

1. Brève description du processus

Cette évaluation a été élaborée par le Responsable pays, Marthe Sylvie Essengue-Elouma, avec le soutien d'Isabelle de Zoysa, experte technique. Elle est fondée sur le RSA 2013 soumis par le pays et d'autres documents pertinents. Le présent document a bénéficié des contributions de différents collègues de GAVI, notamment les équipes de RSS, VI et cofinancement, ainsi que de partenaires au siège et dans les régions. Les points focaux RSS du Bureau support pays de l'OMS et du ministère de la Santé ont aussi apporté leur contribution.

2. Réalisations et contraintes

En 2013, le Bénin a reçu un soutien pour les vaccins VPC13, anti-amaril et DTC-HépB-Hib. Le Bénin bénéficie également d'une subvention RSS en cours dont seulement la première tranche (886 500 USD sur 2,74 millions d'USD initialement approuvés pour la période 2010-2012) a été décaissée. Après de nombreux retards et des efforts de reprogrammation, le Bénin a soumis une nouvelle proposition plus étoffée, révisée par le CEI en novembre 2013 et approuvée à hauteur de 8,38 millions d'USD sur une période de 5 ans, à savoir 2014-2018. La deuxième subvention RSS démarrera au deuxième semestre 2014 et le solde de la première subvention RSS sera suspendu.

Le pays n'a pas atteint ses objectifs 2013 pour le Penta3 et le VPC13. Selon les données administratives, la performance de couverture DTC3 était de 93 % par rapport à l'objectif de 98 %. Le taux d'abandon entre la première et la troisième dose était de 9,4 % et le taux de perte de 9 %. Les raisons invoquées sont la grève de trois mois des prestataires de soins et l'insuffisance du matériel et des ressources financières pour la mise en œuvre des activités de routine. Le Bénin ne signale aucun obstacle majeur pour le PEV et rapporte une mise en œuvre satisfaisante de nombreuses activités prévues visant à renforcer la performance du programme.

Après l'introduction du PCV13 en 2012, une évaluation post-introduction (EPI) a été réalisée en mars 2013. L'EPI n'a soulevé aucun problème majeur. Le Bénin a toutefois signalé un taux de perte de 0 % en 2013, ce qui s'explique par le fait que le pays a utilisé la présentation du VPC en monodose.

Le Bénin ne collecte pas systématiquement les données ventilées par sexe. Les données de couverture de l'EDS 2012 indiquent qu'il n'y a pas de différence entre hommes et femmes dans l'accès à la vaccination (couverture DTC3 chez les garçons de 74,4 % contre 73,3 % chez les filles). Il existe cependant des différences importantes (27 %) entre le quintile de richesse le plus fiable et le plus élevé. La nouvelle proposition de RSS a fourni des données comparant la couverture vaccinale des différentes zones géographiques. Elle n'a toutefois pas fourni une analyse approfondie des barrières liées au sexe et à l'équité en termes d'accès aux services de vaccination et à leur utilisation, notamment des données socio-économiques, géographiques et liées au sexe. Cependant, des problèmes d'équité (pas plus détaillés, en dehors des données géographiques) ont justifié une analyse de l'écart et la mise en place des activités RSS prévues.

Les objectifs 2014-2015 mettent notamment un accent particulier sur la réduction du nombre de zones sanitaires montrant des niveaux de performance médiocres par l'extension de l'approche ACD et sur le renforcement du soutien, de la supervision et de la surveillance à tous les niveaux, ainsi que de la gestion et la surveillance des données. Des plans seront aussi élaborés pour l'introduction des vaccins VPI et anti-VPV en 2015. La proposition du VPI a été recommandée pour approbation par le CEI de juin 2014.

3. Gouvernance

Il existe un certain nombre de structures pertinentes pour le soutien de GAVI au pays.

Le CCSS (Comité de Coordination du renforcement du système de santé ou CC-RSS) a été créé en 2011 et regroupe des représentants du ministère de la Santé, du ministère des Finances, des partenaires techniques et financiers et de la société civile. Il est présidé par le ministre de la Santé.

