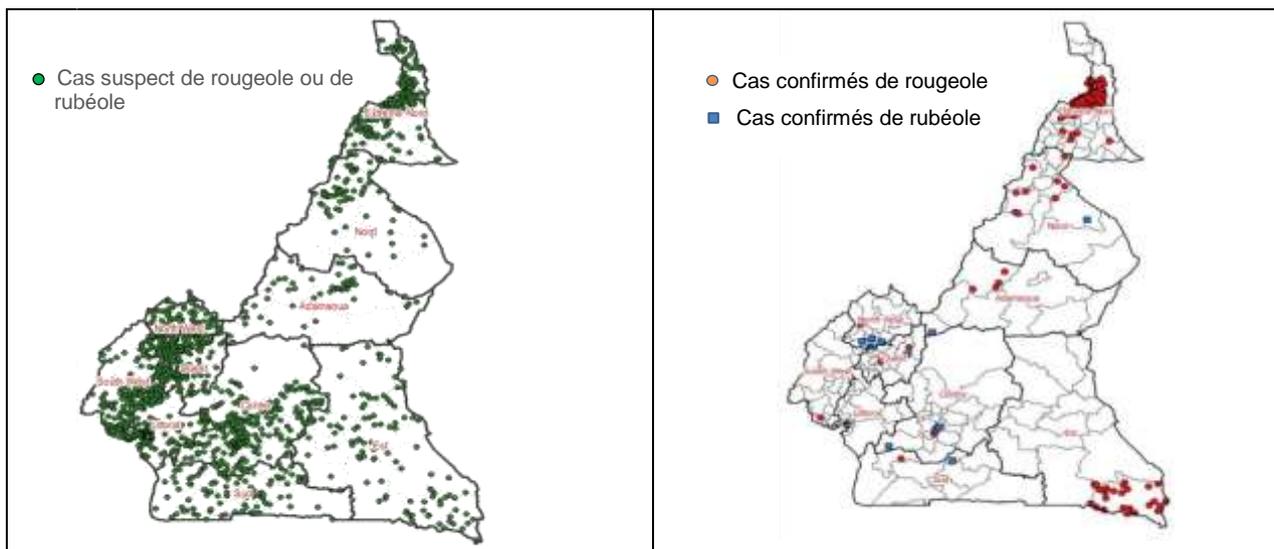


Figure 5. Distribution des cas suspects et confirmés de rougeole/rubéole investigués en 2017

Source : Base de données PEV-2017

Le croisement des données de vaccination aux données d'utilisation des vaccins au niveau national met en évidence des taux de pertes négatifs. Une analyse plus affinée par région montre néanmoins que ce n'est pas le cas, en raison des stocks résiduels disponibles dans les dépôts régionaux, comme le montrent les tableaux 4 et 5. Cette analyse des mouvements de stocks au niveau régional permet de relever pour le Penta 3 des taux de perte relativement élevés et dans les régions de l'Adamaoua, du centre, du Littoral et du Sud ainsi que des taux de perte négatifs dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord. Il convient néanmoins de relever la faible visibilité des stocks au niveau district et formation sanitaire ; des stocks importants restés en fin d'années dans les réfrigérateurs des districts et des formations sanitaires pourraient expliquer les taux de pertes élevés tandis que pour l'année suivantes, ils seraient à l'origine de taux de perte négatifs.

Tableau 4. Comparaison des doses de vaccin RR utilisées aux enfants vaccinés et calcul du taux de perte

Vaccin RR	Report 1 ^{er} janvier 2017	Qté reçue en 2017	Stock au 31/12/17	Pertes identifiées	Total doses utiles 2017_2	Enfant vaccinés RR	Ecart EV-Dose 2	Tx Perte 2
Adamaoua	21 450	66 450	-	12 630	75 270	36 166	39 104	52,0%
Centre	74 710	79 600	-		154 310	107 527	46 783	30,3%
Est	40 500	31 500	-		72 000	32 443	39 557	54,9%
Extrême-Nord	114 060	137 710	-		251 770	143 982	107 788	42,8%
Littoral	270 770	50 300	930	9 380	310 760	66 349	244 411	78,6%
Nord	75 270	46 550	-	-	121 820	83 262	38 558	31,7%
Nord-ouest	30 610	40 000	400	-	70 210	50 576	19 634	28,0%

²³ MINSANTE (2018). *Équité d'accès et vaccination. Rapport sur le profil des inégalités d'accès des enfants à la vaccination dans les districts de santé prioritaires d'Ebolowa, Edéa, Moloundou, Mora et Yoko.*

²⁴ MINSANTE (2017). *Rapport d'investigation d'une épidémie de rougeole dans le district sanitaire de Moloundou - Région de l'Est*

Évaluation conjointe (JA complète)

Ouest	54 210	70 730	-	350	124 590	62 713	61 877	49,7%
Sud	26 980	9 500	-	1 340	35 140	20 599	14 541	41,4%
Sud-ouest	54 210	42 000	1 990	40	94 180	46 926	47 254	50,2%
TOTAL	762 770	574 340	3 320	23 740	1 310 050	650 543	659 507	50,3%
Niveau National	245 350	250 000	-	-	495 350	650 543	-155 193	-31,3%

Tableau 5. Comparaison des doses de vaccin Pentavalent utilisées aux enfants vaccinés et calcul du taux de perte

Vaccin Pentavalent	Report 1 ^{er} janvier 2017	Qté reçue en 2017	Stock au 31/12/17	Pertes identifiées	Total doses utiles 2017_2	Enfant vaccinés RR	Ecart EV-Dose 2	Tx Perte 2
Adamaoua	63 000	183 100	18 700	0	227 400	132 307	95 093	41,8%
Centre	11 610	498 180	43 230		466 560	368 392	98 168	21,0%
Est	31 550	95 810	4 500		122 860	108 949	13 911	11,3%
Extrême-Nord	71 500	377 600	8 900		440 200	484 443	- 44 243	-10,1%
Littoral	31 170	461 100	60 470	17290	414 510	240 923	173 587	41,9%
Nord	320	299 740	10 800	0	289 260	296 481	- 7 221	-2,5%
Nord-Ouest	52 800	203 200	21 460	52500	182 040	163 900	18 140	10,0%
Ouest	46 250	229 100	-	17300	258 050	217 471	40 579	15,7%
Sud	22 820	82 970	9 450	3990	92 350	72 614	19 736	21,4%
Sud-ouest	46 250	151 500	23 030	27880	146 840	145 006	1 834	1,2%
TOTAL	377 270	2 582 300	200 540	118960	2 640 070	598 991	80 289	3,0%
Niveau National	2 140 600	383 100	33 600	0	2 490 100	650 543	1 839 557	73,9%

Seule la région de l'Adamaoua a vu tous ses DS notifié au moins un cas de MAPI tandis que les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et Sud-Ouest ont des proportions de DS ayant notifié au moins un cas de MAPI inférieures à 40%. Dans l'ensemble, seulement 49% des districts notifient des cas de MAPI.

Tableau 6. Performance de la surveillance des MAPI au Cameroun en 2017

Régions	Cas Mineurs notifiés (DVTMT)	Cas Graves notifiés (DVTMT)	Cas graves investigués	% des DS ayant notifié un cas de MAPI	Pourcentage de cas de MAPI graves pour lesquels une investigation a été lancée à temps
Adamaoua	16	0	0	100%	NA
Centre	131	4	0	66,7%	NA
Est	47	7	0	57,1%	NA
Extrême-Nord	68	6	0	36,7%	NA
Littoral	73	15	0	41,7%	NA
Nord	100	3	0	46,7%	NA
Nord-Ouest	34	0	0	36,8%	NA
Ouest	103	19	1*	50%	100%
Sud	169	0	0	60%	NA
Sud-Ouest	31	6	0	38,9%	NA
CAMEROUN	772	60	1	50,3%	100

Source : Rapport SAVS 2017

3.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

En 2017, 138 personnels ont travaillé à temps plein pour le Programme dont 53 au niveau Central et 85 dans les Groupes Techniques Régionaux PEV logés dans les 10 Délégations Régionales de la Santé Publique. Dans les districts et formations sanitaires où prévaut l'intégration des activités, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. Dans de nombreuses formations sanitaires des zones rurales, un seul personnel est appelé à offrir l'ensemble du paquet d'activités de santé, y compris la vaccination. A travers les 189 districts de santé du pays, la vaccination de routine a été offerte par 3691 (63%) formations sanitaires sur les 5853 dénombrées officiellement en 2017. L'analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle l'existence de deux groupes de régions :

- Un premier groupe (Centre, Extrême-Nord, Littoral, Ouest, Nord-ouest et Sud-ouest) avec une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible ;
- Un deuxième groupe (Adamaoua, Est, Nord et Sud), avec une densité de la population faible ayant un ratio population/formation sanitaire élevé.

Par ailleurs on note une disparité entre le milieu rural et le milieu urbain (Figure 6).

Le Pays a émis des directives visant à rendre la vaccination quotidienne dans toutes les formations sanitaires disposant d'un équipement de la chaîne du froid fonctionnel. Toutefois, l'enquête de base menée par le Ministère de la Santé publique en 2017²⁵ a montré que seulement 23,6% des formations sanitaires offrent la vaccination au quotidien, essentiellement celles des grandes villes des régions du Littoral, du Centre et de l'Ouest. La plupart des formations sanitaires planifient moins de 10 séances de vaccination en stratégie fixe par mois ; seulement 54% des formations sanitaires qui vaccinent mènent des stratégies avancées qu'elles planifient selon les ressources disponibles, avec un taux de réalisation de 80,2%.

