

Formulaire de demande : Soutien au renforcement du système de santé (RSS) en 2016

Date butoir pour le dépôt de la demande :

15 janvier 2016

1 mai 2016

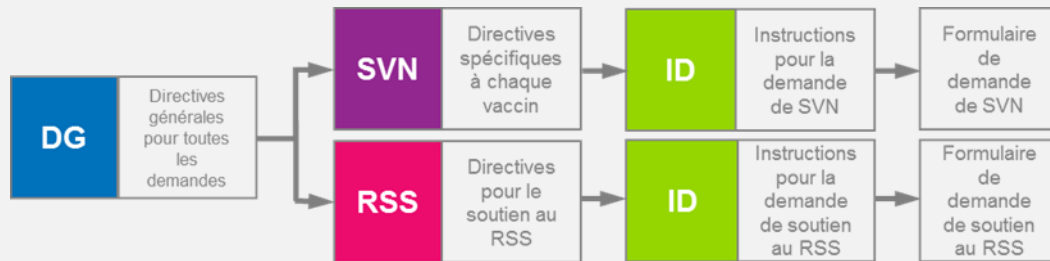
9 septembre 2016

Date du document : **Décembre 2015**

(Le présent document remplace toutes les versions antérieures)

Dossier de demande pour 2016 :

Il est conseillé aux pays faisant une demande de soutien de tout type à Gavi en 2016, de consulter les documents suivants dans l'ordre dans lequel ils sont présentés ci-dessous :



Formulaire de demande de soutien au RSS

But de ce document :

Ce formulaire doit être rempli pour faire une demande de soutien au RSS de Gavi. Les demandeurs sont tenus de lire les instructions concernant la demande de RSS avant de remplir ce formulaire, et sont priés de se reporter à ces instructions tout en complétant le formulaire de demande. Les demandeurs doivent d'abord lire les directives générales pour tous les types de soutien, ainsi que les directives concernant le RSS avant de remplir ce document.

Le formulaire de demande, ainsi que toute annexe, doivent être soumis en anglais, en français, en portugais, en espagnol ou en russe.

Liens internet et coordonnées :

Tous les dossiers de demande sont disponibles sur la page web de demande de soutien de Gavi : www.gavi.org/soutien/demandes/. Pour toute question concernant les directives au sujet d'une demande, veuillez contacter applications@gavi.org ou votre gestionnaire de programmes pays.

SOMMAIRE

Partie A: Résumé de l'aide demandée et renseignements concernant le demandeur ...	1
Partie B:Informations générales	1
Partie C:Détails de la demande	1
Partie D:Plan de travail, budget et analyse des écarts	22
Partie E: Modalités de mise en œuvre et d'atténuation des risques.....	27

PARTIE A: RESUME DU SOUTIEN DEMANDE ET RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

1. Renseignements sur le candidat	
Financement total demandé à Gavi (en \$ US)	<i>Ceci doit correspondre exactement au budget demandé à la question 17 (budget détaillé).</i> 23 520 000 \$ US
Votre pays a-t-il finalisé et approuvé le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Indiquer l'année de fin du PNDS : 2027</i> Fournir obligatoirement l'annexe n° 8 : PNDS (Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027)
Votre pays a-t-il finalisé et approuvé le plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Indiquer l'année de fin du PPAC</i> 2019 <i>Fournir obligatoirement l'annexe n° 11 : PPAC</i>
Date proposée pour le début de la subvention de RSS :	<i>Indiquer le mois et l'année de la date prévue pour le début de la subvention.</i> Janvier 2017
Date de fin de la subvention de RSS proposée :	<i>Indiquer le mois et l'année de la date prévue pour la fin de la subvention.</i> Décembre 2021
Planification de l'évaluation conjointe :	<i>Indiquer le moment de l'année où l'évaluation conjointe sera menée, et à quel panel d'examen de haut niveau l'évaluation conjointe sera soumise.</i> 07 au 18 Mars 2016. Soumission au Comité d'Examen Indépendant de Gavi.

2. Processus de l'élaboration de la demande (maximum 2 pages)	
<i>Fournir un aperçu du processus concerté et participatif de l'élaboration de la demande.</i>	
1- Cadre d'exécution du processus	
<p>Par Note de Service N°D19-232/NS/MINSANTE/SG/DCOOP du Ministre de la Santé Publique en date du 9 Septembre 2015, le processus d'élaboration de la demande de soutien au renforcement du système de santé (RSS) en 2016 a été placé sous la conduite d'une équipe restreinte de hauts cadres du Ministère, dont le Secrétaire Permanent du Programme élargi de vaccination avait en charge la coordination technico-administrative. Dans le cadre de son activité globale, cette équipe a bénéficié de l'appui technique d'experts de divers horizons : OMS, UNICEF, GAVI Alliance, Agence de Médecine préventive (AMP), Banque Mondiale, Clinton Health Access Initiative (CHAI), et la Société civile.</p>	
2- Approche méthodologique et étapes du processus	
<p>Dès le mois d'Octobre 2015, et après s'être largement imprégnée de la nouvelle version du dossier et du formulaire de demande, l'équipe a engagé des actions préliminaires de revue documentaire de base en rapport</p>	

avec l'objet de sa mission. Ainsi ses membres ont notamment partagé et engagé la réflexion sur :

- Les leçons apprises de la mise en œuvre de la reprogrammation Gavi-RSS 2014-2015 ;
- Les recommandations du Comité d'Examen Indépendant de l'Alliance Gavi au sujet de la proposition RSS du Cameroun soumise en janvier 2015 ;
- Les résultats de l'évaluation indépendante du programme RSS mis en œuvre entre 2008 et 2015.

Cette phase préliminaire a été suivie d'une retraite d'orientation stratégique et d'élaboration d'un avant-projet de document, tenue à Yaoundé du 9 au 13 Novembre 2015. Par la suite il s'est tenu un atelier élargi de pré-validation de l'avant-projet, organisé à Douala du 1^{er} au 4 décembre 2015.

Enfin du 28 au 30 décembre 2015, une deuxième retraite de l'équipe restreinte a permis de conclure le processus avec l'élaboration d'un projet de document, soumis au CCIA le 08 janvier 2016, pour validation.

3- Acteurs-clés

L'atelier de pré-validation susmentionné, fortement participatif, a regroupé un large panel représentatif des structures et expertise à compétences organiques de divers niveaux :

- Au niveau central : i) Le Secrétariat du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé ; ii) Le Programme Elargi de Vaccination ; iii) Le Programme d'Appui aux Investissements du Secteur Santé ; iv) La Division de la Coopération ; v) La Direction de la Santé Familiale et certaines sous-directions (Soins de Santé Primaires, Vaccination, Cellule des Informations Sanitaires, Cellule du Partenariat International, Prévention et Action Communautaire) ; vi) La Cellule technique Nationale du Financement Basé sur la Performance (PBF).
- Au niveau intermédiaire : la Délégation Régionale de la Santé Publique du Littoral et les services en charge du PEV, de la Planification et du Suivi Evaluation ;
- Au niveau opérationnel : Les Districts de santé de Nylon et de la Cité des Palmiers (Région du Littoral) et de Ngoumou (Région du Centre), représentés par leurs Médecin-chefs ;
- Au niveau communautaire : (i) Le Secrétariat Technique des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, (ii) La Société Civile ; iii) Le Représentant du Maire de la Commune de Douala 2^{ème}.

4- Rôles des divers acteurs

Au plan général, trois types de contributions ont été sollicités et obtenus :

- Après de l'équipe restreinte : Cette équipe, en plus de la revue documentaire et la collecte des documents annexes exigés, a assuré la rédaction proprement dite, la relecture des documents préliminaires et de la proposition finale.
- Après des acteurs communautaires : Ces acteurs ont fait un plaidoyer pour une redynamisation et une meilleure collaboration avec les structures de dialogues. Ils ont proposé des solutions pour améliorer la résilience communautaire dans la mise en œuvre des activités de vaccination.
- Après des Agences partenaires : Le Ministère a bénéficié de l'accompagnement des agences partenaires (Gavi, OMS, UNICEF, AMP, CHAI, Banque mondiale) qui ont apporté leur appui technique ou financier, chacun selon son mandat respectif.

L'OMS, l'AMP et Gavi pour faciliter le travail dans le délai de temps imparti ont recruté des consultants internationaux ayant déjà fait l'expérience de la préparation de ces propositions pour d'autres pays. Une mission de Gavi a accompagné le pays dans le choix des domaines prioritaires d'intervention et des objectifs généraux et spécifiques du projet et le renforcement des capacités des acteurs sur le nouveau cadre de performance de Gavi. Les autres consultants après avoir pris connaissance du travail déjà réalisé et des conditions dans lesquelles le projet allait être développé, ont formulé des recommandations sur le fond et la forme de la proposition.

5- Durée du processus et difficultés éventuelles

Le processus d'élaboration du document final proposé a duré dix semaines (du 1er novembre 2015 au 15 janvier 2016). Compte tenu de l'expertise des membres de l'équipe restreinte et de la capitalisation des leçons apprises par le PEV dans le renforcement du système de santé, ainsi que des appuis multiformes des partenaires techniques, il y a lieu de relever qu'aucune difficulté majeure n'a entravé le bon déroulement de ce processus. Après la pré-revue faite par l'OMS dont le feed-back a été partagé le 26 janvier 2016, les amendements ont été pris en compte de manière consensuelle par le pays et les partenaires, puis validés au CCIA du 12 février 2016 en vue d'une nouvelle soumission le 15 février 2016.

Inclure les **annexes obligatoires suivantes** :

n° 4 : Procès-verbal de la réunion du CCIA, lors de laquelle la demande de RSS a été approuvée ;

n° 5 : Les procès-verbaux des 3 dernières réunions du CCIA ; et

n° 15: TdRs du CCIA

3. Signatures

3a. L'approbation du gouvernement

Comprend l'approbation par le ministère de la Santé et par le ministère des Finances de la proposition de RSS – **Annexe n° 2 obligatoire.**

Nous, soussignés, affirmons que les objectifs et les activités de la proposition de Gavi sont parfaitement alignés avec le plan stratégique sanitaire national (ou équivalent), et que les fonds pour la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds nationaux et tout co-financement nécessaire pour les vaccins, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Le Ministre de la Santé (ou son délégué)

Nom : **M. André MAMA FOU DA**

Signature :

Le Ministre des Finances (ou son délégué)

Nom : **M. Alamine OUSMANE MEY**

Signature :

Date :

Date :

3b. Approbation du comité de coordination inter agences (CCIA)

Inclure l'approbation officielle du CCIA pour la proposition de RSS - **Annexe obligatoire n° 3**

Inclure la signature de chacun des membres du comité présents ainsi que la date.

Annexe obligatoire n° 3 : Approbation de la proposition de RSS par le CCIA

Nous, membres du CCIA, ou comité équivalent, nous sommes réunis le _____ (date) pour examiner cette proposition. Lors de cette réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des pièces justificatives ci-jointes. Le procès-verbal de la réunion approuvant cette proposition est jointe à la présente demande.

Veuillez donner la liste de tous les membres du CCIA	Titre / Organisation	Nom	Signer ci-dessous pour confirmer :	
			Participation à la réunion durant laquelle la proposition a été approuvée	Approbation du procès-verbal où la proposition a été discutée
Président(e)	Ministre de la Santé Publique	M. André MAMA FOU DA		
Vice-président	Directeur de la Santé Familiale	Pr Robinson MBU		
Secrétaire	Secrétaire Permanent du Programme Elargi de Vaccination	Dr Marie KOBELA		
OMS				
UNICEF				
Autres Partenaires				
Membres des OSC				

4. Résumé analytique (*maximum 2 pages*)

Fournir un résumé analytique de la demande.

La présente proposition de RSS du Cameroun est orientée vers la vaccination et contribuera prioritairement à lever les goulots d'étranglement suivants :

- Faible couverture vaccinale pour la plupart des antigènes,
- L'accès inéquitable aux services de vaccination de qualité.
- La faible capacité de stockage des vaccins
- La faiblesse des capacités en gestion des approvisionnements et des stocks de vaccins,
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique (SIGL),
- La faible disponibilité de certains vaccins et intrants
- La faible couverture des besoins en logistique nécessaires aux prestations des soins de santé primaires des populations difficiles d'accès ou marginalisées ;
- La présence des réfrigérateurs non conformes aux normes PIS/PQS La mauvaise gestion des déchets de vaccination

- La faible implication des représentants de la communauté et des OSC dans le processus de gestion des soins de santé infantiles, y compris la vaccination ;
- Le faible financement de la production des supports des messages de promotion de la vaccination et des supports éducationnels,
- L'insuffisance des ressources pour la réalisation des activités de santé communautaire.

- L'absence d'un document stratégique de développement du système d'information
- La fragmentation du système de gestion des informations sanitaires (faible intégration des données des différents programmes) avec une multitude d'outils de collecte des données ;
- La faible production des données de routine due à la faible informatisation du SNIS à tous les niveaux,
- L'incapacité à générer des produits d'informations fiables et susceptibles de réajuster des objectifs de programme ou d'orienter des décisions politiques adéquates (Rapport de la revue externe du PEV 2013)
- La faible remontée des données du niveau opérationnel au niveau périphérique ;
- La faible capacité managériale du PEV
- La faible coordination des activités du PEV aux niveaux Régional et District.
- La faible motivation du personnel notamment au niveau opérationnel
- Le caractère vertical des différents programmes de l'Etat et des partenaires dans le secteur de la santé
- Le faible niveau d'harmonisation/alignement des interventions/prestations au niveau opérationnel ;

Cette proposition est en parfait alignement avec les documents de politique et de stratégies nationales (Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027, PPAC 2015-2019) ; sachant que la SSS est en cohérence avec les Objectifs de Développement Durables liés à la santé du couple mère-enfant (ODD 3.1 et 3.2). Elle prend également en compte les recommandations du Comité d'Examen Indépendant de Gavi de la Proposition soumise en janvier 2015, les observations et suggestions de la pré-revue de l'OMS (février 2015), et les conclusions de l'évaluation finale du RSS 2008-2015.

Suite à l'identification des goulots d'étranglement, l'analyse profonde des causes a conduit à la définition des objectifs de la proposition.

L'objectif général de cette proposition est d'obtenir l'appui de Gavi qui contribuera à la mise en place d'un système de santé fonctionnel et efficace permettant aux activités de vaccination d'être conduites convenablement. De façon spécifique, il sera question d'ici 2021 de :

- i) Améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé, en renforçant la stratégie « Atteindre Chaque District/Communauté » (ACD/ACC), dans ses composantes : planification, renforcement des liens avec la communauté, la supervision formative et les stratégies avancées et mobiles pour atteindre toutes les cibles ;
- ii) Renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV à travers l'amélioration de la couverture des besoins en logistique nécessaires dans les districts prioritaires ;
- iii) Renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination dans 34 Districts de Santé, à travers les OSC dont le rôle consistera à faciliter l'établissement des liens entre la communauté et les services de santé, ainsi qu'à promouvoir les activités de communication pour le changement de comportement ;
- iv) Renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national, en améliorant la disponibilité et la qualité des données d'information sanitaire, logistiques, administratives et financières ;
- v) Améliorer la gestion et la coordination du programme, ce qui permettra d'éviter les doublons et promouvoir la complémentarité.

En plus des 34 districts suscités, l'appui de Gavi sera complémentaire dans les 80 DS qui mènent déjà le PBF. Cette zone d'intervention a été identifiée de façon consensuelle avec toutes les parties prenantes sur la base d'une analyse de situation, de l'identification des priorités vaccinales du pays et du plan de passage à échelle de l'approche PBF en cours d'implémentation par le pays avec le soutien technique et financier de la Banque Mondiale, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Elle concernera une population totale estimée en 2017 à 10 775 520 d'habitants, soit 409 470 enfants de 0 à 11 mois (47% de la cible nationale). Ces populations sont constituées, dans une proportion non négligeable, de populations difficiles d'accès et marginalisées : les Mbororos nomades, les Pygmées, les Kirdis des montagnes, les insulaires, les réfugiés et les habitants des zones d'insécurité.

Cette proposition couvre une période de 5 ans (2017 - 2021) et s'articule autour des 5 objectifs suivants :

- **Objectif 1** : D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé ; 2 724 223 USD (11.58%).
- **Objectif 2** : D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV ; 10 347 657 USD (44%).
- **Objectif 3** : D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination ; 1 861 739 USD (7,92%).
- **Objectif 4** : D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national ; 2, 803 291 USD (11.92%).
- **Objectif 5** : D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme ; 5 783 088 USD (24.59%).

Le dispositif de mise en œuvre prévoit que le Cameroun à travers le Ministère de la Santé Publique et son Programme Elargi de Vaccination, soit le principal responsable au plan juridique, technique et institutionnel de cette proposition. Toutefois, les partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé Publique, notamment les partenaires statutaires de l'Alliance Gavi (OMS et UNICEF) et d'autres tels que l'Agence de Médecine Préventive (AMP) ainsi que la Société Civile, seront associés aux opérations de mise en œuvre, selon leur mandat respectif. Les modalités détaillées de collaboration et de partenariat dans le cadre de cette subvention feront l'objet de Mémoire d'Entente. Les instances de pilotage et d'orientation stratégique de la proposition RSS sont le Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé (CP/SSS). Ce comité sera élargi aux membres du CCIA pour plus d'efficacité, de cohérence, un meilleur pilotage et une bonne coordination des interventions. Le secrétariat technique du CP/SSS sera également élargi au GTC-PEV pour la préparation des dossiers techniques à soumettre au Comité de Pilotage de la SSS/CCIA. Un dispositif similaire sera mis sur pieds aux niveaux régional et district.

Les fonds du RSS seront gérés par le GTC-PEV qui mettra à la disposition des organes d'exécution les fonds nécessaires pour la mise en œuvre de leurs activités. Une part marginale (4%) des ressources du RSS sera allouée aux charges de fonctionnement des structures de mise en œuvre (PEV, la Société civile, CIS, DCOOP, ST/CP-SSS). Ces charges comprendront essentiellement les dépenses incompressibles de fonctionnement, les indemnités pour travaux supplémentaires et spéciaux ou primes des personnels impliqués dans la mise en œuvre conformément aux dispositions de la décision N° 0484 D/MINSANTE/CAB du 9 juillet 2014 accordant une prime spéciale aux personnels en service au Programme Elargi de Vaccination.

L'acquisition des biens se fera par achat direct au travers des systèmes d'approvisionnement et d'achat des partenaires au développement notamment l'OMS pour les véhicules, les motos et le matériel informatique et l'UNICEF pour les équipements de la chaîne du froid. Les autres biens et services seront acquis suivant les procédures de passation des Marchés régies par le Recueil des textes des Marchés publics en vigueur au Cameroun.

Le suivi, le contrôle et l'évaluation de la subvention RSS Gavi s'effectueront au sein du Programme par les experts commis à cet effet. Les indicateurs de suivi et évaluation sont les indicateurs standards du cadre de performance suivants : i) Couverture vaccinale en Penta 3; ii) Couverture vaccinale en RR1; iii) Equité géographique de la couverture en Penta 3; iv) Equité socioéconomique des couvertures vaccinales; v) Taux d'abandon spécifique; iv) Proportion d'enfants de 12- 23 mois complètement vaccinés. En plus des indicateurs suscités, les indicateurs sur mesure sont également pris en compte (Cf. cadre de performance).

Le dispositif de suivi évaluation de la présente Proposition est celui du cadre de performance de l'Alliance Gavi et s'intègre dans les mécanismes nationaux de suivi évaluation du Secteur de la Santé (Système National des Informations Sanitaires, cadre de suivi évaluation de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027). Des réunions de coordination impliquant les différentes parties prenantes se tiendront à un rythme mensuel, et des réunions du Comité de Pilotage de la SSS élargi au CCIA à un rythme trimestriel. Les comptes rendus périodiques validés trimestriellement au niveau central par les membres du Comité de Pilotage de la SSS serviront de bases de diffusion des résultats de la subvention RSS.

Au niveau régional, l'instance de coordination stratégique, qui est la déclinaison du Comité de Pilotage de la SSS, assurera le suivi-évaluation de la mise en œuvre au cours des réunions trimestrielles. Les Délégations Régionales de la Santé Publique et les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé élaboreront les comptes rendus de ces réunions qui seront diffusés aux niveaux central et opérationnel. La mise en œuvre des activités se fera sous la supervision directe des UR/PEV et semestriellement par le niveau central. Par ailleurs, l'opportunité de ce financement de Gavi

permettra d'appuyer la structuration et le renforcement d'un SIS intégré et fonctionnel.

Les audits financiers font partie du dispositif de suivi du PEV. Il est prévu une centralisation hebdomadaire des opérations financières à travers le logiciel comptable TOM 2 PRO, et une revue mensuelle des données financières au niveau central. Les audits financiers internes (semestriels) et la validation annuelle des états financiers permettront d'apprécier l'appropriation du manuel de procédures par les gestionnaires du programme à tous les niveaux et la fiabilité des données de gestion financière. Les audits externes annuels seront effectués par un cabinet indépendant pour certifier la conformité de l'utilisation de la subvention Gavi RSS selon les principes de transparence et de bonne gouvernance.

5. Acronymes

Fournir une liste complète de tous les acronymes utilisés dans cette demande.

Acronyme	Signification de l'acronyme
ACD	(Approche) Atteindre Chaque District
AFD	Agence Française de Développement
AMP	Agence de Médecine Préventive
ASC	Agent de Santé Communautaire
BADEA	Arab Bank for Economic Development in Africa
BCG	Bacille Calmette et Guérin (vaccin)
BICEC	Banque Internationale pour l'Épargne et le Crédit du Cameroun
BID	Banque Internationale de Développement
BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population
CAA	Caisse Autonome d'Amortissement
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques (enquête)
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CIS	Cellule des Informations Sanitaires
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COGE	Comité de Gestion de l'aire de santé
COGEDI	Comité de Gestion du District de Santé
CP/SSS-SSS	Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé
COSA	Comité de Santé de l'aire de santé
COSADI	Comité de Santé du District de Santé
CP-SSS	Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DCOOP	Division de la Coopération/Ministère de la Santé Publique
DEP	Division des Etudes et Projets/Ministère de la Santé Publique
DQS	Data Quality Self-assessment
DRH	Direction des Ressources Humaines/Ministère de la Santé Publiques
DROS	Division Recherche Opérationnelle en Santé
DRS	Délégation Régionale de la Santé Publique
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DTC	Diphtérie, Tetanos, Coqueluche
DVDMT	District Vaccine Data Management Tool
ECAM	Enquête Camerounaise auprès des Ménages
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EESI	Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel
EGEV	Evaluation de la gestion efficace des vaccins
FBR	Financement basé sur les résultats
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GIS	Gestion informatisée des stocks
GTC-PEV	Groupe Technique Central du Programme Elargi de Vaccination
HCR	Haut-Commissariat des Réfugiés
HKI	Hellen Keller International
HMN	HealthMetrix Network
HPV	Virus Papilloma Humain
INS	Institut National de la Statistique
JANS	Joint Assessment of National Health Strategies
JRF	Joint Report Form (Rapport conjoint OMS/UNICEF)
LANACOME	Laboratoire National de contrôle de Médicaments et produits pharmaceutiques
MAPE	Maladies à Potentiel Epidémique
MAPI	Manifestations Adverses Post-Immunisation
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MINEPAT	Ministère de l'Economie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MDA	Médecins d'Afrique
MenAfrivac	Vaccin anti meningococcique A

MSF	Médecins Sans Frontière
NHMIS	National Health Management and Information System
OBC	Organisations à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de Santé Publique
OSC	Organisation de la Société Civile
PAISS	Projet d'Appui aux investissements dans le Secteur de la Santé
PCV 13	Vaccin (à 13 valences) antipneumococcique conjugué
PECIME	Prise En Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFC	Point Focal Communication
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PISE	Plan Intégré de Suivi Evaluation
Plan	Organisation Non Gouvernementale Internationale Plan
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMMI	Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile
PPAC	Plan d'Action Pluriannuel Complet
PPN	Politiques Pharmaceutiques Nationales
PROVARESSC	Plateforme pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun
RCA	République Centrafricaine
RGPH	Recensement General de la Population et de l'Habitat
RHS	Ressources Humaines en Santé
SAF	Section Administrative et financière
SIS	Système d'informations sanitaires
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
ST/CP-SSS	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie sectorielle de la Santé
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin anti tétanique
VPI	Vaccin Polio Inactivé
VPO	Vaccin Polio Oral
WUENIC	Rule-based system implemented as a logic program

PARTIE B : INFORMATIONS GENERALES

6. Description du secteur de la santé national (*maximum 1 page*)

Fournir l'annexe n° 8 : PNDS ou équivalent et indiquer les sections décrivant le secteur de la santé. Si aucun document national approuvé décrivant le secteur de la santé n'existe, fournir un aperçu concis du secteur de la santé.

