



FORMULAIRE POUR LES PROPOSITIONS DES PAYS

en vue d'un soutien pour :

Le vaccin conjugué contre le Méningocoque A

**Soumis par le
Gouvernement du
BENIN**

Revu en février 2011

Pour la session de soumissions des demandes de 2011

Veillez faire parvenir cette demande électronique ainsi que ses annexes (y compris la page de signatures) à l'adresse suivante: proposals@gavialliance.org

Renseignements auprès de: proposals@gavialliance.org ou des représentants d'une agence partenaire de GAVI. La proposition et les annexes doivent être présentées en anglais ou en français.

Veillez faire parvenir la demande au secrétariat de GAVI avant ou au plus tard à la date limite.

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer aux différents pays les documents et pièces qui lui auront été transmis. Sauf indication contraire, les documents pourront être transmis aux partenaires de GAVI ou au public

Acronymes

ADIP	Projets d'introduction et de développement accélérés
ANR	Autorité nationale de réglementation
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CCI	Comité de coordination inter-agences pour la vaccination
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CEI	Comité d'examen indépendant
CQD	Système de contrôle de la qualité des données relatives à la vaccination
DTC3	Diphtérie-tétanos-coqueluche, 3 ^{ème} dose
FRC	Formulaire de rapport conjoint de l'OMS/UNICEF sur la prévention des maladies par la vaccination
GIC	Groupe international de coordination
Hep B	Hépatite B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b
MdF	Ministère des finances
MdS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisation de la société civile
PEV	Programme élargi de vaccination
Phase 1	Phase 1 du soutien de GAVI Alliance (2000-2005)
Phase 2	Phase 2 du soutien de GAVI Alliance (2006-2010)
PIB	Produit intérieur brut
PMD	Pays les moins développés selon l'ONU
PPAC	Plan pluriannuel complet pour la vaccination
RNB	Revenu national brut
RAS	Rapport annuel de situation
SAB	Seringues autobloquantes
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS
SVN	Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés
SSI	Soutien à la sécurité des injections
SSV	Soutien aux services de vaccination
SWAp	Stratégie d'Approche sectorielle
TT	Anatoxine tétanique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Table des matières

Acronymes	1
Table des matières.....	2
1. Résumé analytique	3
2. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination.....	6
Gouvernement et Comité de coordination interagences pour la vaccination.....	6
Le Comité de coordination interagences pour la vaccination	7
3. Données relatives au programme de vaccination.....	9
4. Demande du vaccin conjugué contre le Méningocoque A	16
5. Achat et gestion des vaccins nouveaux ou sous-utilisés	28
6. Subvention pour les coûts opérationnels des campagnes de vaccination	28
7. Observations et recommandations additionnelles de l'organe national de coordination (CCI/CCSS)	32
8. Documents à fournir pour chaque type de soutien.....	32
Signature du responsable gouvernemental autorisé :.....	34
ÉTABLISSEMENT FINANCIER.....	35

1. Résumé analytique

Le Bénin fait partie des pays de la ceinture Africaine de la méningite. Il est de ce fait régulièrement frappé par des épidémies de méningite en particulier dans sa partie Septentrionale. Le germe le plus rencontré lors de ces flambées épidémiques est le méningocoque de séro groupe A.

Le gouvernement du Bénin, comme indiqué dans le PPAC 2009-2013 révisé, envisage d'organiser une campagne de vaccination de masse en vue de prévenir ces épidémies dévastatrices de méningite à méningocoque A au cours du quatrième trimestre 2012 dans les 5 départements du pays faisant partie de la ceinture méningitique (Atacora, Donga, Borgou, Alibori, Collines). A cet effet il soumet au Secrétariat de GAVI la présente requête élaborée sous la coordination du ministère de la santé par un Comité Technique national avec l'appui des partenaires (OMS et UNICEF), et validé par le Comité de Coordination Inter-Agences le 28 avril 2011.

Cette campagne vise l'élimination des épidémies de méningite dues au séro groupe A au Bénin. Elle rentre dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies idoines recommandées dans la sous région africaine de l'OMS, à savoir le renforcement de la surveillance basée sur le cas, l'introduction du vaccin dans le PEV de routine, les campagnes de vaccination de rattrapage et de suivi et la riposte aux cas surtout dus aux autres germes.

Le Bénin a bénéficié du soutien des Fonds GAVI pour l'appui à la sécurité des injections depuis 2002, l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine : le vaccin contre l'Hépatite Virale B en 2002 et les infections à Hib en 2005 sous forme pentavalente (DTC HépB Hib) et le renforcement des services de vaccination depuis 2009.

Dans le cadre de la gestion des vaccins, le Bénin dispose au niveau central de quatre (4) chambres froides dont 3 positives d'une capacité nette totale de 15 000 litres et 1 négative d'une capacité nette de 5 000 litres. Elles sont équipées chacune de deux groupes frigorifiques, 4 congélateurs et réfrigérateurs (3 TCW 1152 et 1 TFW 800), avec une capacité totale nette de 752 litres. Ces appareils sont utilisés surtout pour la congélation des accumulateurs.

Deux groupes électrogènes de secours, dotés de système de démarrage automatique assurent le fonctionnement de la chaîne de froid en cas de coupure d'électricité. Les chambres froides sont équipées d'enregistreurs continus de température et de système fiable d'alarme en cas de coupure d'électricité. Cette capacité est suffisante pour stocker les vaccins de routine et ceux qui seront acquis dans le cadre de la campagne contre la méningite.

Dans le cadre de la gestion des déchets, les boîtes de sécurité remplies de seringues usagées seront collectées et acheminées par les superviseurs dans des formations sanitaires les plus proches disposant d'incinérateur. Deux types d'incinérateur sont disponibles : les incinérateurs de type Monfort et les incinérateurs fabriqués par la DHAB (Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base). La destruction de toutes les boîtes de sécurité se fera par incinération dans les centres de santé qui ont ces incinérateurs.

Le Bénin a acquis plusieurs expériences des campagnes de vaccination antérieures et tiré des leçons sur l'introduction des nouveaux vaccins. Dans le cadre de la présente campagne, plusieurs stratégies de mise en œuvre sont préconisées pour sa réussite à savoir :

- Le renforcement de la coordination à tous les niveaux (National, départemental, communal et local) ;
- Le renforcement du processus de micro planification au niveau périphérique visant une meilleure définition des rôles et responsabilité, une meilleure estimation des ressources;
- Le renforcement de la communication/mobilisation sociale surtout dans son volet communication de proximité avec l'implication des leaders locaux ;
- Le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux par la formation sur les différentes composantes des campagnes de vaccination ;
- L'approvisionnement efficace en vaccins et intrants durant toute la campagne ;
- La gestion fiable des stocks de vaccins et le suivi de leur utilisation ;
- L'application stricte de la sécurité des injections et la gestion des déchets ;
- Le renforcement de la pharmaco vigilance en particulier la surveillance des MAPI et leur prise en charge correcte ;

- Le renforcement de la supervision, du suivi et de l'évaluation ;
- Le renforcement de la surveillance cas par cas, en tenant compte des expériences de la rougeole, de la fièvre jaune et de la polio et tirant les leçons des premiers pays ayant introduit MenAfriVac. Pour ce faire, le guide et les outils de surveillance cas par cas seront révisés. Une formation en cascade des agents de santé et de laboratoire sera effectuée. Il sera procédé à l'achat de réactifs et équipement de laboratoire. Un système de transport des échantillons des centres de santé aux laboratoires de référence sera mis en place.

La population cible nationale visée est de **2 640 459** personnes âgées de 1 à 29 ans. La quantité totale requise de vaccins est de **3 115 741** doses. La campagne sera organisée en une phase en novembre 2012.

Le montant global du plan s'élève à US\$ 4 047 779 soit 1,3 US\$ par personne vacciné et un coût opérationnel (avec investissement compris) de **US\$ 2 004 201** soit **US\$ 0,64 par personne vacciné** (le coût unitaire de vaccin avec le matériel d'injection est estimé à US\$ 0,67).

2. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

Gouvernement et Comité de coordination interagences pour la vaccination

Le Gouvernement du Bénin souhaite resserrer le partenariat existant avec GAVI Alliance pour améliorer le programme national de vaccination systématique des nourrissons, et demande donc précisément le soutien de GAVI pour le vaccin conjugué contre le Méningocoque A

Le Gouvernement du Bénin s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au PPAC présenté avec le plan d'introduction du vaccin contre la Méningite A. Le Gouvernement demande à GAVI Alliance et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir le programme de vaccination telle qu'elle est présentée dans cette proposition.