La couverture des formations sanitaires en matériel de chaîne de froid est de 75% contre un objectif de 80% fixé par le Pays. De l'inventaire mené en 2016 par le MINSANTE, il ressort que le PEV dispose de 5 chambres froides négatives et 21 chambres froides positives réparties entre les niveaux central et régional. 3675 réfrigérateurs ont été comptabilisés dans les 4326 formations sanitaires visitées. Seulement 68% des réfrigérateurs inventoriés étaient fonctionnels et 93% des équipements fonctionnels ne respectaient pas les normes de réqualification.

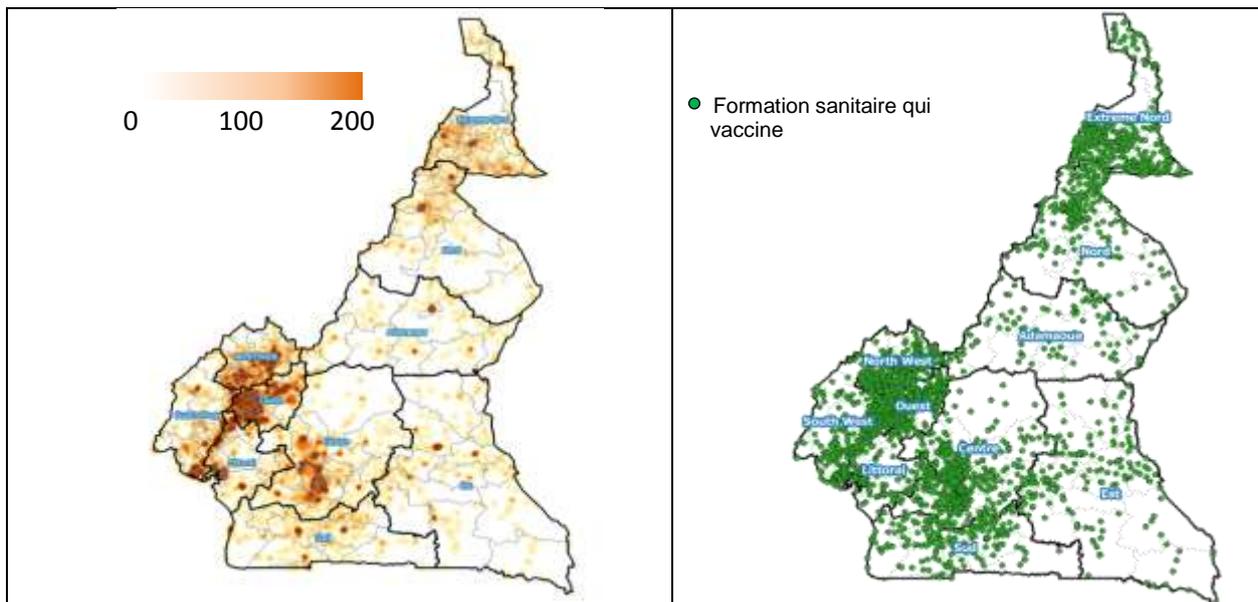


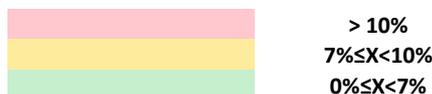
Figure 6. Densités des formations sanitaires au Cameroun en 2016

Source : Cartographie des formations sanitaires du Cameroun

Tableau 7. Analyse des abandons

REGIONS	Taux d'abandon (Penta 1-Penta 3)	Taux d'abandon (Penta 1-RR)
ADAMAOUA	9%	23%
CENTRE	6%	16%
EST	9%	16%
EXTRÊME-NORD	10%	16%
LITTORAL	4%	20%
NORD	10%	21%
NORD-OUEST	3%	9%
OUEST	9%	18%
SUD	9%	19%
SUD-OUEST	7%	7%
CAMEROUN	8%	17%
CENTRE Rural	9%	22%
CENTRE Urbain	4%	11%
LITTORAL Rural	7%	23%
LITTORAL Urbain	3%	19%

Légende



Source : Base de données PEV-2017

Selon la revue externe du PEV menée en 2013, les structures communautaires qui contribuent à la promotion de la vaccination sont les associations (40%), le secteur privé (27%), les organisations féminines (25%), les mairies (10%) et les ONG locales (2%). De plus les Agents de Santé Communautaires (ASC), les églises et mosquées ainsi que les leaders locaux font partie des canaux les plus utilisés pour susciter la demande de la vaccination. Depuis 2016, 74 radios communautaires ont été formées et contractualisées dans 7/10 régions pour la mobilisation des populations, 239 associations ont été contractualisées dans trois régions à

²⁵ Rapport de l'enquête de base sur les facteurs de baisse des couvertures vaccinales au Cameroun, 2016.

savoir le Centre, le Littoral et l'Extrême-Nord. De plus, 50 autres associations ont été impliquées à travers le partenariat avec un ONG d'interface dans les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest. L'utilisation des structures communautaires à la génération de la demande reste encore limitée à certaines régions du pays. A cela s'ajoute la faible couverture des aires de santé par les agents de santé communautaire. Cela se justifie par le ratio Agent de Santé Communautaire/population qui est de loin inférieur à 1 pour 1000 habitants en zone rurale et 2500 en zone urbaine.

Dans l'ensemble, le taux d'abandon spécifique au vaccin pentavalent (Penta 1-Penta 3) à l'échelle du Pays est de 8%, supérieur à l'objectif de 7% fixé par le Pays. Trois régions sur les 10 du Pays ont un taux d'abandon inférieur à 7%, conforme à l'objectif national. Deux régions ont franchi le seuil critique de 10%. L'abandon au vaccin pentavalent est globalement maîtrisé. Quant au taux d'abandon entre le pentavalent et le RR (Penta 1-RR), il est de 17%, très élevé par rapport à l'objectif. Exceptés les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, les autres régions ont un taux d'abandon élevé, traduisant au-delà de l'abandon par les bénéficiaires, la rupture de vaccins RR que le pays a connu au cours de l'année 2017. Les zones rurales présentent des taux d'abandon relativement plus élevés que les zones urbaines comme le montre l'analyse faite pour les régions du Centre et du Littoral (Tableau 6).

L'enquête menée en 2016 dans les grandes villes du Pays (Douala et Yaoundé)²⁶ a identifié comme causes de non-vaccination et d'abandon l'inadéquation de l'offre (discrétion de l'offre, rupture de stock, barrières financières), l'insuffisance de la qualité des services (inconfort des lieux d'attente, longues attentes, mauvaise organisation, mauvais accueil, personnel peu avenant), l'effet pervers de multiples campagnes de vaccination au porte-à-porte, l'éloignement des postes de vaccination, la méfiance de certains parents vis-à-vis des vaccins.

Les professions de santé sont fortement féminisées. En effet, au dernier recensement, les femmes représentaient 56,2% des effectifs²⁷. Dans l'ensemble au Cameroun, 62,2% des femmes sont occupées par une activité économique²⁸ ; pourtant la vaccination n'est généralement offerte que dans le cadre des services du jour, donc aux heures d'activité ; très rarement en week-end, excepté lors des campagnes ou d'activités de vaccination intensifiées. Cette faible flexibilité et adaptation du planning de vaccination pourrait constituer un obstacle pour les femmes actives qui doivent sacrifier leurs activités pour pouvoir se rendre à la vaccination. Ainsi, 15,1% et 13,4% des femmes des villes de Douala et Yaoundé respectivement manquent la vaccination par manque de temps/indisponibilité²⁹.

L'évaluation des capacités du Programme menée en fin d'année 2016 par Gavi³⁰ a permis d'identifier certains goulots majeurs dans le fonctionnement du Programme. Dans le domaine de la Gestion du Programme, il a été relevé des retards dans la mise à disposition des fonds de contrepartie par le Gouvernement et l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité. Toutefois, en début d'année 2018, l'organigramme a été revu, le personnel a été affecté conformément aux besoins du Programme et depuis lors, un renforcement des capacités est en cours. En matière de suivi-évaluation, l'absence d'un plan de suivi-évaluation du PPAC a été relevée ; ledit plan est en élaboration dans le cadre de la révision à mi-parcours du PPAC. Quant à la gestion des vaccins et des équipements de la chaîne du froid, il a été relevé l'inadéquation maintenance des équipements, l'absence de plan de distribution et une insuffisance de suivi/supervision ayant conduit à des pertes de vaccins. Depuis lors, une unité maintenance des équipements a été créée et pourvue en personnel ; elle est chargée de la mise en œuvre du Plan National de Maintenance des Equipements de la chaîne du froid du PEV 2017-2021. La collecte et l'analyse des SMT sont faites mensuellement et un rapport en est partagé. Un contrat de maintenance a été signé avec des entreprises pour l'entretien des chambres froides du niveau central. De plus, pour l'année 2018, les acteurs du niveau central ont été formés au forecasting ; un plan annuel de distribution des vaccins et intrants a été élaboré et

²⁶ Kwedi Nolna S. et al. (2016). *Facteurs influençant la persistance du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés à Douala et Yaoundé. CDBPS-H.*

²⁷ MINSANTE (2011). *Recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun. Rapport général. Yaoundé – Cameroun.*

²⁸ *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) 2014. Cameroun. Rapport Final.*

²⁹ Kwedi Nolna S. et al. (2016). *Facteurs influençant la persistance du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés à Douala et Yaoundé. CDBPS-H.*

³⁰ Gavi – The Vaccine Alliance (2017). *Cameroon Program Capacity Assessment. Final Report*

est en cours d'exécution. Les logisticiens et gestionnaires d'entrepôt ont été formés aux procédures opératoires standardisées sur la gestion des vaccins et intrants en mai 2018 et un tour de supervision logistique par les pairs a été réalisé dans les 10 régions au mois de juin 2018. Ainsi, au premier semestre 2018, 640 doses tous vaccins confondus ont été perdus contre 202 561 doses sur la même période en 2017, traduisant une nette amélioration de la gestion des vaccins.