Cette description s'appuie sur les piliers du système de santé

1- Offre des services et des soins :

Au Cameroun, le système de santé est organisé à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire (10 Délégations Régionales de la Santé), et le niveau périphérique (189 Districts de Santé et 1766 Aires de Santé). La nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) prévoit la mise sur pied d'un quatrième niveau dénommé *niveau communautaire*. Les formations sanitaires qui délivrent les prestations de soins sont classées de la catégorie 1 à la catégorie 7. Le pays en comptait 4034 en 2014, dont 56% du sous-secteur public (administrations publiques) et 44% des sous-secteurs privés (à but lucratif ou non). Suivant les orientations de la stratégie partenariale du MINSANTE, l'Etat subventionne régulièrement les réseaux de formations sanitaires privées à but non lucratif et les ONGs.

Il est à noter que 80.6% de la population vit à moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA, HD) avec des disparités en zones rurales (69.6%) et dans les Régions de l'Adamaoua (54.2%), de l'Extrême-Nord (65.7%) et de l'Est (67.7%) (Source : Rapport INS 2007). Les infrastructures et les plateaux techniques de certaines structures sanitaires sont peu fonctionnels avec en plus une absence de démarche qualité. A ce jour, aucune enquête n'a été faite dans le domaine de la gestion des déchets hospitaliers au Cameroun. Par ailleurs, mis à part certains programmes verticaux de santé tels que le PEV, la disponibilité des services et les capacités opérationnelles des structures de santé sont peu connues. En matière d'utilisation des services, les données disponibles font état d'un taux de couverture de CPN1 de 82.8% et un taux de couverture vaccinale (TCV) de 93%(penta 1) ; avec 29 % de Districts de Santé ayant un TCV en penta 3 inférieur à 80%.

2- Ressources humaines en santé (RHS):

Le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) 2013-2017 du système de santé indique que le ratio personnel soignant (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 habitants était de 1,07 en 2010. Parmi ces personnels, près de 2/3 (66%) exercent dans le sous-secteur public contre 20% dans le sous-secteur privé confessionnel. Il existe de fortes disparités dans la répartition géographique des RHS, ces dernières étant beaucoup plus concentrées dans les grandes agglomérations. La production moyenne annuelle des personnels de santé est d'environ 500 médecins, 2000 infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 250 sages-femmes et 100 aides-soignants option santé communautaire. Cette production est largement supérieure à la capacité d'absorption du sous-secteur public. Si des efforts ont été consentis pour l'amélioration de la qualité de la formation initiale des médecins et des sages-femmes (audits, harmonisation des curricula...), tel n'est pas le cas pour la formation des infirmiers. Pour ce qui est des agents relais communautaires, 367 ont été dénombrés en 2011 ; leur statut n'est pas clairement défini et ils travaillent essentiellement dans le cadre de la mise en œuvre de certains programmes verticaux de santé. La gestion des ressources humaines en santé (RHS) est fortement centralisée dans le sous-secteur public, avec une faible coordination entre les administrations publiques et les sous-secteurs privés (lucratifs ou non). La rétention des RHS pose problème ; le taux d'attrition est de 1000 personnels par an dans le sous-secteur public. Les systèmes de gestion des carrières et d'évaluation/motivation des personnels sont peu fonctionnels, réduisant ainsi la motivation du personnel. Cependant, des initiatives comme la mise à échelle du Financement basé sur les résultats et la fidélisation des RHS dans les postes dits difficiles sont des pistes de solution.

3- Système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement :

Le Cameroun a adopté en 2013 une Politique Pharmaceutique Nationale dont le défi majeur est l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels de qualité aux populations, et correctement utilisés. Il existe une Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ARNP) ; toutefois, cette structure est peu fonctionnelle (SSS 2016-2027). L'organisation du SYNAME (Système National d'Approvisionnement en Médicaments) repose au niveau central sur la CENAME (Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicament et consommables médicaux Essentiels), les grossistes répartiteurs à but lucratif et les centrales d'achat privées à but non lucratif. Au niveau déconcentré, on retrouve les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) et des pharmacies des structures de santé publiques et privées. Le contrôle qualité n'est pas systématique pour les médicaments importés et seule une faible proportion des lots circulant est contrôlée en post marketing. La contrefaçon s'est développée et il existe un vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite (SSS 2016-2027).

Dans le domaine de la gestion des vaccins, selon le Mémoire d'accord pour la prestation de service d'achats signé le 18 août 2009, le Ministère de la Santé Publique achète les fournitures, équipements, et autres matériels destinés à soutenir les activités du PEV par le canal de l'UNICEF. Les vaccins nouveaux et sous-utilisés (fièvre jaune, DTC-HepB-Hib, PCV 13 et antirotavirus) sont cofinancés avec Gavi. Les vaccins traditionnels (BCG, VPO, VAT et RR) sont financés par le Gouvernement. L'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins de 2013 (EGEV) a recommandé d'élaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance préventive pour les équipements de la chaîne du froid, le matériel roulant et les bâtiments. Le coût global de ce plan pour les équipements de la chaîne d'approvisionnement est de USD 1 423 467 pour la période 2014-2018. L'Alliance Gavi a accordé en 2014 une subvention de USD 900 000 pour le financement de la

chaîne d'approvisionnement à travers l'UNICEF. Ce financement a permis l'acquisition de trois chambres froides d'une capacité de 70m³ en positive et 20 m³ en négative au niveau central, et de 30 m³ en positive pour la région du Nord-Ouest. L'installation et la réhabilitation de ces équipements a amélioré la capacité de stockage au niveau central de 100m³ en positif. Avec la poursuite de l'introduction de nouveaux vaccins, le besoin en espace de stockage positif se fait ressentir, on estime ce besoin à 280 m³, soit 7 chambres froides de 40 m³ pour le dépôt central et régional (EPI forecasting. Unicef 2015). L'acquisition de ces sept chambres froides couvrira les besoins jusqu'en 2021 et permettra de remplacer les deux anciennes chambres froides du dépôt central, ainsi que deux autres de 40 m³ chacune, acquises en 2011 et non homologuées.

Au niveau opérationnel, d'ici 2019, 1 286 équipements de la chaîne du froid auront dépassé 10 ans d'âge. Parmi ces équipements, 229 sont en arrêt pour panne (212 réfrigérateurs et 17 congélateurs). Le pays se propose d'acquérir 900 réfrigérateurs solaires de 2017 à 2021. L'appui de la plate-forme pour l'optimisation des équipements de la chaîne de froid permettra d'acquérir les 900 autres. Ceci permettra de couvrir tous les besoins des formations sanitaires d'ici 2021. Un grand entrepôt au niveau central sera construit par le pays avec l'appui de Gavi. Un site a été cédé par le Ministère des domaines à cet effet. La gestion des stocks est faite aux niveaux central et régional grâce à l'outil de gestion informatisée SMT (le Stock Management Tools) mis au point par l'OMS et dans des registres manuels. Le niveau District de Santé utilise l'outil informatisé « District Vaccine Data Management Tools (DVDMT) » et l'Aire de Santé, les registres de mouvements des vaccins. Les bons de commandes et les registres manuels sont utilisés à tous les niveaux. Le rythme d'approvisionnement en vaccins du niveau central est semestriel avec un stock de réserve de trois mois. L'approvisionnement trimestriel des Régions méridionales se fait par le camion du GTC-PEV, alors que les Régions septentrionales sont approvisionnées par l'intermédiaire des sociétés privées de transport. Les Districts et Aires de Santé s'approvisionnent mensuellement. Le transport des vaccins et matériel d'injection vers les Régions se fait par voie terrestre et par axe. Le PEV dispose depuis 2012, d'un camion fourgon qui assure les livraisons vers les sept régions méridionales. Un camion frigorifique acquis sur les fonds Elma vient d'être réceptionné par le MINSANTE. La couverture actuelle des besoins de districts de santé en matériel roulant pour les supervisions formatives est de 60% (105 véhicules). 73 soit 70% de ces véhicules seront reformés dans 5ans. Afin d'adresser le problème récurrent de gestion des déchets, il a été prévu de rendre fonctionnels les 40 incinérateurs à gaz acquis sur fonds C2D et d'en acquérir 40 autres d'ici 2021.

4- Systemes d'informations sanitaires :

Le Plan stratégique de renforcement du système d'information sanitaire 2009-2015 n'a malheureusement pas été évalué. La collecte des données se fait au sein des formations sanitaires (FOSA) à l'aide des registres qui ne sont pas toujours harmonisés tandis que la transmission des synthèses périodiques se fait à l'aide des formulaires en copie imprimée. La synthèse et la transmission des données se font au sein des structures de coordination (Districts, Régions et niveau central) à l'aide des fiches de synthèse et des applications de saisie et d'analyse. Le DHIS2 (District Health Information Software 2) est en cours de développement au MINSANTE, ainsi que la cartographie de l'offre de service de soins à l'aide du système d'information géographique (SIG). Ces informations devraient permettre d'améliorer la disponibilité d'une information sanitaire de qualité.

Concernant la surveillance intégrée des maladies et riposte, la promptitude dans la transmission des données a été améliorée grâce à l'utilisation accrue des TIC (flotte téléphonique à « coût zéro », internet). Cependant, des efforts restent encore à fournir dans les domaines suivants : la coordination, le système d'alerte et de gestion des épidémies confirmées.

Certains programmes comme le PEV assurent le contrôle et la qualité des données via : des réunions mensuelles de validation des données, des audits périodiques de la qualité des données, des supervisions formatives couplées à l'administration du DQS (Data Quality Self-assessment), et le monitoring intégré décentralisé. L'Enquête de Couverture Vaccinale (ECV) se fait tous les trois ans et est très souvent couplée à une enquête à plus large échelle (MICS, EDS-MICS, Revue externe du PEV). Par ailleurs, le PEV produit chaque année plusieurs types de rapports programmatiques (Rapport Annuel d'activités du PEV, Rapport Annuel de Situation à Gavi, JRF ou Rapport conjoint OMS/UNICEF/Pays).

5- Financement:

Le Cameroun ne dispose pas d'un plan stratégique national de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. Cependant, de nombreux programmes et projets ont élaboré des stratégies de financement. C'est le cas notamment du PPAC (Plan Pluri Annuel Complet) du PEV et de la stratégie de financement du VIH/SIDA. Il est à noter que selon les Comptes Nationaux de la Santé de l'année 2011, le volume total du financement de la santé est de 504 milliards FCFA, soit 4% du PIB. Les principales sources de financement étant: les ménages (52%), le Gouvernement (33%), les bailleurs de fonds (14%) et le secteur privé (1%).

6- Environnements juridiques et gouvernance :

La Loi N° 96/03 de 1996 portant Loi-Cadre dans le domaine de la santé au Cameroun, document de politique de santé, préconise clairement l'accès aux services de santé à toutes les populations du Cameroun, y compris la vaccination. Ceci est également repris dans la « Vision Cameroun 2035 », dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et dans la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027. Malgré l'existence d'un Comité de Pilotage du Secteur Santé, le secteur santé reste caractérisé par une multiplicité et une diversité d'autres instances de coordination. En effet, la plupart des programmes et projets de santé disposent d'une instance de pilotage et d'orientation à caractère intersectoriel ou interministériel (Instance de Coordination Nationale pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre la TB, le VIH et le Paludisme ; le CCIA, le PLMI, etc.). Ces instances de coordination de programmes verticaux n'ont souvent pas de lien direct avec le comité de pilotage de la SSS. Cette fragmentation de la coordination et du pilotage

stratégique se répercute également au niveau régional et entrave l'efficacité et surtout l'efficience des interventions dans le secteur. En effet, avec des dépenses totales de santé de USD 63 par habitant et par an en 2012, le Cameroun engrangeait des résultats équivalents à ceux des pays qui en dépensent trois fois moins. Ce qui peut également s'expliquer entre autres par l'absence d'une stratégie globale de financement de la santé au Cameroun. Ces dysfonctionnements ont été pris en compte dans le cadre de la SSS 2016-2027.

Pour ce qui est de la régulation dans le secteur, les actions d'audit et de contrôle sont limitées par l'insuffisance de moyens logistiques et financiers, ainsi que par l'absence de la mise en œuvre des recommandations issues des missions d'inspection à tous les niveaux. Le contrôle social des interventions de santé, qui est l'une des modalités de la participation communautaire aux activités du système de santé, demeure « assez faible ». Les structures de dialogue existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais, elles sont peu fonctionnelles pour la plupart.

Fournir l'annexe n° 8 : PNDS ou équivalent et indiquer les sections décrivant le secteur de la santé. Si aucun document national approuvé décrivant le secteur de la santé n'existe, fournir un aperçu concis du secteur de la santé.

7. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et son lien avec le PPAC (2 pages au maximum)

Décrire la relation entre le PPAC et la stratégie sanitaire nationale.

Fournir : Annexe obligatoire n° 8 : PNDS et n° 11: PPAC ; et si disponible : Annexe n° 18 : Évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (ECSN); et l'annexe n° 19 : Réponse à la ECSN.

La Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027, document cadre de référence pour la mise en œuvre des programmes et projets de santé, vient d'être validé par le Comité de Coordination du Secteur Santé (CCSS). Elle comporte 5 axes stratégiques dont, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la prise en charge curative des cas, le renforcement du système de santé, et la gouvernance/pilotage stratégique. Cette SSS sera mise en œuvre à travers plusieurs Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS) correspondant aux cycles de planification dont le premier couvre la période 2016-2020 (PNDS 1). Le PNDS 1 est actuellement en cours d'élaboration.

L'un des objectifs prioritaires en matière de prestation des services de cette SSS est de « réduire le risque de survenue des maladies à potentiels épidémiques et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des Districts de Santé d'ici à 2027. » Pour ce faire, 4 stratégies seront mises en œuvre, dont trois directement en rapport avec les objectifs du plan stratégique pour la vaccination (PPAC 2015-2019). Il s'agit du : i) renforcement du système de surveillance des maladies ; ii) de l'amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination, iii) et du renforcement de la préparation et de la ripostes aux épidémies.

Pour ce qui est des objectifs du PPAC en matière de renforcement du système de santé en rapport avec le PEV, ils se retrouvent dans les deux axes stratégiques transversaux ou supports de la SSS et du PNDS, à savoir : renforcement du système de santé et gouvernance/pilotage stratégique.

Il est à noter que les processus d'élaboration de la SSS 2016-2027 et du PPAC 2015-2019 ont tous deux été fortement participatifs. Les différentes équipes de rédaction ont travaillé ensemble pour la production de ces documents. L'antériorité du PPAC 2016-2019 sur la SSS 2016-2027 et le PNDS 2016-2020 a permis de créer de fait une cohérence entre les analyses situationnelles, les objectifs, les interventions et les indicateurs retenus dans le PNDS 2016-2020 et le PPAC 2015-2019. De la même manière, le costing de la SSS et du PNDS, qui a été fait à l'aide de l'outil OneHealth Costing Tool, a pris en compte le budget du PPAC.

La SSS 2016-2027 a été validée le 05 Janvier 2016, et de ce fait ne peut pas faire l'objet d'une évaluation externe par la méthode JANS (Joint Assessment of National Health Strategies). Toutefois, son élaboration a été précédée par une évaluation interne de la stratégie échue (SSS 2001-2015). Cette évaluation n'a pas pris en compte de manière spécifique le PEV ou les programmes verticaux de santé. Au terme de cette analyse, les goulots d'étranglement relevés ont été classés suivant l'approche UNICEF dite des « dix déterminants » :

- Législation, réglementation et politique : Faible engagement politique en faveur de la mise en œuvre du SWAP-santé (depuis 2011, seuls deux partenaires techniques au développement (PTF) ont travaillé suivant cette approche : AFD et GIZ/KfW) et du financement public de la santé (qui reste autour de 8%). Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seuls 2% sont couverts par des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. Par ailleurs, en raison de l'absence d'un code de santé publique et des vides juridiques constatés, il n'a pas été possible de mieux encadrer les acteurs dans le secteur santé.
- Budget/dépenses: Le système reste marqué par l'existence de multiples régimes de financement de la santé (28 dénombrés en 2013), ce qui témoigne d'une part de l'absence d'une approche intégrée et d'une faible coordination dans la gestion des financements, et d'autre part d'un leadership insuffisant. Le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (financements privés captés par les formations sanitaires, financements de certains secteurs apparentés prestataires des soins et services de santé préventive, curative et promotionnelle ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) a empêché de prévenir le double emploi des ressources et d'agir de façon cohérente et efficiente pour adresser les besoins les plus cruciaux (équité horizontale). En outre, la non-maitrise des procédures de mise en œuvre des MoU, par les organes d'exécution entraîne des retards chroniques dans les décaissements des fonds et l'exécution des interventions programmées.
- Gestion (planification, coordination, suivi évaluation) de la SSS : Les objectifs formulés et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles et les rythmes de progression antérieurs. Les mécanismes de redevabilité des acteurs de mise en œuvre de la SSS n'ont été ni décrits ni mentionnés dans la SSS. Certaines administrations partenaires, prestataires des soins curatifs, préventifs et promotionnels, n'ont pas été identifiées et responsabilisées formellement dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS. Par ailleurs, la SSS 2007-2015 n'a pas fait ressortir les besoins en assistance technique. Les responsabilités et les éléments de redevabilité des acteurs du niveau déconcentré ont été insuffisamment spécifiés, ce qui est source de conflit de compétence et d'inefficacité.

Le ST- CP/SSS n'a pas suffisamment joué son rôle d'impulsion et d'animation du secteur, ce qui a limité la performance globale du secteur. L'absence d'objectifs et de cibles au niveau régional n'a pas permis d'affecter les ressources en fonction des besoins. Certains outils tels que le SQI avaient été prévus pour évaluer les performances des districts et structures de santé. Cependant, les données générées par ces outils n'ont pas été suffisamment exploitées. Les valeurs de départ et les valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS n'ont pas été renseignées, rendant ainsi difficile le suivi de la performance du secteur. En plus leur nombre était très important. L'absence d'un plan de gestion des risques n'a pas permis d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie, ce qui a renforcé une attitude plus réactive que proactive de la part des acteurs de mise en œuvre de la SSS.

Disponibilité des commodités et intrants essentiels : L'absence d'un plan de développement des infrastructures envisagé dans la SSS laisse supposer que le développement des infrastructures n'a pas respecté les exigences de la carte sanitaire. La SSS 2001-2015 ne mentionne pas les aspects de motivation des personnels. Pourtant, le renforcement du système de santé est le socle des performances dans le secteur.

Accessibilité financière : L'inefficacité des stratégies (notamment en matière de financement) visant à assurer une couverture sanitaire universelle a constitué un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs d'équité.

Pratiques et croyances sociales ou culturelles : La corruption dans les services publics est une pesanteur qui rend difficile l'accès aux soins surtout pour les couches les plus pauvres.

Principales actions de suivi des recommandations de l'évaluation interne de la SSS 2016-2027 :

- **Financement de la santé:**
 - Passage à échelle du Financement Basé sur les Résultats (FBR);
 - Développement de la Couverture Santé Universelle (CSU).
- **Gestion des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux:**
 - Autonomisation de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique.
- **Ressources humaines:**
 - Mise en place des mécanismes d'adéquation entre les postes et les profils dans les structures administratives;
 - Déconcentration progressive de la gestion des ressources humaines.
- **Prestation des services de santé:**
 - Développer un système national d'assurance qualité des services;
 - Création d'un quatrième niveau de soins dénommé niveau communautaire.
- **Gouvernance et de pilotage stratégique:**
 - Création des comités de pilotage stratégique régionaux

8. Plan de suivi et d'évaluation dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (2 pages maximum)

Fournir des informations générales concernant les dispositions en matière de suivi et d'évaluation dans le pays.

La faiblesse du système national de suivi-évaluation a été un véritable obstacle pour la mise en œuvre de la SSS 2001-2015. En effet il n'existe pas un plan formel de suivi et d'évaluation du dernier (PNDS 2011-2015). Toutefois, les activités de suivi évaluation sont menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau des aires de santé les données sont collectées de manière routinière. Une synthèse mensuelle est faite et transmise aux niveaux hiérarchiques (district, délégation régionale de la santé, cellule de suivi au niveau central). Ce suivi concerne surtout les données de vaccination, prévention de la transmission mère et enfants du VIH (PTME), prise en charge des personnes vivants avec le VIH (PVVIH), tuberculose, mortalité maternelle, maladies à potentiels épidémiques (MAPE) et maladies évitables par la vaccination. Ces données sont discutées et des actions correctrices prises lors des réunions de coordination institutionnalisées à tous les niveaux. Une enquête de santé à indicateurs multiples (MICS) a été réalisée en 2014 et les résultats ont déjà été présentés.

Afin de corriger ce manquement, le suivi-évaluation sera une des principales priorités de la SSS 2016-2027 et des différents PNDS qui en découleront.

1-Le cadre de suivi évaluation :

La SSS 2016-2027 prévoit le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé. Des groupes techniques thématiques seront créés pour venir en appui au Secrétariat Technique du Comité de Pilotage du Secteur. Il sera également créé au niveau régional une instance de coordination et de pilotage stratégique. Ce comité régional sera placé sous la présidence du Gouverneur et réunira les Délégués Régionaux du MINSANTE et des administrations partenaires, les Préfets, les Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines, les représentants des Partenaires techniques et financiers et de la Société Civile. Le secrétariat du Comité sera conjointement assuré par le Délégué Régional de la Santé Publique et l'Administrateur du Fonds Régional pour la Promotion de la Santé. Il sera élargi aux différents comités existants en matière de santé dans la région (VIH/Sida, Mortalité maternelle et infantile, etc.). Il servira de cadre de coordination, de suivi stratégique et d'orientation pour les comités de suivi techniques qui sont présents dans le secteur de la santé et les secteurs connexes.

Au niveau des districts de santé, les capacités institutionnelles et opérationnelles des équipes cadres seront également renforcées afin de leur permettre de jouer de manière efficace leurs rôles.

2-Organisation du suivi de la SSS 2016-2027

Des revues (annuelles, à mi-parcours et/ou de fin de cycle) seront organisées pour servir de cadre de réflexion critique, inclusif et continu en vue de veiller à l'efficacité de la mise en œuvre de la SSS. Ces revues seront développées de manière participative avec les partenaires au développement et seront principalement animées par les groupes thématiques mis sur pieds à cet effet. Les résultats de ces groupes thématiques seront consolidés par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage du Secteur.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du système national d'informations sanitaires (SNIS) permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des évaluations des formations sanitaires de type Service Availability and Readiness Assessment (SARA), des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès réalisés.

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à tous les niveaux. En effet, chaque niveau de la pyramide sanitaire élaborera un plan régulier de suivi des activités de santé. La supervision de la mise en œuvre de ces plans s'effectuera en cascade comme suit : Le niveau central supervisera le niveau régional, qui à son tour s'occupera de la supervision des Equipes-Cadres de Districts (ECD). Les responsables des Aires de Santé seront supervisés par les ECD, tandis que les agents de santé communautaire le seront par les responsables des Aires de Santé.