Le tableau n°...xxx.....de la page ...xxx...de la présente proposition donne le montant du soutien (en nature ou en espèces) qui est demandé à GAVI Alliance. Le tableau n°de la pagede la présente proposition donne l'engagement financier du Gouvernement pour les couts operationnels des campagnes de vaccination.

Veillez noter que cette proposition ne sera pas examinée ni approuvée par le Comité d'Examen Indépendant sans les signatures du ministre de la Santé ET du ministre des Finances ou leurs délégués.

Directrice de Cabinet du Ministère de la Santé :

Signature : _____

Nom : Dorothee YEVIDE

Date : 11/05/2014



Directrice de Cabinet du Ministère des Finances :

Signature : _____

Nom : Adidjatou MATHYS

Date : 12/05/2014



Date de constitution du CCI/CCSS actuel : 2005

Structure (par exemple sous-comité, organisme autonome) : Organisme autonome

Fréquence des réunions : Trimestrielle

Composition :

Fonction	Titre / Organisation	Nom
Président(e)	Ministre de la Santé	Issifou TAKPARA
Secrétaire	DNPEV-SSP	Marie Rose NAGO
Membres	<ul style="list-style-type: none">• Président commission POLIO Plus Rotary International• Représentant USAID• Représentant Union Européenne• Représentant Coopération Belge• Représentant Coopération Suisse• Représentant AMP• Président Fondation PEV Bénin• Point Focal PEV du Ministère chargé des Finances et de l'Economie• Point Focal PEV du Ministère chargé du Plan• Directeur Programmation et Perspective du Ministère de la santé• Directeur Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé• Représentant OMS• Représentant UNICEF	<ul style="list-style-type: none">• Ashock MIRCHANDANI• TAKOUBO Simplicie• Thierry SOYEZ••• Aristide APLOGAN• Joséphine ABALLO• Isaïe ZEKPA• Françoise ALODJOGBE• Pascal KORA BATA• Béatrice RADJI• Raphaël AKPA GBARY• Souleymane DIALLO

Fonctions et responsabilités principales du CCI/CCSS :

Le CCIA-PEV est chargé de :

- Apporter son appui à la définition des orientations politiques du PEV
- Apporter son appui à la préparation des plans stratégiques et des plans annuels du PEV
- Mobiliser les ressources nécessaires tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Pays pour la mise en œuvre des programmes élaborés

- Suivre la mise en œuvre de ces programmes
- Examiner périodiquement les rapports d'exécution des programmes
- Veiller à l'optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées
- Appuyer la DNPEV-SSP pour l'organisation des revues périodiques du programme

Trois grandes stratégies visant à renforcer le rôle et les fonctions du CCI/CCSS au cours des 12 prochains mois :

1. Elaboration d'un plan de travail pour toutes les structures du CCIA- PEV (Chronogramme de réunion)
2. Appui plus intense et implication des partenaires dans la gestion du PEV (conformément aux recommandations de la dernière revue interne du PEV de 2008 et des conclusions des réunions du CCIA)
3. Plaidoyer pour la mobilisation de ressources pour le PEV auprès des bailleurs y compris GAVI

3. Données relatives au programme de vaccination

Veillez compléter les tableaux ci-dessous, en utilisant les données de sources disponibles. Vous donnerez la source des données et la date. Utilisez si possible les données les plus récentes et joignez le document dont elles sont tirées.

- Veillez vous reporter au PPAC et le plan d'introduction du vaccin contre la méningite A. Veillez joindre une copie complète (avec un résumé analytique) comme DOCUMENT NUMÉRO
- Veillez vous référer aux documents de stratégie du secteur de la santé, aux pièces budgétaires, et à d'autres rapports, enquêtes, etc., conformément au besoin.

Tableau 3.1: Informations de base pour l'année 2009 (les plus récentes, précisez les dates des données fournies)

	Chiffre	Date	Source
Population totale	8 778 648	2010	Projections faites à partir du Recensement Général de la Population et Habitat 2002 (RGPH) avec un taux d'accroissement annuel de 3,2%
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	67	2006	INSAE, EDS III 2006
Nourrissons survivants*	351 192	2010	INSAE, EDS III 2006
RNB par habitant (\$US)	350	2004	INSAE, EDS III 2006

Pourcentage du PIB alloué à la santé	4,6	2005	Statistiques sanitaires 2006, DPP 2006
Pourcentage des dépenses gouvernementales alloué à la santé	10,13	2009	Statistiques sanitaires 2009, DPP 2009

* Il s'agit des nourrissons encore en vie à l'âge de 12 mois.

Veillez donner des informations complémentaires sur le contexte de planification et de budgétisation dans votre pays :

Indiquez le nom et la date du document de planification en vigueur pour la santé :
Ce document est le PNDS 2009-2018, élaboré à partir du « Manuel de procédure de planification ascendante intégrée du Ministère de la Santé » réalisé en décembre 2006

Le PPAC est-il en accord avec ce document (calendrier, contenu, etc.) ? Dans le cas contraire, veuillez attacher un plan d'introduction de MenAfrivac pour les prochaines campagnes de masse à venir
OUI

Décrivez le cycle national de planification et de budgétisation pour la santé :
Le cycle national de planification est décennal.
Le cycle de budgétisation est triennal avec un plan d'action annuel

Décrivez le cycle national de planification pour la vaccination :

Le cycle national de planification pour la vaccination est triennal puis annuel : La planification nationale pour la vaccination s'opère de façon ascendante depuis les zones sanitaires jusqu'au niveau central.

- L'analyse situationnelle constitue la première étape de ce processus quel que soit le niveau où l'on se trouve.
- Le plan pluri annuel pour la vaccination est rédigé conformément aux outils et orientations de l'OMS (GIVS, PPAC)
- Le plan d'action annuel découle du plan pluri annuel.
- La programmation trimestrielle des activités se fait à partir du plan d'action annuel
- Les activités de suivi et d'évaluation sont prévues par le plan (monitorage mensuel, atelier trimestriel d'évaluation des activités du PEV et de la Surveillance, enquête de couverture, revue des performances du PEV).

Les acteurs de la vaccination sont impliqués dans le processus de planification et de la mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les documents du plan PEV et les résultats de leur mise en œuvre sont validés par les membres du CCIA

Veillez indiquer si des données désagrégées par sexe sont rapportées dans le cadre de rapportage de vaccination de routine. **NON**

Veillez indiquer si des aspects relatifs au genre ont été pris en compte dans le plan d'introduction de ce vaccin
 Non, tous les sujets de 1 à 29 ans bénéficieront de la vaccination sans discrimination de genre/sexe

Tableau 3.2: Calendrier de vaccination actuel : vaccins traditionnels, nouveaux vaccins et supplémentation en vitamine A (pages du PPAC)

Vaccin <i>(ne pas utiliser de nom de marques)</i>	Âges d'administration <i>(par les services de vaccination systématique)</i>	Indiquer par un "x" s'il est administré :		Observations
		Dans le pays entier	Seulement dans une partie du pays	
BCG	NAISSANCE	X		
VACCIN POLIO ORAL	NAISSANCE, 6 SEMAINES, 10 SEMAINES ET 14 SEMAINES DE VIE	X		
DTChepB+Hib	NAISSANCE, 6 SEMAINES, 10 SEMAINES ET 14 SEMAINES DE VIE	X		Le Pneumo 13 sera introduit dans le PEV dès le 1 ^{er} Juillet 2011 et suivra le même calendrier que le DTC-Hep B+Hib
VACCIN ANTI ROUGEOLEU X	9 MOIS	X		
VACCIN ANTI AMARIL	9 MOIS	X		
VACCIN ANTI TETANIQUE	1er CONTACT, 4 SEMAINES, 6 MOIS, 1 AN, 1 AN	X		Femmes enceintes pour le PEV systématique et Femmes en âge de procréer (15-49 ans) lors des campagnes de vaccination)

Tableau 3.3: Évolution de la couverture vaccinale et de la charge de morbidité
 (telle qu'elle est décrite dans les deux derniers formulaires conjoints de déclaration OMS/UNICEF sur les maladies à prévention vaccinale)

Évolution de la couverture vaccinale (en pourcentage)					Charge de morbidité des maladies à prévention vaccinale		
Vaccin	Notifié		Enquête		Maladie	Nombre de cas déclarés	
	2008	2009	2001	2008		2008	2009
BCG	114%	110%	93%	97%	Tuberculose	ND	3987

DTC	DTC1	105%	106%	91%	94%	Diptérie	ND	ND
	DTC3	93%	98%	78%	82%	Coqueluche	ND	48
Poliomyélite 3		94%	98%	78%	82%	Poliomyélite	6	20
Rougeole (première dose)		89%	95%	70%	70%	Rougeole	928	718
Anatoxine tétanique 2+ (femmes enceintes)		64%	68%	84%	86%	Tétanos néonatal	7	3
Hib3		93%	98%			Hib **	ND	6
Fièvre jaune		89%	95%		70%	Fièvre jaune	0	0
Hépatite B3		93%	98%		82%	Séroprévalence hépatite B*	ND	ND
Supplémentation en vitamine A	Mères (<6 semaines après l'accouchement)							
	Nourrissons (>6 mois)							

Tableau 3.4: Evolution de la couverture vaccinale durant les dernières campagnes de vaccination de masse (pages du PPAC)

Nombre		Données de référence et objectifs					
		Année de référence : 2009	Année 1 2010	Année 2 2011	Année 3 2012	Année 4 2013	Année 5 2014
Polio	Cibles	2 807 512	3 006 224				
	Enfants vaccinés	2 915 670 (104%)	2 958 151 (98%)				
Rougeole	Cibles						
	Enfants vaccinés						
TT2 + (femmes enceintes)	Cibles						
	Enfants vaccinés						
Fièvre Jaune	Cibles	6. 331. 572					
	Enfants vaccinés	6.316.808 (99%)					

Si des données d'enquêtes sont fournies dans le tableau ci-dessus, veuillez indiquer l'année où ces enquêtes ont été réalisées, leur titre complet et, le cas échéant, les groupes d'âge concernés.