Avec l'appui du cabinet Dalberg, un plan de renforcement des capacités du Programme a été élaboré et est en cours de mise en œuvre. Dans ce cadre, le recrutement d'un Management Partner conjointement par Gavi et le Ministère de la Santé Publique est en cours. Le plan d'amélioration des écarts de la GEV élaboré à la suite de l'évaluation de la GEV menée en 2013 avait identifié 48 activités correctives³¹. A juillet 2018, 37 (77%) activités ont été réalisées, 8 (17%) sont en cours et 3 (6%) sont en attente de réalisation.

3.3. Données

Le Ministère de la Santé Publique s'est engagé depuis 2016 dans un processus d'unification du système de collecte des données à travers le DHIS-2 logé à la Cellule des Informations Sanitaire (CIS). Le Programme a collaboré à l'intégration de l'ensemble de ses indicateurs dans cet outil et un Plan d'Amélioration de la Qualité des Données du Programme a été élaboré, intégrant un chronogramme d'activités dédiées³² à la migration vers le DHIS-2. L'utilisation du DHIS 2 est passée à échelle en 2018 mais la complétude des données de vaccination dans cette plateforme est restée très faible (<50%), contraignant le Programme au maintien de l'utilisation du DVDMT tout en assurant un monitoring rapproché avec feedback aux niveaux inférieurs sur la concordance des données entre le DVDMT et le DHIS 2. La source principale de données de vaccination de routine exploitée pour le suivi reste le DVDMT. Toutefois, le programme maintient son ambition de passer définitivement au DHIS-2 en 2019 sans autre outil intermédiaire et un module d'analyse des données de vaccination est en train de lui être ajouté avec l'appui d'AFRO et de l'Université d'Oslo.

Au terme de la revue documentaire des données du Programme, la complétude nationale des formations sanitaires est de 98%, les rapports de certaines formations sanitaires n'ayant pas été transmis pour certains mois. En 2016, la complétude des rapports des formations sanitaires était de 98,5%. La promptitude des rapports des régions est de 88,9% ; celle des districts est de 76,5% et près de 30% des districts ont une promptitude de transmission des rapports inférieure à 75%. La promptitude des formations sanitaires est de 86,5% et près de 27% des structures ont une promptitude inférieure à 75%.

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 Santé³³. 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. Ces cibles nouvelles se rapprochent mieux des réalités démographiques et sont harmonisées pour tous le système de santé. Ces nouvelles cibles sont inférieures aux estimations basées sur l'ancienne méthode de calcul, ce qui explique l'augmentation de la couverture vaccinale en 2017 bien que le nombre d'enfants vaccinés ait diminué par rapport à 2016.

Les 03 exigences de Gavi pour la conformité de la qualité des données ont été remplies en 2017. En effet, pour ce qui est du *suivi de routine par une revue documentaire annuelle des données de la couverture vaccinale*, la Desk Review a été effectuée en 2017 et 2018. De plus, une revue mensuelle des données administratives a régulièrement été menée. Quant à l'*évaluation périodique approfondie des données administratives de routine sur la couverture vaccinale*, 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. Le Cameroun a régulièrement mené des *enquêtes de population périodiques pour mesurer la couverture vaccinale*. La dernière enquête MICS (Multi Indicators Cluster Survey) a été réalisée en

³¹ MINSANTE (2013). Cameroun. Evaluation de la Gestion Efficace des vaccins.

³² MINSANTE (2017). Plan stratégique d'amélioration de la qualité des données de vaccination au Cameroun 2017-2019. Yaoundé - Cameroun

³³ MINSANTE (2016). Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé. Yaoundé - Cameroun

2014 ; une Enquête Démographique et de Santé (EDS) est en cours depuis le mois de juin et s'achèvera en décembre 2018. Un Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Données a été élaboré pour la période 2017-2019 et intègre un volet suivi-évaluation et mobilisation des ressources qui est dévolu au Groupe de Travail sur la Qualité des Données qui mène des revues trimestrielles de l'exécution du plan.

L'utilisation du DHIS 2 est effective du niveau central au niveau du district de santé. Les formations sanitaires de référence et certaines formations sanitaires pilotes de catégories inférieures saisissent leurs données directement sur cette plateforme. Les responsables des 189 (100%) districts de santé du Pays et 1893 (34,2%) responsables de formations sanitaires ont été formés au remplissage du cahier de Rapport Mensuel d'Activité et sa transmission électronique via le DHIS 2. Il reste à former une frange importante de responsables de formations sanitaires, ce qui pourrait expliquer la complétude relativement faible des données obtenues à travers la plateforme³⁴. Dans le cadre du suivi des performances de vaccination, les acteurs du PEV accompagnent les acteurs opérationnels vers une utilisation optimale de cette plateforme étant donné que l'ensemble des données de vaccination devront être collectées exclusivement à travers le DHIS-2 dès janvier 2019.

Les données de surveillance de manifestations adverses post-immunisation (MAPI) sont rapportées suivant les mêmes canaux que celles de vaccination, et consolidés à travers le DVDMT et le DHIS-2. Néanmoins, le taux de notification reste des MAPI faible ; seulement 95/189 (50,3%) DS ont notifié au moins un cas de MAPI et les formulaires de notification individuelle des MAPI ne sont généralement pas renseignés. Seule une MAPI grave a été notifiée et investiguée à l'échelle du pays en 2017³⁵.

Au cours de l'année 2017, le PEV a entrepris avec l'appui de l'Unicef, un pilote de mise en place d'un système d'information de la gestion en temps réel des stocks de vaccins et leur utilisation. Ce pilote visait à réduire les pertes, rupture de stock et surstockage de vaccins dans les points de prestations. A cet effet, 177/449 formations sanitaires des régions du Sud et de l'Est ont été enrôlées, ainsi que l'ensemble des dépôts de districts. Au terme de 2017, la complétude des informations dans les sites d'intervention était de 88% dans le Sud et 83% à l'Est, traduisant une nette amélioration du rapportage des données de gestion des vaccins. Toutefois, l'application KoBocollect utilisée n'est pas interopérable avec le DHIS-2. Le Pays envisage donc d'autres solutions compatibles DHIS 2 tel le Open LMIS, pour la gestion des données de gestion des vaccins. Entretemps, La plateforme Viva a été installée au niveau central et sera étendue aux régions.

3.4. Financement de la vaccination

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2017-2019 intègre les besoins issus de la planification des activités de vaccination aux niveaux régional et national, afin d'améliorer la viabilité financière du PEV.

Toutefois pour le niveau opérationnel où les activités sont intégrées, la planification budgétaire ne prend pas en compte les spécificités relatives au Programme

Depuis 4 ans la part du budget du MINSANTE dans le budget National gravite autour de 4-7% et reste inférieur à la norme de 15% adoptée lors de la conférence d'Abuja. La proportion du budget du MINSANTE allouée au PEV est d'à peine 2%, consacré essentiellement à l'achat des vaccins traditionnels et au paiement des fonds de contrepartie ; ainsi, seulement 5% de ce financement est affecté aux coûts opérationnels du Programme. Ceci est insuffisant pour mettre en œuvre l'ensemble des activités de vaccination. La mobilisation des ressources reste un défi majeur au vu du contexte économique dans le Pays.

Le financement du PEV est supporté à 70 % par les partenaires (GAVI, Unicef, OMS, CHAI). Fort du contexte de transition, le Pays est engagé dans la mise en place de mécanismes de pérennisation du financement de la vaccination. Le Plan de Transition Polio élaboré en 2017 en constitue l'amorce. D'autre-part des efforts sont faits en vue de réduire le gaspillage des vaccins et améliorer le cadre global de l'administration des vaccins dans les FOSA afin de rendre le Programme plus efficace et efficient.

Le MINEPAT en vue de faciliter le paiement des fonds de contrepartie a raccourci le circuit des fonds, comme l'atteste la Lettre du Ministre de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)

³⁴ CIS (2018). *Briefing sur le déploiement du DHIS2 au Cameroun*.

³⁵ MINSANTE (2018). *Rapport annuel 2017 du Programme Elargi de Vaccination*. Yaoundé - Cameroun

daté du 09/07/2018 et enregistrée sous le numéro 2953 au Courrier du Ministère de la Santé Publique. En 2018, les paiements seront effectués directement du Ministère dès validation de la dépense.

4. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

4.1. Performance du soutien au vaccin

En 2017, 719 157 ont été vaccinés au Penta 3, soit une couverture vaccinale de 86% ; toutefois, l'on a observé une baisse du nombre de nourrissons vaccinés. On note un écart de 4 points par rapport à l'objectif fixé à 90%. Le pays n'a pas introduit de nouveaux vaccins dans le PEV. Toutefois, il a procédé au remplacement du PCV13 monodose par le PCV13 multidoses (4 doses) en octobre 2017. L'analyse du DVDMT montre qu'il n'y a pas eu de différences significatives des taux de pertes pour cet antigène avant et après ce remplacement. Par contre, le remplacement a permis de réduire les besoins en capacité de stockage de ce vaccin à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le soutien SNV a permis d'assurer une assez bonne disponibilité des vaccins (Tableau 7 et 8). Cependant, l'analyse des SMT montre des ruptures de stocks de plus de 7 jours pour le VPI, le DTC-HépB-Hib, le Rota et le PCV13.

Pour ce qui est de la rougeole-rubéole, le contexte épidémiologique évolue de manière cyclique au Cameroun avec des pics tous les trois ans (le dernier pic enregistré en 2015). En 2017, 4 districts de santé ont connu des épidémies de rougeole. Depuis la campagne RR de 2015, la population des susceptibles a augmenté et l'incidence annuelle de la rougeole est d'environ 8,1 cas/10⁶ habitants, loin de l'objectif d'élimination fixé à <1 cas/10⁶ d'habitants/an. Bien que les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord aient été les plus affectées, les cas sont répartis sur l'ensemble du territoire national. Une campagne nationale de suivi est planifiée pour 2019.