Le CCIA existe et est actif. Il est axé sur le programme de vaccination. Certaines des réunions du CCIA font intervenir des membres du CCSS. Les représentants de la société civile participent au CCIA, notamment la Fondation PEV, Rotary international et ROBS (Réseau des organisations béninoises de la santé). Le CCIA est composé par le ministre de la Santé (président), l'UNICEF, l'OMS, Rotary international, AMP et USAID.

Les procès-verbaux des 3 réunions du CCIA en 2013 (février, mai et septembre) sont fournis et démontrent une participation de haut niveau et des discussions actives. Le procès-verbal de la réunion du CCIA d'avril 2014 approuvant le RSA est aussi fourni et indique la discussion exhaustive du contenu du RSA et la discussion d'une proposition pour l'introduction du VPI.

En 2013, les principales préoccupations du CCSS et du CCIA étaient les suivantes :

- La réhabilitation de l'entrepôt de stockage des vaccins au niveau central ;
- Les progrès dans l'acquisition de chambres froides et de motos ;
- La mobilisation accentuée des ressources pour accélérer les activités de vaccination de routine ;
- Des plans pour une évaluation externe du PEV en 2014.

Un Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV) dénommé « Comité national pour la Vaccination et les Vaccins du Bénin (CNCV) » a aussi été créé par décret ministériel en septembre 2011.

Le CCSS et le CCIA disposent aussi de fonctions de supervision et de coordination. Il existe aussi une unité de gestion pour le RSS (Unité de Coordination du projet de renforcement de la Performance du système de santé ou UC-PRPSS) responsable de la mise en œuvre et de la gestion des programmes de RSS au Bénin. Cette entité de coordination est utilisée conjointement par GAVI, la Banque mondiale et le Fonds mondial. Tous ces partenaires sont convenus de mettre en œuvre le soutien du FBR au Bénin par la BM (en cours), GAVI (à commencer au deuxième semestre 2014) et le FM (pas encore commencé).

La société civile participe activement dans le domaine de la santé au Bénin. Plusieurs organisations non gouvernementales et communautaires sont impliquées dans la planification et la réalisation des activités à tous les niveaux, y compris comme membres dédiés à la surveillance locale des activités des centres de santé (comités de gestion des centres de santé ou COGECS) et des zones sanitaires (Comité de santé – COZA). Quatre organisations à base communautaire seront aussi engagées pour participer aux activités de surveillance dans le cadre du FBR.

4. Gestion des programmes

Le PPAC a été actualisé par le biais d'un processus participatif pour couvrir la période 2014-2018.

Comme prévu dans l'aide-mémoire signé entre le Bénin et GAVI en mai 2012, le CCSS est responsable de l'approbation des plans de travail chiffrés pour le soutien au RSS et de la surveillance des progrès programmatiques et financiers accomplis au niveau de la mise en œuvre. Un atelier a été organisé en janvier 2013 pour planifier les activités de RSS en 2014. Cet atelier a été précédé d'une réunion du CCSS.

5. Réalisation des programmes

Le Bénin n'a pas subi de ruptures de stock en 2013. Le pays a cependant un excès de stock de vaccin pentavalent et un faible stock de VPC13 et anti-amaril dans le courant de l'année. Aucune explication n'a été avancée.

