

Rapport de l'évaluation conjointe 2017

Pays	Benin
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	Mise à jour de l'évaluation conjointe 2016
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	20 au 22 juin 2017 à Cotonou
Participants/affiliation¹	Voir annexe N°13
Période couverte par les rapports de résultats	Janvier – Décembre 2016
Période fiscale²	Janvier – Décembre 2016
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2014-2018

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

1.1. Tableau N° 1 : Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande du soutien	Cible (population devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
Routine	Inactivated Polio Vaccine	2018	2018	321.178	NA	720 500 \$US
Routine	Yellow Fever Routine	2018	2018	334.130	55.500 \$US	274.500 \$US
Routine	Pneumococcal	2018	2018	345.353	222.500 \$US	3.535.500 \$US
Routine	Pentavalent (DTP-HepB-Hib)	2018	2018	345.353	215.500 \$US	667.000 \$US

Source : *Portail Gavi, 2017*

1.2. Tableau N°2 : Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin

1.3. Tableau N°3 : Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Montant total de la subvention RSS	\$US 8 374 702
Durée de la subvention RSS (de... à...)	5 ans (du 1 ^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2018)
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	2018
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)	2 501 008 USD ³

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

³ Voir détail du montant demandé dans le tableau N°13

1.4. Tableau N°4 : Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (CCEOP)

Montant total de la subvention CCEOP	\$US 4 280 551	
Durée de la subvention CCEOP (de... à...)	De 2018 à 2019	
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la CCEOP (tranche suivante) est demandé	2018	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la CCEOP	\$US 3 367 190	
Investissement conjoint du pays	Ressources du pays	\$US
	Ressources partenaires	\$US
	Ressources RSS Gavi⁴	\$US 913 351

1.5. Tableau N°5 : Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁵

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à GAVI	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
	RSSV (CEF)	2018	2019
Introduction de nouveau vaccin (Soutien GAVI)	Men A	2018	2019
Introduction de nouveau vaccin (Hors Soutien GAVI)	Hep 0	2018	2019
Introduction de nouveau vaccin (Soutien GAVI)	HPV (routine)	2018	2019
Introduction de nouveau vaccin (Soutien GAVI)	RR 2	2019	2020

⁴ Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

⁵ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

Le contexte macroéconomique du pays est caractérisé ces dernières années et surtout en 2017 par une conjoncture économique et une morosité financière (ratio budget secteur santé et budget général de l'état est de 4,58% selon l'annuaire des statistiques sanitaires nationales de 2016) avec à la clé une réduction des subventions accordées aux directions techniques y compris l'ANV-SSP et l'UCP/RSS toute chose pouvant mettre à mal l'indépendance vaccinale si la tendance est maintenue, et avec pour risque l'incapacité de l'agence à faire face aux dépenses de cofinancements à la veille de l'introduction de nouveaux vaccins et la soumission pour le renouvellement de la chaîne de froid. Le RSS a noté un gap de 200 millions FCFA entre le coût validé avec partenaires pour achat des vaccins et la subvention allouée par le budget national en 2017). En termes de financement du secteur, le FBR est une approche mise en œuvre depuis 2012 à titre pilote avec une mise à échelle à partir du 3ème trimestre 2015. De plus, la contrepartie béninoise dans la mise en œuvre du RSS n'a pas été libérée. Actuellement les partenaires ont annoncé la fin de leur financement pour cette approche (FBR fin juin 2017 pour la Banque Mondiale et le Fonds Mondial ; CTB septembre 2017 ; et GAVI, décembre 2018) créant ainsi une incertitude sur la poursuite de cette initiative.

Par rapport à la situation sanitaire du Bénin, elle est marquée par la faible réduction de la mortalité maternelle (315 décès pour 100000 naissances vivantes) et infanto-juvénile. Malgré tous les efforts, les maladies infectieuses persistent et représentent plus de 70% de la morbidité générale. L'enquête STEPS de 2015 a montré que 25,9% des béninois ont une pression artérielle élevée, 23,2% une surcharge pondérale et 12,4% de diabète). On note la menace persistante de flambées épidémiques (depuis 2016 des épisodes de fièvre à virus LASSA, les épidémies saisonnières de choléra, de méningite) et d'autres urgences ou catastrophes.

En ce qui concerne le contexte épidémiologique, il n'a pas notablement varié pour l'ensemble des pathologies et pour les trois maladies prioritaires (VIH, Tuberculose et Paludisme).

Malgré une couverture en infrastructures sanitaires satisfaisante, estimée à 88,3%, la faible accessibilité géographique et financière explique en partie le faible taux de fréquentation des formations sanitaires.

L'indice de capacité opérationnelle générale des services est de 63 % en 2015 contre 59% en 2013 (enquête SARA)

Le taux de fréquentation des formations sanitaires est faible (50,3% dont 56 % dans les formations sanitaires privées et 44 % pour les formations sanitaires publiques).

Par ailleurs le système de santé souffre de la pénurie des ressources humaines en quantité et en qualité : Ratio Médecins pour 1000 habitants 0, 16 (2016), ratio infirmières/sages-femmes pour 1000 habitants 0, 63 (2016).

Les prestations des services et des soins sont caractérisées par la fragmentation et la faible intégration qui diminuent l'efficacité et l'efficience du système des soins. Dans la dispensation des soins, le partenariat public et privé doit être développé davantage.

Depuis avril 2016 des changements importants sont intervenus au plan national, avec l'arrivée d'un nouveau gouvernement à la tête du pays ; Ce nouveau gouvernement s'est doté d'un plan d'action (PAG 2016-2021) qui a nécessité l'arrimage du PNDS. Une commission chargée des réformes dans le secteur a été également mise en place depuis la fin du 3ième trimestre 2016 dont le rapport est attendu pour la mise en œuvre des réformes. Sur le plan de l'organisation administrative le nombre de département est passé de six à douze ce qui a engendré la création de six nouvelles directions départementales de la santé.

3. PERFORMANCES DU SYSTÈME DE VACCINATION PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

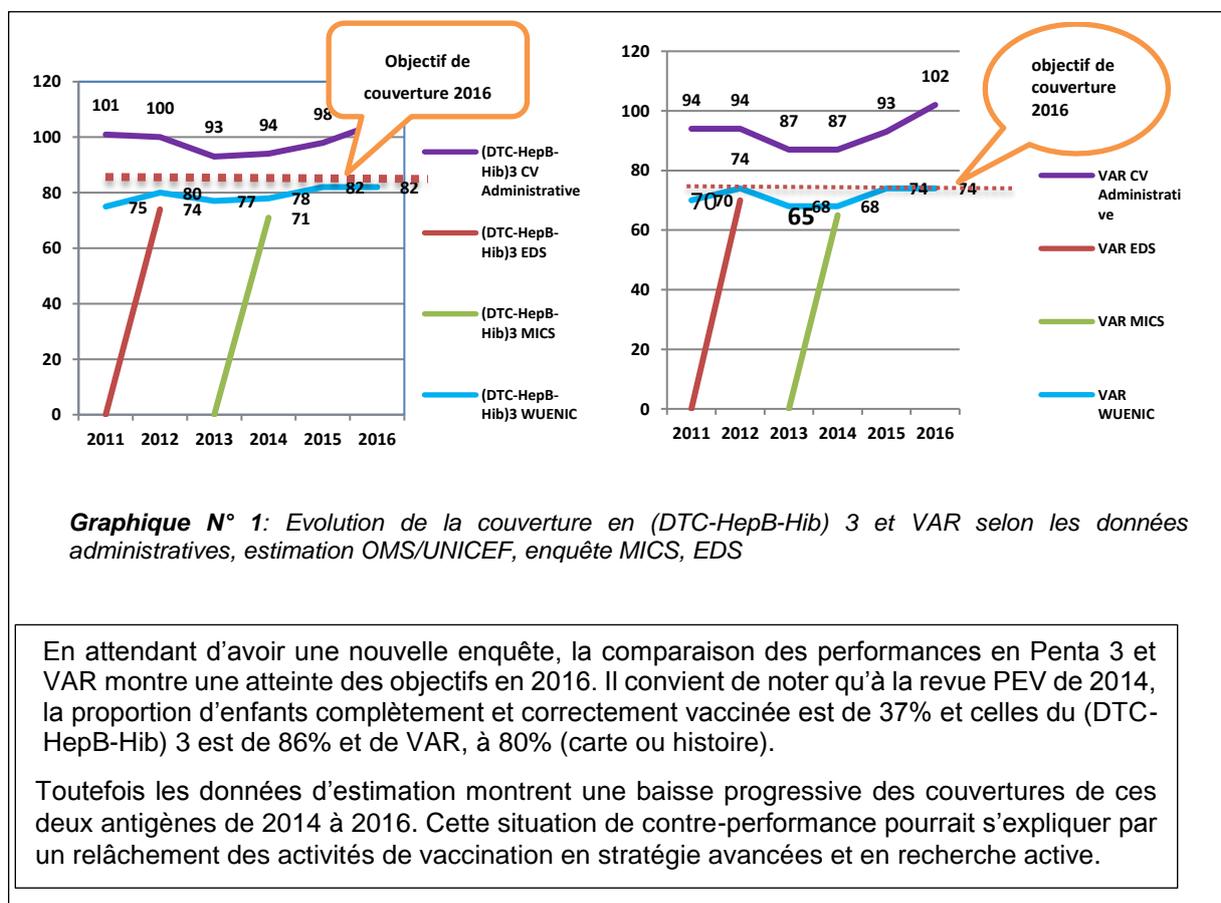
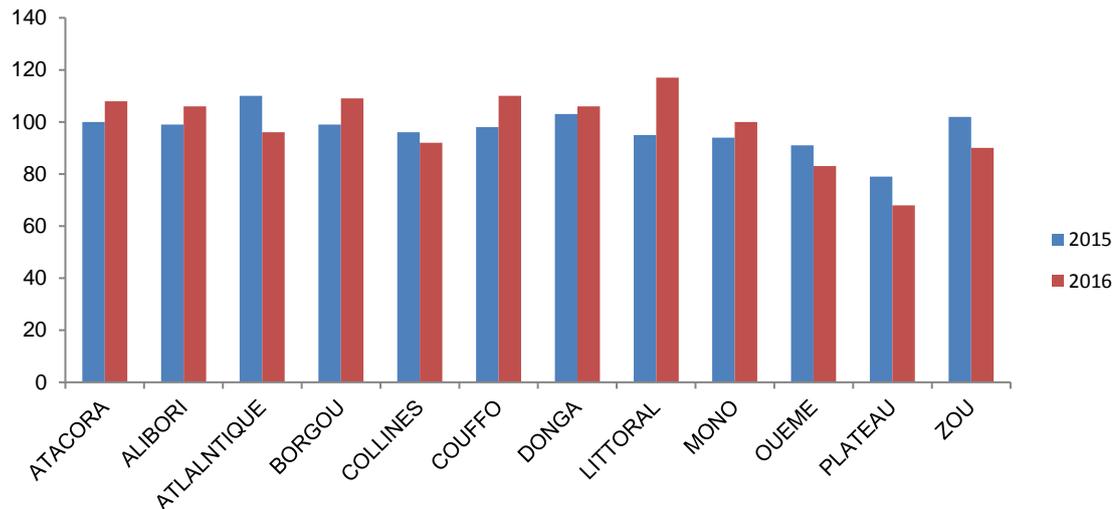