3- Organisation des évaluations de la SSS 2016-2027

Les évaluations à mi-parcours et finale de la SSS se feront en interne et en externe.

Les évaluations internes se feront sur la base des rapports d'exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et district), des rapports de supervision périodique de chaque niveau, des

rapports d'audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables. Les rapports de contrôle et d'inspection seront également pris en compte dans l'évaluation.

Les évaluations externes seront initiées par le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, avec l'appui des PTF. Leur validation sera effectuée par le Comité de Pilotage de la SSS. L'évaluation externe appréciera aussi bien le niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans. L'évaluation finale s'inscrira dans le processus de planification de l'action sanitaire pour les périodes à venir. Elle appréciera le niveau d'atteinte des objectifs de la SSS et l'impact des plans mis en œuvre à la fin de la période d'exécution de la stratégie et en tirera des leçons. Cette évaluation se fera pour tous les objectifs de la SSS, y compris ceux en rapport avec la vaccination.

4- Indicateurs de suivi-évaluation de la SSS 2016-2027

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront répartis en deux grands groupes:

(i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants, d'activités d'extrants,

(ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'effets et d'impact. Ils permettront de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés. Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre du PNDS.

Un plan de suivi évaluation et de revues de la stratégie sera élaboré, de même que le cadre institutionnel et les outils du suivi et de l'évaluation selon l'approche IHP+.

*Fournir **obligatoirement l'annexe n° 9** : Plan national de suivi et d'évaluation (pour le secteur de la santé / stratégie), ainsi que tout sous-plan national, le cas échéant. S'il n'en existe aucun, expliquer comment le plan national de santé est actuellement surveillé et fournir un calendrier pour l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation.*

*Si disponible, fournir **l'annexe n° 16** : Rapport d'évaluation de la qualité des données; et **annexe n° 17** : Plan d'amélioration de la qualité des données.*

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de joindre le plan national de suivi et d'évaluation et tous les documents concernant le processus d'examen conjoint, y compris les termes de référence, le calendrier etc.*

9. Alignement avec les programmes de financement basé sur les résultats (FBR) (le cas échéant) (maximum 1 page)

Indiquer si votre pays alignera le soutien au RSS sur les programmes de financements basés sur les résultats (FBR).

Si oui, fournir l'**annexe n° 30** : Note conceptuelle / document de conception des programmes de FBR pertinents, y compris le cadre des résultats et le budget.

En concertation avec la Banque Mondiale et les autres partenaires qui interviennent dans la vaccination au Cameroun (OMS, UNICEF, CHAI, CDC, AMP), le pays a décidé qu'une partie de sa subvention RSS de Gavi sera allouée au programme national PBF appuyé par la Banque Mondiale dans le but de l'améliorer, notamment dans son volet vaccination.

L'approche PBF sera utilisée comme instrument d'incitation à la performance pour mettre en œuvre l'activité 5.7 de la proposition Gavi RSS du pays, à savoir «Améliorer la performance des équipes de vaccination au niveau opérationnel». Cette approche sera alignée sur le projet de la Banque Mondiale (PAISS) qui vise à améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile à travers le financement basé sur la performance (PBF) aux différents niveaux du système de santé y compris le niveau communautaire. Ainsi, le soutien de Gavi RSS pour le PBF orienté vers la vaccination est une action complémentaire de la composante 1 du projet Banque Mondiale, qui assure uniquement le paiement des subsides PBF aux prestataires, sur la base de la quantité et de la qualité des prestations fournies par les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les Agents de Santé Communautaires sous contrat.

De façon concrète, le soutien de Gavi au renforcement du programme national PBF appuyé par la Banque Mondiale consistera à :

- Améliorer le système de rémunération des indicateurs quantitatifs liés à la vaccination. En effet, en plus des indicateurs de vaccination déjà rémunérés par l'Etat et les autres partenaires, Gavi financera la rémunération de la couverture en Penta3 et de la couverture en VAR, en termes de subsides PBF, dans tous les DS qui mettent déjà en œuvre cette stratégie d'amélioration de la couverture universelle des interventions à haut impact, soit 80 DS.
- En marge de la rémunération des nouveaux indicateurs, le soutien de Gavi permettra d'introduire de nouveaux indicateurs qualitatifs des services de vaccination dans le modèle PBF du pays, mais sans coûts additionnels.

Cette action vise à redonner de l'intérêt ou « revaloriser » les services de vaccination dans les formations sanitaires, notamment dans les régions où la situation sécuritaire se dégrade continuellement, rendant les conditions de travail des prestataires de santé plus difficiles et démotivantes.

En effet, une incitation financière plus consistante pour les indicateurs de vaccination sera plus attractive et contribuera au renforcement de la motivation des personnels et agents de santé. Les prestataires de santé auront une propension à organiser et à multiplier les stratégies adéquates pour atteindre les populations vulnérables et difficile d'accès et à améliorer la qualité globale des opérations de vaccination. A terme, cette action devra permettre une diminution du nombre d'enfants non ou partiellement vaccinés, et par conséquent une amélioration significative des couvertures vaccinales et de l'équité.

Le cadre institutionnel de la mise en œuvre du PBF orienté vers la vaccination est celui du modèle PBF national. Il est bâti sur le principe de la séparation des fonctions entre les principaux acteurs du système de santé. Ainsi, Gavi à travers le soutien au RSS jouera essentiellement le rôle d'acheteurs des services de vaccination via le projet PBF Banque Mondiale (PAISS) après signature d'un MoU qui donnera plus de détails sur les modalités de mise en œuvre tout en précisant les indicateurs à acheter (Penta3 et VAR), les outils de suivi de la composante PBF orientée vers la vaccination et le montant des frais de gestion liés au surplus de travail induit au niveau de l'unité de gestion du projet. Pour ce faire, l'Unité de Gestion du PAISS (UGP), tel que pour les appuis de l'UNFPA et de l'UNICEF pour le renforcement du PBF national, ouvrira un compte bancaire dans lequel les avances des fonds Gavi transiteront pour assurer le paiement des subsides de vaccination au niveau des formations sanitaires sur une base mensuelle.

La subvention Gavi RSS ne couvrira pas les charges de la composante renforcement institutionnel du PBF du pays appuyé par la Banque Mondiale, notamment dans les domaines de la formation des acteurs, la gestion et le suivi des contrats PBF à tous les niveaux du système de santé et la mise en place d'un système de gestion et d'information unifié des données PBF car le volet PBF de la présente proposition sera intégré dans le cadre institutionnel du PBF déjà implanté dans le pays. Par ailleurs, les procédures de mise en œuvre ainsi que tout le système de gestion déjà mis en place, et décrits dans le guide national de mise en œuvre du PBF, seront exploités pour l'exécution du PBF orienté vers la vaccination. Il n'y aura par conséquent pas de coûts additionnels de démarrage. Néanmoins des frais de gestion (3 à 5% du budget PBF) seront versés au PAISS, principale agence d'exécution de la composante PBF du soutien de Gavi RSS.

Le cadre de résultats et le budget relatifs au volet PBF de la proposition sont présentés dans la note conceptuelle (**annexe N° 30**).

PARTIE C : DETAILS DE LA DEMANDE

10. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé pour atteindre les résultats en matière de vaccination (3 pages au maximum)

Fournir une description des principaux goulots d'étranglement au niveau du système de santé. Si une telle analyse a été menée récemment, fournir l'annexe facultative n° 33 : Analyse des goulots d'étranglement au niveau du système de santé.

Le travail qui a conduit à l'identification et à l'analyse des goulots d'étranglement ci-dessous repose sur une revue des documents suivants :

- Le PPAc 2015-2019 ;
- La revue externe du PEV 2013,
- L'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV 2013),
- L'inventaire national des équipements du PEV 2013,
- L'évaluation post-introduction du PCV-13,
- Les rapports des ateliers régionaux du PEV 2013 et les rapports des réunions de CCIA sur la baisse des performances du PEV,
- L'évaluation indépendante de la réponse à l'épidémie de Poliomyélite au Cameroun,
- Le plan stratégique de communication 2014-2020
- Le rapport de l'évaluation de soutien de l'alliance Gavi au Renforcement du Système de Santé 2008-2015 de Septembre 2015.
- Le Rapport de la Banque Mondiale sur la Santé et le Système de Santé (RaSS 2013),
- La stratégie sectorielle de la santé 2016-2027

Les principaux problèmes du système de santé qui limitent les résultats en matière de vaccination sont résumés par domaine d'activités de Gavi et par niveau du système de santé comme suit :

1-Prestations de services

Au niveau national :

L'accès inéquitable aux services de vaccination de qualité se traduisant par une faible couverture des services de vaccination pour certains groupes de populations, du fait de leur situation géographique (zones difficiles d'accès et en insécurité) ou de leurs croyances. L'afflux massif des réfugiés ces dernières années dans les régions septentrionales et de l'Est, en raison des conflits au Nord du Nigeria et en RCA, exerce une pression supplémentaire sur le système de santé. Ceci se caractérise par une faible proportion de districts avec une couverture en Penta3 > 80 % (seulement 70% des DS en 2014). Il existe également des disparités économiques (selon le PETS 2, 60% des populations n'arrivent pas à faire face aux dépenses de santé). Le taux de couverture vaccinale complète est de 32,3 % dans les familles du quintile le plus pauvre contre 70,3 % dans les familles du quintile le plus riches (EDS- MICS 2011). Toutefois, il n'existe pas de problème de sexe-spécificité dans l'accès et l'utilisation des services de vaccination (EDS-MICS, 2011).

Les cinq groupes de populations ou communautés touchées par les inégalités d'accès et de couverture vaccinale et les principaux obstacles à la vaccination sont :

-Les communautés Mbororos constituées d'éleveurs nomades répartis sur l'ensemble du territoire national, avec de fortes concentrations dans les régions septentrionales. Ils sont estimés à plus de 60 000 personnes. Ils habitent certaines parties des régions de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord-Ouest et de l'Extrême-Nord et aux frontières avec le Nigeria, le Tchad et la République centrafricaine. Ils vivent en général en retrait des agglomérations, loin des peuples sédentaires, ce qui rend difficile leur accès aux services de santé de base.

Les communautés de Pygmées (les Bakas, les Bagyelis et les Bedzan) qui se distinguent par un mode de vie marqué par la conservation de leurs traditions ancestrales et leur attachement à la forêt d'où elles tirent toutes leurs victuailles et leur pharmacopée. Les distances qui séparent leurs campements des formations sanitaires sont longues ce qui constitue une barrière à leur accès aux services de santé. Elles vivent dans les régions de l'Est et du Sud.

-Les communautés «Kirdis» ou peuples des montagnes, qui habitent les monts Mandara dans la région de l'Extrême-Nord, précisément dans les Districts de Santé de Tokombéré, Mora et Kolofata. Leur nombre exact n'est pas connu.

-Les communautés insulaires. Elles vivent dans les îles le long de la côte maritime dans les Régions du Littoral : Djéballé (1000 habitants), Manoka (20 000 habitants) et Cap Cameroun (3 000 habitants), les îles des péninsules de Bakassi, Erong et Akwabana dans la Région du Sud-Ouest, à la frontière entre le Cameroun et le Nigeria et les îles des bordures du lac Tchad : Darak dans le District de Santé de Mada à l'Extrême-nord.

-Les populations vivant dans des zones d'insécurité. Dix districts de santé de la région de l'Extrême-Nord sont concernés (Kousseri, Goulfey, Mada, Makary, Mora, Kolofata, Koza, Mokolo, Mogodé et Bourha). Dans la région de l'Est, les districts de santé limitrophes avec la République Centrafricaine (RCA) sont les plus concernés (Garoua Boulai, Kette, Ndelele, Batouri, Yokadouma et Moloundou).

Au niveau de la Région et du District:

- L'insuffisance des prestations des services de vaccination de qualité elle-même due à la faible mise en œuvre des stratégies vaccinales (PPAC 2015-2019), notamment l'insuffisance des stratégies pour toucher les populations d'accès difficiles et certaines populations des classes sociales défavorisées en milieu urbain et rural et de la mise en œuvre des activités de vaccination intensifiées. Le nombre d'enfants non vaccinés entre janvier et août 2015 était de 134 204 pour une cible estimée à environ 832 000 (Données administratives du PEV). En effet, on note une faible mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » (Rapport de la revue externe du PEV 2013). Moins de 50% de formations sanitaires vaccinent au quotidien et offrent les services de vaccination en stratégie avancée. La supervision du personnel de santé du niveau opérationnel (districts et aires de santé) et les réunions de coordination et/ou de revue des données de vaccination n'ont presque pas été effectuées dans l'ensemble du pays. Les causes sont multiples, majoritairement d'ordre systémique : i) l'insuffisance du personnel de santé, notamment dans les districts ruraux et certaines régions enclavées telles que le Sud-ouest et l'Extrême-nord ; ii) la faible redevabilité du personnel disponible au niveau des formations sanitaires ; iii) la couverture insuffisante en matériel roulant; iv) la quasi-absence des équipements de la chaîne du froid à énergie renouvelable (ex : réfrigérateurs solaires); v) l'absence de maintenance curative des équipements de la chaîne du froid déjà disponibles dans les formations sanitaires ; vi) le faible fonctionnement des structures de dialogue et la faible implication des acteurs locaux (élus du peuple, leaders d'opinion, autorités territoriales décentralisées, OBC et OSC) dans la promotion et le renforcement du système local de vaccination.
- L'absence de continuité des services de vaccination avec un taux d'abandon général supérieur à 15% (PPAC 2015-2019) et dont la principale cause est la faible mise en œuvre des activités du plan stratégique de communication du PEV 2014-2020 à tous les niveaux. En effet, on note une faible exécution des activités en faveur de la génération de la demande et la communication pour le changement de comportement, qui s'explique en partie par une implication insuffisante de la communauté. Si la communication et la sensibilisation des populations sont effectives à l'occasion des AVS (notamment les JNV et JLV polio), elles restent insuffisantes en ce qui concerne les activités de vaccination de routine. Outre les barrières géographiques telles que la difficulté d'accès et l'éloignement des populations des formations sanitaires offrant la vaccination, des facteurs tels la faible satisfaction des bénéficiaires, l'ignorance ou la négligence de certains parents, la perception erronée du vaccin en lui-même. Pour ce qui est des 5 groupes vulnérables cités plus haut, la demande des services de vaccination est faible du fait de la religion, de la culture, du niveau de pauvreté, du mode de vie (les déplacements des peuples nomades) et l'implantation des populations dans les zones difficiles d'accès.

Au niveau Communautaire :

- Le système pour la recherche des enfants à vacciner perdus de vue et la couverture des populations à problèmes ne sont pas développés. Les raisons avancées pour justifier cette faiblesse sont notamment le manque de financement, le manque de moyen de transport et le manque de carburant (Plan stratégique de communication 2014-2020 du PEV).
- L'insuffisance de la mise en œuvre des activités de communication pour la vaccination de routine et de façon plus générale l'insuffisance de la communication en faveur de la vaccination (PPAC 2014-2019).

2- Personnel et ressources humaines

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire :

- L'insuffisance en ressources humaines (en quantité et en qualité) à tous les niveaux de la pyramide, en particulier l'insuffisance en personnel spécialisé en gestion de la chaîne d'approvisionnement et logistique,
- La faible rémunération et la faible motivation des ressources humaines en santé et la distribution non équitable sur le territoire national des différentes catégories des professionnels de santé à tous les niveaux (Rapport général du recensement du personnel du Ministère de la santé 2011).
- La faible réalisation des activités pour le renforcement des capacités des ressources humaines du PEV. On a noté l'existence des agents non formés en gestion du PEV surtout au niveau des formations sanitaires (90%), l'insuffisance des supervisions formatives au niveau des régions, districts et des centres de santé (46 %) (Evaluation externe du PEV 2013).

Au niveau communautaire

- L'utilisation « verticale » des agents de santé communautaire par interventions ou par programmes.

- La faible intégration de la vaccination dans le paquet des interventions mises en œuvre par les ASC.

3- Système de gestion des achats et la chaîne d'approvisionnement

Au niveau national :

- La faible capacité de stockage des vaccins au niveau central et l'absence d'un magasin propre au PEV pour Les consommables,
- Les dysfonctionnements et des pannes au niveau des chambres froides,
- La faiblesse des capacités en gestion des approvisionnements et des stocks de vaccins, avec comme conséquence un taux de perte élevé,
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique (SIGL),

Au niveau Région et District :

- La faible disponibilité de certains vaccins et autres intrants avec des ruptures fréquentes au niveau des formations sanitaires. La faiblesse des capacités en gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'insuffisance des moyens de transport, notamment au niveau des districts et des aires de santé (véhicules et motos) et l'absence d'un système d'information et de gestion logistique (SIGL) sont les principaux facteurs qui entravent la prestation régulière des services de vaccination de qualité (Rapport de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid 2013 ; Rapport de l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins 2013) ;
- La faible couverture des besoins en logistique nécessaires aux prestations des soins de santé primaires des populations difficiles d'accès ou marginalisées ; (Rapport inventaire des équipements de la chaîne du froid 2013 ; Rapport de l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins 2013)
- La faible capacité de stockage des consommables particulièrement dans la région Littoral.
- La présence des réfrigérateurs non conformes aux normes PIS/PQS dans 25% des Formations sanitaires, l'absence de programme de maintenance de la chaîne du froid dans 70% des Formations sanitaires et des bâtiments dans 80% des FS, l'inexistence d'un système adéquat de destruction des déchets dans 73% des FS et l'inexistence d'un programme de maintenance préventive comptent aussi parmi les problèmes du PEV (EGEV 2013)
- La mauvaise gestion des déchets de vaccination.

4- Système d'informations sanitaires

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire :

- L'absence d'un document stratégique de développement du système d'information
- La fragmentation du système de gestion des informations sanitaires (faible intégration des données des différents programmes) avec une multitude d'outils de collecte des données ;
- La faible production des données de routine due à la faible informatisation du SNIS à tous les niveaux, à la faiblesse des capacités et à la démotivation des personnels de santé,
- L'incapacité à générer des produits d'informations fiables et susceptibles de réajuster des objectifs de programme ou d'orienter des décisions politiques adéquates (Rapport de la revue externe du PEV 2013)
- La faible aptitude des gestionnaires à utiliser l'information sanitaire pour l'action ou la prise de décision

5- Communauté et autres acteurs locaux

Au niveau de la Région et du District

- La faible implication des représentants de la communauté et des OSC dans le processus de gestion des soins de santé infantiles, y compris la vaccination ;
- La faible participation des autorités administratives et locales (leaders d'opinion, leader religieux, etc.) dans l'encadrement de la santé communautaire,
- Le manque de stratégie harmonisée de motivation des acteurs communautaires.
- Le faible financement de la production des supports des messages de promotion de la vaccination et des supports éducationnels,
- Le manque d'accompagnement et de coaching des points focaux communication PEV
- L'insuffisance des ressources pour la réalisation des activités de santé communautaire.

6- Environnements politique, juridique et de régulation

- L'application insuffisante des principes de redevabilité et de financement basé sur les résultats (Rapport sur la santé et le Système de santé au Cameroun 2012) à tous les niveaux.

7- Financement des systèmes communautaire et de santé

Au niveau national

- La faible contribution financière de l'Etat aux opérations de Vaccination (12 % en 2013. Rapport d'activité 2013 et PTA 2014). En effet, la majorité des activités est réalisée grâce aux appuis financiers extérieurs,
- L'insuffisance des financements pour la mise en œuvre de l'ensemble des financements du PEV,
- Les retards dans la mise à disposition des fonds de contributions financières de l'Etat pour l'achat des vaccins,
- Le retard de transmission des pièces justificatives des niveaux opérationnel et régional vers le niveau central rallonge les délais de mise à disposition des fonds d'appuis aux services de vaccination en direction de ces niveaux).

Au niveau de la Région et District

- Insuffisance des mécanismes de sécurisation, d'affectation, d'utilisation et de justification des fonds par les prestataires
- La méconnaissance des mécanismes de mobilisation locale des fonds par les acteurs communautaires et les OSC,
- L'inefficience dans l'utilisation des ressources disponibles pour la santé, qui abouti à d'importantes iniquités géographiques en termes d'accès et d'utilisation des services de santé.

8- Gestion du programme

A tous les niveaux

- La gestion non optimale du programme en ressources matérielles, humaines et financières (PPAc 2016-2019), due à la faible capacité managériale du PEV notamment aux niveaux central et régional, la faible coordination des activités aux niveaux régional et district, et la faible motivation du personnel notamment au niveau opérationnel.

ACTION EN COURS POUR LEVER LES GOULOTS

Le Cameroun ne possède pas à proprement parlé d'un programme de renforcement du système de santé avec un plan stratégique pluriannuel et des plans d'action élaborés tous les ans. Pendant la période de 2001 à 2015, les activités de RSS étaient menées à travers la composante «viabilisation du district de santé» de la stratégie sectorielle. Néanmoins, ce domaine est pris en compte dans la nouvelle stratégie sectorielle de la santé 2016-2027 et fait partie du programme «Gouvernance et appui institutionnel» avec comme objectifs spécifiques :

- Assurer la disponibilité des infrastructures et des équipements selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027;
- Augmenter de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments de qualité d'ici 2027;
- Augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027;
- Réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ;
- Assurer la disponibilité de 80% de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2027.

Les actions spécifiques, en cours pour lever les goulots d'étranglement du système de santé qui empêchent d'atteindre les couvertures optimales pour les interventions à haut impact y compris la vaccination, sont essentiellement menées par l'Etat à travers l'exécution des activités de la stratégie sectorielle et le soutien des

partenaires à travers la mise œuvre de leurs projets à savoir:

(1) Le projet PBF appuyé par la Banque Mondiale, via une approche systémique : le PBF, où l'indicateur « enfant complètement vacciné » et quelques indicateurs qualitatifs relatifs à la chaîne d'approvisionnement et la logistique des vaccins sont rémunérés au niveau opérationnel.

(2) Le programme conjoint de mise en œuvre de la CARMMA (Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) financé par la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNICEF et de l'UNFPA (Initiative H4+) dans leurs districts de convergence. Les goulots d'étranglement suivants sont ciblés par les interventions : la gouvernance dans le secteur de la santé, le financement de la santé, les produits et technologies médicaux essentiels, les ressources humaines en santé, les prestations de services de santé et enfin le système d'information et de surveillance sanitaire.

(3) L'OMS : Appui au renforcement du système de surveillance sanitaire et le renforcement des capacités des ressources humaines du PEV (formation des logisticiens)

(4) CHAI : L'appui au renforcement du système de santé à travers le renforcement de la chaîne du froid, notamment le monitoring des températures et la gestion des stocks, l'inventaires des équipements, l'entretien et la maintenance des équipements, le monitoring de la température, et l'appui à l'introduction des nouveaux vaccins.

(5) Sabine Vaccine Institute : L'appui pour le financement de la vaccination et l'indépendance vaccinale.

(6) Le programme conjoint AFD-KFW-GIZ, le plus important en terme de financement alloué au pays et dont la composante RSS est détaillé comme suit :

- *Composante 1* : Amélioration de la Gouvernance du système de santé (amélioration de la gestion du système national des médicaments essentiels, renforcement de la coordination et du suivi de la SSS au niveau des régions)
- *Composante 2*: Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé (Réhabilitation des formations sanitaires, construction de logements d'astreinte, équipement des formations sanitaires, contrats de maintenance, subvention des prestations des soins obstétricaux et néonataux, appui à la mise en place des mutuelles de santé, mise en place du système de financement de la demande (système chèque santé), etc.)
- *Composante 3*: Renforcement des capacités de coordination et de gestion du MINSANTE (appui à la mise en œuvre de la SSS, financement d'un comité de suivi technique du programme sectoriel ciblé).