Tableau 8. Doses reçues en 2017

Vaccin	Doses totales approuvées 2017 ³⁶	Doses totales reçues 2017	Doses reportées des années précédentes et reçues en 2018	Rupture de stock de plus de 7 jours à tous les niveaux en 2017
VPI	988 600	1 057 800	261 000	Oui : GTC-PEV et régions excepté l'Ouest et Nord-Ouest
Penta	1 784 000	383 100	33 600	Oui : Adamaoua et Sud-Ouest
Rota	1 372 500	1 319 500	799 050	Oui : Centre, Nord et Nord-Ouest
VAA	565 200	1 529 400	739 780	Non
PCV-13	1 682 900	1 575 000	546 400	Oui : Est

Sources : Lettres de décision 2017, SMT 2017

Tableau 9. Niveau de stock pour chaque vaccin soutenu

Vaccin	Niveau central		Niveau régional	
	Stock réserve (mois)	Stock reporté en 2018	Stock réserve (mois)	Stock reporté en 2018
Penta (10 doses)	3	33 600	1	159 900
VPI (10 doses)		261 000		138 860
Rota (1 dose)		799 050		302 102
PCV-13 (4 doses)		546 400		559 080
Fièvre jaune (10 doses)		739 780		297 720

Source : SMT 2017

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

³⁶ Voir lettres de décision

le district de santé de Mogodé, région de l'Extrême-Nord, aux mois de mai et juin 2017 ciblant 127 463 personnes éligibles. L'objectif était de vacciner au moins 95% de la cible. Au terme des 2 passages, la couverture vaccinale complète était de 90,6%. Au terme de l'enquête post-intervention, la couverture vaccinale a été estimée à 93,7%. La non atteinte de l'objectif de 95% est essentiellement due à l'absence pendant la période de campagne, certains habitants s'étant déplacés pour des activités hors de la zone d'intervention (nomades, cultivateurs partis dans des champs éloigné).

Le Pays a obtenu l'approbation pour l'introduction du VPH et la deuxième dose de RR en 2019. Il prévoit en outre d'introduire le MenAfrivac en 2020 et soumettra à cet effet une proposition en 2019.

4.2. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

Gavi a relevé des irrégularités lors des audits de la gestion des vaccins et de la gestion financière ; ces irrégularités ont été confirmées par une investigation menée par le Pays. En raison de cette situation le déblocage des subventions de Gavi a été suspendu et des recommandations ont été formulées en vue d'un retour à la normale. Les efforts consentis par le Pays en vue d'améliorer sa gestion financière et la gestion des vaccins, le remboursement prochain par le Pays du montant arrêté au terme des investigations ainsi que la mise en place d'un mécanisme transitoire de gestion permettent d'envisager la reprise du décaissement des appuis de Gavi.

4.3. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

En Septembre 2016, le Pays a fait une demande de soutien de la plateforme d'optimisation de la chaîne du froid pour l'acquisition de 3 089 équipements sur la période de 2017 à 2021. Le Pays a obtenu en Décembre 2017, l'accord de financement pour les deux premières années pour un total de 1 470 équipements électriques et solaires. Les activités suivantes ont déjà été réalisées (i) le choix alternatif des équipements (ii) l'évaluation de sites pour la première année, (iii) l'élaboration et la transmission à Unicef du plan opérationnel de déploiement de la première année ; (iv) Le choix des modèles d'équipements basé sur l'estimation des coûts pour leur acquisition ; (v) la mise en place d'un groupe de travail au niveau central.

La suite du processus prévoit (i) l'obtention de l'estimation des coûts des équipements de la première année ; (ii) l'obtention de la lettre d'exonération pour le dédouanement des équipements, (iii) la validation du plan de déviation, (iv) l'évaluation des sites pour la deuxième année (v) la formation des membres du groupe de travail aux niveaux central, régional et périphérique, (vi) la mise en place un système de suivi-évaluation sur la base des indicateurs énumérés dans la lettre de décision et, (vii) la coordination du processus de déploiement des équipements (dédouanement, transport, installation formation des utilisateurs, etc.).

Le prestataire retenu assurera la formation du personnel, le transport et l'installation des équipements dans les différents sites.

4.4. Performances de gestion financière

- **Absorption financière et taux d'utilisation**

Tableau 10. Exécution budgétaire des subventions

Subventions et période d'exécution	Budget approuvé en F CFA	Budget approuvé en USD	Budget exécuté au 31/12/2016 FCFA	Taux d'exécution au 31/12/2016	Dépense en 2017	Solde disponible au 31/12/2017 en F CFA	Taux d'exécution 2017	Dépense en 2018	Solde disponible au 31 juillet 2018 en F CFA	Solde disponible au 31 juillet 2018 en \$	Taux d'exécution à juin 2018	Commentaires (1USD=585frs)
Reliquat SSV et Intro PCV-13	39 785 207	68 009	18 907 367	48%	0	20 877 840	48%	0	20 877 840	35 689	48%	
Récompense 2008-2010	675 939 675	1 155 452	219 866 504	33%	0	456 073 171	33%	7 031 447	449 041 724	767 593	34%	
VPH	95 794 760	163 752	95 167 332	99%	0	627 428.0	99%	0	627 428	1 073	99%	
VPI	339 364 590	580 110	299 880 008	88%	- 6 693 357 (Reversement)	46 177 939	86%	0	46 177 939	78 937	86%	
ROTAVIRUS	367 816 047	628 745	357 784 349	97%	0	10 031 698	97%	0	10 031 698	17 148	97%	
RR-INTRODUCTION	378 960 000	647 795	0	0%	0	378 960 000	0%	0	378 960 000	647 795	0%	
RR-CAMPAGNE	2 801 743 583	4 789 305	2 546 572 750	91%	215 082 222	40 088 611	99%	14 860 000	25 228 611	43 126	99%	
Gain de change RR	636 378 300	1 087 826	0	0%	0	636 378 300	0%	0	636 378 300	1 087 826	0%	Ecart de conversion
Total	5 335 782 162	9 120 995	3 538 178 310		208 388 865	1 589 214 987		21 891 447	1 567 323 540	2 679 186		

Le tableau ci-dessus présente le niveau d'exécution budgétaire de chaque subvention. Ces soldes sont disponibles dans le compte du Programme domicilié à la Standard Chartered Bank of Cameroon (SCB), moins les légers ajustements dus aux intérêts créditeurs/débiteurs, agios, encours, et reliquats d'ANO³⁷.

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

A date, tous les rapports financiers exigibles par subvention en 2017 ont été soumis via le portail de Gavi. Les rapports d'audit externe des années 2015 et 2016 ont été produits et transmis à GAVI. Les états financiers 2017 ont été audités par le Cabinet CLS Audit Conseil qui a produit à cet effet un Rapport d'audit externe provisoire. Les dispositions sont prises pour répondre aux observations du cabinet et conduire ainsi à la production d'un rapport définitif à la fin du troisième trimestre 2018.

- **Niveau de mise en œuvre des solutions préconisée pour répondre aux Principaux problèmes issus des audits de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme**

- **Audit interne du PEV**

Dans le cadre de l'amélioration du contrôle interne, le Pays a formé les gestionnaires comptables à l'utilisation des nouveaux outils harmonisés de gestion (suivi budgétaire, gestion financière, paiement électronique). Les résultats desdits travaux ont permis un meilleur suivi des informations financières, la justification des activités

³⁷ Voir les rapports de clôture des subventions.

dans les délais et une réduction considérable des paiements en espèces par l'introduction des moyens électroniques de paiements (Orange Money et MTN Mobile Money).

○ **Audits et évaluations de Gavi**

Faisant suite aux conclusions des audits de GAVI (audit des programmes, ECP) ayant entraînés un gel des décaissements, le Pays a mis en œuvre des mesures d'atténuation des risques dans la perspective de restaurer la confiance. Il s'agit de :

Tableau 11. Etat de mise en œuvre des recommandations des audits et évaluations de Gavi