Les données d'enquêtes ne sont pas fournies dans le tableau ci-dessus. Cependant, en 2009, une campagne de fièvre jaune a été organisée et six campagnes de vaccination contre la polio ont été réalisées (JNV en février, mars, juin et juillet 2009) ; JLV en octobre (35 communes sur 77) et en décembre (6 communes sur 77). En 2010, le Bénin a organisé quatre passages de JNV Polio en mars, avril, novembre et décembre. Une campagne de vaccination contre la rougeole est prévue en 2011.

Tableau 3. 5: Estimation de fond et objectifs annuels (pages du PPAC)

Merci de bien vouloir vous référer au PPAC et au plan d'introduction du vaccin contre la Méningite A, qui contient un résumé des estimations des fonds et des objectifs annuels afin de compléter la feuille de calcul obligatoire (Annexe 1)

Tableau 3.6 Résumé du budget actuel et futur pour la vaccination

Poste budgétaire	Estimation des coûts annuels en \$US (milliers)					
	Année de référence 2008	Année 1 2009	Année 2 2010	Année 3 2011	Année 4 2012	Année 5 2013
Coûts récurrents pour la vaccination systématique						
Vaccins (seulement pour la vaccination systématique)	4 280,242	4 955, 763	5 385, 975	10 251,063	17 483,244	16 595,535
a) Vaccins traditionnels	637,242	541,515	611,172	625,548	690,249	738,405
b) Vaccins nouveaux ou	3 643,000	4 414,248	4 774,803	4 305,099	3 805,763	3 489,628
c) Vaccins sous-utilisés				5 320,415	12 987,232	12 367,502
Fournitures d'injection	292,307	234,839	266,025	371,126	374,628	406,203
Personnel	511,593	537,653	564,535	592,762	673,243	706,905
a) Salaires du personnel employé à plein temps par le programme national de vaccination (et qui travaille exclusivement sur la vaccination)	76,846	80,688	84,722	88,959	120,078	126,082
b) Indemnités de subsistance pour les équipes de vaccination mobiles/de proximité	293,856	308,549	323,976	340,175	357,184	375,043
Transport	108,970	159,656	191,487	215,648	244,846	149,487
Entretien et frais généraux	392,238	502,570	614,138	791,851	855,268	867,523
Formation	268,849	164,404	176,077	188,578	201,839	215,967
Mobilisation sociale et IEC	75,255	67,974	73,735	160,011	79,563	83,848
Surveillance épidémiologique	446,289	304,256	345,189	346,834	157,205	167,531
Administration du programme	309,768	203,983	194,231	263,498	183,512	413,802
Autres	19,178	25,525	29,185	19,924	16,600	17,759
Sous-total coûts récurrents	6 704,689	7 156,623	7 840,577	13 201,295	20 269,948	19 624,559
Coûts d'équipement pour la vaccination systématique						
Véhicules	64,380	518,006	356,855	349,880	588,975	266,553
Équipement de la chaîne du froid	222,150	979,933	301,726	751,890	108,982	72,684
Autres équipements			198,825	169,165	138,568	145,496
Sous-total coûts d'équipement	286,530	1 497,939	857,406	1 270,935	836,525	484,733

Campagnes						
Poliomyélite	2 566,001	2 724,620	5 736,690	3 345,930	5 175,491	5 599,616
Rougeole	1 575,524			1 514,378		
Fièvre jaune		8 004,120				
Tétanos maternel et néonatal						
Autres campagnes						
Sous-total coûts des campagnes	4 141,525	10 728,741	5 736,690	4 860,309	12 907,808	5 599,616
TOTAL GÉNÉRAL	12 493,338	20 775,562	15 891,744	20 857,567	35 660,129	27 431,954

Veillez donner dans les tableaux ci-dessous les sources de financement pour chaque poste budgétaire (si elles sont connues). Efforcez-vous d'indiquer quels postes sont couverts par le budget du Gouvernement et quels coûts sont couverts par les partenaires de développement (ou GAVI Alliance) et donnez le nom des partenaires.

Tableau 3.6: Résumé du financement actuel et futur et provenances des fonds (pages du PPAC)

		Estimation du financement annuel en \$US (milliers)					
Poste budgétaire	Provenance des fonds	Année de référence 2008	Année 1 2009	Année 2 2010	Année 3 2011	Année 4 2012	Année 5 2013
Coûts récurrents							
1.	1. Gouvernement	995,141	1037,242	1214,004	1078,547	1243,094	1325,123
2.	2. Gavi	3788,150	4569,233	4792,200	9236,898	16202,678	15283,088
3.	3. OMS	517,564	375,099	464,589	348,380	243,831	295,058
4.	4. UNICEF	73,462	30,851	83,080	57,624	82,011	191,415
5.	5. Union Européenne	18,000					
6.	6. Coopération Suisse	25,000					
7.	7. Financement Communautaire	367,808	393,973	426,904	1094,557	843,139	711,225
8.	8. Fonds PPTE	784,399	750,225	859,800	1385,291	1665,194	1718,650
9.	9. Coopération Belge	50,000					
10.	10. UNIDEA	10,000					
11.	11. Banque Mondiale	20,000					
12.	12. USAID	55,165					
13.	13. Rotary International	0					
14.	14.						
Coûts d'équipement							
1.	1. Gouvernement		642,166	272,213	284,058		88,851

2.	2. GAVI		38,558	22,501			
3.	3. OMS			38,572			
4.	4. UNICEF		817,415	325,295	485,438	108,982	165,917
5.	5. Coopération Japonnaise			198,825	501,439	727,543	189,487
	6. UNIDEA						145,496
Campagnes							
1.	1. Gouvernement	1201,710	1161,010	89,376	579,526	676,212	88,444
2.	2. OMS	1067,900	2814,397	3664,416	2703,736	3571,192	3626,196
3.	3. UNICEF	1871,915	1239,420	1982,898	1577,047	1912,597	1884,976
4.	4. GAVI		5513,913			6747,807	
5.	5.						
TOTAL GÉNÉRAL		12493,338	20775,562	15891,744	20857,567	35660,129	27431,954

4. Demande du vaccin conjugué contre le Méningocoque A

Veillez faire un résumé du PPAC et/ou du plan d'introduction du vaccin contre la Méningite A. Soulignez les points importants délivrant des informations sur le processus de décision (données prises en considération)

La méningite est responsable d'environ 170 000 cas de décès chaque année. Environ 10 à 20 % des malades développent une infirmité. Cette situation entraîne un lourd fardeau socio-économique pour les familles. La létalité due à cette maladie est souvent très élevée atteignant les 50% si la prise en charge n'est pas assurée. En dépit des mesures qui sont prises par les établissements sanitaires pour assurer une bonne prise en charge, le taux de létalité dépasse les 10%. Par rapport aux germes, 12 serotypes existent dont les plus importants sont le A, B, C, W135, et X qui sont le plus souvent la cause des épidémies. Le sérotype A représente 80 à 85% de tous les cas dans la ceinture méningitique, entraînant des épidémies qui surviennent tous les 7 à 14 ans.

Lors de la saison épidémique de 2009, 14 pays africains dont le Bénin ont été affectés par cette épidémie due au sérotype A avec 88 199 cas, dont 5 352 décès, un nombre jamais enregistré depuis 1996.

Au Bénin, comme dans les autres pays de la ceinture méningitique des cas de méningites sont enregistrés chaque année, causant ainsi non seulement des décès, mais aussi des séquelles. Le tableau ci-après montre l'évolution des cas /décès et la létalité au Bénin de 2006 à 2010.