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de référencer les passages pertinents et les pages du PNDS qui indiquent comment les enseignements tirés des précédents PNDS ont été incorporés dans le plan PNDS actuel. Si disponible, joindre la documentation concernant la mise en application des enseignements tirés concernant les mécanismes du fond commun, y compris les passages pertinents des examens annuels conjoints (EAC), des évaluations à mi-parcours etc.*

11. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé ciblés par le soutien au RSS de Gavi (maximum 2 pages)

Identifier les goulots d'étranglement parmi ceux recensés à la question 10 ci-dessus qui sera ciblé par le soutien au RSS de Gavi.

Le ciblage des goulots d'étranglement pour la présente demande de soutien au RSS de Gavi a été faite sur la base des critères suivants : l'ampleur des goulots, la capacité de la solution préconisée pour lever les goulots à produire les résultats, la durabilité et la faisabilité de mise en œuvre des solutions. Par ailleurs, les critères tels que la priorité du PEV pour le renforcement du système de vaccination, l'éligibilité au soutien de Gavi, la complémentarité avec d'autres interventions déjà en cours (en termes d'extension géographique) ont été utilisés.

Les goulots d'étranglement ont été ciblés de façon à agir à la fois sur les déterminants de la couverture vaccinale (Tanahashi) et les piliers des systèmes de santé et communautaire.

Ainsi, le soutien en espèces de GAVI pour le RSS, contribuera prioritairement à lever les 5 sous-groupes de goulots d'étranglement ci-dessous:

1. Goulots d'étranglement liés à la prestation des services :

- Faible couverture vaccinale pour la plupart des antigènes (penta3, VAA et VAR)
- L'accès inéquitable aux services de vaccination de qualité.

Ces goulots affectent la prise en compte de toutes les populations cibles (accès à la vaccination en tant que droit humain).

2. Goulots d'étranglement liés à la chaîne d'approvisionnement et logistique des vaccins

- La faible capacité de stockage des vaccins
- La faiblesse des capacités en gestion des approvisionnements et des stocks de vaccins,
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique (SIGL),
- La faible disponibilité de certains vaccins et intrants
- La faible couverture des besoins en logistique nécessaires aux prestations des soins de santé primaires des populations difficiles d'accès ou marginalisées ;
- La présence des réfrigérateurs non conformes aux normes PIS/PQS La mauvaise gestion des déchets de vaccination

Ces goulots affectent la disponibilité des vaccins et des intrants.

3. Goulots d'étranglement liés à la demande de vaccination et l'engagement communautaire

- La faible implication des représentants de la communauté et des OSC dans le processus de gestion des soins de santé infantiles, y compris la vaccination ;
- Le faible financement de la production des supports des messages de promotion de la vaccination et des supports éducationnels,
- L'insuffisance des ressources pour la réalisation des activités de santé communautaire.

Ces goulots affectent l'utilisation (adéquate et effective) des services de vaccination.

4. Goulots d'étranglement liés aux données et la qualité des données

- L'absence d'un document stratégique de développement du système d'information
- La fragmentation du système de gestion des informations sanitaires (faible intégration des données des différents programmes) avec une multitude d'outils de collecte des données ;
- La faible production des données de routine due à la faible informatisation du SNIS à tous les niveaux,
- L'incapacité à générer des produits d'informations fiables et susceptibles de réajuster des objectifs de programme ou d'orienter des décisions politiques adéquates (Rapport de la revue externe du PEV 2013)
- La faible remontée des données du niveau opérationnel au niveau périphérique ;

Ces goulots affectent le suivi des activités de vaccination et l'utilisation des données factuelles pour améliorer la couverture et l'équité vaccinales.

5. Goulots d'étranglement liés à la gestion et à la coordination du programme

- La faible capacité managériale du PEV
- La faible coordination des activités du PEV aux niveaux Régional et District.

- La faible motivation du personnel notamment au niveau opérationnel
- Le caractère vertical des différents programmes de l'Etat et des partenaires dans le secteur de la sante
- Le faible niveau d'harmonisation/alignement des interventions/prestations au niveau opérationnel ;

Ces goulots affectent la performance générale du programme en termes d'atteinte des cibles de couverture vaccinale fixées pour tous les antigènes.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de répondre à cette question.*

12. Objectifs du PNDS et de la demande de soutien (maximum 2 pages)

Présenter les objectifs spécifiques aux goulots d'étranglement constatés, expliquant comment chacun d'eux s'aligne avec les objectifs du PPAC et/ou des politiques spécifiques de renforcement des systèmes de santé / des stratégies mises en œuvre. Ces objectifs doivent être répertoriés dans le même ordre dans l'annexe n° 6 - plan de travail détaillé, budget et analyse des écarts.

Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de préparer des objectifs distincts, mais peuvent, à la place, énumérer les principaux objectifs du PNDS, y compris ceux qui se rapportent à la vaccination.

Objectifs	Description
-----------	-------------

Objectif 1 :
D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé.

Cet objectif s'aligne sur l'axe stratégique 5.2.2 « **prévention de la maladie** » de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027.

Il est lié à la composante du système de vaccination « prestation des services » du PPAc 2015-2019.

Les goulots d'étranglement qu'on cherchera à lever ici sont : la faible couverture vaccinale, notamment pour le penta 3 et le VAR, et l'accès inéquitable aux services de vaccination de qualité.

L'appui de Gavi ciblera les districts de santé à populations spéciales en termes d'accessibilité géographique, insécurité, présence de pygmées, nomades ou autres groupes de populations marginalisées.

Pour ce qui est des 34 districts de santé où les populations n'ont pas accès à la vaccination du fait des difficultés d'accès géographiques, des modes de vie spécifiques ou de leur marginalisation en zone rurale ou périurbaine, le soutien de Gavi permettra de mettre en œuvre des stratégies adaptées pour atteindre chaque cible à savoir les stratégies avancées et mobiles, ou encore des activités de vaccination intensifiées. Différentes composantes de l'approche ACD seront renforcées à cet effet.

Les critères de priorisation de ces DS sont :

- DS avec populations spéciales en termes d'accessibilité géographique, insécurité, présence de pygmées, nomades ou autres groupes de populations marginalisées.
- DS ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés ou une faible couverture en Penta 3.

Sont exclus de cette priorisation les DS mettant en œuvre le PBF ou recevant d'autres financements pour les interventions de renforcement du système de santé (H4+ ou autre), pour éviter les doublons.

Ci-dessous, le tableau des 34 DS prioritaires :

Centre	Littoral	Nord Ouest	Ouest	Sud	Sud Ouest
Soa	Ndom	Bali	Baham	Ambam	Fontem
Monatele	Nylon	Mbengwi	Batcham	Djoum	Nguti
Ngog mapubi	Abo	Bafut	Galim	Kribi	Akwaya
Yoko	Banguè	Oku		Ebolowa	Konye
Mbandjock	Melong	Batibo		Lododorf	Wabane
	Japoma	Wum			
	Bonassama	Ndu			
	New Bell	NWA			

Les districts où sévit l'insécurité, du fait de la secte Boko Haram ou de la guerre en RCA, reçoivent déjà un appui considérable de la part du Gouvernement et de ses partenaires au titre de l'aide humanitaire. Il s'agit pour la plupart des districts de santé des régions du septentrion et de l'Est. Par ailleurs ces régions, étant les plus pauvres

	<p>du pays, reçoivent également de l'aide au développement (initiative H4+ pour le renforcement du système de santé de district et la Banque Mondiale dans le cadre plus général de la lutte contre la pauvreté et le PBF).</p> <p>Cet objectif permettra d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité géographique</p>
<p>Objectif 2 : D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV</p>	<p>Cet objectif s'aligne également sur l'axe stratégique 5.2.2 « prévention de la maladie » de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027. Il est lié à la composante du système de vaccination « approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid » du PPAc 2015-2019. Il est également en droite ligne sur les recommandations de la dernière évaluation de la GEV de 2013.</p> <p>Il vise à lever les goulots d'étranglement relatifs à la chaîne d'approvisionnement et la logistique des vaccins.</p> <p>L'objectif 2 permettra une meilleure disponibilité des équipements de la chaîne du froid, une meilleure disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux et une réduction des pertes. A terme, tous les résultats de vaccination de Gavi seront améliorés par l'existence d'une bonne chaîne du froid.</p>
<p>Objectif 3 : D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination.</p>	<p>Cet objectif s'aligne également sur l'axe stratégique 5.2.2 « prévention de la maladie » de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027.</p> <p>Il est lié à la composante du système de vaccination « communication et génération de la demande » du PPAc 2015-2019.</p> <p>Il permettra de lever les goulots liés à la génération de la demande de vaccination et engagement communautaire.</p> <p>L'objectif 3 contribuera à susciter la demande et à promouvoir l'utilisation continue des services de vaccination et à terme à réduire le taux d'abandon du Penta1-Penta3 et du BCG-VAR/RR1. Il permettra également d'améliorer l'équité dans l'accès aux services de vaccination dans la mesure où l'action sera menée dans 34 districts de santé ciblés sur la base des contraintes en termes d'équité d'accès aux soins (à savoir l'éloignement géographique, l'insécurité, populations marginalisées, défavorisées, etc.) et de faible couverture vaccinale (Penta3).</p> <p>Les capacités des acteurs communautaires et OSC seront renforcées en plaidoyer et promotion de la vaccination. Différents canaux de communication seront utilisés pour une prise de conscience du besoin de vaccination dans les communautés en éliminant les barrières socioculturelles qui favorisent la non vaccination ou la vaccination partielle des enfants.</p>
<p>Objectif 4 : D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national.</p>	<p>Cet objectif est aligné sur l'axe stratégique 5.2.4. « renforcement du système de santé » de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027.</p> <p>Il est lié à la composante « gestion du programme » du PPAc 2015-2019.</p> <p>Il est également adossé au plan d'amélioration de la qualité des données du PEV.</p> <p>Il vise à lever le goulot d'étranglement lié à la collecte et à la qualité des données au niveau national.</p> <p>L'idée est d'améliorer la disponibilité, et l'utilisation des données de qualité, aussi bien pour le PEV que les autres services de santé à travers le renforcement du SNIS.</p> <p>La réalisation de l'objectif 4 permettra une meilleure gestion de l'information sanitaire dans le pays et un meilleur monitoring des performances du PEV dans le cadre plus général du PNDS, une meilleure planification des ressources et une meilleure planification stratégique pour le pays. Il permettra également à Gavi un meilleur suivi des performances et des investissements (cadre de performance).</p>
<p>Objectif 5 : D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme</p>	<p>Cet objectif est aligné sur l'axe stratégique 5.2.5 « gouvernance et pilotage stratégique du système de santé » de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027.</p> <p>Il est lié aux composantes « gestion du programme » et « renforcement des capacités » du PPAc 2015-2019.</p> <p>Il s'inscrit en droite ligne dans les recommandations de l'évaluation du support financier de Gavi au Cameroun de septembre 2015.</p> <p>Il s'attaque à la faible capacité managériale du PEV notamment aux niveaux central et régional, la faible coordination des activités aux niveaux régional et district, et la faible motivation du personnel notamment au niveau opérationnel.</p> <p>La bonne exécution des activités y relatives permettra une optimisation des</p>

	ressources du PEV, l'amélioration des processus du système de vaccination, et l'atteinte de meilleures performances. Cet axe devra aussi contribuer à améliorer la collaboration et l'alignement entre les différents intervenants du secteur de la santé avec les quels interagit le PEV.
--	--

13. Description des activités (maximum 3 pages)

Décrire les principales activités qui permettront d'atteindre les objectifs énoncés à la question 12. Veuillez vous assurer que les activités décrites s'alignent avec les activités qui sont incluses dans l'**annexe n° 6** - plan de travail détaillé, budget et analyse des écarts.

Les candidats déposant une demande au **fond commun ne sont pas** tenus de remplir ce tableau, mais doivent fournir des sous-sections du PNDS mettant l'accent sur la vaccination, y compris le plan de travail annuel, les activités et le budget ; **annexe n° 34** : Plan de travail et budget annuel du fond commun et termes de référence associés.

Objectif / Activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
---------------------	---

Objectif 1 : D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 45 Districts de santé.

Activité 1.1 : Appuyer l'élaboration des microplans des structures de santé dans 34 DS ciblés

Cette activité sera précédée par un dénombrement des ménages dans tous les DS ciblés pour résoudre le problème de « dénominateur ». Ceci permettra de prendre en compte toutes les populations ayant droit aux services de vaccination, de fixer les cibles à atteindre et de suivre de façon rigoureuse les performances en termes d'atteinte ou non des objectifs fixés pour différents antigènes. Un prestataire (l'Institut National de Statistique) sera pré-qualifié à cet effet.

L'idée est de renforcer la planification opérationnelle dans les districts ciblés. Un atelier de formation des acteurs des DS cibles à la microplanification se tiendra en 2017 sur 3 jours. Il sera suivi d'un atelier annuel d'élaboration des microplans sur 3 jours au niveau des aires de santé, et d'une consolidation au niveau des districts et des régions.

Cette planification bottom up permettra d'identifier les ressources nécessaires pour atteindre toutes les populations cibles y compris les plus vulnérables et marginalisées qui vivent dans les zones d'accès difficile ou mal desservies. La priorité sera donnée aux soins en stratégies avancées, mobiles, ou toute autre stratégie innovante et efficace permettant de toucher les cibles non atteintes, y compris les activités de vaccination intensifiées le cas échéant.

Le PEV a déjà conduit des ateliers de micro planification dans le passé aussi bien pour la vaccination systématique que pour les activités de vaccination supplémentaires (AVS polio 2014 et rougeole 2015), avec l'appui de l'OMS. Le pays dispose par conséquent des outils et de l'expertise nécessaire pour conduire dans les plus brefs délais.

Une bonne microplanification fondée sur le principe « atteindre chaque cible » permettra d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité.

Activité 1.2 : Appuyer la réalisation d'au moins 60% des séances de vaccination planifiées en stratégies avancées et mobiles dans les 34 districts de santé ciblés

En moyenne 50% de la population cible pour la vaccination réside à une distance de plus de 5 km ou à plus d'une heure de marche d'une formation sanitaire qui vaccine.

Cette activité permettra d'étendre l'offre des services de vaccination aux populations difficiles d'accès et/ou éloignées. Tous les mois, quatre séances de stratégies avancées et une séance mobile avec la présence de personnel technique et communautaire se tiendront dans chacune des aires de santé ciblées.

Le soutien de Gavi contribuera ainsi à une amélioration du taux de réalisation des soins planifiés en stratégies avancées ou mobiles afin d'atteindre d'avantage les cibles de la vaccination, avec comme implication une meilleure utilisation des services de vaccination, qui se traduira par une augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes, et une diminution des taux d'abandon (spécifique et général).

Activité 1.3 : Appuyer la mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions formatives intégrées planifiées par les 34 districts ciblés vers leurs aires de santé.

Les supervisions formatives permettront la formation régulière sur site, le feedback et le suivi du personnel de santé, en vue d'améliorer leurs compétences ainsi que la capacité opérationnelle des services qui sont des facteurs clé de succès de la vaccination.

Dans chaque DS on mettra en place une équipe de supervision. Ces personnes seront chargées de superviser mensuellement chaque AS ciblée. Les équipes de supervision des districts visiteront les aires de santé au moins une fois par trimestre pour aider à la planification, à la budgétisation, au suivi, à la formation et à la méthode de résolution des problèmes selon les directives du guide national de supervision. L'expertise et l'assistance technique de l'AMP, déjà présente dans certains DS du pays, seront requises à cet effet.

A terme, ceci permettra non seulement d'améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de services, mais aussi la satisfaction des bénéficiaires et partant les résultats de vaccination, car la qualité des soins est un déterminant clé de la couverture des services.

<p>Activité 1.4 : Renforcer les capacités des prestataires PEV sur l'approche ACD dans les 34 DS ciblés</p>	<p>Ce renforcement des capacités pour les 34 DS ciblés, justifié par le renouvellement constant des personnels de santé au niveau opérationnel et notamment dans les zones enclavées, rurales ou d'insécurité, se fera à travers des sessions de formations des équipes de vaccination qui seront complétées par des supervisions formatives sur site. Le renforcement des capacités des personnels de santé est un facteur positif d'amélioration non seulement de la disponibilité du personnel de qualité, mais aussi de l'accès aux services dans le cadre plus générale de l'amélioration de la couverture vaccinale.</p>
<p>Objectif 2 : D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV.</p>	
<p>Activité 2.1 : Acheter les équipements de la chaîne du froid, de la gestion des déchets et la logistique de transport à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>L'évaluation de la gestion des vaccins (GEV) de 2013 a mis en évidence des faiblesses sur les 9 critères et catégories comparativement à celle de 2010. Des efforts ont été faits dans le renforcement des capacités de stockage au niveau central et dans une région avec l'appui des fonds ELMA. Malgré ces efforts, la capacité de stockage et l'infrastructure restent au dessous des standards pour un système de gestion des vaccins et intrants performant. Sur la base des recommandations internationales, et conformément aux besoins identifiés lors de l'inventaire de la chaîne du froid de 2015 (voir rapport en pièce jointe), le soutien de Gavi permettra l'acquisition de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 900 réfrigérateurs solaires (Dometic, TCW 2000 SDD) sur 5 ans, - 7 chambres froides de 40 m3 pour le niveau central et régional, - 3 générateurs de secours de 40 kW, - 15 véhicules pick-up double cabines de marque Toyota, - 452 motos Yamaha AG5 de 125 cc, - 40 bouteilles à gaz de 120 kg pour les incinérateurs achetés par les fonds C2D, - 40 incinérateurs, - 14 régulateurs de tensions pour les chambres froides centrales et régionales. <p>Ces acquisitions permettront d'entreposer l'ensemble des vaccins, des diluants et du matériel d'injection nécessaires pour le programme national de vaccination, d'améliorer la disponibilité des vaccins de qualité, la supervision de la gestion des vaccins et la sécurité des injections, particulièrement dans les districts ciblés. Ceci permettra au PEV d'améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et logistique des vaccins et d'assurer la qualité des vaccins pour une immunisation de qualité.</p>
<p>Activité 2.2 : Assurer le bon fonctionnement des équipements tout au long de leur durée vie</p>	<p>La chaîne du froid et la logistique sont des maillons forts du système de vaccination et la maintenance de ces équipements est primordiale pour assurer la qualité des vaccins. La subvention Gavi RSS soutiendra cette initiative pour les équipements qui seront acquis, le coût de l'entretien préventif étant intégré au coût d'achat. Ceci permettra d'assurer que la continuité des services n'est pas compromise par des pannes récurrentes. La proposition financera ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bon fonctionnement des équipements, notamment via un contrat de maintenance pour les équipements de la chaîne du froid ; - Le monitoring de la température de la CDF au long de la chaîne d'approvisionnement via l'achat de 3000 outils de contrôle de la température ; l'achat et l'installation de RTMD pour les 12 chambres froides centrales et régionales non couvertes actuellement, et l'achat de 6000 indicateurs de congélation.
<p>Activité 2.3 : Renforcer les capacités du personnel impliqué dans la gestion des vaccins à tous les niveaux</p>	<p>Cette activité permettra d'assurer une bonne disponibilité des vaccins de qualité à travers la mise en place du pool de formateurs nationaux, la révision du document « normes et procédures de gestion de la chaîne d'approvisionnement ainsi que et l'élaboration des modules de formation pour former des prestataires dans tous les districts grâce au financement de Gavi RSS et d'autres partenaires. Cette proposition financera :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un atelier régional pour la formation de 2 ECD dans chacun de nos 34 districts ciblés, sur trois jours, - Un atelier au niveau des districts pour former 1 participant pour chacune des aires de santé ciblés, sur quatre jours.
<p>Activité 2.4 : Piloter deux innovations : la gestion informatisée des stocks et un « redesign » du système de distribution afin de l'optimiser</p>	<p>Pour se moderniser, le PEV devra avancer sur deux fronts :</p> <p>a) Mettre en place un système d'inventaire en temps réel et une base de données en ligne pour le suivi des stocks et des indicateurs de performance liés à la logistique et la chaîne de froid.</p> <p>b) Evaluer le système de distribution des vaccins au Cameroun. Actuellement, les districts s'approvisionnent eux-mêmes au niveau de la région et les aires de santé au niveau des districts. Le renversement de cette chaîne de distribution vers un système ou</p>

	<p>les régions servent les districts et les districts les aires de santé (véritable «Redesign») aura plusieurs avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la distribution régulière aux niveaux inférieurs des stocks de vaccins - Coupler la distribution des vaccins aux niveaux inférieurs avec des séances de supervisions formatives, de maintenance préventive et même d'inventaire des équipements. <p>L'appui de Gavi consistera à tester ces deux innovations, en finançant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le Système de gestion informatisé : L'élaboration d'un outil d'amélioration des systèmes d'information logistique (appui d'un consultant spécialisé), puis le pilotage de ce nouvel outil dans une région - Pour le redesign de la chaîne de distribution : L'évaluation des pratiques de gestion logistique existantes, suivies par la mise en place d'une intervention pilote qui inverse le système de distribution actuelle. <p>Pour ces deux interventions, le financement de Gavi ne couvrirait que la phase pilote. Le PEV s'armera ensuite des résultats et recommandations pour chercher des financements appropriés afin d'étendre ces nouveaux outils aux autres régions.</p>
<p>Objectif 3 : D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination.</p>	
<p>Activité 3.1 : Etablir les partenariats entre les structures de santé et les OBC, ASLO ou autres groupes communautaires dans les 34 districts de santé ciblés.</p>	<p>Il s'agit d'établir un partenariat stratégique entre les OBC, Associations Locales (ASLO), groupes communautaires et agents de santé communautaires engagés dans la promotion des services de vaccination, et les structures de santé pour participer à la planification et l'organisation des activités de vaccination, mener les activités de mobilisation communautaire sur le terrain notamment la sensibilisation auprès des leaders communautaires et des familles et la recherche des perdus de vue. Cette activité contribuera à améliorer la demande et l'acceptation de la vaccination (réduire les non atteints et les perdus de vue). La couverture vaccinale, et l'équité seront ainsi améliorées.</p> <p>Concrètement, il s'agira pour la proposition de financer :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) L'identification des OBC, Associations Locales (ASLO), groupes communautaires et agents de santé communautaires intéressés et/ou impliqués dans les activités des services de santé y compris la vaccination ; Un consultant sera recruté à cet effet (pour une prestation de 8000 USD). (2) La cartographie des acteurs sera validée au niveau central au cours d'une réunion avec 40 participants issus du PEV et des sociétés civiles identifiées. (3) La mise en œuvre des activités communautaires dans les 34 DS prioritaires. Elle sera orientée par le monitoring des performances des districts à partir des données désagrégées par communauté. Il s'agit de soutenir les visites à domicile (IEC et recherche des perdus de vue) et la sensibilisation auprès des leaders communautaires par les OSC sous contrat.
<p>Activité 3.2 : Renforcer les capacités des acteurs en charge de la communication et des prestataires à la promotion de la vaccination dans les 34 DS ciblés.</p>	<p>En référence au plan de communication du PEV, le renforcement des capacités en Communication pour le Développement (C4D) est une nécessité impérieuse pour la réussite de la composante « communication et génération de la demande » du PPAC 2015-2019.</p> <p>Cette activité contribuera à une amélioration significative des compétences des acteurs communautaires et des prestataires des services de santé chargés de la vaccination. Plusieurs types de formations seront dispensés en 2017 et en 2019 :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) la formation des membres des structures de dialogue des services de santé, des OBC, des ASLO, des groupes communautaires à la C4D en faveur de la vaccination. Cette formation de 15 personnes par district cible aura lieu sur deux jours (2) la formation des prestataires des services de vaccination à la promotion de la vaccination et en communication interpersonnelle. Cette formation de deux jours concernera 2 personnes par aire de santé cible (3) la formation sur deux jours de 12 facilitateurs régionaux et centraux à l'approche de la carte de score communautaire, carte qui permettra de monitorer les activités de génération de la demande et l'engagement des communautés. (4) ces facilitateurs régionaux et centraux formeront à leur tour les équipes cadres de chaque district cible (cinq personnes par district sur 2 jour) à l'utilisation du score