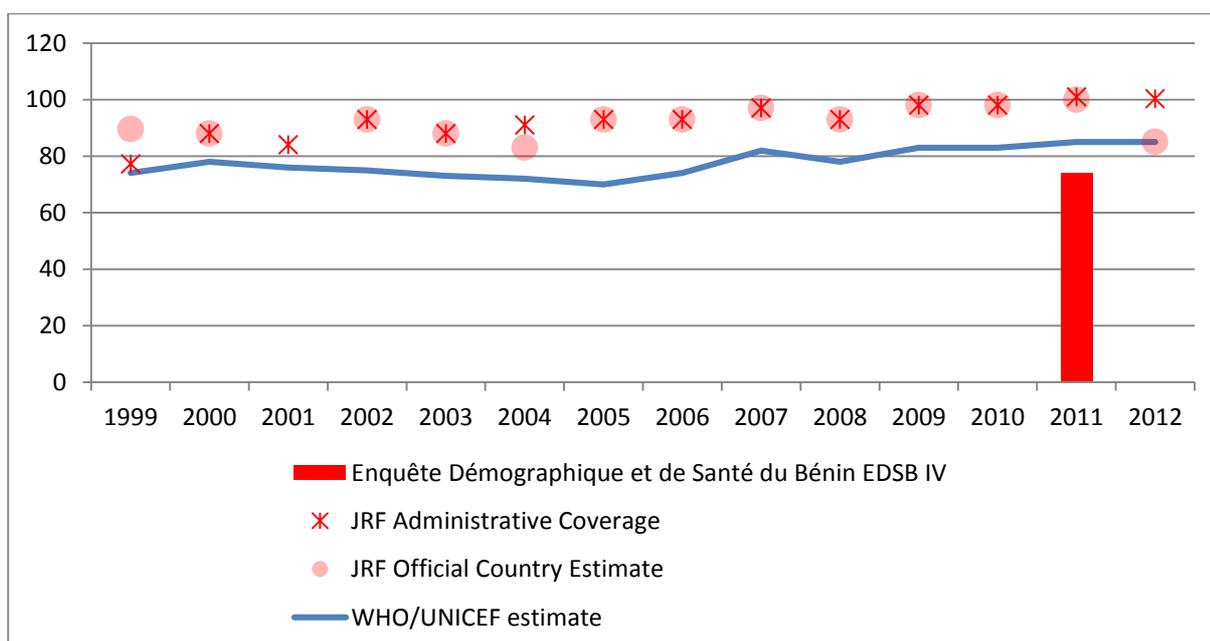
Une GEV a été réalisée en juillet 2012 et la prochaine est prévue pour juillet 2015. Un plan d'amélioration de la GEV fait état de progrès satisfaisants (40 des 56 recommandations ont été pleinement ou partiellement appliquées avec le soutien du gouvernement et des partenaires. L'accent est actuellement mis sur le renforcement de la capacité de l'entrepôt de stockage des vaccins au niveau central par l'acquisition de nouveaux équipements de la chaîne de froid et le réaménagement du magasin sec. De plus, un effort particulier est déployé dans la supervision et le suivi réguliers de la gestion des vaccins au niveau des régions et des zones de santé (un ou plusieurs districts). Au Bénin, les districts sanitaires sont appelés « communes ». Ils sont soutenus par des fonds de la première subvention RSS de GAVI. Le Bénin envisage de réaménager son réseau de distribution de vaccins en déplaçant les entrepôts du niveau départemental au niveau des zones sanitaires, et de mieux organiser la collecte des boîtes de sécurité. Ces projets engloberont aussi la maintenance préventive des équipements de la chaîne de froid et la supervision formative mensuelle du personnel au niveau opérationnel. Le pays attend les résultats de l'évaluation en cours par l'AMP qui permettront de peaufiner les différents changements.

Le Bénin a mis en place des systèmes de pharmacovigilance et de signalement des MAPI, mais aussi de surveillance de la diarrhée à rotavirus et de la méningite bactérienne chez les enfants. Le manque de ressources humaines et financières représente toutefois un frein à leur mise en œuvre. Aucune enquête particulière n'a été effectuée en 2013. Le GTCV récemment formé sera responsable des activités de renforcement. Actuellement, il prévoit l'introduction du VPI.

Le Bénin avise disposer d'un plan de sécurité des injections, mais n'indique pas la nature des sources de financement. Pour toutes les vaccinations, il utilise des seringues autobloquantes, financées par le gouvernement. Le Bénin communique qu'en 2012, il a éliminé tous les déchets pointus et tranchants, principalement par incinération. Il fait état des défis rencontrés dans l'organisation de la collecte et l'entretien des incinérateurs. Les mesures nécessaires sont prises par le Gouvernement pour soutenir la formation Logivac (logistique et vaccins) du personnel compétent.

6. Qualité des données

Pour la première fois en 2012, l'estimation officielle béninoise de la couverture DTC3 et l'estimation OMS/UNICEF étaient identiques. Il reste certains doutes quant au niveau des dénominateurs. Un recensement national a été effectué en 2013 et dès que les résultats seront disponibles, le pays sera en mesure d'actualiser ses données démographiques pour les années restantes du PPAC 2014-2018.