DOMAINE	PROBLEME RELEVE	SOLUTION PRECONISEE	Niveau de mise en œuvre
Gestion budgétaire	<p><u>Faiblesse dans la maîtrise du processus budgétaire :</u></p> <p>1. Elaboration des budgets sans une bonne micro-planification qui intègre plusieurs variables telles que la distribution géographique des populations cibles, les réalités du terrain au niveau décentralisé et distances à couvrir.</p> <p>2. Dans l'exécution des activités il y a eu des réaménagements des budgets non-autorisés ainsi que les dépassements budgétaires non-justifiés.</p> <p>3. Suivi budgétaire défaillant lors de l'exécution des activités limitant tout processus de recadrage budgétaire.</p>	<p>1. La micro planification doit être un préalable à une allocation budgétaire ou soumission pour les activités de masse.</p> <p>2. Les budgets seront élaborés par niveau de mise en œuvre et centre de responsabilité assortis des mesures d'atténuation des risques de gestion identifiés.</p> <p>3. L'utilisation du logiciel comptable pour la gestion budgétaire au niveau central et régional.</p> <p>4. Conception systématique des masques de suivi budgétaire pour les niveaux districts et aire de santé pour chaque activité.</p>	<p>1. La microplanification est effective avant la mise en œuvre de toute activité de masse.</p> <p>2. Les budgets élaborés sont répartis par niveau de mise en œuvre tenant compte des risques de gestions identifiés (niveau central, Région, district, Aire de santé). En attente d'acquisition par Gavi.</p> <p>Des masques de suivi budgétaire sont disponibles lors de la mise en œuvre des activités</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 mis à la disposition du 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 programmatiques sous le logiciel TOMPRO disponible au GTC-PEV ou sous une autre forme</p>	<p>1. Mise en place effective de la comptabilité (TOMPRO) dans les meilleurs délais, à travers un renforcement des capacités des responsables financiers du niveau central et régional ;</p> <p>2. La réduction autant que possible du maniement des espèces à travers la contractualisation avec les structures de Transferts électroniques des fonds ;</p> <p>3. Le déploiement systématique et de manière régulière des missions de supervisions financières à tous les niveaux</p>	<p>1. En attente d'acquisition par GAVI.</p> <p>2. Mise en place et utilisation effective des mécanismes de paiements électroniques Orange Money et MTN Mobile Money Elaboration d'une cartographie Des zones (district, aire de Santé) réseaux afin d'identifier le type de paiement propice lors des activités de masse</p> <p>3 et 4 Ateliers de revue des Données et Supervisions financières Semestrielles durant lesquels</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	3. Défaillance dans la complétude, la qualité et les délais de production des pièces justificatives	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 ; 4. La formation de tous les intervenants de la chaîne financière des districts aux procédures essentielles extraites du manuel des procédures administratives, financières et comptables du PEV.	Les actions suivantes ont été effectuées: Procéder à la revue des pièces Justificatives ; apprécier la qualité des rapports financiers ; former aux procédures essentielles de justification et de passation des marchés ; former à l'utilisation des nouveaux outils harmonisés de gestion budgétaire et financière
L'engagement des dépenses	<u>Les dépenses ont été effectuées sans le respect des règles d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement.</u> L'engagement des dépenses sans autorisations préalables, sans provision budgétaire, dépassant/modifiant la provision budgétaire ou des dépenses inéligibles.	1. Vérification ponctuelle de l'exécution des dépenses pour s'assurer du respect des procédures relatives aux engagements. 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	1. Vérification effectuée lors de la supervision financière. 2. Diffusion systématique des budgets à toutes les parties prenantes assortis de rappel des principes de base de Gestion budgétaire (Non Modification de la provision, dépassements de lignes proscrits, éligibilité des dépenses)
Achat et passation des marchés	<u>Les procédures d'achat et de passation des marchés n'ont pas été respectées :</u> Le non-respect des seuils et non-respect de la mise en concurrence	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.	Renforcements des capacités des acteurs de la chaîne de La dépense (Gescom, caissières, Et coordonnateurs) aux procédures essentielles de justification et de passation des marchés
Gestion des immobilisations	<u>L'absence d'une tenue régulière d'un registre des immobilisations</u> 1. Mise à jour irrégulière et non-exhaustive au niveau central du registre des immobilisations 2. Inexistence au niveau décentralisé de la tenue d'une comptabilité des immobilisations	1. Inventaire général et exhaustif des immobilisations du PEV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 2. Une gestion efficiente des immobilisations suivant les principes comptables en vigueur détaillés dans le manuel des procédures GTC-PEV.	1. Inventaire général des immobilisations Réalisé en décembre 2017 2. Mise en place d'un système d'actualisation semestrielle du fichier des immobilisations au niveau décentralisé

- **Système de gestion financière**

Le système comptable TomPro-1 disponible au PEV n'est pas exploitable du fait de la vétusté des licences, version et fonctions. En plus la quasi-totalité du personnel comptable en poste n'ont pas reçu de formation y afférente. Toutefois, le système de gestion financière du GTC-PEV s'est amélioré, bien que l'acquisition et la formation

du personnel sur le logiciel comptable TomPro-2 soit encore attendue. A travers l'usage d'applicatifs Excel structurés, le système se caractérise actuellement par une traçabilité des flux et une production régulière et à temps de l'information financière requise notamment en ce qui concerne la gestion de la trésorerie. Toutefois, la disponibilité du logiciel TOM2PRO, la formation du personnel de la chaîne financière à son utilisation et le démarrage effectif de la tenue permanente de la comptabilité sont les défis majeurs à relever pour que le système comptable du PEV s'arrime aux standards internationaux exigés. A cet effet, une assistance technique est prévue pour renforcer le système sur une durée de 18 mois. Pendant cette période, un mécanisme transitoire de gestion des subventions sera mis en œuvre par le Pays et ses partenaires.

4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

De l'analyse des performances économiques et des projections, le Pays entrera en phase de transition accélérée à partir de 2022. En prélude à cette échéance, un plan de transition sera élaboré en vue d'assurer la continuité des activités pendant la transition accélérée et après la graduation. A cet effet, il est prévu dès janvier 2019, la mise en place d'un groupe de travail et la conduite d'une évaluation de la transition en vue de préparer les bases de l'élaboration du plan de transition avec une prise en compte effective des leçons apprises de la préparation et de l'exécution du plan de transition polio ainsi que des activités déjà intégrées dans ce plan.

• Assistance technique

L'assistance technique des partenaires dans le cadre du PEF-TCA 2017 visait (i) le renforcement des capacités des comités d'experts, (ii) l'amélioration de la qualité des données et le processus de soumission en vue de l'introduction des nouveaux vaccins, (iii) la stimulation la demande des services de vaccination.

Les principales réalisations résultant de la mise en œuvre des TCA 2017 par l'OMS sont:

- L'amélioration de la gestion des vaccins (forecast, contrôle de la température, visibilité du stock, taux de consommation, étude du taux de perte) à travers la formation des logisticiens à l'utilisation des outils de gestion logistique, le suivi de la gestion des vaccins aux niveaux central et régional à travers l'outil SMT et l'appui à l'extension du système de contrôle à distance des températures dans trois régions.
- Le soutien à l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement à travers l'appui à l'évaluation des sites en vue du déploiement des équipements de la chaîne du froid et l'appui à l'élaboration du plan de déploiement opérationnel des équipements CCEOP.
- La formation des membres du comité scientifique du programme PEV (NITAG) sur leurs rôles et responsabilités ;
- La formation des membres du comité Polio (CNC, CNEP, Confinement) sur les rôles et les responsabilités, ainsi que sur l'élaboration du plan de travail ;
- L'évaluation à mi-parcours du PPAC 2015-2019 et du plan stratégique de communication ;
- L'appui technique à l'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance, au switch PCV 13 (du monodose au 4 doses), à la préparation de la soumission l'introduction du vaccin anti-HPV à grande échelle ;

L'Unicef a apporté un appui technique et financier au Programme dans 04 domaines programmatiques du PEF TCA 2017 ; la communication pour le développement, la chaîne du froid et logistique, la gestion des données et le renforcement de la vaccination systématique. Ainsi, de 2017 à juin 2018, l'Unicef a par exemple soutenu :

- L'évaluation et la révision du plan stratégique de communication 2014-2020 qui couvre désormais la période 2018-2020 en tenant compte des activités de l'héritage et de la transition polio ;
- L'installation sur site de 94% équipements soit 56/60 réfrigérateurs solaires dans les régions de l'Est, Nord et Extrême-Nord, seuls 4/60 équipements restent à être installés dans la région du Sud ;
- le monitoring en continu de la température non seulement à travers le suivi des enregistrements des fridge tag mais aussi à travers un dispositif de suivi de température à distance, le «Beyond Wireless» ; un exercice de cartographie des chambres froide régionale a été effectué dans les régions du Centre, de l'Est, de l'Extrême-Nord, du Nord, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud.
- Le renforcement des capacités des logisticiens et des chefs d'entrepôt sur la gestion des vaccins ;
- L'appui à l'analyse des données de couverture vaccinale, de l'équité mensuelle et au processus d'analyse de l'équité au Cameroun auquel des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont activement participé et dont les livrables ont validés;
- Le développement et l'utilisation progressive des outils basés sur les TICs, contribuant en temps réel à la gestion des stocks de vaccins dans le but de réduire le gaspillage, les pertes et le sur-stockage des vaccins dans deux régions pilotes.

Clinton Health Access Initiative (CHAI) en appui au PEV a exécuté entre octobre 2016 et février 2018, un projet sous financement Gavi structuré en six (6) objectifs dont le but était d'améliorer la vaccination de routine au

Cameroun³⁸. CHAI a assisté les 15 districts de santé des villes de Douala et de Yaoundé à la microplanification à travers l'élaboration, le suivi de la mise en œuvre et la revue trimestrielle des microplans en 2017. Des plans de supervision formative ont été développés et mis en œuvre par les 15 districts de santé. En outre, CHAI a appuyé la révision des outils et de la méthodologie de la supervision formative qui ont été intégrés dans le document actualisé des normes et standards ainsi qu'à la formation des superviseurs régionaux et des districts. Concernant l'introduction des nouveaux vaccins, CHAI a assisté le PEV dans l'élaboration de la requête et du plan d'introduction du VPH qui ont été approuvés par Gavi. Cette introduction initialement prévue pour 2018 a été reportée en 2019.

En collaboration avec l'UNICEF, CHAI a apporté son appui au renforcement des capacités des Organisations de la Société Civile engagées dans le suivi des enfants incomplètement ou non vaccinés dans les districts de Yaoundé. De même, CHAI en collaboration avec le PEV a développé les outils pour le suivi des perdus de vue et a accompagné le personnel des 15 districts de santé des grandes villes à leur utilisation.

Le système d'approvisionnement actuel ne permet plus de répondre aux défis actuels du PEV. La visibilité sur les niveaux de stocks au niveau central cache les nombreux problèmes dans les dépôts des districts et des formations sanitaires.

Plusieurs rapports produits par le PEV et des évaluations ont révélé une inadéquation entre le nombre de doses administrées et le nombre de doses reçues.

Nous proposons la mise en œuvre des activités suivantes

- Mettre en place un projet pilote Open LMIS dans les régions du Centre et du Littoral.
- Mener une évaluation du système d'approvisionnement
- Mener une étude sur les pertes en vaccins les cinq dernières années (pertes sur l'utilisation des vaccins dans les formations sanitaires)
- Déployer le SMT pluriannuel au niveau central et régional.