	<p>communautaire, afin qu'ils soient à même de s'assurer mensuellement de la qualité des actions communautaires.</p> <p>Ces formations agiront positivement sur les facteurs clés de succès de la vaccination relatifs à la famille. En effet, elles aboutiront à une meilleure information et sensibilisation au bénéfice de la vaccination, la confiance dans le système de santé et les services de vaccination, une meilleure acceptation culturelle. Elles auront également un impact positif sur la participation communautaire qui sera accrue. Tout ceci contribuera à une prise de conscience de la nécessité de la vaccination, puis à la diminution des cibles non atteintes et des perdus de vue et à terme à l'amélioration de la couverture vaccinale et l'équité en matière de vaccination, et à la diminution du taux d'abandon (spécifique et général).</p>
<p>Activité 3.3 : Appuyer les activités de plaidoyer en faveur du financement durable de la vaccination</p>	<p>Pour renforcer les capacités des acteurs de la société civile et des médias, il faudra</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Former les médias en production et diffusion des émissions et microprogrammes sur les questions de vaccination. 2 personnes par districts cibles seront formées sur 2 jours 2) Former les leaders de la société civile au plaidoyer pour l'adhésion des communautés à la vaccination, le financement de la vaccination, ainsi qu'en organisation, mise en œuvre et performance du système de vaccination selon le modèle du Programme « ADVIM » de l'AMP dispensé en Afrique de l'Ouest qui dure environ 5 mois. 3) Organiser des événements spéciaux avec les célébrités (Artistes musiciens, stars football) pour promouvoir la vaccination comme un droit fondamental. Le budget prévoit le financement de 2 symposiums sur 2 ans sur la vaccination (pour une valeur totale de 16,660 USD) en 2017 et en 2019. <p>Ces formations et événements spéciaux devront permettre aux OSC et médias non seulement de plaider en faveur de méthodes universelles permettant de garantir une vaccination de qualité dans tout le pays, mais également de renforcer les capacités des communautés afin d'assurer l'accroissement de la demande, l'acceptabilité sociale des vaccins et le renforcement de la prestation des services de vaccination.</p>
<p>Activité 3.4 : Soutenir la reproduction des supports de communication pour la sensibilisation de la population dans les 34DS ciblés.</p>	<p>La reproduction des supports de communication (Guide du mobilisateur social PEV, boîte à image, banderoles géantes, panneaux, affiches, prospectus pour les mères) pour la sensibilisation de la population sera soutenue financièrement par Gavi dans les 34 DS ciblés et d'autres partenaires dans le reste des DS. Ils seront accompagnés de spots publicitaires radio et TV diffusés dans les 34 districts. Ces supports de communication en faveur de la vaccination contribueront à faciliter les activités de génération de la demande de vaccination et à assurer un bon niveau de couverture pour tous les antigènes. En effet, elle permettra de réduire les occasions manquées, le nombre d'enfants non atteints ou perdus de vue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La production de ses supports de communication (frais d'impression pour couvrir tous les districts cible principalement) coûtera 194,000 USD sur cinq ans • Les frais de diffusion (spots radio, TV et frais d'affichage) s'élèvent à 218, 000 USD sur cinq ans.
<p>Activité 3.5 : Assurer le suivi et l'évaluation des activités de communication/enquête CAP</p>	<p>Cette activité permettra de produire une information de qualité afin d'apprécier l'impact de la communication dans le programme et de prendre des décisions adéquates dans ce domaine. Il s'agira de : (1) La réalisation des enquêtes de satisfaction et l'organisation des réunions trimestrielles dans 34 districts pour mettre en œuvre la carte de score communautaire dans les districts ciblés afin de contrôler la qualité des services, (2) La réalisation de deux enquêtes CAP sur la vaccination.</p>
<p>Objectif 4: D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national</p>	
<p>Activité 4.1 : Appuyer la mise en place d'un système national d'informations sanitaire (SNIS) intégré et fonctionnel</p>	<p>L'outil DHIS2 est en cours d'implantation au niveau du pays et son utilisation sera effective en 2016. Les activités y relatives sont menées au niveau de la Cellule des Informations Sanitaires du MINSANTE avec l'appui technique et financier de l'OMS. Un accent particulier sera mis sur l'harmonisation des systèmes parallèles de transmission des données et la saisie électronique des données.</p> <p>mis sur l'intégration et l'interopérabilité avec les autres systèmes de gestion des</p>

	<p>données de la vaccination de routine (DVDMT) et de la logistique (SMT). Le soutien de Gavi pour cette activité se fera à travers :</p> <p>(1) la formation des gestionnaires des données à l'utilisation de l'outil DHIS2 (collecte et analyse des données en rapport avec les revues annuelles du secteur et les revues annuelles du PEV). Cette formation concernera deux personnes par région et par district de santé cibles pendant trois jours, répartis en trois pools de formation.</p> <p>(2) la mise à disposition des outils mensuels de collecte et de reporting des données au niveau des 34 DS ciblés, à raison de 8 USD par District.</p> <p>(3) Le paiement dans les 34 DS ciblés des frais de la connexion internet (42 USD par mois) et de l'achat d'un modem internet par District d'une valeur de 100 USD (renouvelé après trois ans)</p> <p>(4) Un consultant pour assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres systèmes (SMT, DVDMT, RMA)</p> <p>Cette activité permettra entre autres d'éviter la redondance de plusieurs sous-systèmes d'information parallèles sans interconnexion entre eux, d'harmoniser les multiples outils de collecte de données et de proposer une stratégie commune de collecte et d'utilisation des informations sanitaires. Elle sera menée en collaboration avec d'autres partenaires déjà impliqués dans le processus de modernisation et de renforcement du SNIS (OMS et UNICEF) ainsi que de potentiels partenaires tels que la Fondation Bill et Melinda Gates et PATH via l'Initiative « Better Immunization Data¹ » dont le Cameroun fait partie du réseau.</p> <p>Le financement des équipements informatiques sera assuré par les ressources de l'Etat. L'assistance technique quant à elle sera prise en charge par les partenaires du PEV (OMS, CHAI, Gavi, etc.).</p> <p>Développer un système d'information intégré, incluant la gestion des vaccins, des équipements de la chaîne du froid et de la logistique, permettra non seulement d'améliorer la disponibilité, la qualité et une répartition équitable des vaccins à travers le pays, mais aussi de réduire la charge de travail du personnel (déjà insuffisant) au niveau opérationnel. Cette charge en moins permettra d'augmenter le temps d'utilisation des données pour actions et donc l'identification des cibles non vaccinées. Cette activité contribuera à diminuer le taux d'abandon et à augmenter la couverture vaccinale de tous les antigènes.</p>
<p>Activité 4.2 : Appuyer la mise en œuvre des activités issues de l'évaluation de la qualité des données</p>	<p>L'action d'amélioration de la qualité des données soutenue par Gavi se traduira par :</p> <p>(1) L'appui à l'organisation des réunions trimestrielles d'analyse et de validation des données dans les 189 DS du pays. Une personne par AS ainsi que trois personnes par DS cible participeront à ces réunions d'un jour.</p> <p>(2) L'appui à l'organisation des réunions semestrielles régionales d'analyse et de validation des données, y compris celles de la vaccination en y intégrant l'état de mise en œuvre des PRP issus des supervisions DQS dans les 10 régions du pays. Ces réunions semestrielles rassembleront trois participants par région et un de chaque DS ciblé, ainsi qu'un facilitateur central par région, sur une durée de trois jours.</p> <p>(3) Une formation en 2017 des équipes cadre des districts aux normes de qualité des données et à la supervision avec l'outil DQS, avec la participation de deux personnes par DS cible, trois personnes par région ciblée et un facilitateur central.</p> <p>(4) L'appui à l'organisation des évaluations annuelles par les pairs avec l'outil DQS au niveau District et des Aires de santé. Ces évaluations seront conduites dans chacune des 6 régions ciblées par un évaluateur pour trois DS cibles et deux évaluateurs régionaux ;</p> <p>(5) La réalisation des évaluations indépendantes de la qualité des données de vaccination sur tout le territoire national à raison d'un évaluateur par région (DQA ou DQRC).</p> <p>Cette activité a pour but de suivre les progrès effectués dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données au niveau des services de vaccination. De même, elle permettra de déterminer l'exactitude du nombre de vaccinations rapportées, et la qualité du système de suivi de la vaccination pour s'assurer que la gestion des services de</p>

¹www.BIDinitiative.org

	vaccination et l'allocation des fonds dévolus à cet effet (allocation des fonds Gavi) se basent sur des données fiables et précises.
Activité 4.3 : Réaliser des enquêtes et des évaluations du secteur de la santé avec une emphase sur le système de vaccination	<p>L'appui de Gavi sera centré sur le monitoring de la mise en œuvre du PNDS et la réalisation des enquêtes spécifiques au PEV à travers l'institutionnalisation des évaluations suivantes :</p> <p>(1) La revue annuelle du secteur de la santé, couplée au DQA ou au DQRC, avec un évaluateur pour chacune des 10 régions sur 12 jours (y compris briefing, collecte terrain, et débriefing)</p> <p>(2) L'évaluation des structures de santé tous les 2 ans (pour déterminer si elles sont prêtes à assurer des services de vaccination et autres services de santé, notamment en termes de disponibilité de personnel et de ressources). Sous cette proposition, il s'agira de mener une enquête SARA couplée au DQRC, en 2017, 2019 et 2021, d'une valeur unitaire de 80,000 USD.</p> <p>(3) La revue externe du PEV tous les 2 ans (en 2017 pour la révision PPAc, et 2021 pour l'élaboration du PNDS 2021-2027), avec un évaluateur pour 6 régions sur 12 jours (y compris briefing, collecte terrain, et débriefing).</p> <p>(4) Les enquêtes nationales de couverture vaccinale couplées à l'identification des facteurs associés à la non vaccination dans les DS à faible performance et à un examen de l'équité (tous les deux ans), avec 8 évaluateurs nationaux et 6 évaluateurs régionaux sur trois jours en 2017, 2019, 2021.</p> <p>(5) La mise en œuvre de la recherche opérationnelle, a raison de 116,000 USD en 2018 et 2020. Les sujets de cette recherche dépendront des priorités observées par le PEV (par exemple sur l'introduction de nouveaux vaccins)</p> <p>(6) L'évaluation des activités de communication à travers la réalisation de deux enquêtes CAP sur la vaccination en 2018 et 2020.</p> <p>Ces évaluations renforceront le suivi évaluation et permettront d'utiliser les informations disponibles pour une planification stratégique basée sur les données factuelles, ce qui contribuera à améliorer les résultats de vaccination</p>
Activité 4.4 : Appuyer l'élaboration de l'annuaire statistique de la santé	<p>Le soutien de Gavi consistera à financer la production de l'annuaire des données et statistiques de santé tous les 2 ans. Un prestataire sera préqualifié à cet effet (INS).</p> <p>La disponibilité de l'information sanitaire facilitera l'accès et l'utilisation pour une prise de décision éclairée au niveau stratégique. Cet annuaire sera accessible sur le site internet du MINSANTE.</p>
Objectif 5 : D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme	
Activité 5.1 : Appuyer la planification du PEV	<p>Une bonne planification du programme est le premier pilier pour améliorer le taux de couverture national. Ainsi, la proposition soutiendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'actualisation du PPAc 2015-2019 en 2017 via un atelier de cinq jours réunissant les acteurs nationaux et locaux. En effet, le PPAc 2015-2019 en cours d'exécution a été élaboré avant la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027. De plus il n'est pas doté d'un plan de suivi évaluation. Son actualisation permettra de le mettre à jour, d'améliorer le cadre de suivi évaluation et d'élaborer un plan de suivi évaluation réaliste aligné au suivi évaluation du PNDS selon les directives de l'IHP+. - L'atelier d'élaboration du PPAc 2020-2024, en 2019, via un atelier de cinq jours réunissant les acteurs nationaux et régionaux. <p>Enfin, pour garantir une bonne gouvernance du programme, le manuel de procédures sera également actualisé en 2019, après une phase de simulation de deux ans.</p>
Activité 5.2 : Appuyer les réunions de coordination aux niveaux régional et district	<p>En renforçant l'organisation et en apportant un appui technique et financier au fonctionnement des structures de coordination déjà existantes au niveau des régions, la représentativité de toutes les agences/structures intervenant dans la vaccination sera améliorée. Ainsi la vaccination sera un point prioritaire à l'agenda des réunions de coordination régionales et des districts de santé, qui constitueront en outre une instance infranationale de suivi, évaluation et redevabilité pour la vaccination.</p> <p>La proposition appuiera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une réunion au niveau des 6 régions auxquelles participent une personne pour chacun des 34 districts prioritaires, deux fois par an - Une réunion au niveau des districts prioritaires, auxquels participent deux

	personnes par aire de sante, deux fois par an
Activité 5.3 : Réaliser 2 évaluations de Gavi RSS (mi parcours et finale).	<p>Les évaluations à mi-parcours et finale du RSS permettront de s'assurer de la gestion efficiente et transparente des subventions de Gavi RSS. Elles permettront par ailleurs de fournir des informations nécessaires pour : (1) L'analyse de situation des prochains cycles de planification du RSS et PEV ; (2) L'appréciation des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats en matière d'immunisation; (3) L'appréciation de l'efficacité, de l'efficience des différentes allocations financières et de l'assistance technique destinée à renforcer le système de santé en général et le sous-système de vaccination en particulier.</p> <p>Ces évaluations, d'une valeur de 100,000 USD² chacune, auront lieu en 2019 et 2021</p>
Activité 5.4 : Prendre en charge les frais de gestion du programme RSS Gavi y compris les audits financiers	<p>Le soutien de Gavi pour cette activité permettra d'assurer une gestion responsable, transparente et conforme au manuel de procédures du PEV. Il financera annuellement les opérations suivantes :</p> <p>(1) Les frais de fonctionnement du programme RSS, estimés à 3% du budget de la proposition.</p> <p>(2) Une mission d'audit interne annuelle, conduite par 3 personnes par région pour 10 jours et un Gestionnaire comptable régional pour 7 jours</p> <p>(3) Un atelier de validation annuel des états financiers du PEV avec tous les Gestionnaires comptables régionaux pour une durée de 6 jours</p> <p>(4) Un audit externe annuel, pour une valeur de 15,000 USD</p>
Activité 5.5 : Appuyer le renforcement des capacités des personnels du GTC PEV et des URPEV	<p>L'activité consistera à :</p> <p>(1) Former les responsables du GTC PEV en management stratégique et finances publiques (2 personnes par an, choisies parmi les chefs de section du PEV et les chefs d'unité régionale)</p> <p>(2) Former les personnels du PEV de tous les niveaux en management des programmes de vaccination (MLM) et en gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccin et logistique en vue d'améliorer leurs compétences en gestion pour une meilleure performance du PEV (2 personnes par district cible, 2 personnes, 10 participants centraux, pour une durée de 10 jours).</p>
Activité 5.6 : Fournir l'assistance technique pour renforcer les capacités des gestionnaires du PEV	<p>L'assistance technique améliorera les capacités gestionnaires du PEV et permettra un transfert de compétences dans le domaine des études à réaliser dans le cadre du suivi évaluation du PEV et de la recherche opérationnelle.</p>
Activité 5.7 : Améliorer la motivation des équipes de vaccination au niveau opérationnel	<p>Les données de la vaccination de routine de 2015 ont montré une forte chute des indicateurs de vaccination dans certains DS du pays. Sur les 14 DS concernés, 11 sont des DS de la région de l'Extrême-nord. Ce phénomène est dû à l'insécurité qui règne dans la région depuis quelques mois. L'attractivité des postes et la motivation du personnel ont fortement diminué dans la plupart de ces DS, avec comme conséquence une baisse générale des performances.</p> <p>Cette activité consistera à renforcer les mécanismes d'incitation à la performance du personnel. Elle viendra en complément à l'engagement du gouvernement et des partenaires via une extension du PBF ou « paiement selon les résultats obtenus » dans cette zone vulnérable.</p> <p>L'idée est de l'utiliser comme instrument pour « intéresser » les prestataires de services à maximiser leurs efforts pour atteindre les meilleurs résultats possibles aussi bien en vaccination que pour les autres interventions de santé de la mère et de l'enfant.</p> <p>Sur la base des contrats de performance signés entre les prestataires et les agences de contractualisation, les incitations financières vont amener les prestataires des services à exécuter des activités de vaccination en respectant les normes et standards, et à trouver des solutions innovantes et adéquates pour atteindre chaque cible et rattraper les perdus de vue de leur circonscription. La quantité de services en termes de nombre de cibles atteintes et la qualité, en termes de capacité opérationnelle des services de</p>

² Directives de Gavi (2015), annexes 2 : modalités de suivi évaluation Page 67.

	<p>vaccination sera améliorée.</p> <p>Le montant maximal des subsides par an serait de 3, 012,109 USD, ce qui a été calculé en fonction des indicateurs à acheter (voire pièce jointe sur cette intervention).</p>
--	--

14. Chaîne des résultats (maximum 4 pages)

Établir la **chaîne de résultats** à l'aide du modèle fourni ci-dessous. Pour chaque objectif défini à la question 12, fournir des informations sur : (i) les activités (comme il est indiqué à la question 13) ; (ii) les résultats intermédiaires ; (iii) les résultats de vaccination ; (iv) l'impact ; et (v) une estimation de l'avancement.

Une fois que la chaîne des résultats a été établie, la prochaine étape est d'élaborer le **cadre de performances** (pour toutes les demande de RSS, c'est-à-dire incluant les demandes au fond commun de soutien). Vous pouvez y accéder via le portail de Gavi du pays : www.gavi.org

Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de remplir ce modèle, mais doivent fournir un résumé de la manière dont les subventions de Gavi contribueront à l'amélioration des résultats de la vaccination dans le contexte du PNDS.

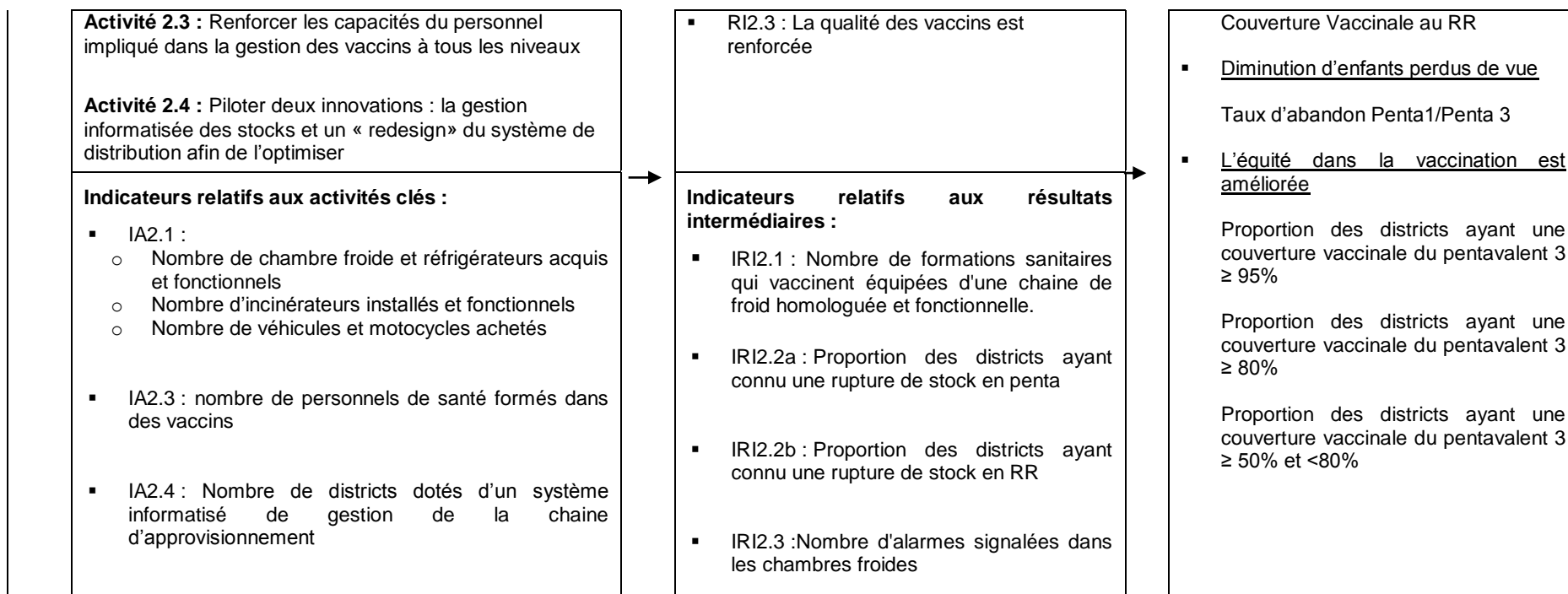
Chaine des résultats

Objectif 1 : → D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé.

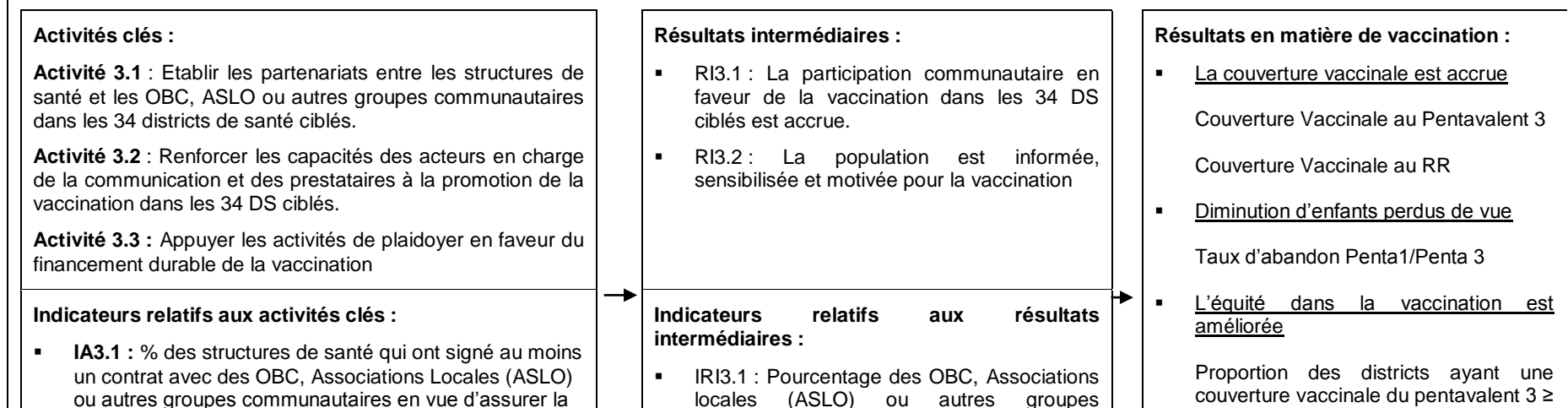
<p>Activités clés :</p> <p>Activité 1.1 : Appuyer l'élaboration des microplans et des structures de santé dans 34 DS ciblés</p> <p>Activité 1.2 : Appuyer la réalisation d'au moins 60% des séances de vaccination planifiées en stratégies avancées et mobiles dans les 34 districts de santé ciblés</p> <p>Activité 1.3 : Appuyer la mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions formatives intégrées planifiées par les 34 districts ciblés vers leurs aires de santé.</p> <p>Activité 1.4 : Renforcer les capacités des prestataires PEV sur l'approche ACD dans les 34 DS ciblés</p>	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RI1 : Equité dans l'accès aux services de vaccination est renforcée 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La couverture vaccinale est accrue</u> <p>Couverture Vaccinale au Pentavalent 3 dans les zones ciblées</p> <p>Couverture Vaccinale au RR dans les zones ciblées</p> <p>Taux d'abandon Penta1/Penta 3 dans les zones ciblées</p>
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IA1.1 : % de districts de santé ciblés qui ont élaboré leur micro plan pour le PEV de routine ▪ IA1.2 : % des stratégies avancées ou mobiles réalisées ▪ IA1.3 : % de supervisions formatives réalisées ▪ IA1.4 : Nombre de prestataires formés à l'approche ACD 	<p>Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la première dose recommandée du vaccin pentavalent (Penta 1) ▪ Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la troisième dose recommandée du vaccin pentavalent (Penta 3) ▪ Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la première dose recommandée du vaccin anti-rougeoleux par le biais des services de routine (VAR1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>L'équité dans la vaccination est améliorée</u> <p>Proportion des districts ciblés ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 95%</p> <p>Proportion des districts ciblés ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 80%</p> <p>Proportion des districts ciblés ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 50% et <80%</p>

Objectif 2 : → D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV

<p>Activités clés :</p> <p>Activité 2.1 : Acheter les équipements de la chaîne du froid, de la gestion des déchets et la logistique de transport à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RI2.1 : La disponibilité d'équipements pour la chaîne du froid est renforcée ▪ RI2.2 : La disponibilité des vaccins est renforcée 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La couverture vaccinale est accrue</u> <p>Couverture Vaccinale au Pentavalent 3</p>
--	---	--



Objectif 3 : →D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination et autres interventions de santé de l'enfant.