Les efforts récents déployés dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données ont porté sur :

- La formation des responsables de la mise en œuvre, en particulier aux niveaux périphériques, à l'utilisation des outils de surveillance et de gestion (DVD-MT, DQS et SARA) ;
- Une intensification du soutien pour valider les données du PEV et de la surveillance aux niveaux intermédiaires ;
- Des ateliers de validation des données dans les 34 zones sanitaires ;
- Une harmonisation des données de couverture dans toutes les zones sanitaires en 2013 ;
- La formation des prestataires de soins à l'enquête LQAS en 2013 ;
- DQS dans 18 zones sanitaires en 2013 ;
- L'examen externe du PEV dans 10 zones soutenues par l'UNICEF (communes) en 2013 (le rapport préliminaire a été fourni avec le RSA).

Les plans pour le futur incluent :

- Une revue externe du PEV tous les 4 ans ;
- Des enquêtes de couverture nationale tous les 2 ans ;
- Un DQS systématique dans toutes les zones sanitaires chaque 6 mois ;
- Des réunions interdépartementales chaque semestre pour la surveillance des données du PEV ;
- La validation annuelle des données aux niveaux opérationnels.

Il est à noter que les activités visées par l'objectif 3 de la proposition du RSS sont prévues pour contribuer à l'amélioration des systèmes de données.

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

Peu d'informations sont données dans le RSA au sujet de la contribution du pays à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Cependant, le procès-verbal de la réunion du CCIA de février 2013 relate une discussion au sujet des risques liés à la circulation ininterrompue du poliovirus sauvage dans le pays étant donné la faible couverture du VPO (il est remarqué que seulement 44 % des zones locales/communes ont atteint une couverture du VPO3 supérieure ou égale à 80 % en 2012) et une insuffisance de la surveillance des PFA (4 districts sur 12 satisfont les normes de surveillance). Quatre séries de vaccination antipoliomyélitique ont été organisées en 2013 au cours des Journées nationales de vaccination.

8. Renforcement des systèmes de santé

Le Bénin bénéficie d'une subvention RSS en cours, d'un montant de 2,74 millions d'USD, à utiliser pendant la période de 3 ans de 2010-2012. La première tranche de 886 500 USD a été approuvée et décaissée en mars 2013. Un retard a été constaté au niveau de la mise en œuvre de cette première tranche en raison du processus d'harmonisation entre GAVI, le ministère de la Santé et d'autres partenaires du développement (Fonds mondial et Banque mondiale). Comme indiqué dans la section 2, le pays a ensuite soumis une demande de reprogrammation en 2012 qui n'a pas été approuvée, en raison de difficultés d'alignement de cette demande avec la nouvelle approche de FBR de la Banque mondiale mise en œuvre dans le pays. Le pays a organisé en 2012 un forum de santé en faveur de la vaccination qui a identifié la gestion de la chaîne de froid et des vaccins comme l'un des principaux goulots d'étranglement pour les introductions de vaccins à l'avenir. Le pays a donc décidé de reprogrammer la tranche approuvée du RSS1 afin de renforcer la capacité de la chaîne de froid.

Suivant les recommandations du CEI, le pays a décidé de soumettre nouvelle une proposition de RSS fondée sur le FBR plus étoffée et conforme avec la BM et le Fonds mondial en septembre

2013. Elle a été approuvée pour un montant de 8,37 millions d'USD sur une période de 5 ans pour 2014-2018 et devrait débuter au second semestre 2014. Cette nouvelle proposition n'était pas réellement liée au RSS1, qui n'est pas du tout fondé sur le modèle du FBP.

Sur les fonds reçus en 2013 de la première subvention de RSS, 279 660 USD ont été dépensés, laissant un solde de 623 859 USD sur 2014. Ces chiffres ne correspondent pas au montant initialement décaissé de 886 500 USD. Ceci s'explique par les intérêts (17 019 USD) générés par le compte bancaire.