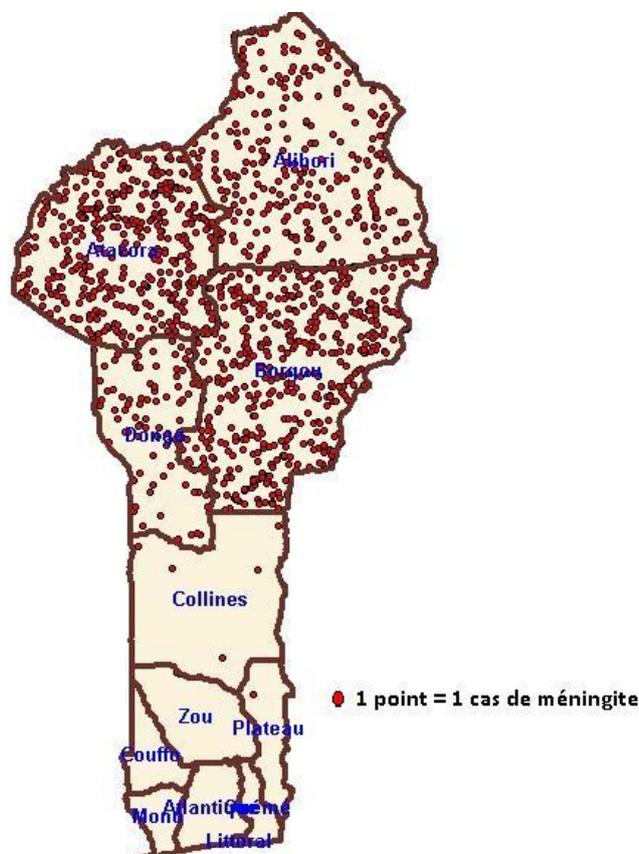
TABLEAU 1: Evolution des cas, décès et létalité de la méningite au Bénin de 2006 à 2010

Années	Cas	Incidence pour 100 000 hbts	Décès	Létalité
2001	9561	ND	436	5%
2002	762	ND	91	11,9%
2003	488	ND	91	19%
2004	413	ND	101	24,5%
2005	305	ND	75	24,6%
2006	385	4,91	97	25%
2007	504	6,21	107	21%
2008	461	5,61	63	14%
2009	416	4,9	64	15%
2010	318	3,62	52	16%
2011 (S13)	113	1,28	25	22,1%

La dernière épidémie qu'a connue le Bénin remonte à 2001, où il a été enregistré **9561** cas de méningites avec **436** décès.

Une analyse des données cas par cas sur la méningite au Bénin de 2006 à 2009 sur un total de 1203 cas de méningite notifiés montre que l'épidémie de méningite sévit dans la moitié nord du pays. (Voir figure suivante)

Figure 1 : La répartition géographique des cas se présente comme suit :



1) La répartition par âge et sexe

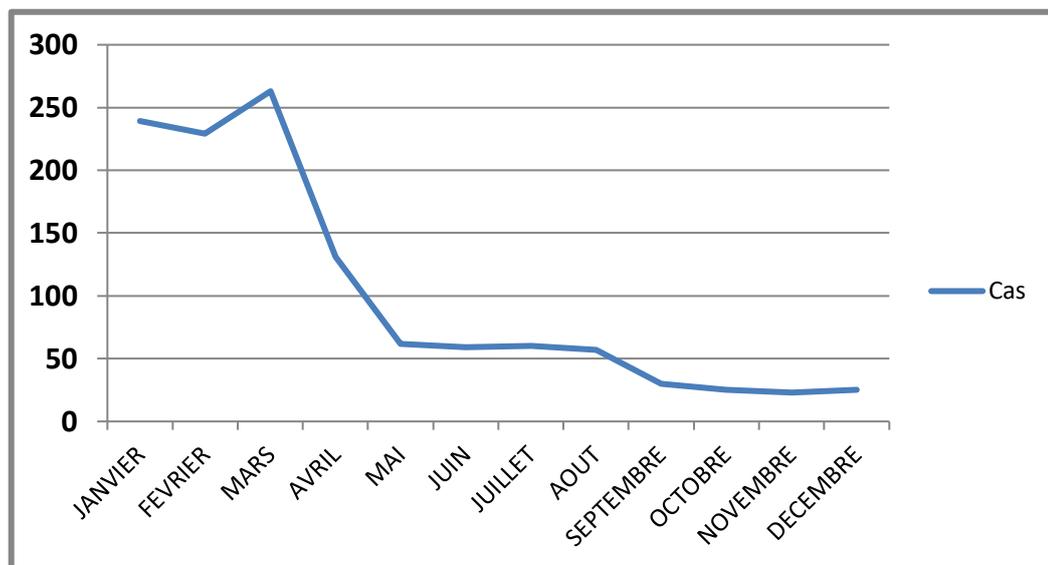
La répartition par sexe donne 538 Femmes pour 665 hommes et celle par tranche d'âge montre que la tranche d'âge de moins de 30 ans représente 90% soit 1086 cas et les autres 10% de la population soit 117 cas.

Les enfants de moins de 5 ans représentent 35% des cas soit 416 sur 1203.

2) La répartition par semaine épidémiologique et par mois

Le graphique ci-dessous montre nettement que la plupart de cas surviennent entre la 1^{ère} semaine et la 22^{ème} semaine avec un pic à la 14^{ème} ou 15^{ème} semaine

Figure 2 : Evolution mensuelle des cas de méningite en 2006 au Bénin



3) Principaux germes en cause :

Une étude réalisée en 2004 dans la zone sanitaire de Tanguiéta² a montré sur un total de 102 cas que les trois principaux germes en cause sont : *N. Meningitidis* (50%) ; *S. pneumoniae* (37, 2%) et *H. influenzae* (6,9%).

Au Bénin, la ceinture africaine de méningite concerne les départements du septentrion et une partie du centre (le département des Collines) et du fait que la partie méridionale et le centre n'ont pratiquement jamais connu d'épidémie de méningite à méningocoque A, le CCIA en sa séance du 28 avril 2011 a pris la décision de conduire la campagne MenAfriVac dans les départements à risque du nord (Alibori, Atacora, Borgou, Donga) et le département des Collines. Cette décision est aussi motivée par la caractéristique du vaccin qui confère une immunité de groupe et son introduction dans le PEV de routine après 2013.

En dépit des mesures qui sont prises pour assurer la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, la gratuité de la prise en charge et des vaccinations périodiques avec le vaccin polysidique, on note des létalités qui restent

² Epidémiologie de la Méningite bactérienne dans la zone sanitaire de Tanguiéta au Bénin, 2004, Mémoire Santé Publique, D. Toboé

élevées dépassant le seuil requis de 10% et allant jusqu'à 25%. Cette situation a des répercussions non seulement sur le plan socio-économique et sanitaire et contribue à ralentir les efforts entrepris par le Gouvernement du Bénin dans l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé de l'amélioration de la situation sanitaire de la population en général et des enfants en particulier en vue de l'atteinte des OMD , principalement l'OMD N°4. Par ailleurs, le Bénin a, comme la plupart des pays, adopté le GIVS et s'efforce de mettre en œuvre les stratégies qui y sont proposées. Dans ce cadre, le pays s'est engagé depuis les années 2000 à introduire les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies de la vaccination et les stratégies du PPAC ont été alignées sur celles du GIVS.

Les vaccins de l'hépatite virale B (Hep B) et le vaccin anti-amaril (VAA) ou vaccin contre la fièvre jaune ont été introduits de manière effective dans le PEV de routine à partir du mois d'août 2002 et cela grâce à l'assistance de L'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI). Fort de son expérience, le pays après une évaluation de la charge morbide liée aux infections à Haemophilus influenza a ensuite décidé d'introduire le vaccin contre le Hib avec succès en juin 2005 sur toute l'étendue du territoire de la République du Bénin. Les couvertures atteintes ce jour montrent avec satisfaction les efforts faits par le pays pour améliorer la couverture vaccinale de cet antigène qui, en moins de deux ans, a atteint le même niveau de couverture que celui du DTC3. Aussi, le Bénin a décidé de soumettre une application à GAVI pour l'introduction du vaccin contre le pneumocoque, qui sera introduit cette année.