Tableau N°6 : Classification des communes ACD par catégorie.

Catégories	Nombre de communes	Liste des communes
Catégorie 1	62	ABOMEY, ABOMEY-CALAVI, ADJA-OUERE, ADJOHOUN, AGBANGNIZOUN, AKPRO-MISSERETE, ALLADA, APLAHOUE, ATHIEME, BANIKOARA, BANTE, BASSILA, BEMBEREKE, BONOU, BOPA, BOUKOUMBE, COBLY, COME, COPARGO, COVE, DASSA-ZOUME, DJAKOTOMEY, DOGBO, GLAZOUE, GOGOUNOU, GRAND-POPO, HOUYOGBE, IFANGNI, KALALE, KANDI, KARIMAMA, KEROU, KLOUEKANME, KOUANDE, KPOMASSE, LALO, LOKOSSA, MALANVILLE, MATERI, NATITINGOU, NDALI, NIKKI, OUAKE, OUESSE, OUINHI, PARAKOU, PEHUNCO, PERERE, SAVALOU, SAVE, SEGBANA, SINENDE, SO-AVA, TANGUIETA, TCHAOUROU, TOFFO, TORI-BOSSITO, TOVIKLIN, ZAGNANADO, ZA-KPOTA, ZE, ZOGBODOMEY
Catégorie 2	13	ADJARA, AVRANKOU, BOHICON, COTONOU, DANGBO, DJIDJA, DJOUGOU, KETOU, OUIDAH, POBE, PORTO-NOVO, SEME-KPODJI, TOUCOUNTOUNA
Catégorie 3	0	Néant
Catégorie 4	2	AGUEGUES, SAKETE

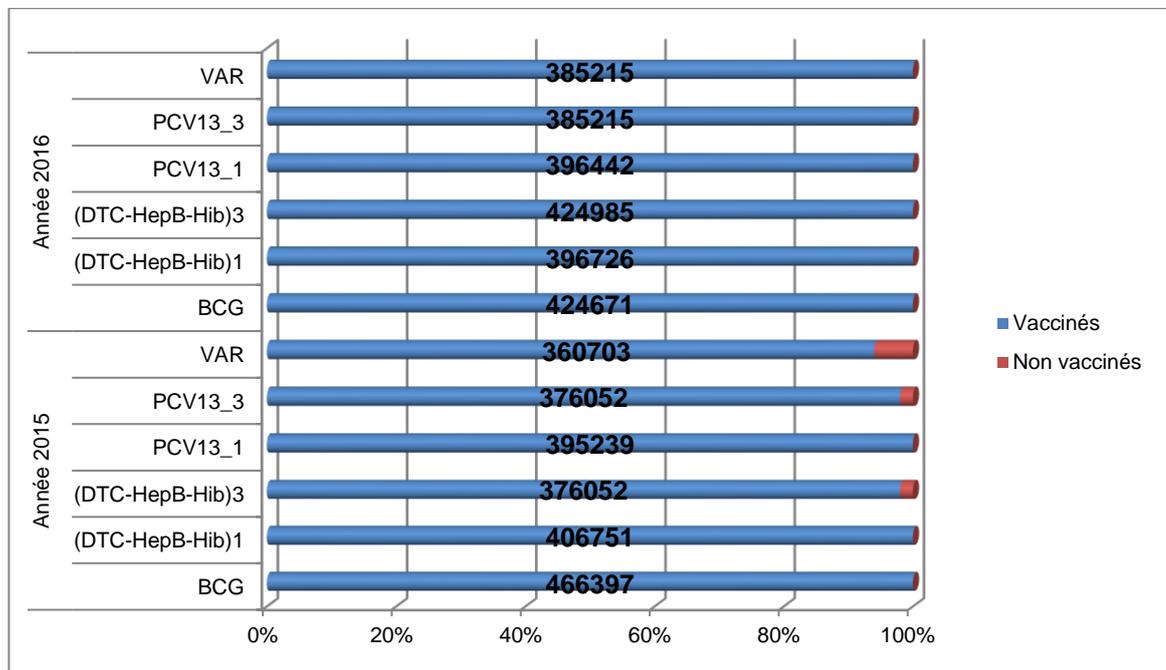
Source : ANV-SSP, 2016



Graphique N°2: Données de couverture vaccinale administrative en (DTC-HepB-Hib) 3 de 2015 et 2016 par départements au Bénin

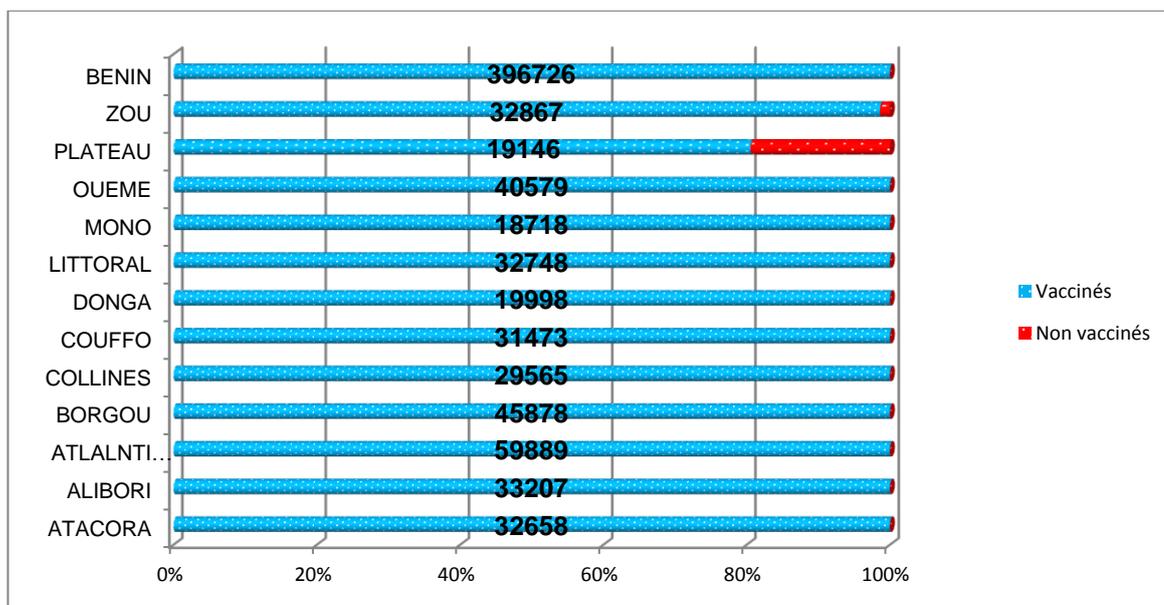
- Pour les deux cartes illustrant la couverture en VAR et le taux d'abandon en (DTC-HepB-Hib) 1 et (DTC-HepB-Hib) 3 au Bénin en 2016. **Confère annexe N°6**
- Pour les cartes illustrant l'évolution de la couverture en (DTC-HepB-Hib) 3 de 2012 à 2016 au Bénin **confère annexe N°7.**

Certaines communes sont restées contre performantes de 2012 à 2016. Il s'agit des communes de Kouandé, Sô-Ava, Toffo, Zè, Kpomassè, Toviklin, Lokossa, Bopa, Athiéomé, Adjohoun, Aguégoués, Dangbo, Kétou, Pobè, Sakété, Adja-Ouèrè; Ouinhi, Zogbodomey, Bantè. Ceci explique la contre-performance constatée chaque année.