<p>mise en œuvre des activités communautaires en faveur de la vaccination les 34 districts de santé ciblés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IA3.2 : Proportion d'acteurs communautaires (OBC, ASLO, groupes communautaires, structures de dialogue, ASC) et des prestataires formés sur la promotion de la vaccination. ▪ IA3.3 : Proportion des médias formés en plaidoyer en faveur du financement et de la promotion de la vaccination. 	<p>communautaires qui mettent en œuvre au moins 50% des activités de leur contrat dans les 34 districts de santé ciblés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IRI3.2 : Au moins 90% des personnes en charge des enfants cibles acceptent et font vacciner leurs enfants 	<p>95%</p> <p>Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 \geq 80%</p> <p>Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 \geq 50% et $<$80%</p> <p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche</p> <p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les garçons et les filles</p> <p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les enfants ayant une mère/gardien d'enfant éduqué(e) et non-éduqué(e)</p>
---	---	---

Objectif 4 : → D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national

<p>Activités clés :</p> <p>Activité 4.2 : Appuyer la mise en place d'un système national d'informations sanitaire (SNIS) intégré et fonctionnel</p> <p>Activité 4.3 : Appuyer la mise en œuvre des activités issues de l'évaluation de la qualité des données</p> <p>Activité 4.4 : Réaliser des enquêtes et des évaluations du secteur de la santé avec une emphase sur le système de vaccination</p>	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La disponibilité des données est améliorée ▪ La qualité des données est renforcée 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La couverture vaccinale est accrue</u> Couverture Vaccinale au Pentavalent 3 Couverture Vaccinale au RR ▪ <u>Diminution d'enfants perdus de vue</u> Taux d'abandon Penta1/Penta 3 ▪ <u>L'équité dans la vaccination est améliorée</u> Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 \geq 95% Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 \geq 80% Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 \geq 50% et $<$80%
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de district disposant d'au moins un personnel formé à l'utilisation du DHIS2 ▪ Proportion d'activités du plan d'amélioration de la qualité de données réalisées ▪ Proportion des enquêtes et évaluations 	<p>Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La différence (en points de pourcentage) entre la couverture vaccinale du Pentavalent 3 provenant des données administratives ainsi que la couverture vaccinale du Pentavalent 	

réalisées	<ul style="list-style-type: none"> 3 provenant d'une enquête de couverture vaccinale < 5% ▪ Promptitude des Rapports Mensuels d'Activités (RMA) PEV des districts de santé ▪ Complétude des Rapports Mensuels d'Activités (RMA) PEV des districts de santé ▪ Complétude des rapports de revue des données des districts de Santé ▪ Proportion des Districts de Santé qui réalisent 2 DQS dans l'année 	<p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche</p> <p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les garçons et les filles</p> <p>Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les enfants ayant une mère/gardien d'enfant éduqué(e) et non-éduqué(e)</p>
-----------	---	--

Objectif 5 : → D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme

<p>Activités clés :</p> <p>Activité 5.1 : Appuyer la planification du PEV</p> <p>Activité 5.5 : Appuyer le renforcement des compétences des personnels du GTC PEV et des URPEV</p> <p>Activité 5.7 : Améliorer la motivation des équipes de vaccination au niveau opérationnel, plus particulièrement dans les zones à forte insécurité (30 DS de l'Extrême-nord)</p>	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RI5 : Gestion opérationnel du PEV améliorée 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La couverture vaccinale est accrue</u> Couverture Vaccinale au Pentavalent 3 Couverture Vaccinale au RR ▪ <u>Diminution d'enfants perdus de vue</u> Taux d'abandon Penta1/Penta 3 ▪ <u>L'équité dans la vaccination est améliorée</u> Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 95% Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 80% Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 50% et <80% Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre le
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IA5.1a : Proportion du budget annuel du financement Gavi RSS utilisé pendant le dernier semestre ▪ IA5.1b : Montant total dépensé par les OSC pendant le dernier semestre ▪ IA5.5 : Proportion de personnels du PEV formés selon les besoins identifiés. ▪ IA5.7 : Montant total des subsides PBF payés 	<p>Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IRI5 : Taux de réalisation des activités du Plan de Travail Annuel (PTA) ▪ Proportion des fonds utilisés selon la norme 	

quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche

Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les garçons et les filles

Différence dans la couverture vaccinale du pentavalent 3 entre les enfants ayant une mère/gardien d'enfant éduqué(e) et non-éduqué(e)

IMPACT : Diminution de la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles.

HYPOTHÈSES

Veillez donner la liste des hypothèses :

- Stabilité sociale, économique et politique est garantie;
- La situation sécuritaire est améliorée dans tout le pays
- Maîtrise des réfugiés en provenance des pays limitrophes en proie à des conflits dont l'évolution est imprévisible à ce jour ;
- Disponibilité des fonds de l'Etat et des autres partenaires au développement pour combler les gaps programmatiques (complémentarité et synergie);
- Le recrutement, l'utilisation optimale et la fidélisation des personnels de santé sont assurés (Plan national de Développement des RH),
- La bonne gouvernance et la transparence dans la gestion globale des fonds est conforme aux exigences de GAVI et du pays,
- Les OSC, OBC, ASLO et autres groupes communautaires participent effectivement à la mise en œuvre du programme,
- L'appui technique des partenaires traditionnels du PEV est maintenu,
- La Disponibilité d'un PNDS et d'un plan de suivi évaluation intégré couvrant la période 2017-2021.

15. Suivi et évaluation (S&E) (2 pages maximum)

Décrire comment les résultats dus à la subvention de RSS seront surveillés.

1- Organes et structures impliquées dans le Suivi et Evaluation (SE) :

Les activités de suivi et évaluation du programme RSS seront assurées au niveau central par le GTC PEV, au niveau régional par les Unités Régionales du PEV, et au niveau opérationnel par les districts de santé à travers les mécanismes et outils du SNIS. Un expert en suivi et évaluation, cadre de niveau supérieur et techniquement compétent, sera désigné au sein de la structure responsable de l'exécution du programme au niveau central (GTC PEV) pour assurer la fonction de S&E.

Le Comité de Pilotage de la SSS élargi au CCIA assurera la coordination du S&E. Des réunions de coordination impliquant toutes les parties prenantes se tiendront à un rythme trimestriel. Les comptes rendus trimestriels validés au niveau central par les membres du Comité de pilotage SSS serviront de base de diffusion des résultats de la subvention RSS.

Le Comité de pilotage de la SSS et le GTC PEV veilleront à ce que la présente subvention soit arrimée autant que possible au suivi des activités du renforcement du système de santé de la stratégie sectorielle de santé 2016-2027 selon le modèle de l'initiative IHP+. En effet, les activités de l'objectif 4 relatives à l'intégration du PEV dans le SNIS permettront d'aligner progressivement et complètement le sous-système d'information du PEV dans le SNIS à travers l'outil DHIS2. Par ailleurs, la revue annuelle du PEV y compris du Programme RSS se fera dans le cadre général de la revue annuelle du secteur santé.

2- Mécanismes et outils utilisés :

Deux groupes d'activités seront menées à savoir : (i) Les activités de suivi de routine (suivi des progrès et suivi de la performance), et (ii) Les activités d'évaluation (ou suivi et évaluation stratégique).

- **Les activités de suivi des progrès** : Il s'agira de suivre la mise en œuvre des activités planifiées. Les responsables des activités feront un suivi régulier avec reporting à la structure de gestion du programme Gavi RSS. La collecte et la transmission des données du suivi se fera à l'aide des fiches de suivi et des rapports d'exécution des activités après validation à tous les niveaux et selon une approche "Bottom-up". Un tableau de bord sera utilisé à tous les niveaux à l'effet d'identifier rapidement les écarts dans la mise en œuvre, les points de blocage et les dérives. Un dispositif de rétro information contribuera à la prise d'actions correctrices à tous les niveaux.

Le dispositif de suivi des activités sera complété par des missions de suivi, de supervision et de contrôle qualité du programme.

- **Les activités de suivi de la performance** (tous les niveaux) : Il s'agira de suivre l'atteinte des objectifs. Les données administratives seront produites par les structures et services de santé selon les directives du monitoring pour action de l'approche ACD. Les données collectées au niveau des formations sanitaires à travers les supports physiques (registres, fiches de pointage des actes vaccinaux, fiches de stock, fiche de suivi des pertes...) seront validées, consolidées dans un rapport mensuel d'activités et transmis au district de santé pour consolidation dans les outils électroniques DHIS2 ou DVDMT. Les données obtenues seront analysées au niveau des formations sanitaires. Au niveau du district, des réunions de revue des données donneront lieu à des décisions d'amélioration des performances et feront l'objet de rapports de revue de données. Ces derniers seront transmis concomitamment avec les rapports mensuels d'activités du district sous forme physiques et électroniques au niveau régional pour validation, analyse et prise des décisions opérationnelles. Une fois validées par la région dans le cadre des réunions de revue de données, celles-ci seront transmises au niveau central pour le pilotage stratégique. La périodicité de la transmission de ces données sera mensuelle à tous les niveaux du système de santé. Une mini-revue du programme RSS sera conduite tous les trimestres au niveau central par l'équipe de responsables de la mise en œuvre, avec la participation de toutes les parties prenantes du Renforcement du Système de Santé du pays. Elle permettra de faire le point sur l'état d'avancement et les performances du programme et de formuler des recommandations pour l'amélioration de son exécution.

- **Les activités d'évaluation** : Des études et des enquêtes externes au PEV combinées aux données administratives seront réalisées, à savoir des enquêtes de disponibilité de l'offre de services (SARA), des enquêtes nationales (ECV, EDS ou MICS), des enquêtes ponctuelles des couvertures et de satisfactions de ménages, des enquêtes CAP, des enquêtes de couverture et d'identification des causes de non vaccination etc. Les financements de cette proposition serviront à conduire l'enquête de couverture vaccinale planifiée en 2018 en association avec la revue externe du PEV. Les autres enquêtes de couverture vaccinale seront supportées par l'Etat et ses partenaires à travers les enquêtes EDS et MICS planifiées pour 2016, 2017, 2020 et 2021. Ces activités seront placées sous la coordination de la Cellule des Informations sanitaires du MINSANTE et bénéficieront non seulement de l'appui technique et financier de Gavi, mais aussi des autres partenaires et des institutions de recherche du pays. Les résultats de ces évaluations permettront de prendre des décisions telles que la révision des documents stratégiques du secteur de la santé, des programmes prioritaires ou encore des plans d'amélioration des performances des interventions sanitaires. Par

ailleurs, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du programme Gavi RSS seront menées respectivement en 2019 et en 2021.

3- Sources de données utilisées :

Les mécanismes de suivi et évaluation de la proposition s'appuieront sur les deux sources des données suivantes tel que décrit dans le cadre de performance à savoir : (1) Les données administratives (PEV de routine) collectées à travers le SNIS placé sous la responsabilité du PEV et de la cellule d'Information Sanitaire du MINSANTE, et (2) Les données collectées à partir des enquêtes et études, recherche opérationnelle, etc. sous la responsabilité de la CIS en collaboration avec les partenaires au développement et les institutions de recherche du pays, selon la plan ci-dessous :

Tableau 2 : Plan d'enquêtes/ évaluations

Enquêtes/ Etudes	Gavi RSS							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Couverture vaccinale					X		X ³	
MICS	X			X			X	
EDS			X					X
DQRC				X	X	X	X	X
SARA				X		X		X
GEV				X		X		X
Revue du secteur santé				X	X	X	X	X
Evaluation externe PEV					X		X	
Enquête de satisfaction et CAP					X			X
Evaluation à mi-parcours RSS						X		
Evaluation finale RSS								X

4- Budget de la subvention Gavi RSS affecté au SE (SE et objectif 4)

En plus des réunions périodiques de suivi et les revues trimestrielles et annuelles du programme, la subvention Gavi RSS financera toutes les activités de l'objectif 4. L'enveloppe affectée pour le SE et l'objectif 4 couvre les activités de suivi des progrès, suivi des performances et l'évaluation du programme RSS. La somme du budget prévu dans ces activités s'élève à USD 2 115 222. Ce qui représente environ 8,99 % du budget total de la proposition.

5- Modalité de réalisation des évaluations (mi-parcours et finale)

L'évaluation à mi-parcours portera sur les aspects suivants : l'analyse des rapports de suivi et d'évaluation antérieurs, la vérification des indicateurs de résultats pour la période concernée, l'analyse de la pertinence des activités prévues pour atteindre les résultats attendus, le compte rendu de l'utilisation des ressources et analyse de l'adéquation entre les ressources utilisées et le niveau de résultats obtenu, l'analyse des stratégies d'intervention, l'analyse du niveau d'implication et du degré de satisfaction des bénéficiaires (communauté), l'identification des difficultés rencontrées dans l'exécution du projet/programme, les propositions sous forme de recommandations aux différentes parties prenantes, en vue d'apporter des améliorations ou des modifications au projet en vue de garantir l'atteinte des résultats du projet.

L'évaluation finale de la subvention RSS de Gavi sera indépendante. Elle sera commanditée à la fin de la subvention, en mi 2019. Les principes de Gavi en matière d'évaluation (l'indépendance, l'impartialité, la sensibilité et la participation des parties prenantes) et les principes relatifs aux évaluations du CAD-OCDE en seront les principes directeurs pour en tirer des leçons et rendre des comptes de la façon la plus constructive possible.

Un comité d'évaluation sera mis sur pieds avec un cahier de charges bien précis pour coordonner le processus et garantir la qualité et l'utilisation ultérieure des données de l'évaluation. La sélection d'un bureau de consultant se fera par un appel d'offres concurrentiel. Le comité d'évaluation veillera à ce que les questions clés de l'évaluation suivantes soient incluses dans l'évaluation : la conception des activités de la subvention, leur mise en œuvre et leurs résultats dans la portée de l'évaluation, afin que la totalité de la chaîne de résultats, depuis les intrants jusqu'à l'impact soit prise en compte. Un atelier de restitution (de haut niveau) sera organisé, pour discuter des conclusions, des résultats et des recommandations avec les principales parties prenantes, les responsables de la mise en œuvre et les instances de décision. Pour ce qui est de la méthodologie, une approche mixte, méthodes quantitatives et qualitatives

³ Cette enquête de couverture sera couplée au MICS de l'année 2020 et financée par l'Etat et l'UNICEF.

sera privilégiée. Une assistance technique auprès de Gavi sera sollicitée le moment venu pour soutenir le comité d'évaluation notamment pour la définition du cahier des charges de l'évaluation, la validation de la méthodologie et l'examen du rapport d'évaluation.

6- SE du PBF

Le suivi évaluation du volet PBF se fera dans le cadre général de sa mise en œuvre à travers les mécanismes de suivi et évaluation du PAISS. Néanmoins, le suivi des indicateurs du PEV qui feront l'objet d'un achat selon la performance dans les 30 DS de la région de l'Extrême-nord sera reporté au niveau du suivi spécifique du programme RSS selon le cadre de résultat produit dans la note conceptuelle (**annexe 30**).

16. Option de vérification des données FBP

Choisissez l'option de vérification des données à utiliser pour le calcul des paiements basés sur la performance.

Option de vérification des données	Sélectionner une option
Utilisation des données administratives du pays	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilisation des estimations de l'OMS / UNICEF	<input type="checkbox"/>
Utilisation des enquêtes	<input type="checkbox"/>

PARTIE D : PLAN DE TRAVAIL, BUDGET ET ANALYSE DES ECARTS

17. Plan de travail détaillé, descriptif du budget et analyse des écarts (maximum 3 pages)

Remplir l'**annexe obligatoire n° 6** : Plan de travail détaillé, budget et analyse des écarts via le portail Internet du pays.

Des instructions détaillées pour remplir le modèle de budget sont disponibles dans la première feuille de travail du modèle Excel.

1- Descriptif du budget

La mise en œuvre du Programme RSS pour la période 2017 -2021 nécessitera un financement global de **USD 23 520 000**, soit un coût moyen par an de **USD 4 704 000**, avec une répartition égalitaire sur la période 2018-2021 (**USD 4 480 000**) et un maximum en 2017 (**USD 5 600 000**).

Tableau 3 : Répartition budgétaire par objectif

N°	Objectif	Montant (en USD)	Proportion du budget total (en %)
1	D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 districts de santé.	2.724.223,33	11,58
2	D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV.	10.347.657,02	44,00
3	D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination.	1.861.739,32	7,92
4	D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données au niveau national.	2.803.291,59	11,92
5	D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme.	5.783.088,74	24,59
	TOTAL	23.520.000	100

Cette distribution traduit l'importance particulière accordée au renforcement des capacités logistiques et d'approvisionnement. En effet, un accroissement substantiel des équipements de la chaîne de froid sera effectué à travers l'acquisition d'un stock important de réfrigérateurs solaires, matériel roulant et d'autres outils connexes pour un montant global de **USD 10.347.657,02** soit un peu plus de **40 %** du budget global. A ce titre, Le plan d'achat détaillé pour l'acquisition des biens, travaux et services de consultants couvrant les deux premières années de la mise en œuvre du programme est joint en annexe.

De même, l'approche du financement basé sur la performance bénéficiera de près de **12,8 %** de l'allocation totale, soit une enveloppe de **USD 3.012.109,14** qui servira essentiellement à payer les subsides liés aux indicateurs quantitatifs retenus de la vaccination.

De manière générale, les coûts unitaires ont été extraits des documents de référence de l'Etat (mercuriale) et des partenaires au développement (OMS et UNICEF), ou estimés en utilisant la méthode analogique (comparaison avec des activités ayant déjà été réalisées et dont les coûts sont connus).

En ce qui concerne les coûts fiscaux liés aux acquisitions susmentionnées, Le Gouvernement prendra en charge les frais liés aux taxes, droits de douane, formalités d'enlèvement et de transport inhérents qui sont évalués à **USD 3.152.265**

Le Ministère de la Santé Publique est le premier organe d'exécution avec **51 %** des fonds budgétisés, suivi des partenaires au développement et des organisations de la société civile avec respectivement **43 %** et **6 %**.

2- Analyse des écarts financiers

L'analyse des écarts et de la complémentarité a été réalisée sur la base des projections des besoins en

financement du secteur santé et des financements disponibles par objectif. Les estimations ont été faite à partir des informations contenues dans les documents de planification du Gouvernement et de ses partenaires au développement, notamment :

- Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2016-2018 de l'Etat ;
- Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2015-2019 du Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Le Plan de Travail Glissant (PTG) 2015-2017 de l'UNICEF ;
- Le Programme IVE 2015-2017 de l'OMS ;
- Et le Programme d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé (PAISS) 2016-2020 appuyé par la Banque Mondiale

De façon synthétique, l'analyse des écarts se résume ainsi qu'il suit :

Tableau 4 : Résumé de l'analyse des écarts

Objectifs de la proposition de RSS	Besoins en ressources	Financement total	Écart de financement	RSS de GAVI	% de gap résorbé par le RSS
1. D'ici 2021, améliorer l'accessibilité des services de vaccination de qualité en particulier pour les populations vulnérables dans 34 Districts de santé	8.850.670	5.181.583	3.669.087	2.724.223	80,36%
2. D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV	9.379.169	338.092	9.041.077	10.347.657	111%
3. D'ici 2021, renforcer les capacités des acteurs communautaires et des OSC pour la promotion de la vaccination	4.776.433	1.125.000	3.651.433	1.861.739	51%
4. D'ici 2021, renforcer le Système d'Informations Sanitaires et la collecte des données	6.503.151	4.198.817	2.304.334	2.803.292	122%
5. D'ici 2021, améliorer la gestion et la coordination du programme.	12.227.341	241.242	11.986.099	5.783.088	55%
TOTAL	41.736.764	11.084.733	30.652.031	23.520.000	80%

Il ressort de manière générale, que les besoins en ressources relativement à la proposition RSS 2017-2021 du Cameroun à Gavi s'élèvent à **USD 41.736.764** et que le Secteur de la Santé (Etat et ses Partenaires techniques et financiers) est capable de mobiliser **USD 11.084.733** soit **26,5 %**. Avec l'appui de Gavi, le taux de couverture de l'écart passera à **80 %**, soit un montant restant à rechercher d'**USD 7.132.031**.

Toutefois, il existe des disparités importantes lorsqu'on considère chacun des objectifs :

- ❖ **Objectif 1 : Accroître l'accessibilité aux services de soins y compris la vaccination de qualité, en particulier dans 21 districts sanitaires prioritaires**

Pour atteindre cet objectif, l'Etat du Cameroun dans une synergie entre le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers assurera la mise en œuvre d'activités avec des contributions respectivement d'USD 1.493.500 pour l'Etat, USD 2.546.083 pour l'OMS et USD 1.142.000 pour l'UNICEF. Certaines activités présentent des « excédents de financement », si l'on prend en compte l'appui RSS de Gavi. Pour le cas de l'activité « Appuyer l'élaboration des microplans des structures de santé dans 34 DS ciblés » Cela provient de la sous-estimation du coût unitaire des ateliers de formation, élaboration et consolidation des microplans des districts de santé lors du costing du

PPAc (environ d'USD 30) contre près d'USD 96 lors de l'élaboration du budget du RSS (prise en compte des tarifs pratiqués par les Agences des Nations Unies). Pour ce qui est d'« Appuyer la mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions formatives intégrées planifiées par les 34 districts ciblés vers leurs aires de santé », les supervisions mensuelles des districts de santé vers leurs aires ont été planifiées (10 par an) alors qu'elles ne sont pas véritablement prises en charge par le Secteur.

❖ **Objectif 2 : D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV.**

Pour cet objectif, les ressources apportées par l'Etat sont minimales à savoir d'USD 338.092 (pour la maintenance des équipements et du matériel roulant) sur des besoins de l'ordre d'USD 9.379.169 (seulement 3,6 %). A cet effet, le Pays envisage de consacrer la plus grande partie de l'allocation à un accroissement soutenu des équipements de la chaîne de froid, du matériel roulant et de leur entretien. Cette option, qui traduit également une anticipation du retrait des financements de Gavi, permettra au Pays d'avoir un patrimoine logistique robuste au cours des premières années de l'indépendance vaccinale et de mieux se préparer à l'assumer.