En ce qui concerne la méningite, plusieurs types de vaccins existent pour prévenir cette maladie. Cependant leur efficacité est parfois limitée. En effet on note que les vaccins polysidiques existants contre la méningite A actuellement utilisés ne peuvent être administrés qu'à partir de l'âge de 2 ans. Ces vaccins confèrent une immunité qui ne dure que 2 à 3 ans et ils ne diminuent pas le portage de la bactérie et ne créent pas une immunité de groupe. Le développement et la mise sur le marché du nouveau vaccin conjugué MenAfriVac, qui a été introduit avec succès dans certains pays de la sous région (Burkina, Mali et Niger) a suscité un regain d'intérêt pour les pays qui sont concernés par cette maladie.

En conséquence, le Gouvernement du Bénin souhaite obtenir l'appui de GAVI pour l'introduction du nouveau vaccin conjugué contre la méningite A, MenAfriVac. Le Gouvernement du Bénin attache une importance capitale à la présente soumission.

Comme indiqué dans le PPAC 2009-2013 révisé, le Bénin envisage d'organiser une campagne de vaccination de masse en vue de prévenir ces épidémies dévastatrices de méningite à méningocoque A au cours du quatrième trimestre 2012 dans les 5 départements du pays faisant partie de la ceinture méningitique (Atacora, Donga, Borgou, Alibori, Collines)

Figure 3 : Départements concernés par la campagne contre la méningite en 2012



Sur le plan programmatique, l'introduction est motivée par la capacité du pays à assurer un stockage et une distribution efficace du vaccin et d'assurer une vaccination qui réponde aux normes de sécurité exigées.

Le Bénin a accumulé de nombreuses expériences sur (i) la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et la riposte (depuis 1998), ainsi que des aspects spécifiques de surveillance basée sur les cas (PFA, rougeole, fièvre jaune), (ii) la mise en œuvre des campagnes de vaccinations supplémentaires contre la poliomyélite, (iii) la mise en œuvre de campagnes de vaccinations contre la rougeole (rattrapage et

suivi) dans le cadre de l'initiative de contrôle accéléré de la rougeole, (iv) l'organisation des campagnes de riposte contre les nombreuses épidémies de méningite avec les vaccins polysaccharidiques AC, avec des couvertures administratives de plus de 95% dans les zones vaccinées.

Dans le cadre de la présente soumission, un plan de campagne initiale de rattrapage avec le MenAfriVac a été élaboré. Ce plan aborde le contexte spécifique du Bénin, les objectifs à atteindre, les stratégies et les principales activités, y compris l'évaluation, et quelques étapes critiques de mise en œuvre, ainsi que le budget requis.

En accord avec la déclaration de Yaoundé (sept 2008), le Bénin s'engage à faire évoluer ce document vers un plan stratégique national de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux méningites. Les autres orientations stratégiques seront développées, de façon intégrée aux activités de riposte que le pays a l'habitude de conduire.

Basé sur les expériences des campagnes antérieures conduites au Bénin et des leçons apprises sur l'introduction des nouveaux vaccins, les principales stratégies de mise en œuvre préconisées pour la réussite de cette campagne inaugurale d'introduction du vaccin conjugué contre la méningite A seront :

- Le renforcement de la coordination à tous les niveaux (National, départemental et local);
- Le renforcement du processus de micro planification au niveau périphérique visant une meilleure définition des rôles et responsabilité, une meilleure estimation des ressources;
- Le renforcement de la communication/mobilisation sociale surtout dans son volet communication de proximité avec l'implication des leaders locaux ;
- Le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux par la formation sur les différentes composantes des campagnes de vaccination ;
- L'approvisionnement efficace en vaccins et intrants durant toute la campagne ;
- La gestion fiable des stocks de vaccins et le suivi de leur utilisation ;
- L'application stricte de la sécurité des injections et la gestion des déchets ;
- Le renforcement de la pharmaco vigilance en particulier le renforcement de la surveillance des MAPI et leur prise en charge correcte ;

- Le renforcement de la supervision, du suivi et de l'évaluation ;
- Le renforcement de la surveillance cas par cas, en tenant compte des expériences de la rougeole, de la fièvre jaune et de la polio et tirant les leçons des premiers pays ayant introduit MenAfriVac. Pour ce faire, le guide et les outils de surveillance cas par cas seront révisés. Une formation en cascade des agents de santé et de laboratoire sera effectuée. Il sera procédé à l'achat de réactifs et équipement de laboratoire. Un système de transport des échantillons des centres de santé aux laboratoires de référence sera mis en place.

La population cible nationale visée est de **2 640 459** personnes âgées de 1 à 29 ans. La quantité totale requise de vaccins est de **3 115 741** doses (***avec 15% de perte soit un facteur de perte de 1,18***). La campagne sera organisée en une phase en novembre 2012.

Vue la charge de travail au niveau de la DNPEV et de la DNSP, l'introduction de nouveau vaccin, la mise en œuvre efficiente de cette campagne nécessitera un appui technique conséquent à travers le recrutement d'un consultant international en appui à la coordination au niveau national.

Le montant global du plan s'élève à US\$ 4 047 779 soit 1,3 US\$ par personne vacciné et un coût opérationnel (avec investissement compris) de **US\$ 2 004 201** soit **US\$ 0,64 par personne vacciné** (le coût unitaire de vaccin avec le matériel d'injection est estimé à US\$ 0,67). **La contribution financière du pays est de 150 millions de francs CFA.**

Cette campagne qui requiert un financement conséquent va nécessiter des activités de plaidoyer auprès des partenaires internationaux exerçant au Bénin (OMS, UNICEF, Union Européenne, Coopération Française, Coopération Belge, Coopération Danoise, Coopération Suisse, Coopération Japonaise, USAID, Rotary, Croix rouge etc.) et des opérateurs économiques (téléphonie mobile), entreprises parapubliques et privées. Pour sa part, le **Gouvernement du Bénin s'engage à contribuer au coût opérationnel à hauteur de 150 millions de francs CFA sur fonds propres.**

Dans le cadre du système de surveillance épidémiologique intégrée, le pays dispose de documents de procédure opérationnelle standard et de directives révisées

et validées pour la méningite depuis 2008. Aussi, le réseau de laboratoires a été renforcé avec des formations en 2009 et 2010, des équipements, ainsi que des moyens de supervision.

Afin de mesurer l'impact de cette campagne, il sera mis en place un système de surveillance cas par cas. A l'instar des premiers pays ayant déjà introduit MenAfriVac, le guide et les outils de surveillance cas par cas seront révisés. On procédera à la formation en cascade des agents de santé et de laboratoire, l'achat et la dotation de laboratoire en réactifs et équipements, et le renforcement du mécanisme pour l'acheminement des échantillons aux laboratoires de référence. On utilisera les technologies de l'information (internet et SMS) pour la transmission des données.

Décrivez brièvement (1) le plan de gestion des pertes de vaccins (2) la capacité de la chaîne du froid et indiquez si elle permet de stocker les nouveaux vaccins. Veuillez indiquer si l'acquisition des vaccins pour cette campagne aura des conséquences sur la livraison et la capacité de conservation des vaccins traditionnels et veuillez indiquer comment cette situation serait-elle gérer.

1) Gestion des déchets

Les boîtes de sécurité remplies de seringues usagées seront collectées et acheminées par les superviseurs dans les formations sanitaires les plus proches disposant d'incinérateur. Deux types d'incinérateur sont disponibles : les incinérateurs de type Monfort et les incinérateurs fabriqués par la DHAB³ (Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base). La destruction de toutes les boîtes de sécurité et des autres déchets (cartons, flacons vides et emballages) se fera par incinération dans les centres de santé qui ont ces incinérateurs.

2) Chaîne du froid

La capacité de stockage de vaccins disponible au niveau central et régional permet d'accommoder les vaccins de routine et de la campagne contre la méningite A. En 2012, il n'y aura donc pas de gap en capacité de stockage⁴ pour les raisons suivantes:

³ Incinérateur de type artisanal, fabriqué à base de terre cuite et stabilisée qui génère une température de 600°C et pouvant détruire 4 boîtes de sécurité par séance.

⁴ Voir plus de détails dans le Plan d'Introduction du vaccin contre la méningite A

- Avec un rythme de livraison de 4 fois par an des vaccins (y compris le vaccin contre le Pneumocoque) pour le PEV de routine, du niveau central vers les départements d'une part,
- Et en considérant, 3 passages de JNV Polio et un passage pour la campagne de vaccination MenAfriVac (avec une cible correspondant à 28% de la population totale : Population de 1 à 29 ans des départements de l'Atacora/Donga, Borgou/Alibori et Collines).

Néanmoins, deux contraintes restent à gérer :

- pour la distribution des vaccins, le PEV utilise un camion frigorifique acquis en 2003 qui connaît actuellement des pannes fréquentes. Il est fortement souhaitable d'acquérir un nouveau afin d'éviter des retards dans la distribution des vaccins vers les dépôts intermédiaires.
- Pour le stockage ambiant, il est nécessaire de construire un nouveau magasin pour combler le gap de 1485 m³ de déficit en stockage ambiant des consommables et matériels.