Le pays avise des progrès de mise en œuvre dans les principaux domaines suivants :

- **Construction/réhabilitation de l'entrepôt central des vaccins** : les discussions relatives à la sélection du site et d'autres options se sont prolongées pendant plusieurs mois et ont finalement abouti lors d'une mission conjointe de l'OMS/UNICEF/AMP visant à apporter son soutien au pays pour faire face à des problèmes techniques et permettre au projet de démarrer. Le travail de réhabilitation des locaux et d'installation de 5 chambres froides est en cours.
- **Équipement de la chaîne de froid** : mise en œuvre des nouveaux équipements de la chaîne du froid à énergie solaire, en lieu et place des vieux réfrigérateurs, pour pallier la rareté et le coût de l'essence.
- **Achat de motos pour la stratégie avancée dans 4 zones sanitaires et d'ordinateurs pour le suivi et l'évaluation** :

Les seules activités qui n'ont pas encore été mises en œuvre sont les deux séries de visites de supervision (étant donné que le travail de terrain n'a pas encore commencé), l'achat d'un groupe électrogènes et l'audit externe. Aucune difficulté majeure n'est prévue pour mener les activités restantes à leur terme d'ici la fin de l'année. L'élément le plus significatif est la 2^e étape de réhabilitation des locaux pour accueillir des chambres froides. Le RAS indique qu'elles devraient aboutir d'ici la fin de l'année et contribuer aux importantes améliorations dans la capacité de la chaîne de froid et de stockage au cours des prochaines années, mais aussi au niveau de préparation du pays pour la réception de nouveaux vaccins. Cependant, le Bénin ne propose pas de plan pour l'utilisation de 632 859 USD des fonds de la première subvention RSS qui sont reportés sur 2014.

Le Bénin ne s'informe d'aucune implication des OSC dans le cadre de la première subvention RSS, qui concerne principalement l'achat d'équipements pour la chaîne de froid. Pour la deuxième subvention, cependant, des contrats seront négociés avec 4 organisations à base communautaire pour vérifier et équilibrer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Le coût des activités des OSC sera de 372 443,00 USD pendant la période 2014-2018. Il est aussi prévu que les OSC jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de la subvention RSS, axé sur les soins de santé de la communauté (promotion de la vaccination, recherche active des enfants perdus de vue pour le suivi, etc.) dans les deux zones sanitaires ciblées par le financement axé sur la performance.

Le Bénin signale avoir fait de bons progrès au niveau de ses indicateurs de résultats du RSS. Un rapport RSS d'examen du secteur de santé indique que la couverture DTC3 nationale a augmenté de 94,9 % en 2011 à 101 % en 2013, la mortalité des moins de 5 ans a diminué de 125/1 000 en 2006 à 70/1 000 en 2012 et la couverture de la première dose du vaccin antirougeoleux a augmenté de 51 % en 2006 à 70 % en 2012.

En ce qui concerne la continuation du soutien dans le cadre de la deuxième subvention récemment approuvée, le pays a fourni une liste des activités proposées pour 2014 et 2015. Les montants des budgets dans ces tableaux sont exprimés en monnaie locale et non en USD. En utilisant le taux de change fourni, le montant du budget s'élève à 1 999 536 USD pour 2014 et 3 199 USD pour 2015. Les activités indiquées semblent conformes à celles initialement approuvées. Elles couvrent généralement la formation, l'embauche de personnel, la gestion des données, l'examen des données par les 4 ONG engagées et des activités de financement axé sur la performance et la gestion de la chaîne de froid.

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

Le Bénin n'a pas reçu de soutien RSS en 2013 et n'est plus admissible pour une récompense, étant donné que le pays a adopté un soutien de FBP du RSS.

Le Bénin n'a pas reçu de fonds liés à l'introduction de vaccins en 2013, mais a reporté 7 277 USD de l'année précédente, montant qui n'a toujours pas été dépensé.

10. Gestion financière

Conformément à l'aide-mémoire de mai 2012, signé par le Bénin et GAVI, l'unité de coordination du projet de renforcement du système de santé (UC-PRSS) sera chargée de gérer le soutien de GAVI au RSS. Cet aide-mémoire définit spécifiquement les modalités de gestion administrative et financière du soutien de GAVI à différents niveaux de l'administration de la santé. Le rapport d'audit externe 2013 n'a pas encore été soumis.