Figures N°3: Nourrissons vaccinés en (DTC-HepB-Hib) 1 et 3, PCV13-1&3, VAR et en BCG en 2016 au Bénin

Le VPI depuis son introduction a connu beaucoup de rupture et surtout en 2016 et début 2017. La très faible complétude des données en VPI ne nous permet d'en sortir une courbe de suivi significative.



Graphique N°4: Enfants vaccinés et non vaccinés en (DTC-HepB-Hib) 3 par département en 2016 au Bénin

Par rapport à la performance du PEV, on note:

- Une chute de la couverture vaccinale pratiquement 20% en 2016 en ne considérant que les données officielles, ceci s'explique par l'inconstance et la variabilité des méthodologies d'estimation (augmentation couverture 98 à 105% données administratives) : ANV-SSP ;
- Le taux d'abandon (DTC-HepB-Hib) 1-(DTC-HepB-Hib) 3 est passé de 7% en 2015 à 17% en 2016 (données officielles) alors que la cible est 7% ;
- Données administratives 2016 : 5 communes (sur 77) ont une couverture comprise entre 50% et 79% en (DTC-HepB-Hib) 3 : Des réflexions sont en cours afin d'identifier des actions spécifiques pour inverser la contre-performance de ses communes.

Surveillance des maladies évitables par la vaccination

- **Surveillance de la rougeole**

Pour l'année 2016, trois cent vingt (320) cas suspects de rougeole ont été enregistrés dont quatre-vingt-neuf (89) confirmés par le laboratoire et par lien épidémiologique.

Deux foyers d'épidémie de rougeole ont été enregistrés en 2016, dans les communes de Boukoubé et de Copargo respectivement aux semaines 8 et 33.

La classification finale des cas dans les foyers se présente comme suit

Tableau N°7 : Classification finale des cas de rougeole selon l'âge dans les communes de Boukoubé et Copargo

Classification	Boukoubé			Copargo		
	0-1an	1-5ans	5ans +	0-1an	1-5ans	5ans +
Confirmé par labo	00	02	03	00	00	03
Confirmé par lien épid.	00	02	03	02	06	03
Ecarté	01	01	02	00	00	00
Cas compatible	00	00	00	00	00	00
Total	01	05	08	02	06	03

Source : SSE/ANV/MS, 2016

- Surveillance de la fièvre jaune

Répartition par département et classification de l'ensemble des cas suspects notifiés

Tableau N°8: Cas suspects de fièvre jaune en 2016 au Bénin et résultats du labo

Département	Cas suspects notifiés	IgM positive
Alibori	26	0
Atacora	29	0
Atlantique	24	0
Borgou	33	0
Collines	5	0
Couffo	8	0
Donga	7	0
Littoral	17	0
Mono	3	0
Ouémé	13	0
Plateau	5	0
Zou	2	0
Total notifiés	172	0

Source : SSE/ANV-SSP/MS, 2016

Tableau N°9: Indicateurs de surveillance de la fièvre jaune par département en 2016 au Bénin (nombre de prélèvements = 172).

Région	Districts ayant notifié au moins un cas suspect avec prélèvement de sanguin par an		% de prélèvement arrivé au labo en bon état (objectif >=90%)		Cas suspects investigués dans les 3 jours suivant la notification		Echantillon de sang reçu dans les 3 jours au Labo)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alibori	6	100%	23	88%	26	100%	26	100%
Atacora	9	100%	27	93%	26	90%	28	97%
Atlantique	7	88%	21	88%	23	96%	23	96%
Borgou	7	88%	32	97%	33	100%	32	97%
Collines	3	50%	5	100%	5	100%	5	100%
Couffo	3	50%	8	100%	8	100%	7	88%
Donga	3	75%	7	100%	7	100%	7	100%
Littoral	1	100%	13	76%	17	100%	16	94%
Mono	2	33%	3	100%	3	100%	3	100%
Ouémé	4	44%	12	92%	13	100%	13	100%
Plateau	2	40%	4	80%	5	100%	5	100%
Zou	1	11%	2	100%	2	100%	2	100%
Total Bénin	48	62%	157	91%	168	98%	167	97%

Source : SSE/ANV-SSP/MS

- Surveillance du tétanos néonatal

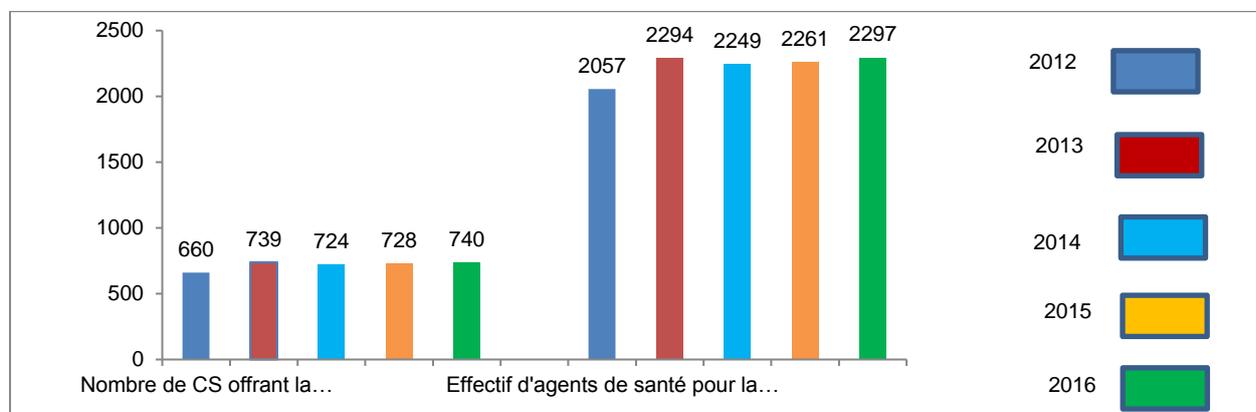
Tableau N°10: Répartition des cas de tétanos néonatal par commune en 2016 au Bénin

Communes	Nombres de cas 2016		Semaines épidémiologiques
	Cas	Décès	
Pobè	1	1	Sem 3
Nikki	1	1	Sem 24
Kouandé	1	0	Sem 28
Gogounou	1	0	Sem 36
Kandi	1	0	Sem 37
Adja-Ouèrè	1	1	Sem 38
Djougou	1	1	Sem 41
TOTAL	7	4	

Source : SSE/ANV-SSP/MS

3.2. Facteurs de faible performance/équité

Disponibilité et répartition du personnel sanitaire



Graphique N°5: Evolution du nombre de centres offrant la vaccination et de l'effectif d'agents impliqués dans la vaccination de 2012 à 2016 au Bénin

Il est à noter que de 2012 à 2016, le nombre de centre de santé offrant les services de vaccination ne cesse de s'accroître, de même que le nombre d'agents de sante offrant la vaccination. Toutefois, le personnel sanitaire qualifié est insuffisant, 6,5 agents qualifiés pour 10.000 habitants (annuaire statistique 2016) pour une cible de 25 pour 10.000 habitants (OMS).

Par ailleurs, le peu de personnel disponible est mal réparti sur le territoire national. Il existe d'autres déterminants de la faible performance tels que : i) les occasions manquées ; ii) l'inexistence ou la non fonctionnalité des réfrigérateurs dans certaines formations sanitaires ; iii) la faible implication du secteur privé dans la vaccination ; iv) l'irrégularité des séances de vaccination dans de nombreuses formations sanitaires de nos communes (seulement 32% des FS mènent la vaccination au quotidien et 38% de façon hebdomadaire) ; v) la faible motivation des mères et vi) la faible implication des élus locaux, OSC, et des leaders d'opinion dans les activités de vaccination.

Leadership, gouvernance et gestion des programmes

La coordination et le suivi-évaluation des activités du programme élargi de vaccination sont assurés par plusieurs instances que sont le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CNEEP), l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) à travers son Conseil d'Administration, le Groupe Technique de Travail (GTT) prestation des soins et les Organisations de la Société Civile (OSC). Le Comité National Consultatif pour la Vaccination et les Vaccins du Bénin, organe indépendant, a en charge de guider l'Autorité pour les prises de décision sur les politiques liées à la vaccination et à l'introduction de nouveaux vaccins. Cependant, le Leadership est encore insuffisant en ce qui concerne l'intégration et le suivi du secteur privé, les mécanismes de suivi évaluation et la coordination intra et intersectorielle. La conjugaison des efforts de ces différents organes permet d'améliorer les performances du PEV et de poursuivre une meilleure transparence dans la gestion des fonds GAVI. En termes de fonctionnement des organes de gestion il faut mentionner :

- ✓ L'irrégularité des réunions du CCIA en 2016 liée aux changements multiples des équipes dirigeantes (Cabinet et ANV-SSP) ;
- ✓ Le manque de visibilité des OSC sur le terrain lié à une insuffisance de financement pour couvrir la majorité des communes ciblées dans les activités de sensibilisation et la recherche des enfants perdus de vue.