Pour la campagne, le vaccin sera distribué dans les différents départements grâce au camion frigorifique. Les caisses isothermes seront utilisées pour acheminer le vaccin du niveau départemental vers les communes. Les communes se serviront de ces caisses et des glacières disponibles à leur niveau pour transporter le vaccin vers les centres de santé.

Compte tenu de la disponibilité sur le terrain, toutes les équipes auront chacune un porte vaccin pour la mise en œuvre de la campagne. Cependant, les équipes mobiles auront besoin d'un porte vaccin supplémentaire pour conserver les vaccins et accumulateurs.

Tableau 4.1 : Capacité et coût (du stockage positif)

		Formule	Année 1 2009	Année 2 2010	Année 3 2011	Année 4 2012	Année 5 2013
A	Besoins annuels en volume positif, y compris le(s) nouveau(x) vaccin(s) (préciser :	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume occupé par le conditionnement de chaque dose</i>	23 554 litres	23 703 litres	40 432 litres	48 869 litres	51 007 litres

	_____) (litres ou m3) ⁵						
B	Capacité annuelle positive , y compris le(s) nouveau(x) vaccin(s) (préciser : _____) (litres ou m3)	#	15 000 litres				
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A / B	1.57	1.58	2.70	3.26	3.40
D	Nombre annuel d'expéditions	Sur la base du plan national d'expédition des vaccins	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	((A / D) - B)	- 9 111 litres	- 9 074 litres	- 4 892 litres	- 2 783 litres	- 2 248 litres
F	Estimation du coût de l'expansion	\$US	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Des études cliniques de MenAfriVac sont en cours et une indication pour l'utilisation chez les enfants de moins de 1 an est attendue pour le mois de janvier 2014. Décrivez brièvement quand votre pays prévoit l'introduction du vaccin conjugué contre le Méningocoque A dans le calendrier de la vaccination systématique, de quelle manière votre pays compte remplir ses obligations de cofinancement pour l'introduction systématique du vaccin conjugué contre le Méningocoque A, et d'autres problèmes relatifs à l'introduction systématique que vous considèreriez. (reportez-vous au PPAC).

Le pays compte introduire le vaccin dès sa disponibilité dans le PEV de routine suivant les mêmes principes de cofinancement des autres nouveaux vaccins (pneumocoque en 2011).

Tableau 4.2: Évaluation de la charge de morbidité relative au méningocoque (si disponible) :

Maladie	Titre de l'évaluation	Date	Résultats
Méningite	Epidémiologie de la Méningite bactérienne dans la zone sanitaire de Tanguiéta au Bénin, 2004, Mémoire Santé Publique, D. Toboé	2004	- 102 cas de méningite ont été notifiés - les trois principaux germes en cause sont : N. Meningitidis (50%) ; S. pneumoniae (37, 2%) et H. influenzae (6,9%)

⁵ Utilisez les résultats du tableau 5.2. Multipliez le nombre total de doses de vaccin (ligne I) par le volume unitaire conditionné pour chaque vaccin du calendrier national de vaccination. Tous les vaccins sont stockés à une température positive (+5°C) à l'exception du VPO qui est conservé à une température inférieure à zéro (-20°C).

Méningite	Données de surveillance de la méningite	2009	Cas : 416 Décès : 64 Létalité : 15,4% Bacterio : N Meningitidis W135, H. influenzae et S. Pneumonia
Méningite	Données de surveillance de la méningite	2010	Cas : 318 Décès : 52 Létalité : 16% Bacterio : S. Pneumonia
Méningite	Données de surveillance de la méningite	2011 (semaine 1 à 13)	Cas : 113 Décès : 25 Létalité : 22,1% Bacterio : H. influenzae et S. Pneumonia

Si des vaccins nouveaux ou sous-utilisés ont déjà été introduits dans votre pays, ou si vous avez déjà conduit des campagnes de vaccination, veuillez indiquer les enseignements tirés de l'expérience ayant trait à la capacité de stockage, à la protection contre la congélation accidentelle, à la formation du personnel, à la logistique de la chaîne du froid, aux taux d'abandon, aux taux de perte vaccinale, etc. et suggérez des solutions pour améliorer ces points :

Enseignements tirés	Solutions / Mesures
La micro planification est un élément essentiel de réussite des campagnes de vaccination	Mettre un accent particulier sur la micro planification à la base avec implication des communautés et avec l'appui des équipes centrales et départementales
L'engagement politique au plus haut niveau permet de mobiliser les ressources requises dans le cadre du cofinancement ainsi que la mobilisation de la population.	Plaidoyer et mobilisation sociale renforcés pour l'implication effective des hautes autorités et des autres secteurs de développement sanitaire du pays
la nécessité de joindre à la communication de masse une communication accrue de proximité en continue et une communication pour la gestion des risques/rumeurs ainsi que le plaidoyer à tous les niveaux	Assurer une communication de proximité afin que les populations aient des connaissances plus exactes sur les nouveaux vaccins. Se préparer pour la gestion des risques /rumeurs.
Le choix et la formation des acteurs de la campagne	Un accent particulier sera mis sur la formation des acteurs de terrain (vaccinateurs, techniciens d'hygiène et assainissement, superviseurs)
la nécessité d'un suivi de proximité après formation des prestataires	Assurer un suivi rapproché de la compétence des prestataires après la formation

<p>L'existence d'un comité d'organisation dynamique (national, départemental et local) est fondamentale pour la réussite et la qualité d'une campagne d'introduction d'un nouveau vaccin.</p>	<p>Elaborer un programme de travail portant des réunions régulières responsabilisant tous les partenaires du PEV. Les comptes rendus, de ces réunions seront communiqués aux membres du CCIA qui en assurent le suivi.</p>
<p>L'importance de mettre en place un système de gestion des cas de MAPI</p>	<p>La mise en place à temps des comités de gestion MAPI à tous les niveaux (central, départemental et périphérique) formés et dotés de moyens conséquents</p>
<p>La nécessité de disposer d'un plan logistique et d'un plan de gestion des déchets détaillés (jusqu'au niveau commune).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités logistiques des acteurs ; - Inspecter les incinérateurs et procéder aux réparations éventuelles
<p>L'intérêt d'un monitoring pendant la campagne</p>	<p>Réaliser de façon précoce (dès le 2^{ème} jour) un monitoring indépendant.</p>

5. Achat et gestion des vaccins nouveaux ou sous-utilisés

a) Veuillez montrer de quelle manière le soutien sera mis en œuvre et géré, y compris l'achat de vaccins (GAVI s'attend à ce que les pays achètent leurs vaccins et matériel d'injection par le biais de l'UNICEF) :

Il existe une disposition dans le cadre du mécanisme actuel d'achat des vaccins traditionnels et consommables par le biais de l'UNICEF, conformément aux termes du mémorandum d'accord pour la prestation de services d'achats passé entre l'UNICEF et le Ministère de la Santé du Bénin. Le paiement de la quote-part du Bénin se fera au cours du deuxième semestre de chaque année par virement bancaire à l'UNICEF.

b) Veuillez indiquer quand vous comptez planifier la conduite de la campagne (mois et date) et de quelle manière la campagne sera développée ex : différentes phases en une seule fois)

Quatrième trimestre de l'année 2012, en une phase, dans les cinq départements situés dans la ceinture méningée qui sont : les Collines, le Borgou, l'Alibori, l'Atacora et la Donga.

f) Veuillez décrire comment la couverture du nouveau vaccin sera surveillée et déclarée (se référer au PPAC et au plan d'introduction du vaccin contre la Méningite A)

Le monitoring sera assuré à travers la compilation et le suivi quotidien des données de couverture vaccinale obtenues ; la tenue de rencontres quotidiennes entre vaccinateurs et superviseurs des équipes au niveau des formations sanitaires, et entre superviseurs au niveau commune et départemental ; La conduite d'enquêtes rapides dans les zones à haut risque à partir du 3ème jour de mise en œuvre de la campagne et sur la base d'un protocole élaboré par le niveau central. De plus, une enquête de couverture vaccinale sera conduite à la fin de la campagne.