11. Objectifs du SVN

Le Bénin demande un soutien pour les vaccins VPC13 et DTC-HépB-Hib en 2015, sans changement de présentation des vaccins.

Le PPAC 2014-2018 fournit le tableau ci-dessous des objectifs annuels de couverture vaccinale pour les différents antigènes pour les années à venir.

Antigènes	2014	2015	2016	2017	2018
BCG	98 %	98 %	99 %	99 %	99 %
VPO3	97%	97%	98%	98%	99%
DTC-HépB+Hib3	97 %	97 %	98 %	98 %	99 %
Antirougeoleux 1	90 %	90 %	92 %	92 %	94 %
VPC13_3	97 %	97 %	98 %	98 %	99 %
Anti-VPH3				50 %	70 %
Antirovirus					50 %
MenAfriVac: déploiement prévu pour une vaccination systématique			50 %	70 %	80 %
Antirougeoleux 2 (nourrissons de 15 à 23 mois)			50 %	70 %	80 %
Antiamaril	90 %	90 %	92 %	92 %	94 %
VAT2+	72 %	75 %	80 %	85 %	86 %

Les objectifs pour les antigènes restent les mêmes pour 2015, sauf celui de la troisième dose du VPC13 qui a été réduit à 90 % au lieu de 97 %, probablement du fait que les attentes antérieures avaient été trop hautes et ne correspondaient pas aux niveaux de performance.

Le pays a vacciné 345 793 enfants en 2013 avec la troisième dose du DTC-HépB-Hib (couverture administrative de 93 %) et l'objectif du Penta3 est de 384 117 enfants en 2015 (couverture administrative de 97 %). L'objectif 2015 représente une augmentation de 4 % par rapport à 2013, ce qui semble raisonnable. Le taux d'abandon attendu en 2015 est proche de 1 %, ce qui semble ambitieux. Le taux de perte prévu en 2015 est de 15 % (ce qui est la référence pour les flacons de 10 doses).

Le Bénin a vacciné 345 793 enfants avec la troisième dose du VPC13 (couverture de 93 %) en 2013 et en cible 356 397 (couverture de 90 %) en 2015. L'objectif 2015 représente une diminution de 3 % par rapport à 2012, ce qui paraît logique, comme indiqué ci-dessus. D'après l'analyse des stocks de GAVI, les objectifs de 2015 devront peut-être être révisés à la baisse.

Il est important de noter que le pays a prévu d'introduire la vaccination de routine antiméningococcique A et de lancer une mini campagne de rattrapage à partir de 2016.

Le Bénin a vacciné 323 483 enfants (couverture de 87 %) avec le vaccin anti-amaril en 2013 et vise 368 397 enfants en 2015 (couverture de 90 %). L'objectif 2015 représente une augmentation de 3% par rapport à 2012, ce qui semble raisonnable.

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

En ce qui concerne le pentavalent, il est recommandé d'envisager un report de la livraison prévue en septembre 2014, en concertation avec le pays. La décision doit être prise en compte pour le calcul final des doses pour 2015.

12. Financement et viabilité du PEV

Le Bénin fait partie du groupe de cofinancement à faible revenu. Le pays présente de bonnes performances en raison du paiement ponctuel de ses obligations de cofinancement et cofinance volontairement un nombre de doses plus élevé que celui attendu. Il a commencé le cofinancement obligatoire du vaccin anti-amaril en 2008 et des vaccins pentavalent et antipneumococcique en 2011. Il n'a jamais été en défaut de cofinancement. Le RSA a relevé des divergences dans les chiffres de cofinancement entre les tableaux 5.5 et 7.4. Dans le tableau 7.4, le pays a inclus le montant de la lettre de décision à la place du montant actuel. De plus, le nombre de doses que le pays a signalé avoir reçu en 2013 est supérieur à ce qui a été signalé par l'UNICEF.