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

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
Amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité	
1. Renforcer la mise en œuvre de l'approche ACD	La micro planification ACD n'a pu être accompagnée que dans les 10 DS du Bassin du Lac Tchad au cours de l'année 2018. Faute de de financement RSS2-Gavi, l'activité n'a pas pu être menée dans les autres DS prioritaires identifiés.
2. Mettre en œuvre les activités du plan stratégique de renforcement des capacités du personnel	- Janvier 2018, admission du personnel des niveaux central et régional en Licence en Logistique de Santé au Centre LOGIVAC ; - Avril 2018, admission de 2 personnels du niveau central au cours de logistique de la vaccination au Centre LOGIVAC ; - Mai 2018, le guide de supervision formative, guide de mentoring et dashboard de suivi des activités de formation ont été élaborés et validés - Juin 2018, les responsables des niveaux central et régional ont été formés aux normes et standards du PEV.
3. Renforcer les activités visant la génération de la demande	En 2017 : - le plan stratégique de Communication du PEV 2014-2019 a été révisé sur la base des données sociales et des évidences ; - deux tours de supervisions intégrées des intervenants de la communication pour la promotion de la vaccination ont été réalisés couvrant les 10 régions au 1er tour et 05 régions au 2 nd tour; En 2018 :

³⁸ CHAI, *Support for Francophone Africa - Project in Cameroon for Supporting Routine Immunization: Final Progress Report to Gavi, the Vaccine Alliance, Yaoundé, 2018.*

Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> - Les plans Intégrés de communication ont été élaborés pour les dix régions et 10 districts de santés prioritaires de la région de l'Extrême-Nord ; - un Forum sur l'appropriation de la Feuille de route d'Addis-Abeba a été organisé en Mai en prélude à la Semaine Africaine de Vaccination; - les capacités des responsables des dix régions (10 points focaux communication et dix coordonnateurs PEV) ont été renforcées en planification pour la C4D ;
4. Renforcement du système de surveillance en appui à l'introduction des nouveaux vaccins	<p>Les capacités des points focaux et cliniciens ont été renforcées sur la surveillance des diarrhées à Rotavirus et des Méningites Bactériennes Pédiatriques ; un appui financier de l'OMS a permis d'assurer le remboursement des frais d'acheminement, cependant des ruptures fréquentes des réactifs et consommables ont créé des interruptions du système.</p> <p>A la suite de l'introduction du vaccin RR, le pays a mis en place un système de surveillance sentinelle du Syndrome de Rubéole Congénitale opérationnel depuis avril 2018 ; les SOPs ont été élaborés et les capacités des acteurs renforcées. A la Semaine Epidémiologique 30, 3 cas suspects ont été analysés et tous étaient négatifs.</p>
5. Prévention et riposte vaccinales contre les épidémies de choléra dans les Régions septentrionales;	<p>Une campagne préventive de vaccination contre le choléra menée 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</p>
<p>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</p>	
6. Renforcer le suivi des stocks de vaccins et intrants à tous les niveaux	<p>L'analyse mensuelle des SMT est faite au niveau central et régional et des téléconférences régulières sont organisées avec les logisticiens régionaux sur le suivi des stocks.</p> <p>La mise en place du projet de suivi en temps réels des stocks de vaccins et intrants dans les formations sanitaires à l'aide de l'application "Kobo collect" est en cours dans les Régions du Sud, de l'Est et de l'Extrême Nord avec l'appui de l'Unicef.</p> <p>Le PEV a effectué un inventaire physique national jusqu'au niveau des formations sanitaires dans l'optique d'une maîtrise des niveaux des stocks de vaccins et intrants et d'une meilleure planification des commandes en vaccins et intrants.</p>
7. Mettre en place un système intégré de gestion logistique	<p>La mise en place du système intégré de gestion n'est pas encore effective. Le Programme envisage de mettre à adosser ce système au DHIS 2 dont le déploiement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est en cours.</p>
8. Renforcer la capacité de stockage dans le cadre du CCEOP et du RSS 2	<p>En cours, les premiers équipements de la chaîne du froid du CCEOP sont attendus au Pays à partir du mois d'octobre 2018.</p>
9. Renforcer les capacités en gestion logistique à tous les niveaux	<p>Une formation des responsables de la section logistique ainsi que les logisticiens régionaux sur la gestion des stocks s'est déroulée en Septembre 2017.</p> <p>Une autre regroupant les logisticiens et chefs d'Entrepôts sur l'utilisation des SOPs et sur les modalités de réception des vaccins a eu lieu en Mai 2018.</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	Le coaching par les pairs a également été mis en place entre les Logisticiens Régionaux et Chefs d'Entrepôts pour partager les bonnes pratiques en termes de gestion des vaccins.
Mise en œuvre du Plan d'amélioration de la qualité des données	
10. Amélioration de recueil et de la consolidation des données ;	La production du plan d'amélioration qualité des données Production de registres de vaccination et de pointage pour deux régions, ce qui représente 10% des besoins du pays
11. Renforcement de l'utilisation des données pour action ;	Tenue des réunions de revue des données mensuelles
12. Arrimer le système de collecte des données du PEV au DHIS 2 ;	Migration vers le DHIS 2 avec l'intégration totale de tous les éléments de données du rapport d'activité du PEV. Toutefois on note des problèmes liés à cette migration tel que : - La complétude des rapports et des données, - La formation des acteurs - L'insuffisance d'équipements informatiques dans les formations sanitaires - Le manque de financement pour la supervision rapprochées de l'utilisation du DHIS dans les DS et les formations sanitaires afin d'accompagner le changement
13. Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des données.	Formation de 1816 formations sanitaires ; encore insuffisant par rapport au nombre total que compte le pays Formation en Juin 2018 des acteurs du niveau régional au DHIS
14. Mise en œuvre d'études/enquêtes (Revue annuelle du secteur de la santé couplée au DQA ou au DQRC/Enquête de couverture vaccinale/Enquêtes CAP)	La revue documentaire des données 2017 a été menée. L'enquête EDS est en cours et intègre des variables en rapport avec la vaccination.
Recommandations des Audits	
15. Poursuivre la mise en œuvre des recommandations des audits du Programme	Le GTC-PEV a mis l'accent sur la responsabilisation des acteurs locaux pour ce qui est de la préparation / exécution / suivi des budgets de la trésorerie en conformité avec les politiques et pratiques comptables de l'Etat et GAVI. En plus nous avons aussi pris des mesures de contrôle interne que nous jugeons nécessaires pour permettre la préparation d'une situation de trésorerie exempte d'anomalies significatives, qui résultent de fraudes ou d'erreurs. Nous avons été en mesure de recueillir des informations probantes suffisantes et adéquates pour étayer l'opinion des décideurs sur les mécanismes innovants comme le Paiement Electronique, le Reporting financier périodique, L'ouverture des comptes spécifiques et un monitoring régulier des acteurs locaux pour s'assurer de l'exécution des activités telle que planifiées lors des micro-plans. A cet effet il est prévu l'élaboration d'un Plan de suivi des recommandations issues des différents des audits comme requis par les GMRs.
16. Renforcer le leadership, la gestion et la coordination du Programme	En 2017 ¾ sessions ordinaires du CCIA ont été organisées L'organigramme du PEV a été revu à la suite de la décision n°0253/D/MINSANTE/CAB/ du 1er mars 2018. Dans ce cadre trois organes ont été créés : le CCIA (organe de coordination) a été réorganisé ; un organe Consultatif, le GTCNV, le GTC-PEV (organe d'exécution) ; Du personnel qualifié en quantité a été affecté

Évaluation conjointe (JA complète)

17. Renforcer le système de gestion financière	<p>Le renforcement du système de gestion financière a été faite en mettant en œuvre les actions suivantes :</p> <p>Elaboration des outils de suivi journalier, hebdomadaire et mensuel pour les Régions et le niveau central.</p> <p>La réduction du maniement des espèces en diminuant les points de manipulation des budgets et de billetterie. L'accent a été mis sur le bénéficiaire final qui devrait avoir la totalité de son budget tel qu'approuvé.</p>
18. Améliorer le cadre de travail au GTC-PEV et dans les Unités Régionales	<p>Au niveau central, on a noté l'acquisition du matériel informatique (ordinateurs complets, imprimantes, scanners). Dans les régions, 10 postes d'ordinateurs complets (01 poste par région) ont été déployés.</p> <p>Les Groupes Techniques régionaux ont été créés, et les personnels qualifiés affectés avec des tâches bien définies;</p> <p>Le Bâtiment du GTC-PEV est en train d'être remis à neuf ;</p> <p>Les primes de 2017 ont été payées au niveau central, en cours de traitement pour les régions.</p>
Le plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale est élaboré et mis en œuvre	
19. Elaborer le plan de transition vers l'indépendance vaccinale	Le Pays n'est pas encore en phase de transition accélérée. Le plan n'a pas encore été élaboré. Cependant lors du CCIA du 19 juillet 2018, la mise en place d'un groupe de travail chargé de l'élaboration a été fortement recommandée pour le début de l'année 2019.
20. Mettre en œuvre le plan de transition Polio	Le Plan de Transition Polio et son Business Case ont été élaborés et validés. Un atelier d'appropriation présidée par M. le Ministre de la Santé de Publique a été organisé. Le Cabinet DevSmart a été recruté pour la mobilisation des ressources en vue de combler le gap budgétaire du Plan.
21. Mobiliser les ressources pour la transition vers l'indépendance vaccinale	Les éléments du budget du Programme ont été inscrits au CDMT 2018-2020. Ainsi, le Programme a pu obtenir la programmation de 800 millions FCFA dans le budget de 2018 pour l'achat des vaccins pour la vaccination de routine dans le budget de fonctionnement du PEV. Ceci constitue près de 90% de l'obligation de l'Etat. Et pour 2017 près de 60% des ressources de l'Etat ont été mobilisées.
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel

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

<p>Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :</p> <p>Le programme a planifié l'introduction de plusieurs vaccins dans son PPAC. A cet effet, en mai et septembre 2017 respectivement, le Pays a soumis les demandes de soutien pour l'introduction du vaccin HPV, la campagne de suivi RR et l'introduction de la deuxième dose de RR. Ces activités auront lieu en 2019. Du deuxième semestre 2018 au premier trimestre 2019, un accent sera mis sur l'exécution des activités préparatoires aux différentes introductions. Parallèlement, le pays aura à préparer les plans d'introduction du MenAfrivac dont l'introduction étant prévue pour 2020.</p>
--

Évaluation conjointe (JA complète)

Les activités du RSS 2 seront mises en œuvre. De plus, le Comité de mise en œuvre du CCEOP ayant été mis en place, l'acquisition, le déploiement et l'installation des équipements ainsi que toutes les activités connexes seront accélérées.