6. Subvention pour les coûts opérationnels des campagnes de vaccination

Tableau 6.5: calcul de la somme forfaitaire

Année de l'introduction du nouveau vaccin	Objectifs 1-29 années (voir tableau 3.4)	Montant par dose en \$US	Total en \$US
2012	2 640 459	\$ 0,30	934 722

Veillez indiquer dans les tableaux ci-dessous comment ce montant⁶ sera utilisé pour financer le coût de l'introduction de la campagne de vaccination ainsi que d'autres activités essentielles. Le soutien de GAVI ne sera pas suffisant pour couvrir tous les besoins, veuillez par conséquent indiquer dans le tableau ci-dessous combien et qui complétera les besoins restants (se référer au PPAC et/ou au plan d'introduction du vaccin contre la Méningite A)

Tableau 6.6: Coût (et financement) de la campagne (\$US) (Taux : 1US\$= 475 F CFA)

N°	Poste budgétaire	Besoins totaux		Subvention GAVI US\$	Autres sources US\$
		CFA	US\$		
1	<i>Fonctionnement du comité national d'organisation et de coordination (PEC des membres et différentes activités) et les réunions du CCIA</i>	5 000 000	10 526		10 526
2	<i>Fonctionnement du comité d'organisation niveau décentralisé (département et commune)</i>	4 550 000	9 579		9 579
3	<i>Atelier d'élaboration du plan de vaccination de masse et l'adaptation du guide de surveillance cas par cas</i>	10 000 000	21 053	21 053	
4	<i>Ateliers d'élaboration du plan de communication y compris les outils de communication</i>	10 000 000	21 053	21 053	
5	<i>Ateliers de micro planification commune</i>	5 000 000	10 526	10 526	
6	<i>Atelier synthèse départementale des micros plans</i>	11 000 000	23 158	23 158	
7	<i>Synthèse nationale des microplans</i>	5 000 000	10 526	10 526	
8	<i>Réunion bilan dans les départements</i>	11 000 000	23 158		23 158
9	<i>Réunion bilan au niveau national</i>	5 000 000	10 526		10 526
10	<i>Reproduction du plan et du guide de surveillance au cas par cas</i>	2 000 000	4 211	4 211	
11	<i>Collecte des données</i>	1 000 000	2 105	2 105	
12	<i>Reprographie des supports et autres fournitures de bureau niveau central</i>	5 000 000	10 526		10 526
13	Appui technique	PM	0	0	0
	Sous-total 1 : Coordination - Planification et suivi	74 550 000	156 947	50 526	106 421
14	Formation des formateurs au niveau départements	11 000 000	23 158		23 158
15	Sessions de formation en cascade des agents santé+Volontaires+ Superviseurs équipes	46 519 600	97 936		97 936
	Sous total 2 : Formation	57 519 600	121 094		121 094
16	Transport des équipes de vaccinateurs	39 690 000	83 558		83 558
17	Transport des superviseurs des équipes	6 240 000	13 137		13 137
18	Transport des superviseurs communaux	6 600 000	13 895		13 895
19	Transports des superviseurs départementaux	4 500 000	9 474		9 474
20	Transport des consultants nationaux	1 500 000	3 158		3 158
21	Transports ravitaillement vaccins dans les communes	2 009 478	4 230		4 230
22	Transports C/SRFM des DDS	800 000	1 684		1 684

⁶ La subvention sera calculée sur la base d'un montant de \$US 0,30 par naissance annuelle, avec un montant minimal de \$US 100 000.

23	Carburant supervision et la formations de la campagne niveau central	8 000 000	16 842		16 842
24	Carburant sortie récupération des pièces justificatives (Financiers niveau central)	800 000	1 684		1 684
25	Location véhicules	7 200 000	15 158	15 158	
26	Location motos et maintenance Auto/moto	6 050 000	12 737	12 737	
27	Approvisionnement en vaccins (niveaux central et départements)	2 000 000	4 211		4 211
	Sous total 3 : Transport	85 389 478	179 767	27 895	151 872

28	Mettre en œuvre les activités de communication au niveau national à travers les médias et reproductions des supports médiatiques et lancement officiel	20 000 000	42 105		42 105
29	Mob sociale crieurs publics (communication de proximité)	12 445 000	26 200		26 200
30	Mob sociale Communes	3 300 000	6 947		6 947
31	Mob sociale départements	1 000 000	2 105		2 105
	Sous total 4 : Communication et mobilisation social	36 745 000	77 358		77 358
32	PEC des volontaires	123 680 000	260 379	260 379	
33	PEC des agents de santé (vaccinateurs)	262 820 000	553 305	553 305	
34	PEC superviseurs équipes	26 520 000	55 832		55 832
35	PEC superviseurs communes	6 600 000	13 895		13 895
36	PEC chauffeurs communes	3 300 000	6 947		6 947
37	PEC superviseurs départements	13 500 000	28 421		28 421
38	PEC chauffeurs départements	4 500 000	9 474		9 474
39	PEC consultants nationaux	3 000 000	6 316		6 316
40	PEC chauffeurs consultants nationaux	2 000 000	4 211		4 211
41	PEC C/SRFM et collaborateur	900 000	1 895		1 895
42	PEC chauffeurs C/SRFM	300 000	632		632
43	PEC comptable commune	1 402 500	2 953		2 953
44	PEC des gestionnaires de données	1 200 000	2 526		2 526
45	PEC superviseurs nationaux	12 000 000	25 263		25 263
46	Prise en charge chauffeurs superviseurs nationaux	12 000 000	25 263		25 263
47	Prise en charge des membres de la sous commission finances	600 000	1 263		1 263
48	Prise en charge des chauffeurs des membres de la sous commission finances	300 000	632		632
	Sous total 5 : Prise en charge personnel	474 622 500	999 205	813 684	185 521
49	Gestion des déchets (PEC opérateurs, Supervision ou suivi, contrôle de l'incinération) dans les 5 départements	6 000 000	12 632		12 632
50	Mise en œuvre activités de la surveillance cas par cas et appui aux laboratoires	17 000 000	35 789		35 789
51	Surveiller/investiguer et prendre en charge les MAPI	50 000 000	105 263		105 263
52	Achat rouleaux de coton	2 640 459	5 559		5 559
	Sous total 6 : Surveillance épidémiologique/Sécurité des injections	75 640 459	159 243		159 243
53	Acquisition d'un camion frigorifique	40 000 000	84 211		84 211

54	Construction d'un magasin sec au niveau central	40 000 000	84 211		84 211
	Sous total 7 : Investissement	80 000 000	168 421		168 421
55	Commander les cartes de vaccination	47 528 262	100 059		100 059
56	Conduire monitoring et l'évaluation de la campagne	20 000 000	42 105	42 105	
	Sous total 8 : Suivi évaluation	67 528 262	142 165	42 105	100 060
	Total coûts opérationnels	871 995 299	1 835 780	934 210	901 570
	Total coûts investissement	80 000 000	168 421		168 421
	TOTAL GENERAL	951 995 299	2 004 201	934 210	1 069 991

➤ Si nécessaire, veuillez compléter le formulaire bancaire (annexe 1).

Prière de bien vouloir décrire brièvement qui financera les coûts opérationnels non financés par GAVI. Si le gouvernement est la source de financement, veuillez confirmer que cela est bien inscrit dans le budget de la santé. Si vous cherchez d'autres sources de financement, veuillez les indiquer et confirmer leurs engagements.

Cette campagne qui requiert un financement conséquent va nécessiter des plaidoyers auprès des partenaires internationaux exerçant au Bénin (OMS, UNICEF, Union Européenne, Coopération Française, Coopération Belge, Coopération Danoise, Coopération Suisse, Coopération Japonaise, USAID, Rotary, Croix rouge etc.) et des opérateurs économiques (téléphonie mobile), entreprises parapubliques et privées. Pour sa part, le Gouvernement du Bénin s'engage à contribuer au coût opérationnel à hauteur de 150 millions de francs CFA sur fonds propres.

7. Observations et recommandations additionnelles de l'organe national de coordination (CCI/CCSS)

Recommandations

- Mener une campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A « MenAfrivac » dans 05 départements du pays situés dans la ceinture méningée (Atacora, Donga, Collines, Borgou, Alibori) ;
- Mettre en place un Comité national d'organisation MenAfrivac ;
- Faire un arrêté ministériel créant le Comité National de Surveillance des MAPI ;
- Commencer dès à présent le processus d'enregistrement du vaccin au Bénin par l'ANR ;
- Mener un plaidoyer auprès d'autres partenaires et opérateurs économiques, afin de soutenir la contribution de l'Etat (Comité d'organisation MenAfrivac) ;
- Veillez à avoir la signature du Ministre de la Santé et celui des finances dans la semaine du 3 au 6 mai.
- Accent sur la micro planification et la mise en œuvre efficiente des activités

8. Documents à fournir pour chaque type de soutien

Document	NUMÉRO DE DOCUMENT	Durée*
Plan pluriannuel complet (PPAC)	1	2009-2013
Plan d'introduction du MenAfrivac (s'il n'est pas déjà inclus dans le PPAC)	2	2012
Comptes-rendus avalisés des réunions de l'organe national de coordination au cours desquelles la demande de soutien à GAVI a été approuvée	ND	
Comptes-rendus avalisés des réunions du CCI/CCSS au cours desquelles la demande de soutien à GAVI a été examinée	3	28 avril 2011
Comptes-rendus des trois dernières réunions du CCI/CCSS	4 5 6	
Plan de travail du CCI/CCSS pour les 12 prochains mois	ND	
La feuille de calcul requise pour le vaccin	7	

* Le cas échéant, prière d'indiquer la durée du plan, du document ou de l'évaluation.