❖ **Objectif 3 : Améliorer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire et du suivi-évaluation pour une meilleure planification stratégique du secteur**

Pour réaliser cet objectif, l'Etat compte mobiliser d'USD 625.000 sur la période du Programme pour la production des supports de communication dédiés à la sensibilisation sur la vaccination de routine. Quant au principal partenaire dans ce domaine à savoir l'UNICEF, sa contribution s'élève à d'USD 500.000 pour « établir les partenariats entre les structures de santé et les OBC, ASLO ou autres groupes communautaires dans les 34 districts de santé ciblés » et « renforcer les capacités des acteurs en charge de la communication et des prestataires à la promotion de la vaccination dans les 34 DS ciblés ». Concernant l'établissement des contrats de partenariat avec les organisations de la Société Civile, l'appui du Programme RSS permettra de prendre en charge des besoins non exprimés mais devant être adressés d'où une couverture de 114 %.

❖ **Objectif 4 : Renforcer la contribution de l'Etat pour le financement des actions de santé y compris la vaccination.**

Les besoins globaux pour couvrir les activités sont d'USD 6.503.151 sur la période 2017-2021 et le financement attendu de l'Etat est estimé à d'USD 2.519.290,00.

Il ressort un écart de financement d'USD 2.304.334 totalement couvert par le programme RSS et qui prendra en charge même les activités non identifiées au départ dans le Secteur (couverture globale pour l'objectif de 122 %) principalement « l'appui à la mise en œuvre des activités issues de l'évaluation de la qualité des données » et « la réalisation des enquêtes et des évaluations du secteur de la santé avec une emphase sur le système de vaccination »

❖ **Objectif 5 : Renforcer le mécanisme existant de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme**

Pour renforcer les mécanismes de gestion et de coordination du Programme, des besoins globaux ont été estimés à d'USD 12.227.341. La contribution cumulée de l'OMS et de l'UNICEF est estimée à USD 125.000 et celle de la Banque Mondiale à USD 1.370.000 pour l'achat des indicateurs du PEV (Penta 3 et VAR) dans le cadre du programme de financement basé sur les résultats dans 80 districts de santé. La contribution de GAVI dans la proposition est d'USD 5.783.088 sur la période 2017-2021 et sur un écart d'USD 11.986.099. Il permettra de rendre plus régulière la tenue des réunions de coordination au niveau régional et au niveau des districts de santé, ainsi que la formation d'un pool d'experts en gestion des finances publiques pour accompagner le processus de l'indépendance vaccinale.

*Les candidats déposant une demande **aufond commune** sont pas tenus de remplir le modèle de plan de travail, de budget et d'analyse des écarts, mais peuvent fournir, à la place, des informations spécifiques sur le plan de travail et le budget annuel sectoriels.*

18. Pérennité (maximum 2 pages)

Décrire comment le gouvernement assurera la pérennité des résultats du programme, obtenus grâce à la subvention de Gavi, lorsque celle-ci prendra fin.

1. Pérennité structurelle

Le choix politique consiste à maximiser dès à présent les investissements majeurs et structurels du PEV. A cet effet, la SSS 2016 – 2027 recommande le renforcement progressif des piliers du système de santé et l'amélioration de la gouvernance dans les programmes et les structures du secteur comme des préalables majeurs pour l'atteinte des résultats projetés dans ces programmes et structures.

La question cruciale des ressources humaines a commencé à connaître une réelle prise en compte dans le système de santé, par la définition et le début d'expérimentation des stratégies diverses de motivation, d'incitation et

de répartition plus équitable. Ces évolutions auxquelles contribuent largement les Partenaires techniques et financiers se reflètent aussi sur les nouveaux Programmes récemment négociés ou en cours de négociation. C'est ainsi que le Fonds Mondial par exemple va consacrer des ressources importantes pour améliorer les aspects de suivi et de mobilisation communautaire pour la prise en charge du Paludisme. Dans la perspective d'intégration et de complémentarité des financements, ces investissements vont profiter au système de santé et par ricochet au PEV.

Pour ce qui concerne, la gestion financière et comptable, à ce jour 22 responsables de gestion financières (12 comptables et 10 caissiers) vont agrandir le pool des responsables financiers.

Pour ce qui concerne le cadre institutionnel, la recrudescence des épidémies liées aux maladies évitables par la vaccination et la non atteinte des objectifs programmatiques, justifient le maintien du PEV comme organe institutionnel, d'immunisation et de prévention des maladies infantiles les plus meurtrières.

2. Pérennité organisationnelle

La stratégie sectorielle sera largement diffusée et les structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire disposeront d'un plan de travail annuel, décliné de cette stratégie qui a identifié ce programme comme un sous axe stratégique majeur. Les plans de travail annuels multisectoriels déclinés de la stratégie constituent une opportunité pour une meilleure prise en compte des priorités du secteur d'une part et une mise en œuvre durable d'autre part des interventions de ce programme. Un appui technique et financier aux structures sanitaires sera apporté annuellement pour l'élaboration des cadres de suivi évaluation de leur PTA et la diffusion de leur rapport de performances. Les mécanismes de valorisation des performances réalisées par les prestataires à tous les niveaux seront clairement définis, partagés et mis en œuvre (FBR).

3. Pérennité socio-culturelle

Conformément à l'orientation de la SSS 2016-2027, les Soins de Santé Primaires constituent la stratégie préconisée pour la satisfaction des besoins de santé de la population. Les principes retenus à cet effet sont : une participation communautaire renforcée, une action intersectorielle plus efficace, la disponibilité des technologies appropriées, l'équité et la justice sociale. La responsabilisation effective des communautés sera favorisée, pour une meilleure implication dans la gestion de leurs problèmes de santé.

La décentralisation est une option stratégique qui offre l'opportunité de mener des politiques publiques de proximité. Les actions suivantes seront menées : (i) renforcement des capacités et transfert des compétences en santé communautaire à la fois aux CTD et aux populations; (ii) renforcement de la contractualisation avec les structures à base communautaire ; (iii) amélioration de l'accompagnement technique des CTD ainsi que des organisations communautaires.

Les acteurs communautaires (OSC, plateforme d'OSC, structures de dialogue, associations, etc.) seront sensibilisés sur la problématique de la mortalité de l'enfant, et accompagnés dans les interventions concernant la mère et l'enfant.

4. Pérennité technologique

Dans la perspective du renouvellement du parc logistique des équipements de la conservation des vaccins et intrants avec une migration vers la technologie à énergie renouvelable, un plan de maintenance de ce nouveau parc sera élaboré, mis en œuvre, suivi et évalué au regard de son importance pour garantir la qualité des vaccins et de la couverture vaccinale effective. D'ores et déjà, une nouvelle et grande centrale d'une capacité d'entreposage des vaccins et intrants d'environ 400 m³ est en cours de construction au niveau central.

5. Pérennité financière

L'Etat qui est le garant de la santé des populations et particulièrement de celle des plus vulnérables mettra en place des mécanismes pour assurer la continuité du financement du programme après la sortie de l'éligibilité aux fonds GAVI à l'horizon 2020.

Deux principaux facteurs permettent d'organiser et d'assurer la viabilité du financement du SSV et du RSS. Il s'agit d'assurer une bonne articulation et une parfaite complémentarité des efforts financiers externes et internes tels que planifiés dans les documents stratégiques du Secteur (SSS, PPAC, PNDS). Par ailleurs, dans la perspective de la diminution progressive de la contribution financière des partenaires dans les années à venir, il est fait mention dans la SSS 2016-2027 du processus en cours de mise en place d'un fonds de soutien à la santé dont l'un des guichets concerne la vaccination sous la forme d'une loi, qui, votée et promulguée s'imposera à tous les acteurs. Une telle approche est de nature à garantir la disponibilité durable des financements. Par ailleurs, il est suggéré comme préalables majeurs pour assurer l'indépendance vaccinale, une montée en puissance des contributions de l'Etat et une bonne anticipation vis-à-vis de cette quasi dépendance financière.

Le Gouvernement et ses Partenaires techniques et financiers ont amorcé des actions convergentes pour mieux cibler les goulots d'étranglement du secteur santé. Ces efforts se traduisent par la mise en place de certaines réformes susceptibles de les lever. Suite à la réforme du Régime financier de l'Etat qui a consacré le Budget programme en lieu et place du budget des moyens, conformément aux orientations de la SSS, il est attendu un

alignement des ressources sur les actions prioritaires (mortalité infanto-juvénile).

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir la documentation existante qui aborde la question de la pérennité. Lister les documents fournis et indiquer les sections pertinentes.*

PARTIE E : MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET D'ATTENUATION DES RISQUES

19. Modalités de mise en œuvre (maximum 2 pages)

Décrire les modalités de mise en œuvre prévues

Le Programme correspondant à la Soumission Gavi/RSS sera mis en œuvre selon les principes et modalités ci-après :

1- Organes et modalités de gouvernance

La mise en œuvre de ce Programme n'entraînera pas la création de structure ad hoc parallèle aux instances existantes. Cependant, des modifications du cadre institutionnel de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle du Secteur de la Santé sont prévues dès le début de la mise en œuvre de la nouvelle SSS 2016-2027. Ainsi, le Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé (CP-SSS) qui deviendra l'instance de pilotage, d'orientation stratégique et de prise de décision de tous les programmes du MINSANTE, sera élargi aux membres de tous les comités existants (CCIA, PLMI, CNLS, CCM, etc.) et assurera le pilotage du programme Gavi RSS. Le CCIA sera alors un sous-comité du CP SSS. Son rôle sera de veiller à l'orientation des activités conformément aux objectifs poursuivis par le MINSANTE et Gavi et de superviser l'exécution globale du Programme.

Les dossiers techniques du programme Gavi RSS (planification technique et financière, suivi et évaluation, contrôle et audits) seront préparés par le secrétariat permanent du PEV et transmis pour amendement et enrichissement au Secrétariat Technique du CP/SSS, élargi aux experts du CCIA et des autres sous-comités, qui les soumettra au CP-SSS. Celui-ci se réunira tous les trois mois en session ordinaire pour les missions de pilotage du secteur ou en session extraordinaire le cas échéant.

Le ST/CP-SSS sera chargé spécifiquement d'approuver le rapport d'activités et financiers annuels, de valider le Plan de Travail Annuel et le budget y relatif, d'évaluer l'état d'exécution du programme, de faire des recommandations appropriées et d'en assurer le suivi évaluation, et de veiller au bon fonctionnement de l'organe de gestion du Programme. Il sera également chargé d'élaborer le planning des réunions du comité de pilotage et de suivre les recommandations formulées. Il préparera les dossiers techniques de ces réunions et rédigera les comptes rendus.

La Division de la Coopération continuera à jouer le rôle d'interface entre le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires techniques et financiers.

Le contrôle et les audits se feront aussi bien au sein du programme par les experts commis à cet effet que par les opérations ponctuelles par les Inspections Générales du MINSANTE au niveau central, les Brigades de Contrôle au niveau régional et les audits externes annuels.

2- Organes et modalités de coordination et de gestion de la proposition

Le Responsable principal de la gestion de la proposition au plan juridique, financier, technique et institutionnel est le Cameroun à travers le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE).

Cependant, la coordination et la gestion du projet seront assurées par le GTC PEV. La création d'une équipe de coordination du Programme est en vue et sera formalisée après l'audit organisationnel du GTC PEV commandité par Gavi qui aura lieu en mars 2016. Ainsi, le GTC PEV à travers cette équipe sera responsable de (i) l'élaboration détaillées des activités ou planification opérationnelle, (ii) la coordination des activités y compris la mise à disposition des ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités, (iii) l'information des différents organes du Programme, notamment le CP-SSS, de l'exécution technique et financière (iv) contrôle et suivi de l'exécution technique administrative et financière, (v) la mise à jour des programmes et budgets prévisionnels, (vi) la tenue de la comptabilité et l'établissement des rapports périodiques sur la situation de l'exécution technico financière, (vii) gérer l'interface avec toutes les parties prenantes.

3- Organes d'exécution principaux et leurs responsabilités

En raison de la forte concentration et de l'alignement des activités du Programme avec celles du PEV, la mise en œuvre sera assurée par le PEV, sous la responsabilité de son Secrétaire Permanent avec l'appui technique et financier des PTF.

Cependant, l'exécution des activités communautaires sera assurée par les OSC qui travailleront en étroite collaboration au niveau régional avec les FRPS et les structures de dialogue (COSADI) au niveau des DS. Ces ONG appartiennent à une Plateforme qui collabore avec le PEV depuis 2014 dans le cadre du programme RSS-Gavi en cours de mise en œuvre, sur la base d'un Mémoire d'Entente tripartite signé le 1er Octobre 2014 avec le Ministère de la

Santé et l'OMS.

Les Partenaires Techniques et Financiers du MINSANTE, notamment les partenaires statutaires de l'Alliance Gavi (OMS et UNICEF) et d'autres tel que AMP seront associés aux opérations de mise en œuvre, selon leurs mandats respectifs. Les modalités détaillées de collaboration et de partenariat dans ce cadre feront l'objet des Mémoires d'Entente.

Les principales responsabilités qui seront confiées aux partenaires et agences d'exécution sont notamment : i) l'assurance qualité des opérations et des exercices techniques; ii) le renforcement des capacités ; iii) la mise au point des outils techniques conformément aux normes internationales ; iv) le partage des expériences internationales susceptibles d'induire l'amélioration des compétences et des pratiques nationales ; et v) l'assistance achat des équipements.

4. Le rôle des partenaires au développement à la mise en œuvre du Programme

En plus de l'appui à l'exécution des activités comme mentionnées plus haut, les Partenaires au Développement auront pour rôle de: (i) Contribuer au plaidoyer en faveur d'une meilleure visibilité des efforts du Cameroun en matière de Renforcement du Système de Santé au niveau international; (ii) Faciliter la mobilisation des ressources externes additionnelles en faveur du secteur santé, (iii) Appuyer la mise à disposition de l'assistance technique.

5. Besoins d'assistance technique

Le pays aura besoin d'une assistance technique nationale et internationale multiforme pour la mise en œuvre du Programme notamment dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et la logistique, le renforcement du SNIS et l'amélioration de la qualité des données et les différentes évaluations et enquêtes de couverture à réaliser dans le cadre du suivi évaluation. Elle permettra de renforcer les capacités locales mais aussi de donner dans certains cas un caractère indépendant aux évaluations. Sa pérennité sera assurée par un mécanisme de travail en binôme. En effet, chaque assistant technique travaillera en étroite collaboration ou assisté par un ou 2 experts locaux pour les besoins d'un transfert de compétences.

L'assistance technique sera nécessaire pour les interventions suivantes :

- L'évaluation GEV
- La formation des logisticiens et des maintenanciers
- L'installation et la maintenance des chambres froides
- La formation sur le DHIS2,
- L'intégration du DVDMT, du SMT et du LMIS dans le DHIS 2,
- L'évaluation externe du PEV
- L'enquête de couverture
- Les évaluations indépendantes de la qualité des données de
- Les enquêtes SARA
- La révision du PPAc 2016-2019

Le plan d'assistance technique de la présente proposition est fourni en annexe.

6. Budget global affecté à la gestion de la proposition

Le budget affecté à la gestion du programme est d'**USD 2 713 161** soit **11,54%** de la subvention totale. Il couvre les dépenses liées à la planification du PEV, l'évaluation finale du Programme Gavi-RSS, aux réunions de coordination dans les Régions et districts de santé, aux supervisions formatives intégrées du niveau central vers les Régions et au fonctionnement de l'équipe de gestion du Programme.

Pour cette dernière composante en particulier, une part marginale (4%) des ressources du RSS sera allouée aux charges courantes des structures de mise en œuvre (PEV, OSC, CIS, DCOOP, ST/CP-SSS). Ces charges comprendront essentiellement les dépenses incompressibles de fonctionnement, les indemnités pour travaux supplémentaires et spéciaux des personnels impliqués dans la mise en œuvre conformément aux dispositions des décrets N° 66/DF/111 du 11 mars 1966 et N°74/694 du 29 juillet 1974 et leurs modifications subséquentes.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir une documentation sur les modalités de mise en œuvre des mécanismes sectoriels, le cas échéant. Lister les documents fournis et indiquer les sections pertinentes.*

20. Participation des organisations de la société civile (OSC) (2 pages maximum)

Décrire la manière dont les OSC seront impliquées dans la mise en œuvre des subventions de RSS.

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique se caractérise par le développement des « structures de dialogue ». L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers :

- la participation des populations au financement des soins de santé ;
- la participation des représentants des communautés à la cogestion ;
- les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile;
- les prestations des agents de santé communautaire ;
- les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé.

En ce qui concerne la société civile, environ 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique (Lettres d'Accord de Collaboration, Convention-cadres et Contrats d'Exécution). Cette approche est en adéquation avec la Vision du Cameroun à l'horizon 2035 qui considère les organisations de la société civile comme partenaire stratégique de l'Etat en ceci qu'elle constitue un creuset de participation et de mobilisation sociale pour l'intégration des forces productives et la démocratisation dans un contexte de décentralisation.

Une forte implication de tous les acteurs communautaires à travers la communication et la mobilisation des communautés a été identifiée comme un des axes importants du plan stratégique de communication du PEV 2014-2020. Avec l'appui de plusieurs PTF, d'autres acquis ont contribué au renforcement de la demande des communautés à travers la formation des Points focaux en communication interpersonnelle à tous les niveaux (30 superviseurs centraux, 10 PFC des régions, 189 PFC des districts, 4997 PFC des aires et 15866 mobilisateurs sociaux). D'autres initiatives ont également contribué à renforcer la demande de la vaccination à travers le déploiement des réseaux des femmes maires, des religieux, des revendeuses (« bayamsalam »), du syndicat des transporteurs urbain et interurbain, le plaidoyer à travers les fora des Gouverneurs, la signature d'un cadre de partenariat entre le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille et l'Unicef.

La participation communautaire dans le projet RSS-Gavi 2017-2021 sera sous la responsabilité des OSC partenaires du MINSANTE.

Dans le cadre de la proposition RSS-GAVI 2017-2021, l'objectif principal de la réponse communautaire multisectorielle permettra de renforcer l'utilisation équitable des services de vaccination, particulièrement aux populations vulnérables dans les 34 DS ciblés d'ici 2021. En termes d'approches susceptibles de garantir les résultats, sur la base des expériences précédentes, le Pays a opté pour la capitalisation des ressources humaines locales disponibles en insistant sur le processus d'intégration de tous les acteurs de communication à tous les niveaux. De plus, un accent particulier sera mis sur la coordination des activités avec tous les autres partenaires intervenant au niveau communautaire (Structures de dialogue, agents de santé, tradithérapeutes, Réseaux des femmes maires, Associations féminines). Des brigades communautaires seront développées dans tous les districts de santé ciblés pour promouvoir la vaccination de routine et rechercher activement les perdus de vue, les PFA et autres MAPE. Les structures de dialogue seront renforcées pour jouer au mieux leurs rôles.

Les OSC apporteront un soutien technique à la contractualisation avec des ASLO ou autres groupes communautaires via leurs structures de dialogue principales activités retenues consistent en la conduite des micro plans des structures de santé ciblées (aires de santé et districts de santé), la mise en œuvre des séances de vaccination en stratégies avancées et mobiles (ou autre stratégie adaptée pour atteindre chaque communauté) planifiées dans les districts de santé ciblés, l'amélioration de la qualité de l'offre et la demande de services intégrés au sein des structures de santé via le PBF dans les districts ciblés et le suivi et évaluation des activités de communication.

Un montant global d'USD 1 861 739 (soit 7,92% de la subvention RSS-Gavi) sera alloué à l'exécution des activités communautaires coordonnées par PROVARESSC, conformément aux dispositions administratives prévues dans le cadre budgétaire de la présente requête. Les fonds mis à disposition du Ministère de la Santé Publique par Gavi à travers la Caisse Autonome d'Amortissement seront transférés aux OSC selon les procédures de gestion financière en vigueur. Ces OSC organiseront et coordonneront la mise en œuvre des activités des OBC et des structures de dialogues des aires de santé (COSA). Chaque niveau d'intervention rendra compte et justifiera tous les fonds mis à sa disposition.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de résumer le rôle des OSC dans la mise en œuvre*

du programme sectoriel.

21. Risques et mesures d'atténuation (2 pages maximum)

Si disponible, fournir l'annexe n° 35 : Évaluation du risque dans le secteur de la santé. Si une telle évaluation n'est pas disponible, fournir une analyse des risques de ne pas atteindre les objectifs.

Compléter le tableau ci-dessous pour chacun des objectifs proposés cités dans la réponse à la question 12. Si le risque est classé comme « élevé », veuillez expliquer pourquoi il est « élevé ».

Description des risques	PROBABILITÉ (élevée, moyenne, faible)	IMPACT (élevé, moyen, faible)	Mesures d'atténuation
Objectif 1 : D'ici 2021, D'ici 2021, améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de vaccination intégrés en particulier pour les populations vulnérables dans 64 Districts de santé.			
Risques institutionnels L'insuffisance quantitative et faible motivation des ressources humaines	Moyenne	Elevé	i) Contractualisation du personnel au niveau opérationnel; ii) Alignement de la subvention au programme de Financement basé sur les résultats.
Risques fiduciaires Le non-respect des procédures de gestion administratives et financières	Moyenne	Elevé	i) Diffusion du manuel de procédure et renforcement des capacités à son utilisation; ii) Régularité des audits internes et externes et applications des sanctions qui en découlent.
Évaluation du risque global pour l'Objectif 1	Moyenne	Elevé	
Objectif 2 :			
Objectif 2 : D'ici 2021, renforcer les capacités logistiques et la maintenance des équipements du PEV.			
Risques institutionnels : Lourdeur dans la procédure de la passation des marchés	Moyenne	Moyen	i) Elaboration d'un plan de passation des marchés pour anticiper les étapes du processus de passation des marchés; ii) Recours au service assistance achat du système des Nations Unies.
Risque opérationnel Faible opérationnalité du dispositif de maintenance des équipements et matériels acquis	Moyenne	Moyen	i) Mettre en œuvre le plan d'externalisation de la maintenance; ii) Définir et veiller à l'application des mesures d'incitation et des sanctions liées à l'utilisation des équipements et du matériel acquis. iii) Mettre à disposition du GTC PEV des expertises et compétences dans le domaine de la logistique et la maintenance du matériel roulant et équipements de chaîne du froid et biomédicaux.
Évaluation du risque global pour l'Objectif 2	Moyenne	Moyen	
Objectif 3 : D'ici 2021, renforcer l'implication des acteurs communautaires pour la promotion de la vaccination et autres interventions de santé de l'enfant			
Risque institutionnel	Moyenne	Moyen	Validation du manuel de procédures de la plateforme par le MINSANTE
Risque opérationnel	Moyenne	Moyen	Elaboration d'une cartographie des intervenants communautaires Contractualisation des OBC/ASLO/

			COSADI
Évaluation du risque global pour l'Objectif 3	Moyenne	Moyen	
Objectif 4 :D'ici 2021, renforcer le système de collecte, d'analyse, et utilisation des données pour la prise de décisions.			
Risque institutionnel <i>Insuffisance de personnel qualifié et motivé pour la gestion des données au niveau opérationnel et intermédiaire.</i>	Faible	Faible	Formation du personnel disponible pour compléter l'offre du personnel qualifié ;
Risque opérationnel <i>Faible opérationnalité du dispositif de maintenance des équipements informatiques acquis</i>	Faible	Faible	i) Mettre en œuvre le plan d'externalisation de la maintenance; ii) Définir et veiller à l'application des mesures d'incitation et des sanctions liées à l'utilisation des équipements et du matériel acquis.
Évaluation du risque global pour l'Objectif 4	Faible	Faible	
Objectif 5 : D'ici 2021, améliorer la performance du programme RSS Gavi à travers le renforcement de la gouvernance et de la gestion du PEV).			
Risque fiduciaires <i>Écarts dans la gestion du programme</i>	Faible	Faible	i) Diffusion du manuel de procédure et renforcement des capacités à son utilisation; ii) Renforcement des capacités des managers en gestion des projets ; iii) Régularité des audits internes et externes et applications des sanctions qui en découlent.
Evaluation globale des risques pour l'objectif 5	Faible	Faible	
(Ajoutez des lignes pour des objectifs supplémentaires au besoin)			
<i>Les candidats déposant une demande au fond commun sont tenus de fournir un plan d'atténuation des risques concernant les mécanismes du secteur / du fond commun.</i>			

22. Gestion financière et approvisionnement

Décrire la proposition de mécanismes de gestion budgétaire et financière concernant la subvention.