Par ailleurs, il est important de noter qu'avec le démarrage du programme HPV, la revue de l'arrêté portant organisation, fonctionnement et composition du CCIA devra prendre en compte certaines nouvelles parties prenantes de l'Initiative telle que la DSME, l'UNFPA et les OSC pour les aspects de SRAJ (Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes)

Gestion des finances publiques

L'Etat Béninois, dans le cadre de l'initiative d'indépendance vaccinale, achète tous ses vaccins traditionnels depuis 1996 et contribue à l'acquisition des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés à travers le co-financement avec GAVI. Selon l'évolution du financement des vaccins du PEV de 2012 à 2016, le Bénin demeure fortement dépendant des subventions de GAVI (environ 90%) pour l'approvisionnement des vaccins sous-utilisés ou nouveaux vaccins.

Pour l'an 2016, le coût total du PEV de routine et des activités supplémentaires de vaccinations, Chaîne du froid et logistique s'élève à 7 049 626 769 francs CFA dont 6 905 160 768 francs CFA pour les partenaires et 144 466 001 par le Gouvernement du Bénin. (Source : soumission CCEOP Bénin 2017)

Génération de la demande/demande de vaccination

Au Bénin 98% des enfants reçoivent leur dose de BCG dès la naissance, cette performance régresse pour les autres vaccins du PEV au fur et à mesure que l'enfant tend vers son premier anniversaire. Ceci s'explique par les problèmes liés à la continuité des services de vaccination. Pour remédier à cette situation, des sensibilisations sont menées à l'endroit des parents sur l'importance de la vaccination. De même, une expérimentation de mobilisation de la communauté est en cours dans quatre zones sanitaires à travers cinq communes du pays. Elle est dénommée "Initiative Vaccination Décentralisée" (IVD). Elle met l'accent sur l'implication des mairies dans la sensibilisation des communautés sur les maladies cibles du PEV, le respect du calendrier vaccinal, la conservation du carnet et les avantages de la vaccination. Des contrats sont établis par ces communes avec des radios de proximité pour la diffusion de micro programmes et des spots sur la vaccination. C'est une stratégie qui vise l'ACD voire l'ACE sous le leadership de la communauté. Les stratégies avancées sont planifiées entre les services de santé et les élus locaux, tout ceci pour augmenter la demande de la vaccination au sein des communautés.

Selon le sexe

Les différents résultats d'enquêtes disponibles révèlent qu'il n'existe aucune différence significative entre les filles et les garçons en matière de vaccination au Bénin. (EDS 2011-2012, Revue Externe du PEV 2014).

Selon les conditions socio- économiques

L'EDS 4 a montré des différences importantes (27%) entre les quintiles de bien-être économique le plus élevé et le plus bas pour le taux de couverture (Penta/PCV13)3.

Selon la localisation géographique

En matière d'équité, les enquêtes récentes n'ont pas mis en évidence de différence sexo-spécifique, par contre, les iniquités géographiques socioéconomiques et liées au niveau d'éducation des mères sont réelles. Ainsi, le nombre d'enfant vacciné pour le Penta3 varie de 61,6% dans le Borgou à 84,6% dans le Littoral. Un enfant issu du quintile le plus riche a plus d'une chance et demi de recevoir le Penta qu'un enfant de quintile le plus pauvre (88,8% versus 59,8%). De même, si presque tous les enfants des mères ayant un niveau secondaire 2 et plus sont vaccinés, ils sont moins de 70% chez les mères n'ayant aucune instruction

Pour améliorer la couverture équitable des interventions, le Pays envisage de mener un processus d'analyse et de planification basé sur l'équité. Une revue documentaire étendue sera réalisée au niveau national afin d'identifier les zones sanitaires prioritaires (à faible performance ou ayant un nombre absolu élevé d'enfants non-vaccinés). Au décours de cette phase nationale, des revues seront conduites au niveau des districts identifiés pour cerner les communautés peu ou pas desservies ainsi que les goulots d'étranglement limitant la couverture effective des interventions au niveau du système de santé. Une analyse causale impliquant tous les acteurs et surtout les représentants des communautés permettra d'identifier les causes profondes des goulots et du faible accès de ces communautés aux services de vaccination. Des solutions seront proposées, priorisées, puis intégrées aux planifications opérationnelles. Ce processus permettra de construire un profil d'équité pour le pays et d'élaborer un cadre de suivi des progrès pour l'atteinte d'une couverture vaccinale équitable

L'analyse croisée des données administratives et d'enquêtes de 2012 à 2016 selon différents critères (Faible couverture vaccinale sur 4 ans, taux d'abandon) pour le VAR et le DTC-HepB-Hib a permis d'identifier 10 communes prioritaires. (Confère tableau N°6 en annexe). Cette liste sera affinée à l'issue de l'évaluation de l'équité en immunisation.

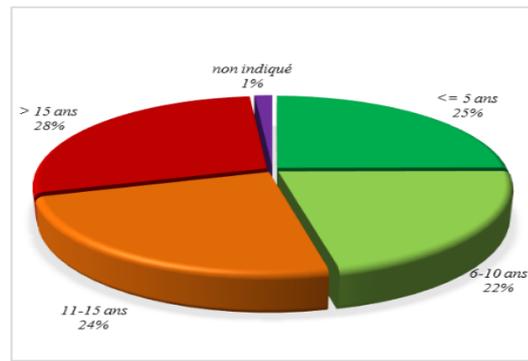
Chaîne de froid et logistique

L'évaluation de la Gestion Efficace de Vaccins (GEV) de 2012 a montré que des critères devraient particulièrement faire l'objet d'attention en raison des faibles scores enregistrés à tous les niveaux notamment : la maintenance, la distribution et le système d'information et de gestion. A l'issue de cette évaluation, un plan d'amélioration a été développé. La mise en œuvre de ce plan a permis entre autres au pays de :

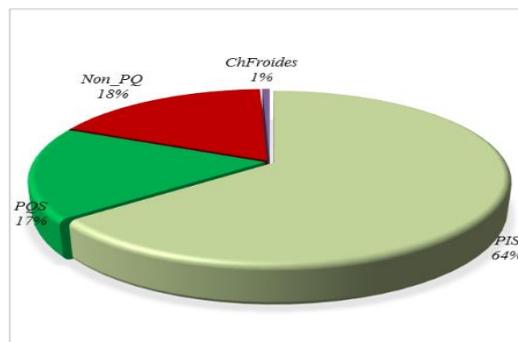
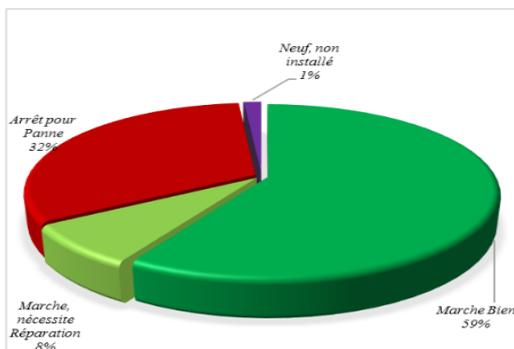
- ✓ Renforcer les capacités de stockage en vaccin au niveau central (en se dotant de 4 chambres froides positives de volume brut total de 160 m³ et une chambre froide négative) et intermédiaire (4 dépôts dotées de chambre froide et 2 en cours d'installation),
- ✓ Rénover la chaîne de transport avec de nouveaux véhicules de distribution,
- ✓ Implémenter l'utilisation des enregistreurs continus de température dans tous les sites de stockage de vaccins du pays ;
- ✓ Se lancer dans un processus de « redesign » de sa chaîne d'approvisionnement au niveau opérationnel à travers le déploiement d'un système logistique optimisé (SLO) basé sur un modèle « push ». Actuellement 16 zones sanitaires sur les 34 sont impliquées dans ce nouveau système de distribution. Dans les zones sanitaires mettant en œuvre cette initiative, il a été noté un impact positif sur :
 - Actuellement le DSLO, dont les bénéfices sur la chaîne d'approvisionnement des vaccins n'est plus à démontrer, est soutenu par l'UNICEF (7 zones sanitaires), l'AMP (5 zones sanitaires), le RSS/GAVI (2 zones sanitaires) et l'ANV-SSP (2 zones sanitaires). Le pays s'emploie dans la mobilisation des ressources pour l'extension de ce système de distribution sur l'ensemble des 34 zones sanitaires d'ici 2022.
 - Au premier trimestre 2017, le niveau d'exécution physique du plan d'évaluation GEV était estimé à 96%.
 - En outre, une évaluation GEV de suivi réalisée en 2014 lors de la revue externe du PEV avec le concours de l'AMP et de l'UNICEF a montré, en dépit des améliorations par rapport à 2012, la persistance d'insuffisances dans les critères suivants :
 - E5 Maintenance : 52% au niveau central, 41% au niveau intermédiaire et 41% au niveau périphérique,
 - E7 Distribution : 61% au niveau central, 20% au niveau intermédiaire et 24% au niveau périphérique
 - E9 Système d'Information et de Gestion (SIG), fonction d'appui : 60% au niveau central, 19% au niveau intermédiaire et 38% au niveau périphérique.
 - Par ailleurs, le pays prévoit d'organiser une nouvelle évaluation GEV en Août 2017 pour apprécier la qualité de sa chaîne d'approvisionnement en vaccin.