Le contexte étant marqué par des crises sécuritaires dans certaines régions, la réduction des financements et le risque de survenue d'épidémies dans certains DS chroniquement sous performants, le pays a engagé des mesures d'atténuation visant à garantir le succès de la mise en œuvre des activités du programme y compris celles bénéficiant des subventions de Gavi. Ainsi, le Gouvernement a élaboré un plan d'assistance humanitaire dont le volet Santé intègre le renforcement des activités de vaccination. Dans le cadre de l'opérationnalisation de la composante vaccination, le Programme a identifié des stratégies novatrices visant à renforcer la vaccination de routine dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Dans les districts de santé à risque d'épidémie, la surveillance épidémiologique sera intensifiée et des actions de renforcement de l'approche ACD et d'application de la stratégie « Missed Opportunities of Vaccination » (MOV) sont envisagées. Quant aux financements, le Pays continuera d'œuvrer à l'effet de satisfaire les exigences nécessaires au rétablissement du climat de confiance avec Gavi, et de mobiliser les financements complémentaires pour le secteur Santé.

Principal résultat/action 1	Amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité
Réaction actuelle	Nombreux DS (97/189, 51,3%) avec CV<80%, notamment dans les zones urbaines précaires, parmi les populations spéciales et les zones à sécurité compromises des régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.
Actions convenues du pays	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectuer l'analyse de l'équité dans les districts prioritaires (Districts avec populations spéciales: Réfugiés, accès géographique difficile, nomades, déplacés interne, zones d'insécurité, bidonvilles et zones périurbaines,...) 2. Mettre en œuvre de la stratégie de réduction des occasions manquées de la vaccination dans les DS prioritaires 3. Tenir une réunion de concertation avec les acteurs locaux, Elaborer et valider un plan de renforcement de la vaccination dans les régions du NW & SW en complément au plan humanitaire d'urgence 4. Mettre en œuvre les activités vaccinales de la phase IV polio 5. Renforcer le monitoring pour action a tous les niveaux et mettre en place un dépôt des intrants PEV à Kousseri pour ravitailler les 04 DS du Logone et Chari 6. Assurer la communication en faveur de la vaccination de routine, notamment dans les zones urbaines et autres zones prioritaires 7. Promouvoir la participation communautaire et au plaidoyer en faveur de la vaccination 8. Effectuer la cartographie les zones difficiles d'accès, des itinéraires des équipes, le tracking des acteurs et la revaccination dans les zones mal couvertes 9. Organiser l'introduction du HPV, du RR 2 et la campagne de suivi contre le RR
Produits/résultats escomptés	Atteinte des objectifs de couverture vaccinale et élargissement de l'offre de vaccins du programme.
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2019
Ressources/soutien nécessaires	Budget de 623 000 000 FCFA; Assistance technique pour les actions 1, 4, 5, 6 et 7.
Principal résultat/action 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
Réaction actuelle	Insuffisance de la capacité de stockage dans 141 Districts de Santé et 544 formations sanitaires, faible visibilité des stocks aux niveaux des districts et formations sanitaires
Actions convenues du pays	<ol style="list-style-type: none"> 10. Mettre en œuvre les activités de la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (CCEOP) 11. Mettre en œuvre les activités de la GEV (Former les acteurs centraux, régionaux et de districts sur les critères de la GEV et Conduire l'évaluation de la GEV)

Évaluation conjointe (JA complète)

	12. Mener une évaluation du système d'approvisionnement
	13. Mettre en place la plateforme Viva dans les Régions
	14. Finaliser le forecast 2019 et élaborer le forecast de 2020
	15. Améliorer la visibilité sur les stocks de vaccins au niveau des districts et des formations sanitaires
	16. Mener une étude sur les pertes en vaccins les cinq dernières années (pertes sur l'utilisation des vaccins dans les formations sanitaires)
	17. Déployer le SMT pluriannuel au niveau central et régional
	18. Mener les supervisions formatives trimestrielles spécifiques à la logistique des Régions vers les districts et les aires de santé
	19. Acquérir et installer 2000 fridge tag, en vue de remplacer ceux qui sont déjà périmés afin de maintenir une chaîne de froid de qualité
	20. Etendre le système de contrôle de température à distance dans 7 régions (Extrême-nord, Nord, Est, Nord-ouest, centre, Sud et Ouest)
Produits/résultats escomptés	Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et du suivi des températures et des stocks de vaccins et intrants
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2019
Ressources/soutien nécessaires	Budget de 247 586 580 FCFA ; Assistance technique pour les actions 12, 13, 14, 16, 17, 20
Principal résultat/action 3	Amélioration de la qualité des données
Réaction actuelle	Absence de module d'analyse de données dans le DHIS-2, insuffisance des outils de gestion du Programme au niveau de prestation et de la qualité des données.
Actions convenues du pays	21. Développer le module du dashboard DHIS2 accessible par niveau avec transfert des données au format DVDMT/RIM
	22. Conduire annuellement une revue documentaire de la qualité des données du Programme
	23. Mettre en place un système d'archivage codifié/normatif (pour partage des données électroniques et physiques au niveau central)
	24. Améliorer le recueil et de la consolidation des données
	25. Renforcer l'utilisation des données pour action (renforcement des capacités, réunion de revue et de validation de données, mensuel pour le DS, Trimestriel pour les Régions et semestriel au niveau national)
	26. Améliorer le recueil et de la consolidation des données
	27. Etendre le système électronique de transmission hebdomadaire des données de vaccins et intrants au niveau du district de santé
	28. Actualiser la carte sanitaire par géolocalisation
	29. Enregistrer les données historiques de vaccination des trois dernières années (2015-2017) dans le DHIS2
Produits/résultats escomptés	Application d'analyse et d'exportation des données de vaccination, de surveillance et de logistique disponible dans le DHIS 2, disponibilité des outils de gestion du Programme et qualité des données améliorée
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2019
Ressources/soutien nécessaires	Budget de 85 135 000 FCFA ; Assistance technique pour les actions 21, 24, 25, 26, 27 et 28
Principal résultat/action 4	Renforcer la surveillance de la poliomyélite et des autres maladies évitables par la vaccination
Réaction actuelle	20% des districts sont sous-performants à la surveillance de la poliomyélite, seulement 49% des districts notifient des cas de MAPI et les laboratoires connaissent des ruptures de stock en réactifs et consommables
Actions convenues du pays	30. Renforcer la surveillance de la poliomyélite
	31. Renforcer la surveillance des MAPI

Évaluation conjointe (JA complète)

	32. Approvisionner les laboratoires de référence en réactifs et consommables
	33. Tenir les réunions de monitoring des points focaux surveillance à tous les niveaux
	34. Assurer le paiement des frais des transporteurs d'échantillons biologiques
Produits/résultats escomptés	95% des districts ont de bonnes performances de la surveillance de la poliomyélite et autres maladies évitables par la vaccination, et notifient les MAPI
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2019
Ressources-/soutien nécessaires	Budget de 1 306 647 400 FCFA ; assistance technique pour l'action 30
Principal résultat/action 5	Financement
Réaction actuelle	Défaillance de du suivi budgétaire, de la complétude et de la qualité des données ; non-respect des normes de passation de marché et mise à jour irrégulière et non-exhaustive du registre des immobilisations
Actions convenues du pays	35. Mettre en place la comptabilité sur TOMPRO 2 (acquisition du logiciel et le renforcement des capacités des responsables financiers du niveau central et régional) en remplacement de TOMPRO 1
	36. Organiser un atelier semestriel de revue et harmonisation des données financières
	37. Réviser le manuel de procédures administratives, financières et comptables
	38. Améliorer le cadre de travail dans les Unités Régionales
	39. Valoriser les immobilisations à dire d'expert
Produits/résultats escomptés	Gestion budgétaire, modalités d'achat et passation de marchés améliorées ; registre des immobilisations à jour et complet.
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2019
Ressources-/soutien nécessaires	Budget de 37 338 000 FCFA
Principal résultat/action 6	Le plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale est élaboré et mis en œuvre
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	40. Elaborer le Business case de la vaccination
	41. Identifier les leçons apprises de l'élaboration et la mise en œuvre du plan de transition polio
	42. Mener une évaluation de la transition (analyse des appuis de Gavi et goulots financiers et institutionnels possibles)
	43. Elaboration du plan de transition
	44. Mettre en place un cadre de concertation avec les Pays ayant achevé la transition de Gavi
	45. Poursuivre l'exécution du plan de transition et harmoniser les 2 plans de transition
Produits/résultats escomptés	Le plan de transition du soutien de Gavi est élaboré et mis en œuvre en harmonie avec le plan de transition polio
Calendrier associé	Octobre 2018 – Décembre 2021
Ressources-/soutien nécessaires	Budget de 40 000 000 FCFA ; Assistance technique pour les actions 40, 41 et 42

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

- *Le Forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) répond-il aux exigences de Gavi (veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/coordination/> pour les exigences) ?*
- *Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée pour le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.*

Évaluation conjointe (JA complète)

- *Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.*

En perspective à la tenue de l'évaluation conjointe, un groupe de travail avait été mis en place par le Ministre de la santé, par une note de service en juillet 2018. Ledit groupe était 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 10 août 2018, soit un mois avant le déroulement de la mission d'évaluation conjointe. Suivant un calendrier des téléconférences Gavi, Pays et partenaires, des feedbacks réguliers avaient été faits par les parties prenantes pour enrichir le document. Du 10 au 14 septembre 2018, le pays a abrité la mission d'évaluation conjointe 2018 tenue à Ebolowa au cours d'un atelier. Au terme de cet atelier, un CCIA avait été organisé au cours duquel, un débriefing de la mission a été fait par l'équipe de Gavi et la synthèse des travaux de l'atelier avait été présentée par le PEV.