1. Gestion budgétaire

Sous l'égide du Secrétariat Technique du CP-SSS, les Organismes d'exécution identifiés dans le cadre d'un groupe de travail, élaboreront en début d'exercice des projets de Note d'orientation budgétaire et de Plan de travail annuel budgétisé (PTAB) du Programme RSS-Gavi.

Ces documents stratégiques seront soumis à une approbation formelle du CP-SSS au cours d'une de ses sessions ordinaires ou extraordinaires.

2. Gestion financière

Les règles de gestion financière du Programme RSS-Gavi sont définies dans le manuel de procédures administratives, financières et comptables du PEV.

De façon synthétique, les fonds du Programme RSS-Gavi seront transférés au préalable dans un compte bancaire ouvert par la Caisse Autonome d'Amortissement -CAA- (organisme public camerounais chargé de la gestion de la dette et des financements extérieurs) auprès d'une Banque commerciale. Ensuite, ces fonds seront transférés dans autre compte ouvert par la CAA au profit du PEV. A partir de là, les fonds seront mis à la disposition de chaque organe d'exécution par virement bancaire, après validation par le Ministre de la Santé Publique des projets d'ordre de virement transmis par le PEV.

La comptabilité du Programme RSS au niveau de chaque organe d'exécution se fera à l'aide du logiciel de gestion financière et comptable TOMPRO version TOM 2 PRO (web) qui remplacera la version Windows 5.9.2 mono projet et multi-sites acquis par le Programme Elargi de Vaccination en 2012. A ce propos, une formation des responsables concernés sera effectuée avant le changement de logiciel comptable.

Des rapports financiers seront produits trimestriellement par chaque Organe d'exécution (Sauf OMS et UNICEF) et consolidés par l'équipe-projet. Ils seront soumis à la validation du CP-SSS chaque fin de trimestre en même temps que le rapport d'activités.

L'audit interne sera mis en œuvre suivant trois principales modalités :

- Les supervisions formatives intégrées qui permettront d'évaluer la conformité des pratiques de gestion avec les dispositions du Manuel de procédures administratives, financières et comptables du PEV ;
- Les missions de contrôle de la gestion des fonds perçus qui conduiront à l'identification périodique des débiteurs et à l'application des mesures correctives ;
- L'examen et la validation des états financiers annuels des structures bénéficiaires à travers un atelier de reddition des comptes.

Quant à l'audit externe, elle sera effectuée par un Cabinet indépendant spécialisé, après sélection selon les modalités en vigueur. En outre, le Gouvernement dispose d'une structure chargée du contrôle de l'utilisation des fonds mis à la disposition des organismes de l'Etat ou subventionnés par l'Etat (Ministère du Contrôle Supérieur de l'Etat) et qui se réserve le droit d'effectuer des audits périodiques.

Pour les approvisionnements, la législation et la réglementation nationales seront appliquées sous réserve de certaines dérogations définies dans le cadre d'une convention entre Gavi et le Pays. En effet, si le code des Marchés publics sera le document légal de référence pour les marchés d'une certaine envergure (plus de 5 millions de FCFA), la procédure du bon de commande administratif sera aménagée afin de réduire les lourdeurs administratives qui sont des facteurs limitant l'exécution prompte de plusieurs activités du Programme.

Certains approvisionnements spécifiques seront effectués par des partenaires de Gavi tel que l'OMS et l'UNICEF lorsqu'il apparaîtra qu'il existe des avantages comparatifs indéniables par rapport à d'autres canaux conventionnels (Etat, OSC, etc.). Un Mémoire d'entente existe entre le MINSANTE et L'UNICEF depuis 2009 concernant l'approvisionnement en vaccins et fournitures liées dans le cadre du soutien de Gavi aux vaccins nouveaux et sous-utilisés. Ce mémorandum sera révisé en vue d'élargir le domaine d'action de l'UNICEF à d'autres types d'approvisionnement relatifs au Programme RSS-Gavi. Un accord similaire sera signé avec l'OMS et d'autres partenaires le cas échéant.

Décrire les principales contraintes du système budgétaire et de gestion financière dans le secteur de la santé.

- L'existence des divergences programmatiques des PTF qui entraînent une faible convergence et coordination du financement du Secteur Santé, en faveur de l'atteinte des objectifs prioritaires du Secteur ;
- L'absence d'harmonisation des modes de gestion multiples des financements extérieurs qui crée de

l'inefficience dans les processus opérationnels de gestion budgétaire et financière.

- L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité se traduisant par une carence en personnel comptable et financiers qualifiés. Les cadres qualifiés sont repartis entre les différents programmes de santé du MINSANTE et ne bénéficient pas régulièrement d'un renforcement des capacités.

Le Gouvernement mettra un accent particulier sur la formation continue de ce personnel dans le domaine de la gestion financière, de la comptabilité, de la fiscalité et de l'audit.

Remplir la fiche de données (ci-dessous) concernant les dispositions du budget et de gestion financière pour chacune des organisations qui recevra directement une subvention de RSS de Gavi.

Fournir **obligatoirement l'annexe n° 7** : Plan d'achat détaillé de deux ans

Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir des documents pertinents pour la gestion financière et l'approvisionnement en vertu de l'accord du fond commun.

Fiche de données (ci-dessous) concernant les dispositions du budget et de gestion financière

Tout organisation/pays bénéficiaire désirant recevoir directement des fonds de Gavi doit remplir cette feuille de données (par exemple, MdS et/ou OSC recevant un financement direct).

<p>1. Nom et coordonnées du responsable au département des finances de l'organisation bénéficiaire.</p>	<p>Nom : ANDEGUE Luc Florent Titre : Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine du Ministère de la Santé Publique Coordonnées : <lucandegueflo@yahoo.fr> Tel : +237 699 98 00 93/ +237 679 87 41 49/ +237 222 22 57 83</p>																											
<p>2. L'organisation bénéficiaire a-t-elle de l'expérience avec Gavi, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le FMSTP ou d'autres partenaires de développement (p. ex. la réception de subventions antérieures) ?</p>	<p>OUI</p>																											
<p>3. Si OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veuillez indiquer le nom de la subvention, l'année et son montant. • Pour les subventions passées de Gavi et d'autres partenaires de développement, veuillez fournir une brève description des conclusions principales concernant l'usage des fonds en termes de dispositions de gestion financière. • Pour les subventions en cours, de Gavi et d'autres partenaires de développement : Veuillez fournir une brève description de tout problème concernant la mise en œuvre de la gestion financière (GF) et d'approvisionnement (p. ex. dépenses inéligibles, passation de marchés non-conformes, détournements de fonds, présentation tardive des rapports d'audit, et opinions de réserve) 	<p>La situation des appuis reçus des partenaires au développement peut être présentée dans le tableau ci-après :</p> <table border="1" data-bbox="813 1344 1532 1814"> <thead> <tr> <th>Nom du partenaire</th> <th>Montant de l'allocation (en million de FCFA)</th> <th>Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OMS</td> <td>6000</td> <td>2014-2015</td> </tr> <tr> <td>UNFPA</td> <td>3000</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>UNICEF</td> <td>5500</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>BID</td> <td>13 500</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>Banque Mondiale</td> <td>32 500</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>BADEA</td> <td>2 327</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>Programme conjoint (AFD & KfW)</td> <td>37 717,53</td> <td>AD</td> </tr> <tr> <td>Gavi</td> <td>23 000</td> <td>2010-2011</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pour les allocations terminées des Partenaires au Développement, les rapports d'exécution financières régulièrement établies notamment lors des revues ont généralement affichées un taux de réalisation d'activités et un taux d'exécution financière satisfaisant.</p>	Nom du partenaire	Montant de l'allocation (en million de FCFA)	Année	OMS	6000	2014-2015	UNFPA	3000	AD	UNICEF	5500	AD	BID	13 500	AD	Banque Mondiale	32 500	AD	BADEA	2 327	AD	Programme conjoint (AFD & KfW)	37 717,53	AD	Gavi	23 000	2010-2011
Nom du partenaire	Montant de l'allocation (en million de FCFA)	Année																										
OMS	6000	2014-2015																										
UNFPA	3000	AD																										
UNICEF	5500	AD																										
BID	13 500	AD																										
Banque Mondiale	32 500	AD																										
BADEA	2 327	AD																										
Programme conjoint (AFD & KfW)	37 717,53	AD																										
Gavi	23 000	2010-2011																										

	<p>En ce qui concerne les allocations terminées de Gavi, des dysfonctionnements de gestion avaient été relevés dans l'exécution budgétaire et financière de la première subvention RSS. Le Pays a procédé au remboursement des fonds litigieux et s'est engagé sur la voie d'une normalisation dans ses relations avec Gavi en signant un Accord-cadre de Partenariat qui édictent les principes fondamentaux en matière de gestion financière (<i>Annexe 2-Section C : Gestion et utilisation des fonds et fournitures de Gavi et Annexe 3 Politique de Transparence et de Responsabilité Financière</i>). Sur le plan opérationnel, un Manuel de procédures administratives, financières et comptables du PEV a été élaboré pour les acteurs du circuit de gestion.</p> <p>Pour les allocations en cours de Gavi, l'évaluation du Programme RSS-transitoire 2014-2016 a relevé comme principales conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une meilleure coordination et planification des activités avec un renforcement de la redevabilité et du système comptable, suite notamment à la décision ponctuelle de confier la gestion des fonds du RSS à l'OMS en attendant la restructuration du dispositif gestionnaire du MINSANTE ; ▪ Une plus grande cohérence de la dépense à la planification budgétaire validée quoiqu'avec des frais de gestion élevés affectant l'efficacité du Programme ; ▪ La mise en œuvre en cours par le pays d'actions correctives pour la fiabilité du système financier et comptable national par la mise en place de règles de gestion plus robustes à travers l'élaboration d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables.
Supervision, planification et budgétisation	
<p>4. Quel est l'organisme qui sera responsable de la supervision dans le pays du programme ? Veuillez décrire brièvement les participants, la fréquence des réunions ainsi que le processus de prise de décision.</p>	<p>Sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, la supervision du programme RSS-Gavi sera assurée par le Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé qui sera élargi aux membres de tous les comités existants (CCIA, PLMI, CNLS, CCM, etc.). Tous les démembrements de ces sous-comités au niveau régional seront dissous et un texte créant l'équivalent du CP-SSS sera élaboré. Le Comité de pilotage se réunira trimestriellement de manière ordinaire et de façon extraordinaire sur convocation de son Président.</p>
<p>5. Qui sera responsable de la planification et de la budgétisation annuelle concernant le RSS de Gavi ?</p>	<p>Sous l'égide du Secrétariat Technique du CP-SSS, les Organismes d'exécution identifiés dans le cadre d'un groupe de travail, élaboreront en début d'exercice le Plan de travail et le budget annuels du Programme RSS-Gavi.</p>
<p>6. Quel est le processus de planification et de budgétisation, et qui a la responsabilité d'approuver le plan de travail et le budget annuel concernant le RSS de Gavi ?</p>	<p>Sur proposition du ST/CP-SSS et sous sa coordination, un groupe de travail pluridisciplinaire et multisectoriel sera mis en place pour élaborer, de manière participative et dynamique, le plan de travail et le budget annuels du Programme RSS-Gavi dont l'approbation relèvera du CP-SSS. Les étapes majeures du calendrier de ce groupe de</p>

	<p>travail seront :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La revue des performances annuelles du Programme RSS-Gavi et l'évaluation des progrès réalisés ; ➤ L'analyse situationnelle avec diagnostic des goulots d'étranglement persistants et des risques ; ➤ La révision des stratégies de mise en œuvre le cas échéant ; ➤ L'identification des activités prioritaires à mener ; <p>Le plan de travail et le budget annuel du Programme RSS-Gavi feront l'objet d'une validation officielle du CP-SSS au cours d'une de ses sessions ordinaires ou extraordinaires</p>												
<p>7. Le programme de RSS de Gavi se reflétera-t-il dans le budget que le Ministère de la Santé présente chaque année au Parlement pour approbation ?</p>	<p>OUI. La loi des Finances du Cameroun autorise chaque année la prise en compte des Financements extérieurs dans le Budget de l'Etat. Celui du Ministère de la Santé Publique comporte une rubrique consacrée à ces apports</p>												
<p>L'exécution du budget (y compris la gestion de la trésorerie et les mouvements des fonds)</p>													
<p>8. Quel est l'arrangement bancaire suggéré ? (C'est-à-dire devise du compte, mouvement des fonds vers le programme). Veuillez énumérer les titres des signataires autorisés à effectuer les opérations de paiement et les demandes de réapprovisionnement du fond.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La monnaie du compte : XAF (FCFA) - Le flux des fonds vers le programme est fonction du chronogramme d'activité validé par le CP-SSS. - Liste des titres des signataires autorisés pour le déblocage des fonds : <table border="1" data-bbox="815 981 1544 1346"> <thead> <tr> <th>Nom du responsable</th> <th>Titre</th> <th>Téléphone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M. André MAMA FOU DA</td> <td>Ministre de la Santé Publique</td> <td>+237 222 220 172</td> </tr> <tr> <td>M. EVOU MEKOU Dieudonné</td> <td>Directeur Général de la Caisse Autonome d'Amortissement</td> <td>+237 222 222 226 +237 222 239 948 +237 222 220 187</td> </tr> <tr> <td>Dr Marie KOBELA</td> <td>Secrétaire Permanent du GTC PEV</td> <td>+237 699 56 74 25</td> </tr> </tbody> </table>	Nom du responsable	Titre	Téléphone	M. André MAMA FOU DA	Ministre de la Santé Publique	+237 222 220 172	M. EVOU MEKOU Dieudonné	Directeur Général de la Caisse Autonome d'Amortissement	+237 222 222 226 +237 222 239 948 +237 222 220 187	Dr Marie KOBELA	Secrétaire Permanent du GTC PEV	+237 699 56 74 25
Nom du responsable	Titre	Téléphone											
M. André MAMA FOU DA	Ministre de la Santé Publique	+237 222 220 172											
M. EVOU MEKOU Dieudonné	Directeur Général de la Caisse Autonome d'Amortissement	+237 222 222 226 +237 222 239 948 +237 222 220 187											
Dr Marie KOBELA	Secrétaire Permanent du GTC PEV	+237 699 56 74 25											
<p>9. Les fonds de RSS de Gavi seront-ils transférés sur un compte bancaire à la banque centrale ou à une banque commerciale ou au nom du ministère de la Santé ou de l'entité chargée de la mise en œuvre ?</p>	<p>Les fonds du Programme RSS-Gavi seront au préalable transférés dans un compte bancaire ouvert par la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA), organisme public camerounais chargé de la gestion de la dette et des financements extérieurs) auprès d'une Banque commerciale au profit du PEV.</p> <p>Ensuite, des virements progressifs seront effectués de ce compte vers les comptes bancaires de chaque organe d'exécution.</p>												
<p>10. Ce compte bancaire contiendra-t-il uniquement les fonds de Gavi ou servira-t-il également pour des fonds provenant d'autres sources ("compte commun" pour les fonds perçus du gouvernement et/ou de donateurs) ?</p>	<p>Le compte bancaire CAA-GAVI RSS (ou MINSANTE-GAVI RSS) sera alimenté uniquement avec les fonds Gavi débloqués pour la mise en œuvre du Programme RSS.</p>												

<p>11. Dans le programme de RSS, les fonds doivent-ils être transférés du niveau national aux niveaux infranationaux (provinces, arrondissements etc.) ? Si oui, veuillez décrire comment les transferts de fonds seront exécutés et contrôlés. Veuillez notamment à indiquer à quel moment de l'année (mois/trimestre) la subvention doit être reçue à l'échelon national afin d'être reversée aux niveaux infranationaux, en temps opportun.</p>	<p>OUI. Conformément au niveau de la pyramide sanitaire où seront mises en œuvre les activités planifiées, le transfert des fonds vers les niveaux infranationaux se fera à partir du compte géré par la Caisse Autonome d'Amortissement(ou par le Ministre de la Santé Publique), conformément à l'ordre de mise à disposition du Ministre de la Santé Publique préparé par le PEV au profit de chaque organe d'exécution, sur la base des plans d'action et budget validés.</p> <p>Chaque organe d'exécution fera à son tour des transferts par virement bancaire vers ses structures bénéficiaires.</p> <p>Le moment indiqué pour la réception des fonds à l'échelon national et la mise à disposition prompt desdits fonds aux niveaux infranationaux est le premier mois de l'année (janvier).</p>
<p>Passation de marché</p>	
<p>12. Quel système de passation de marché sera utilisé pour le Programme de RSS de Gavi ? (p. ex. Code/loi national de passation de marché ou selon les procédures de passation de marchés de WB/UNICEF/OMS et d'autres partenaires de développement)</p>	<p>Pour les organes d'exécution gouvernementaux, la législation nationale des marchés publics sera le dispositif juridique de référence pour la passation des marchés sur financement RSS-Gavi. Des procédures simplifiées seront définies dans le Manuel de procédures pour les acquisitions inférieures à 5 millions de FCFA.</p> <p>Pour les organes d'exécution non-gouvernementaux, la passation des marchés se fera conformément à leurs manuels de procédures dûment validés.</p>
<p>13. Certains ou tous les approvisionnements doivent-ils être faits via les partenaires de Gavi dans les pays (UNICEF, OMS) ?</p>	<p>Certains approvisionnements spécifiques seront effectués par des partenaires de Gavi tel que l'OMS et l'UNICEF lorsqu'il apparaîtra qu'il existe des avantages comparatifs indéniables par rapport à d'autres canaux conventionnels (Etat, OSC, etc.)</p>
<p>14. Quel sont les ententes en matière de dotation de l'organisation concernant l'approvisionnement ?</p>	<p>Un Mémoire d'entente existe entre le MINSANTE et l'UNICEF depuis 2009 concernant l'approvisionnement en vaccins et fournitures liées dans le cadre du soutien de Gavi aux vaccins nouveaux et sous-utilisés.</p> <p>Ce mémorandum sera révisé en vue d'élargir le domaine d'action de l'UNICEF à d'autres types d'approvisionnement relatifs au Programme RSS-Gavi. Un accord similaire sera signé avec l'OMS et d'autres partenaires le cas échéant.</p>
<p>15. Existe-t-il des procédures en place permettant l'inspection physique et le contrôle de la qualité des marchandises, des travaux ou des services fournis ?</p>	<p>OUI. Le dispositif institutionnel camerounais comporte des services chargés de l'inspection physique des travaux. Au plan interne, les agents chargés de la comptabilité matière nommés auprès de chaque structure assurent en continu, et conformément aux règles édictées par la réglementation nationale en vigueur, le suivi et le contrôle des approvisionnements en garantissant leur efficacité et la réalisation des prestations.</p> <p>Sur le plan externe, des contrôles d'exécution budgétaire et des comptes-matières sont régulièrement effectués par les services compétents du Ministère des Finances.</p> <p>Par ailleurs, le manuel de procédures administrative, financière et comptable du PEV rappelle et précise les règles de gestion et procédures y afférentes.</p>
<p>16. Un mécanisme de dépôt de plaintes est-il en place</p>	<p>OUI. La législation et réglementation camerounaises</p>

? Veuillez en fournir une brève description.	<p>prévoient 2 principaux mécanismes de dépôts de plainte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le recours administratif (soit auprès du Ministre en charge des marchés publics, ou de l'autorité contractante, ou de l'Agence de Régulation des Marchés publics pour la sanction des procédures) ; - Le recours juridictionnel, par la saisine du Juge administratif.
17. Des procédures de résolution des litiges efficaces sont-elles en place ? Veuillez en fournir une brève description.	OUI. La plupart des dispositions relatives à la gestion des différends sont incluses dans les modèles de marchés (contrat). Les tribunaux administratifs appliquent les règles et procédures définies par le droit administratif applicable au contentieux des marchés publics.
Procédures comptables et d'information financière (y compris la gestion des immobilisations)	
18. Quelles sont les ententes en matière de procédures comptables et d'information de l'organisation concernant l'approvisionnement ?	Les procédures comptables du partenaire concerné par l'entente s'appliquent lorsque l'approvisionnement se fait par son canal.
19. Quel système de procédures comptables sera utilisé pour le Programme de RSS de Gavi ? (P. ex. y a-t-il un logiciel de comptabilité ou un système manuel de comptabilité spécifique ?)	<p>Le système de procédures comptables pour le Programme RSS est décrit dans <i>le manuel des procédures administratives, financières et comptables du PEV</i>.</p> <p>La comptabilité du Programme RSS quant à elle se fera à l'aide du logiciel de gestion financière et comptable TOMPRO version TOM 2 PRO (web) qui remplacera la Version 5.9.2 mono projet, multi-sites et multipostes réseaux acquis par le Programme Elargi de Vaccination en 2012.</p> <p>A ce propos, une formation des responsables concernés sera effectuée avant le changement de logiciel comptable.</p>
20. Avec quelle fréquence l'entité chargée de la mise en œuvre produit-elle des rapports financiers intermédiaires et à qui sont-ils soumis ?	Les rapports financiers intermédiaires sont produits trimestriellement par chaque Organe d'exécution et consolidés au niveau du GTC-PEV. Ils seront soumis à la validation du CP-SSS chaque fin de trimestre en même temps que le rapport d'activités.
Contrôles et audits internes	
21. L'organisation bénéficiaire a-t-elle un "manuel d'utilisation" décrivant le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles relatives à la gestion financière ?	OUI.
22. Existe-il un service d'audit interne au sein de l'organisation bénéficiaire ? Si oui, veuillez décrire la façon dont l'audit interne sera impliqué concernant le RSS de Gavi.	<p>OUI. Le MINSANTE dispose en son sein d'une Inspection Générale des Services administratifs (IGSA) en charge de l'audit interne sur le plan administratif et financier.</p> <p>L'IGSA assurera la coordination et l'animation des activités d'audit interne qui seront mis en œuvre par une équipe conjointe désignée par le Ministre de la Santé Publique sur proposition du ST/CP-SSS et composée des experts financiers et comptables des Organes d'exécution conformément à un plan préalablement validé.</p>
23. Existe-il un comité d'audit pour réaliser le suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit interne ?	OUI. Le CCIA assure habituellement le suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit interne. Celles-ci sont mises en œuvre par le CCIA techniquesous la coordination technique du Contrôleur interne du Groupe

	Technique Central du PEV.
Audits externes	
24. Les états financiers annuels doivent-ils être audités par un cabinet d'audit privé externe ou par un département d'audit gouvernemental (p. ex. contrôleur général) ? ⁴	<p>Oui. Par un Cabinet spécialisé après sélection selon les modalités en vigueur.</p> <p>En outre, le Gouvernement dispose d'une structure chargée du contrôle de l'utilisation des fonds mis à la disposition des organismes de l'Etat ou subventionnés par l'Etat (Ministère du Contrôle Supérieur de l'Etat) et qui se réserve le droit d'effectuer des audits périodiques.</p>
25. Qui est responsable de la mise en œuvre des recommandations de l'audit ?	Le GTC-PEV assurera la mise en œuvre des recommandations de l'audit, en étroite collaboration avec les autres organes d'exécution.

⁴ Si un audit externe doit être réalisé par un cabinet privé externe, veuillez inclure des frais d'audit appropriés dans le budget détaillé.