En 2016, un inventaire exhaustif des équipements de la chaîne du froid (ECF) a montré que sur 1 525 équipements répertoriés, 270 réfrigérateurs utilisés sont non pré-qualifiés (domestiques) et 868 réfrigérateurs sont à absorption. D'autre part, 52% des équipements inventoriés ont plus de 10 ans et dans les 5 ans à venir, la chaîne du froid du PEV se retrouvera avec plus de 70% d'équipements de son parc dans un état d'obsolescence. A l'issue de cet inventaire, un plan de réhabilitation sur la période 2017-2022 a été élaboré et le besoin de renouvellement en ECF a été évalué à 1082 équipements (1017 réfrigérateurs et 65 congélateurs). Ces besoins ont amené le pays à soumettre un dossier à travers la plateforme de GAVI pour le renouvellement des équipements de la chaîne de froid (CCEOP) en juin 2017.

- ECF fonctionnels : 894 soit 58%.
- ECF agréés PQS : 263 soit 17%
- ECF non PQS : 1 253 soit 82%
- ECF obsolètes : 795 soit 52%



Graphique N°6 : Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'âge en 2016 (n = 1 525)



Graphique N°7: Répartition des équipements de chaîne de froid du PEV selon l'état de fonctionnalité en 2016 (n = 1 525)

A tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, la maintenance est insuffisante (manque de formation du personnel en maintenance préventive, des ruptures prolongées et répétées en pièces de rechange, des pannes prolongées dues au manque de techniciens qualifiés). A cet effet, un plan de maintenance des ECF couvrant la période 2017-2022 a été élaboré par l'ANV-SSP en collaboration avec la Direction des Infrastructures, Equipements et de la Maintenance (DIEM) du Ministère de la Santé. Le plan dont le financement est assuré par le ministère de la santé et ses partenaires (Unicef, AMP, RSS/GAVI) prend en compte la mise en place de procédures opératoires standardisés, le renforcement de capacité, et le suivi-évaluation de la maintenance.

Par ailleurs, des ruptures de vaccins ont été enregistrées en 2016 notamment en VPI et en VAA. Pour le VPI, le délai de livraison n'a pas été respecté par la division approvisionnement de l'UNICEF à Copenhague. Cette situation était liée au déficit global de stock de VPI et le Pays en a été préalablement informé. La rupture des stocks sur le VPI a duré d'Octobre 2016 à Avril 2017 ; ceci n'a pas permis d'organiser un rattrapage des cibles en 2016. Toutefois, en 2017, les activités liées notamment à la Semaine africaine de vaccination, aux Semaines de Survies de l'Enfant et aux rattrapages vaccinaux localisés permettront de rattrape, en fonction des stocks disponibles les enfants non-vaccinés au premier quadrimestre de l'année. Pour la fièvre jaune, les stocks disponibles pour 2016 au niveau global ont été mobilisés pour faire face à l'épidémie de fièvre jaune en Ouganda et au Congo.

Autres aspects critiques

Gestion des ressources humaines

Pour la gestion des activités de vaccination et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination, il existe du personnel disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce personnel a bénéficié par endroits du renforcement de compétence sur la gestion du PEV et la logistique vaccinale avec des financements du budget national et des partenaires (AMP, GAVI, UNICEF)

Toutefois, des besoins de renforcement de capacités du personnel au niveau opérationnel pour la gestion du PEV sont toujours requis en raison de la proportion importante de nouveaux agents chargés de mettre en œuvre la vaccination, de l'absence d'une formation initiale adaptée aux besoins du terrain, d'une formation continue non systématique, non intégrée et très dépendante des programmes de santé.

GAVI en collaboration avec d'autres partenaires (Banque Mondiale, UNICEF, CTB, Fonds Mondial) met en œuvre le FBR pour, entre autres, motiver les agents de santé dans toutes les zones sanitaires à travers les prestations, renforcer le système de santé et particulièrement le système de vaccination.

Des opportunités de formation telles que les cours Mid Level Management (MLM), Master International en Vaccinologie Appliquée (MIVA), Licence Professionnelle en Logistique de Santé (Centre LOGIVAC Bénin) sont à saisir pour corriger les insuffisances suscitées.

L'appui de GAVI à la politique nationale de gestion des RHS est nécessaire pour le renforcement des capacités (Formations/recyclages, participation aux ateliers régionaux et internationaux, stages de courtes durées) mais aussi pour l'assistance technique aux communes/zones à faible couverture vaccinale.

C4D : Communication pour le développement

Le plan stratégique de communication (PSC) pour la vaccination de routine est disponible. Il est conçu à partir des insuffisances relevées par la revue externe 2014 qui portent sur les aspects suivants : l'implication des COGEC, des élus locaux, des organisations de la société civile (OSC), le partenariat avec les mass médias, la sensibilisation des mères pour la conservation des carnets de vaccination et la connaissance des maladies évitables par la vaccination au niveau des parents. Il a pris en compte les bonnes pratiques familiales essentielles en matière de la survie de l'enfance. Ce plan est en exécution à titre pilote dans les zones sanitaires de Cotonou1 et 4 et Kérou-Kouandé-Péhunco.

La stratégie 'Initiative Vaccination Décentralisée' (IVD) basée sur la communication pour le développement (C4D) est en cours d'expérimentation dans quatre zones sanitaires à travers cinq communes (Cotonou, Abomey-Calavi, Sô-Ava, Savalou et Bantè). Elle met l'accent sur la planification conjointe des élus locaux, des agents de santé et des communautés pour les activités de vaccination (stratégies avancées, sensibilisations, plaidoyers, contrats de partenariat avec les radios de proximité). La finalité de la stratégie est d'augmenter la demande de la vaccination au sein des communautés.

3.3. Données

La qualité des données reste un des maillons le plus faible des composantes du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). En effet, en 2015 le nombre d'enfants ayant reçus le Penta3 a fait l'objet d'évaluation lors de l'enquête SARA et les résultats obtenus se présentent comme il suit :

- ✓ **Promptitude dans le rapportage** : elle est en dessous de 50% et demeure un défi majeur ;
- ✓ **Complétude des rapports** : le taux de rapportage des établissements de santé vers les zones sanitaires est de 97% avec des disparités à lever pour l'utilisation des données ;
- ✓ **Consistance interne des données rapportées** :
 - a. **La précision dans le rapportage**: La proportion des zones sanitaires qui rapportent des données aberrantes est de 21%.
 - b. **Consistance dans le temps** : la comparaison des données pour différentes années montrent une courbe en dents de scie très accentuée pour bon nombre de zones sanitaires, cela traduit une absence de cohérence des données dans le temps.
- ✓ **Consistance externe des données** :
 - a. **Comparaison avec d'autres sources** : La comparaison des données de routine avec celles issues de différentes enquêtes (EDS4, MICS, Revue PEV 2014, SARA) montre des écarts relativement importants. Ainsi dans le cadre de l'enquête SARA les données de routine sont une 1,5 fois supérieures aux données calculées. Ceci révèle une surestimation des statistiques officielles.
 - b. **Cohérence des dénominateurs** : des super taux sont enregistrés pour les couvertures vaccinales, ce qui indique des problèmes d'estimations des dénominateurs ;
- ✓ **Utilisation des données pour l'action** : on note également une faible utilisation des données collectées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Face à ce tableau peu reluisant pour la qualité des données un certain nombre d'actions sont envisagées au nombre desquelles on peut citer :

- ✓ L'actualisation du plan de renforcement du SNIGS courant aout 2017 ;
- ✓ La finalisation et la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV ;
- ✓ La tenue trimestrielle de séances de validation des données de vaccination à divers niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Le suivi des enquêtes (EDS, MICS, RGPH, etc.) de population notamment l'EDS 2017 ;
- ✓ L'institutionnalisation du DHIS comme outil unique de gestion du SNIGS.

Le plan de renforcement de la qualité des données du PEV a prévu dans sa mise en œuvre l'utilisation du DHIS2 comme seule plateforme pour la production des données du PEV. Le DVDMT y sera donc intégré. Cette activité ainsi que la formation des responsables PEV des communes et leur dotation en matériels informatiques et de connexion sera réalisée en 2018 dans le cadre de la mise en œuvre de l'objectif N°3 du RSS GAVI.

Un recensement des cibles sera organisé dans quelques zones où les activités communautaires sont mises en œuvre afin de procéder à des estimations pour définir des coefficients correcteurs. Des enquêtes ponctuelles de couverture vaccinale suivant la méthodologie OMS seront également organisées en vue de valider les estimations réalisées. Ces deux activités permettront entre autres de corriger les super taux enregistrés et les écarts entre les couvertures administratives et celles d'enquête.