Ont pris part à cette session, le Ministre, Le Conseiller Technique n°3 (**Président de séance**), Les Représentants des Partenaires au Développement (OMS, UNICEF, CHAI, HKI, CDC, Bill and Melinda Gates Foundation) ; Les responsables du MINSANTE ; Les Représentants des Ministères partenaires (Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de l'Education de Base) ; La Croix Rouge Camerounaise (CRC) ; Les Organisations de la Société Civile et Confessionnelles (PROVARESSC, OCEAC, CEPKA, OCASC, Fondation Ad Lucem) ; Le Secrétaire Permanent PEV (**Rapporteur**) ; Le Personnel du GTC-PEV.

La séance a débuté par le mot introductif de Monsieur le Conseiller Technique n°3, représentant de Madame le Secrétaire Général, empêchée. En substance, il a souhaité la bienvenue aux participants et a rappelé les objectifs de l'évaluation conjointe. Abordant les points inscrits à l'agenda de la réunion, la parole a été donnée au responsable pays à Gavi.

I. Débriefing de la mission d'évaluation conjointe Gavi-pays 2018

Le responsable pays à Gavi a tenu à saluer l'organisation de l'évaluation conjointe et a axé son exposé sur deux principaux points, à savoir l'analyse des performances 2017 et les points d'attention:

1. Les performances : Ici, les participants ont été édifiés sur les aspects liés à l'équité géographique et l'équité sociodémographique. S'agissant de la première, il est de nouveau noté, une progression, mais elle reste très en deçà des objectifs avec presque 30% des districts qui n'atteignent pas une couverture en Penta3 de plus de 80%. Pour l'équité socio démographique, l'inéquité socio démographique en fonction de la richesse et du niveau d'instruction reste très marquée. L'inéquité entre zone urbaine et rurale est importante aussi.

2. Les points d'attention : Dans son exposé, le responsable pays à Gavi a indiqué quelques points clés qui doivent attirer l'attention des responsables du MINSANTE :

- L'équité et l'intégration des services de vaccination : il a été proposé de mettre en place des stratégies adaptées aux contextes spécifiques (milieu urbain, contextes d'insécurité, mouvement des populations) ;
- Coordination des activités d'appui au Ministère de la Santé : la nécessité de mettre en place un mécanisme de coordination efficace au niveau du Ministère de la Santé pour une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources et appuis de différents partenaires au renforcement du système de santé a été convoquée.
- Gestion des vaccins : Les vaccins représentent 80% de l'appui de Gavi (à ce jour 167 m \$). On note des Progrès du GTC-PEV dans l'amélioration de la gestion des vaccins au niveau centrale, renforcement du Programme et appui des partenaires. Il y'a cependant nécessité d'étendre les efforts au niveau décentralisé, en matière d'analyse régulière des données sur les vaccins.
- Pérennité des activités de vaccination : les questions de co-financement des vaccins et du financement des vaccins traditionnels ont été soulignées.

II. présentation de la synthèse des travaux de l'atelier d'évaluation conjointe Gavi-Pays 2018 et Les principaux points d'échanges

Il a été développé en résumé, quatre (04) points, à savoir, l'analyse des performances, le déroulement de l'atelier de l'évaluation conjointe, les actions prioritaires retenues par composante, les Principales recommandations issues de l'atelier.

S'agissant des échanges, la plupart des intervenants se sont focalisés sur six (06) thématiques en lien avec les actions déclinées par le programme pour le compte de l'année 2019:

- **La priorisation des activités** : pour le représentant de Bill and Melinda Gate Foundation, le programme est très ambitieux en 2019. Un accent doit être mis dans les districts à faibles couvertures, alors que sans insécurité. Clôturant ses propos, il a fait la promesse d'accompagner le pays dans la mise en œuvre des activités dans les zones d'insécurité. A cet égard, les réflexions devront se poursuivre avec le PEV. En outre, la nécessité de prioriser a été martelée par l'IGSA qui a recommandé de confronter la liste des activités et évaluer leur apport. Bien plus, le pays pourrait adopter comme option stratégique le maintien de la couverture vaccinale au regard des pesanteurs liées au financement.

- **Le basculement au DHIS** : le problème soulevé par le programme était que Le DHIS n'intègre pas encore le module d'analyse des données de vaccination. Sur ce sujet, le chef cellule d'information sanitaire a rassuré les participants du développement d'un module du dashboard DHIS2 accessible par niveau avec transfert des données au format DVDMT/RIM.

- **La coordination des actions des partenaires au Renforcement du Système de Santé** : la question a été soulevée par le responsable pays à Gavi. A propos, plusieurs participants au rang desquels, la Conseillère régionale d'Ambassade de France au Cameroun, ont soutenu l'idée de mettre en place un mécanisme de coordination des activités des partenaires en vue d'éviter des doublons, ce, sous le leadership du Ministère de la santé ;

- **La surveillance des MEV** : le représentant de l'OMS a indiqué une baisse substantielle des fonds polio qui soutiennent jusqu'ici les activités de surveillance. Le Gouvernement a été exhorté de prendre ses responsabilités. La problématique du transfert des compétences de la surveillance au DLMEP a été évoquée par Madame le SP-PEV. A ce sujet, le représentant de CHAI a recommandé une séance de travail pour analyser les différentes options possibles pour ce qui concerne la coordination et le financement des activités de la surveillance.

- **Les stratégies de vaccination** : compte tenu de la stagnation des performances du programme observée depuis près de cinq (05), le représentant pays de CDC a appelé à un changement de stratégies. Il a proposé la mise en œuvre de la stratégie atteindre chaque communauté. Aussi, en vue d'apporter de manière efficace un appui technique au niveau opérationnel, les participants ont proposé de concentrer l'assistance technique au niveau opérationnel.

- **Le mécanisme transitoire et investigation financière**: l'IGSA a fait état de son inquiétude sur le démarrage des subventions RSS2. Il a sollicité de la part de Gavi, un plan indicatif de sortie de crise, malgré que ces sujets aient été abordés lors des audiences avec le Ministre et au cours des séances de travail thématiques.

Réagissant au démarrage du RSS2, le responsable pays à Gavi a précisé que les financements relatifs au CCEOP, aux introductions de nouveaux vaccins en 2019 et à la campagne de suivi rougeole rubéole seraient débloqués si le remboursement des montants arrêtés suite au terme des investigations et de l'audit de Gavi est effectué. Il a ensuite noté qu'il dispose assez d'éléments qu'il devra mettre sur la table du Secrétariat de Gavi, en vue d'une issue favorable. Enfin, il a rassuré le Gouvernement que Gavi est disposée à avancer avec le pays dans les activités de vaccination dans les zones d'insécurité intégrées au RSS, à la seule condition de bien documenter lesdites activités menées dans ces contextes spécifiques (insécurité/urbaine, etc).

Pour le représentant de la Croix Rouge Camerounaise, son organisme dispose d'un réseau de volontaires qui pourraient être exploités pour la mise en œuvre des activités de vaccination dans les zones d'insécurité du Nord-ouest et Sud-ouest.

En guise de mot de clôture, le Président de séance a tenu à remercier tous les participants pour la qualité des discussions et a donné instruction aux responsables du Programme d'intégrer les différentes contributions notées au cours de la séance.

Principaux points d'actions	Responsables	Échéances
Finaliser le rapport d'évaluation conjointe	PEV	15 octobre 2018
Elaborer un projet de MOU entre le Gouvernement et l'OMS pour la mise en œuvre du RSS2	DCOOP/PEV	31 décembre 2018

Évaluation conjointe (JA complète)

Faire état du compte Gavi en vue du transfert imminent des fonds Gavi à l'OMS ;	PEV	31 novembre 2018
Identifier les équipements à acquérir via Unicef dans le cadre du RSS2 et mettre à jour la demande de cotation	Comité de Pilotage CCEOP	Octobre 2018
Elaborer le plan de mise en œuvre et du suivi des recommandations des audits et investigations et du Grant Management Requirements	PEV	31 décembre 2018
Transmettre officiellement les rapports de clôture des subventions	MINSANTE	Fin octobre 2018
Mettre en place le CCIA technique	PEV	Octobre 2018
Elaborer un MOU avec PROVARESSC dans le cadre du RSS2	PEV	Novembre 2018
Elaborer une proposition à soumettre à la fondation BMG en vue d'un soutien au PEV de routine dans la Région de l'Extrême-Nord et les DS en insécurité d'autres Régions	PEV	Fin octobre 2018
prioriser les activités afin de retenir que celles qui ont un apport significatif sur l'amélioration de la couverture vaccinale et l'équité ;	GTC-PEV	Deux semaines
Tenir une séance de travail pour analyser les différentes options possibles pour ce qui concerne la coordination et le financement des activités de la surveillance ;	GTC-PEV/DLMPEP	Fin octobre 2018
Faire une revue de la stratégie ACD et adopter la stratégie atteindre chaque communauté ;	GTC-PEV	31 décembre 2018

8. ANNEXE : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) *			
Rapports sur tous les indicateurs obligatoires	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 (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *	X		
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			X
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			X
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination			X
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données	X		
Plan d'amélioration des données (DIP)	X		
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données	X		

Évaluation conjointe (JA complète)

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		
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			X
Évaluation post-introduction (EPI)			X
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans	X		
Plan opérationnel pour le programme de vaccination	X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			X
Rapports spécifiques au VPH			X
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			