Formulaire bancaire

SECTION 1 (À compléter par le bénéficiaire)

Nous réitérons que sans les coordonnées bancaires complètes et correctes (IBAN, code SWIFT, les coordonnées bancaires et la banque correspondante des USA), le transfert de fonds s'avère impossible et cela peut être la cause de retard inutiles.

Banking Form

SECTION 1 (À compléter par le bénéficiaire)

Nom de l'institution : Agence Nationale pour la Vaccination et les soins de santé primaires
(Titulaire du compte)

Adresse : 01 BP 882 Cotonou

Ville – Pays : Cotonou-Bénin

Téléphone : (229) 21 33 75 90 **Fax :**

Devise du compte bancaire : CFA

À créditer à : DIR.RECH.DVPT.SANTE.PEV.SSP.
Titre du compte

N° du compte : BJ062 01001 231102050801 52

À :
Nom de la banque ECOBANK BENIN

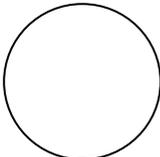
Le compte doit-il être utilisé exclusivement par ce programme ? OUI (X) NON ()

Qui assure la vérification du compte ? IGM (Inspection Générale du Ministère)

.....

Signature du responsable gouvernemental autorisé :

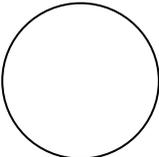
Par sa signature, le responsable autorisé confirme que le compte bancaire mentionné ci-dessus est connu du Ministère des Finances et qu'il est sous le contrôle du Vérificateur général des comptes.

Nom:	Cachet : 
Titre:	
Signature:	
Date:	
Adresse et téléphone:	
Fax:	
Adresse e-mail:	

SECTION 2 (À compléter par la banque)

ÉTABLISSEMENT FINANCIER		BANQUE CORRESPONDANTE (aux États-Unis d'Amérique)	
Nom de la banque :	ECOBANK	CITYBANK-NEW YORK	
Nom de l'agence :	AGENCE PRINCIPALE		
Adresse :	01 BP 1280 COTONOU BENIN	111 WALL STREET 19 THFLOOR ZONE 1 NEW YORK-10043 USA	
Ville – Pays :	COTONOU BENIN	NEW YORK	
Code Swift :	ECOCBJBJ	CITUS 33	
Code de tri :			
N° ABA :			
Téléphone :	00229 21313069	1212657 55 18	
Fax No.:			
Personne de contact à la banque (nom et téléphone) :		1212 657 115	

Je certifie que le compte N° BJ062 01001 231102050801 52.....
est enregistré au nom de (*nom de l'institution*) DIR.RECH.DVPT.SANTE.PEV.SSP.....
..... auprès du présent établissement bancaire.

Le compte doit porter la signature conjointe d'au moins (<i>nombre de signataires</i>) des personnes autorisées ci-après :		Nom du représentant autorisé de la banque	
1 Nom :	NAGO MARIE-ROSE	Signature: _____ Date: _____ Cachet : 	
Titre :	DNPEV-SSP		
2 Nom :	TOKPLONOU EVARISTE		
Titre :	C/SVAC		
3 Nom :			
Titre :			
4 Nom :			
Titre :			

ANNEXE 2: Conditions générales de GAVI Alliance

FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR LES PROGRAMMES APPROUVÉS

Le pays candidat ("Pays") confirme que tout financement accordé par GAVI Alliance dans le cadre de la présente demande sera utilisé et affecté au seul but de réaliser le(s) programme(s) décrit(s) dans cette demande. Toute modification significative du (des) programme(s) approuvé(s) doit être examinée et approuvée au préalable par GAVI Alliance. Toute décision de financement de cette proposition est prise à la discrétion du conseil de GAVI Alliance et dépend de la procédure CEI ainsi que de la disponibilité de fonds.

AMENDEMENT DE CETTE PROPOSITION

Le Pays informera GAVI Alliance à travers son Rapport annuel de situation de son désir de proposer une modification quelconque de la description du (des) programme(s) de cette proposition. Le Pays produira des documents à l'appui de toute modification approuvée par GAVI Alliance et la présente proposition sera amendée en conséquence.

RESTITUTION DES FONDS

Le Pays accepte de restituer à GAVI Alliance tout montant de financement qui n'est pas utilisé au profit de (des) programme(s) décrit(s) dans cette proposition. Sauf décision contraire par GAVI Alliance, le remboursement par le Pays doit être effectué en dollars US dans les soixante (60) jours de la réception par le Pays de la demande de GAVI Alliance et sera versé sur le ou les compte(s) indiqué(s) par GAVI Alliance.

SUSPENSION/ FIN

GAVI Alliance peut suspendre tout ou partie de son financement à un Pays si elle a une raison de soupçonner une utilisation des fonds à des fins autres que les programmes décrits dans cette proposition, ou dans tout amendement de cette proposition approuvé par GAVI Alliance. GAVI Alliance se réserve le droit de mettre fin à son soutien au Pays pour les programmes décrits dans cette proposition en cas de confirmation d'emploi abusif des fonds octroyés par GAVI Alliance.

LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

Le Pays confirme que les fonds fournis par GAVI Alliance ne seront pas offerts par le Pays à un tiers, ni que le Pays recherchera grâce à cette proposition un cadeau, un paiement ou un avantage direct ou indirect qui pourrait être interprété comme une pratique illégale ou un fait de corruption.

AUDITS ET ARCHIVES

Le Pays procèdera annuellement à des audits financiers et les communiquera à GAVI Alliance sur simple demande. GAVI Alliance se réserve le droit, pour elle-même ou à travers d'un agent, d'effectuer des audits ou toute autre forme d'évaluation de la gestion financière, afin de s'assurer de la responsabilité comptable des fonds versés en faveur du Pays.

Le Pays conservera des dossiers comptables précis qui justifieront la manière d'utiliser les fonds de GAVI Alliance. Le Pays tiendra à jour ses dossiers comptables conformément aux normes comptables approuvées par ses autorités pendant au moins trois ans après la date du dernier versement de fonds par GAVI Alliance. En cas de recours pour utilisation abusive des fonds, le Pays conservera ces dossiers jusqu'aux conclusions finales de l'audit. Le Pays accepte de ne soulever à l'égard de GAVI Alliance aucun privilège sur les documents dans le cadre d'un audit quelconque.

CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LÉGALE

Le Pays et les signataires au nom du gouvernement confirment que la présente proposition est exacte et correcte et qu'elle constitue une obligation légale irrévocable du pays, aux termes de la loi du Pays, de réaliser les programmes décrits dans cette proposition.

CONFIRMATION DE LA CONFORMITÉ AVEC LA POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE RESPONSABILITÉ COMPTABLE DE GAVI ALLIANCE

Le Pays confirme qu'il est informé de la politique de transparence et de responsabilité comptable de GAVI Alliance (TRC) et se conformera à ses obligations.

ARBITRAGE

Tout litige entre le Pays et GAVI Alliance qui naîtrait de cette proposition ou se référerait à cette proposition et ne pourrait être résolu à l'amiable dans un délai raisonnable fera l'objet d'un arbitrage à la demande soit de GAVI Alliance, soit du Pays. L'arbitrage sera mené conformément aux règles d'arbitrage UNCITRAL en vigueur à ce moment. Les parties conviennent qu'elles seront liées par la sentence arbitrale au titre de règlement définitif du litige. Le for sera à Genève, Suisse. La langue de l'arbitrage sera l'anglais.

Pour tout litige dont le montant contesté est égal ou inférieur à 100.000 USD, l'arbitre unique sera désigné par GAVI Alliance. Pour tout litige dont le montant contesté est supérieur à 100.000 USD, trois arbitres seront désignés comme suit: GAVI Alliance et le Pays désigneront chacun un arbitre et ces deux arbitres désigneront de commun accord un troisième arbitre qui présidera le collège.

GAVI Alliance ne sera pas responsable à l'égard du Pays pour tout recours ou perte relative aux programmes décrits dans cette proposition, y compris (liste non exhaustive) les pertes financières, les recours en suspicion, les dommages à la propriété, les lésions physiques aux personnes ou le décès. Le Pays sera seul responsable de tous les aspects de la gestion et de la mise en œuvre des programmes décrits dans la présente proposition.