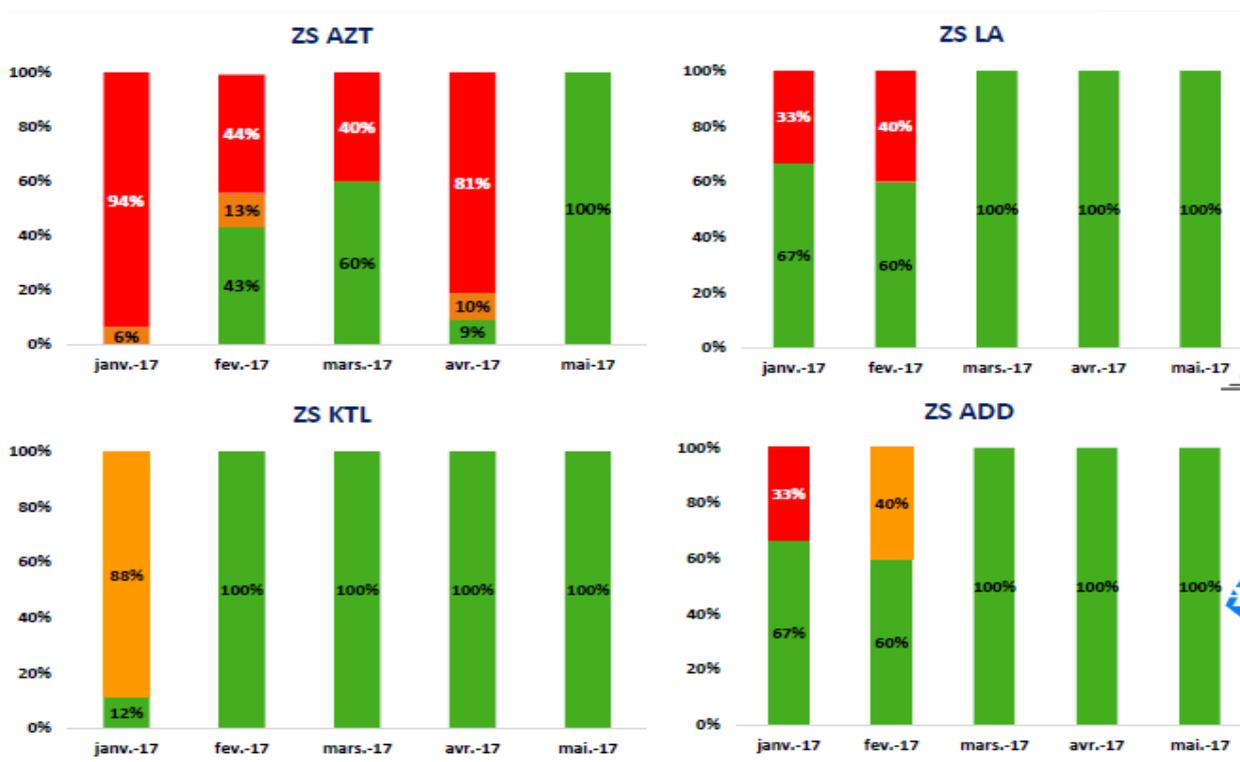
Les DQS seront également utilisés comme un outil de renforcement de la qualité des données au niveau local. A ce jour, les DQS ne sont pas organisées systématiquement et de façon régulière (chaque semestre) dans toutes les communes. Dans les communes qui l'organisent, ces exercices aboutissent à l'élaboration de plans locaux d'amélioration de la qualité des données. L'ANV-SSP accompagnera l'ensemble des 34 zones sanitaires à réaliser l'exercice dans le cadre du Plan de travail 2018.

En ce qui concerne la revue documentaire (desk review), la DPP organise une validation des données du SNIGS y compris celles du PEV, à l'issue de laquelle l'annuaire des statistiques est élaboré. Toutefois cette validation devra être améliorée techniquement et mieux documentée pour répondre aux exigences d'une revue documentaire de qualité. Dans ce cadre, il est envisagé le besoin d'une assistance technique de GAVI.

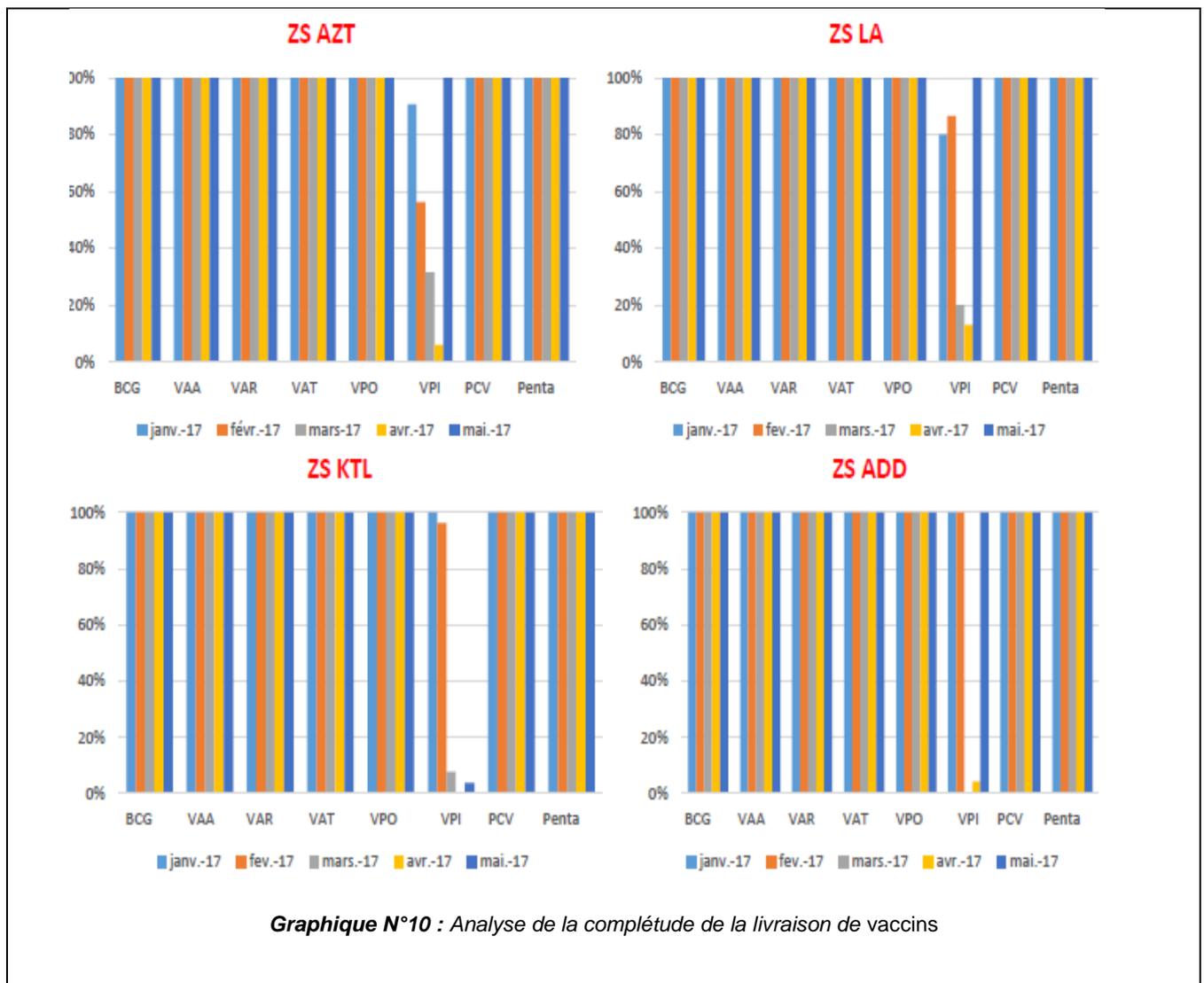
L'enquête SARA est prévue pour être financée conjointement par GAVI et Fonds Mondial sous la conduite de la DPP en décembre 2017 et janvier 2018. Elle intégrera les indicateurs du PEV et un module de satisfaction des usagers des formations sanitaires.

Le plaidoyer et la mobilisation des partenaires techniques et financiers de la vaccination se poursuivront pour sauvegarder les acquis de l'expérience VaxTrac (mise en œuvre dans les zones sanitaires de Porto-Novo, Agouégués Sèmè-Kpodji et Djougou-Ouaké-Copargo, Allada-Toffo-Zè) en vue de la numérisation prochaine des données de vaccination.

Une des innovations dans la gestion des données est la mise en place d'un système informatisé d'information Logistique (SIIL) dans les zones sanitaires mettant en œuvre le Système Logistique Optimisé (SLO). Le SIIL est un système électronique de la gestion de l'information logistique spécialement conçue pour les produits de santé. Il permet de suivre un certain nombre d'indicateurs logistiques qui peuvent être consultés à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement (complétude de livraison aux formations sanitaires par rapport à leur besoin, intervalle de temps entre deux livraisons de vaccins, rupture de stock, alarme signalée par l'enregistreur de température). Actuellement, le SIIL n'est mis en œuvre que dans 11 zones sanitaires et son extension se fera en fonction de l'évolution du DSLO. Les graphiques ci-dessous montrent quelques indicateurs générés par le SIIL dans 4 zones sanitaires du pays.



Graphique N° 9: Analyse de l'intervalle entre 2 livraisons de vaccin



3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

La coordination et le suivi-évaluation des activités du programme élargi de vaccination sont assurés par plusieurs instances que sont le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CNEEP). L'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) à travers son Conseil d'Administration, le Groupe Technique de Travail (GTT), les acteurs du niveau opérationnel (centres de santé publics et privés) assurent les prestations des soins et services avec l'appui des Organisations de la Société Civile (OSC). Le Comité National Consultatif pour la Vaccination et les Vaccins du Bénin, organe indépendant, a en charge de guider l'Autorité pour les prises de décision sur les politiques liées à la vaccination et à l'introduction de nouveaux vaccins. Cependant, le Leadership est encore insuffisant en ce qui concerne l'intégration et le suivi du secteur privé, les mécanismes de suivi évaluation et la coordination intra et intersectorielle.

Il faut mentionner en dehors des financements GAVI, l'existence d'autres donateurs comme l'UNICEF, l'OMS, l'AMP, le projet RAVIN, ROTARY l'UNFPA dans le cadre de HPV. qui apportent un appui technique et financier à la vaccination. Il convient de noter l'implication des Centres de Promotion Sociale (CPS), les mairies, le secteur de l'éducation dans la communication liée aux campagnes de vaccination au niveau opérationnel.