Le Bénin démontre un degré d'engagement élevé pour garantir la pérennité financière du PEV. Le gouvernement finance la plupart des activités du PEV (vaccins traditionnels, personnel, frais d'investissement et de routine, etc.). En 2013, il a couvert 2,1 millions USD (15,5 %) sur des dépenses totales du PEV s'élevant à 13,7 millions USD, y compris les campagnes. Hormis les campagnes, le gouvernement participe au coût total de la vaccination à hauteur de 25 %. Le gouvernement a pris en charge tous les coûts des vaccins traditionnels et près de 10 % du coût des vaccins nouveaux et sous-utilisés. L'UNICEF et l'OMS apportent un soutien pour couvrir les autres coûts récurrents et les coûts importants des campagnes. Une analyse détaillée de la pérennité financière, avec les mesures recommandées, est incluse dans le PPAC 2014-2018.

Le Bénin est réputé pour son puissant leadership du PEV, sa gestion et ses résultats. Le pays fait de gros efforts pour renforcer davantage sa capacité interne et la chaîne du froid et pour créer un système robuste de gestion des données en prévision du processus prochain de sortie de l'éligibilité à venir.

13. Recommandations pour le renouvellement soumises à décision du HLRP

Thème	Recommandation
SNV	Renouvellement du pentavalent (10 doses, liquide) et de l'anti-amaril (10 doses, lyophilisé), comme requis, sans changement de présentation.
RSS	VPC (monodose, liquide) Renouvellement sans changement de présentation et avec des objectifs ajustés. Transfert de la première tranche de la subvention de RSS2 après éclaircissement des points RSS ci-dessous

14. Autres mesures recommandées attirées à l'attention du PEHN

Thème	Mesure	Responsable	Calendrier
Subvention RSS	Le pays doit expliquer l'incohérence entre l'utilisation des espèces en 2013 et les fonds reportés sur 2014 qui ne correspondent pas aux fonds décaissés par GAVI.	MS	Juillet 2014
SNV	Le pays doit éclaircir les plans pour les dépenses des fonds restants de la première subvention RSS reportés sur 2014 et les liens entre les activités en cours dans le pays et celles prévues dans le cadre de la deuxième subvention récemment approuvée.	MS	Juillet 2014
	Les objectifs du VPC doivent être ajustés en fonction de l'analyse des stocks par la méthodologie dite VIPA, qui tient compte des stocks au 31 décembre 2013, les résultats de 2014 et le plan d'expédition des vaccins 2014.	GAVI/VI	Août 2014
	Le pays est tenu d'expliquer l'augmentation continue du taux de perte.	MS	Août 2014
SNV	<p>Le pays doit justifier le stock en excès de vaccins pentavalent et le faible stock de VPC13 et anti-amaril pendant l'année.</p> <p>Le Bénin doit clarifier les incohérences des chiffres de cofinancement entre les tableaux 5.5 et 7.4 ainsi que la différence entre le nombre de doses signalées par le pays et ceux émis par l'UNICEF.</p> <p>Le pays a prévu d'introduire la vaccination de routine antiméningococcique A et de lancer des campagnes pour couvrir la cohorte non vaccinée à compter de 2016. Le pays doit tenir compte du calendrier de demande de SNV</p>	<p>MS</p> <p>GAVI/MS</p>	<p>Août 2014</p> <p>2014 à janvier 2015</p>
Clarifications financières	<p>Le pays est prié de fournir les éléments suivants :</p> <p>Rapport d'audit financier pour l'exercice fiscal 2013 concernant le RSS.</p> <p>Relevés de comptes pour chacune des subventions montrant le solde d'ouverture et le solde de clôture (la pièce jointe 23 ne peut pas être ouverte). En cas de financement mutualisé, le relevé bancaire doit être accompagné d'un état de réconciliation pour obtenir les soldes indiqués dans les états financiers de chaque subvention.</p> <p>Eclaircissements quant à la différence de 7 625 USD entre les dépenses dans l'état financier/le RSA et le tableau analytique présentant les dépenses par classification économique.</p> <p>Décrivez et donnez des explications pour justifier les grandes variations entre le budget du RSS tel qu'approuvé et tel qu'exécuté (chiffres réels).</p>	MS	Début septembre 2014