La conjugaison des efforts de ces différents organes permet d'améliorer les performances du PEV et de poursuivre une meilleure transparence dans la gestion des fonds GAVI.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

4.1. Performance programmatique

-4.1.1 ANVSSP

Niveau d'exécution des activités programmées en 2016 (voir en annexe bilan PITA 2016 /ANV/SSP/GAVI)

Sur 9 activités prévues, 9 sont réalisées sur subvention GAVI soit 100 %

Les subventions successives de GAVI dans l'achat de certains vaccins, et l'acquisition de nombreux équipement de chaîne de froid ont conduit à une amélioration de la chaîne logistique d'approvisionnement depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Deux zones sanitaires de faible performance en PEV Sakété et Ifangni et Tchaourou bénéficient de l'appui de GAVI, autant pour les aspects FBR mais aussi pour le redéploiement du système logistique optimisé, toute chose à moyen terme qui pourra améliorer les performances de ces deux zones

Au regard des performances sus mentionnées, l'assistance de GAVI dans l'amélioration de la performance du programme global de vaccination n'est plus à démontrer. Grâce à cet appui, lesdites performances n'auraient été une réalité. (**Confère annexe 7, carte N°6**) comparés à l'année 2015.

Entre autres innovations : il y a eu l'introduction du HPV dans le programme de Vaccination au Bénin.

Conclue entre le Gouvernement Béninois, GAVI, UNFPA, OMS et UNICEF, il s'agit d'une initiative régionale pour la prévention des cancers génitaux chez la femme.

Le point de la phase de démonstration se présente comme suit :

La phase précampagne caractérisée par :

L'orientation des agences parties prenantes :

L'élaboration du plan de communication pour l'année 1 et 2 sur financement de l'UNICEF avec la collaboration technique de l'UNFPA et l'OMS, l'ANVSSP et des autres acteurs de la partie nationale

La formation des acteurs sanitaires, des enseignants et des élus locaux sur la communication de crise.

La dotation en vaccin par GAVI pour les années 1 et 2

La Campagne proprement dite marquée par :

L'administration de la 1^{ère} dose de vaccin 2016 du 24 au 26 mai 2016 dans deux Zones sanitaires composées de 5 communes Abomey-Calavi, Sô ava (Zone sanitaire ASA), Djougou, Ouaké, Copargo (Zone sanitaire DCO) à travers une stratégie mixte combinant la stratégie fixe au niveau des formations sanitaires et la stratégie avancée dans les écoles et en communautés (les lieux de culte et tout autre lieu public). Les résultats sont globalement satisfaisants avec une bonne acceptation par les parents et les fillettes et une bonne couverture vaccinale 92% dans les deux ZS soit 89% à AB SO AVA et 96% à DCO comité d'éthique

L'administration de la 2^{ème} dose de vaccin aux fillettes s'est déroulée du 13 Février au 12 Mars 2017 dans les 5 communes Abomey-Calavi, Sô ava, Djougou, Ouaké, Copargo au moment de la vaccination des enfants pour les autres antigènes de routine. Rapportés aux fillettes vaccinées lors de la 1^{ère} administration, les résultats obtenus sont un peu au-dessous de ceux du premier passage : 74% à ASA et 88% à DCO. Cette baisse de performance pourrait s'expliquer par la non utilisation de la stratégie mixte initialement mise en œuvre lors de la première dose.

Tableau N°11: Résultats du premier passage (dose1) campagne HPV dans les Zones sanitaires

Zones sanitaires	Nbre de filles dénombré	Nombre de fillettes vaccinés Dose 1	Nombre de fillettes vaccinés Dose 2	Couverture vaccinale 1	Couverture vaccinale 2
Abomey calavi /Sô ava	9021	8054	5955	89%	74%
Djougou-Ouaké Copargo	5400	5169	4537	96%	88%
Total	14421	13223	10492	92%	79, 34%

Source : ANV-SSP, 2016

Prochaines étapes :

- ✓ Poursuite de la campagne avec une 2eme cohorte de fillette en 2017 pour établir un plan de passage à l'échelle afin de vacciner toutes les fillettes dès 9 ans au Bénin contre le cancer du col.
- ✓ Constitution d'une barrière contre cette affection et espérer des générations immunisées contre le HPV afin que cesse les décès des femmes pour cause du cancer du col de l'utérus.
- ✓ Définition des services à intégrer pour la santé des adolescents. La planification des interventions appropriées aux Adoléscentes résultera d'une Etude d'état des lieux et définition des axes stratégiques adéquats à intégrer au volet SRAJ du programme avec l'assistance technique de l'UNFPA et GAVI.
- ✓ Elaboration d'une stratégie de prévention des cancers du col de l'Utérus pour le pays.

Tableau N° 12 : Chronogramme de la 2ème année de mise en œuvre

Activités	Période Prévue
Etat des lieux et définition des interventions SRAJ	Juillet- Septembre 2017
Administration de la 1ère dose de vaccination (2eme Cohorte)	17 au 19 Octobre 2017
Sessions de rattrapage	20 au 21 Octobre 2017
Administration de la 2ème dose	15 au 18 mai 2018
Sessions de rattrapage	19 au 20 Mai 2018
Analyse du coût	Octobre 2017- Mai 2018
Enquête de couverture vaccinale	Juillet 2018
Revue, Evaluations & Plans pour mise à l'échelle	Juillet – Novembre 2018

Source : ANV-SSP, 2017

4.1.2 : RSS**4.1.2.1 : Bilan PTA 2016 (voir annexe 4)****4.1.2.2 Etat de mise en œuvre du cadre de performance****a) Réalisation du cadre de performance en 2016**

	indicateurs	Cibles atteintes	Cible non atteintes	Observations
Offre de soins	Not Applicable			RAS
Personnels de santé et communautaires	Not Applicable			RAS
Gestion chaîne d'approvisionnement et achats	3	3 non-applicable en 2016		RAS
Système information sanitaire	3	1	1 non applicable en 2016, 1 non disponible	DQR non réalisé faute ANO
Communauté et autres acteurs locaux	Not Applicable			RAS
Politique et gouvernance	Not Applicable			RAS
Financement de la santé	2	1	1 (décaissement Fonds FBR pour relais communautaire : 0%)	Pas de décaissement du fonds FBR destiné au relais communautaire du faite d'absence de consensus sur les indicateurs de relais à acheter dans le cadre de la nouvelle stratégie de santé communautaire au Bénin

Gestion des programmes	Not Applicable			RAS
Tous les indicateurs RSS sur mesure	8	2	1 non atteints (FBR), 1 non disponible, 4 non applicables en 2016	

b. Evolution de la mise en œuvre du cadre de performance de 2014 à 2016

Niveau	indicateurs atteignant les cibles		
	2014	2015	2016
<i>Résultat</i>	6 indicateurs sans cible 3 indicateurs non rapportés	4 indicateurs atteignent les cibles 1 indicateur n'atteint pas les cibles 1 indicateur sans cible 3 indicateurs non rapportés	4 indicateurs atteignent les cibles 1 indicateur n'atteint pas les cibles 1 indicateur sans cible 3 indicateurs non rapportés
<i>Resultat intermédiaire</i>	3 indicateurs n'atteignent pas les cibles 1 indicateur sans cible 8 indicateurs non rapportés 1 indicateur N/A	2 indicateurs atteignent les cibles 2 indicateurs n'atteignent pas les cibles 8 indicateurs sans cibles 1 indicateur N/A	3 indicateurs atteignent les cibles 3 indicateurs n'atteignent pas les cibles 1 indicateur sans cible 1 indicateur non rapporté 5 indicateurs N/A
<i>Ensemble</i>	3 indicateurs n'atteignent pas les cibles 7 indicateurs sans cible 11 indicateurs non rapportés 1 indicateur N/A	6 indicateurs atteignent les cibles 3 indicateurs n'atteignent pas les cibles 1 indicateur sans cible 11 indicateurs non rapportés 1 indicateur N/A	7 indicateurs atteignent les cibles 4 indicateurs n'atteignent pas les cibles 2 indicateurs sans cible 4 indicateurs non rapportés 5 indicateurs N/A

Rapportage dans le cadre de performance s'améliore au fil du temps
Performance reste à peu près stable entre 2015 et 2016, peut s'améliorer
Résultat de l'évaluation FBR dans les ZS appuyées par GAV (Voir annexe 2)

4.2. Performances financières des subventions (telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

4.2.1 ANV-SSP

4.2.2 Soutien au Renforcement du Système de Santé (RSS)

✓ Dépenses réelles par rapport aux coûts financiers prévus

- Tableau récapitulatif des recettes et des dépenses - **RSS GAVI BENIN (voir annexe N°3)**
- Tableau récapitulatif des recettes et des dépenses – **ANVSSP BENIN (voir annexe N°5)**

✓ Performance de l'utilisation des subventions en espèces et insuffisance des ressources financières

La soumission a été déclinée par l'UCP en plan annuel de travail assorti d'un budget validé et approuvé par le CCIA. Les différentes requêtes entrant dans le cadre de la mise en œuvre du plan annuel requièrent l'avis de non objection de l'OMS. Des rapports trimestriels de mise en œuvre sont élaborés et une revue semestrielle de l'exécution du plan de travail est organisée.

Taux d'exécution financière sur RSS 1 : 99,99 % au 31 décembre 2016

Taux d'exécution financière sur RSS 2 : 85 % au 31 décembre 2016

Taux d'exécution financière sur RSS 2 : 95% au premier trimestre 2017

Au 30 juin 2017, la situation financière de la subvention RSS GAVI se présente comme suit

Tableau N°13 : Point financier de l'utilisation des ressources GAVI

N°	Rubriques	Montant en USD	Montant en CFA
1	Montant prévu de 2014 à 2017	6 787 047	3 393 523 500
2	Dépenses de 2014 à 2017	2 148 825	1 074 412 500
3	Engagement en cours	417 784	208 892 000
4	Montant du reste des activités de 2017 en attente d'avis de non objection	1 455 800	727 900 000
5	Contrepartie nationale (CCEOP)	913 351	456 675 500
6	Prévision du RSS dans l'accord pour l'an 2018 (dernière année)	1 587 657	793 828 500
7	Montant demandé pour le renouvellement en 2018 (7)=(5)+(6)	2 501 008	1 250 504 000

Le montant demandé (2 501 008 dollars) permettra de mettre en œuvre les stratégies visant à rendre performantes les communes à faible taux de couverture vaccinale (ANV-SSP), à relever les défis liés aux données sanitaires (DPP) et à assurer la contrepartie nationale pour les deux années du CCEOP en 2018.

Tableau N°14 : Répartition de la demande par objectif

Objectifs	Montant en USD	Montant en FCFA
Objectif N°1 : FBR	0	0
Objectif N°2 : Vaccination	787 136	393 568 193
Objectif N°3 : Système d'information	610 521	305 260 307
Contrepartie nationale CCEOP	913 351	456 675 500
Gestion du programme	190 000	95 000 000
Total	2 501 008	1 250 504 000

Les activités planifiées seront présentées dans le plan de travail de 2018.

✓ **Problème concernant la gestion financière**

L'obtention des avis de non objection de l'OMS demeure une préoccupation pour la mise en œuvre des activités et nécessite une clarification du memorandum liant GAVI au Ministère de la Santé. Une lettre de modification de l'aide-mémoire a été envoyée par Gavi fin juin 2017. Cette lettre prévoit que Gavi donne l'avis de non objection suite à l'avis technique de l'OMS.

4.3. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Eu égard aux enjeux multiples du système PEV, il faudra développer des stratégies de mobilisation de ressources au plan national pour garantir effectivement l'indépendance vaccinale, sinon la pérennité du programme serait compromise. Il faut alors développer des stratégies pour améliorer la viabilité financière du programme. Dès lors, ces stratégies proviennent des mesures pour améliorer l'efficacité des ressources disponibles, pour améliorer la fiabilité des ressources mobilisables et pour mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national ou /et international.

- ✓ Pour améliorer l'efficacité des ressources disponibles les stratégies envisagées s'articulent autour des points suivants :
 - La réduction des taux de perte qui sont actuellement élevés ;
 - La maintenance de la chaîne de froid ;
 - La formation des agents à la gestion de la chaîne de froid qui devrait améliorer la conservation des vaccins et réduire les pertes.
 - Le suivi des activités à travers les instances du pays et le CCIA
- ✓ Mobilisation des ressources internes y compris le financement communautaire : Le Gouvernement Béninois a placé la vaccination au centre de ses priorités dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, à ce titre les financements de l'Etat seront maintenus et même accrus dans les domaines suivants :
 - L'accroissement des fonds alloués à l'achat des vaccins et consommables permettra de prendre en charge le financement des vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins
 - La maintenance et la réhabilitation de la chaîne de froid
 - Le renforcement de la logistique roulante
 - La contribution de l'Etat dans l'organisation des activités supplémentaires de vaccination
 - La contribution du financement communautaire
- ✓ Mobilisation des ressources externes : Les programmes de coopération avec les institutions multilatérales impliquées dans le financement du PEV sont soumis à des cycles courts. Le Gouvernement doit poursuivre le renforcement des accords de coopération avec les partenaires traditionnels et nouveaux du PEV (UNICEF, OMS, GAVI, BM,) en vue de mobiliser davantage de ressources externes en faveur du PEV. (PPAc 2014 – 2018).
- ✓ Devenir du FBR: La mise en œuvre du FBR au Bénin se retrouve à la croisée des chemins avec :
 - le passage à l'échelle à toutes les 34 zones sanitaires du pays financées par la Banque Mondiale (08 zones sanitaires), la Belgique (05 zones sanitaires), GAVI (02 zones sanitaires), le Fonds Mondial (19 zones sanitaires) ;
 - la clôture du financement Banque Mondiale le 30 juin 2017 et celle du Fonds Mondial le 31 décembre 2017 ;

- et la création d'un comité ad hoc de rédaction du modèle unique national adapté et pérenne

La subvention RSS de GAVI au Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans deux zones sanitaires était destinée à compléter le soutien des partenaires initiaux (Banque Mondiale, Fonds Mondial, Coopération Technique Belge) qui couvraient 32 des 34 zones sanitaires du pays.

La subvention actuelle de la Banque Mondiale est arrivée à son terme au 30 Juin 2017.

Le contexte politique actuel du pays est celui d'un vaste chantier de réformes en cours dans le secteur de la Santé. Ainsi, un comité ad hoc mis en place par le Ministère de la Santé conduit les réflexions sur le design d'un modèle national harmonisé et plus efficient pour le FBR. Les consultations n'étant pas terminées, l'Etat Béninois ne s'est pas encore positionné sur l'avenir du FBR. Par ailleurs, l'instance nationale de coordination des subventions du Fonds Mondial a décidé de l'arrêt des activités liées au FBR au 30 Juin 2017.

Dans ce contexte, GAVI a notifié par lettre de gestion en date du 31 Juillet 2017 l'arrêt de son appui au FBR à la date du 30 Juin 2017 et annoncé par la même occasion un gel de tous les financements sur le RSS en raison des incertitudes sur l'avenir de l'UCP/PRPSS qui gère ces ressources.

Prenant acte de cette décision de GAVI, le Ministre de la Santé a, dans sa réponse, notifié le choix de son département pour le maintien de l'UCP comme structure de gestion du RSS. A cet effet les charges de fonctionnement ont été réparties entre les partenaires impliqués notamment le Fonds Mondial et GAVI et figurent en annexe 12. Les discussions dans ce cadre avec le Fonds Mondial sont très avancées et le Pays souhaite que GAVI s'inscrive dans cette dynamique. Il est à noter également, que l'UCP sera candidate aux prochaines soumissions Pays afin de mettre à profit ses capacités de gestion, telles que confirmées par la dernière Evaluation de Capacité commanditée par GAVI. En outre, pour répondre aux gaps évoqués par ledit rapport, le Pays s'engage à mettre en œuvre d'ici fin 2018, un plan concerté de renforcement des capacités de l'Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires.

En attendant ces diverses évolutions de la situation et pour ne pas mettre en péril les activités planifiées sur le RSS et la mise en œuvre des campagnes pour lesquelles le soutien de GAVI a déjà été approuvé, le Pays accepte que les fonds puissent transiter par les partenaires de l'Alliance que sont l'Unicef et l'OMS. Le Pays ne formule pas d'objection à la demande de GAVI que les Agences membres de l'Alliance au Bénin soumettent des notes conceptuelles qui détailleront des mesures de contrôle additionnelles aux mesures habituelles desdites agences. Ces mesures pourront comporter le recrutement de personnels temporaires et/ou l'externalisation de certaines fonctions de contrôle et de suivi. Les frais résultant de la mise en œuvre de ces mesures additionnelles seront intégrées aux budgets soumis à l'approbation de GAVI.

4.4. Assistance technique

Sur le plan programmatique, quelques résultats majeurs liés au Programme d'assistance technique ciblée du Cadre d'Engagement avec les Partenaires (PEF/TCA) de l'année 2016 ont été atteints (élaboration du plan stratégique de communication pour le PEV, élaboration des plans de renouvellement et de maintenance des équipements de CdF,

Les domaines de résultats partiellement atteints (DSLO) sont ceux où l'expertise technique n'a pas pu être mise en place à temps. Les efforts ont été réalisés en ce début d'année 2017 pour l'accélération vers l'atteinte de ces résultats. Cette situation est, au demeurant, corrélée avec le niveau d'exécution financière du Programme.

En effet, sur le plan financier le niveau de réalisation a été de 75% tant pour l'UNICEF que pour l'OMS. Les retards liés aux procédures de recrutement et à la disponibilité de l'expertise requise dans les domaines ciblés sont les causes principales de cette faible exécution. *Ceci souligne l'opportunité de constituer des pools (« rosters ») de professionnels qualifiés dans les domaines d'assistance technique faisant l'objet de soutien et d'envisager davantage de coopération avec les « expanded partners » présents au niveau du Pays notamment l'AMP et JSI dans leurs domaines respectifs d'expertise.*

Cette évaluation de l'assistance technique souligne également l'opportunité de consacrer une partie conséquente des ressources du RSS au renforcement des capacités locales en vue d'assurer la pérennité des expertises au niveau national.

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

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	État actuel
<p>1. Développer des stratégies innovantes de communication et de sensibilisation pour augmenter la conservation des carnets de vaccination et corriger le manque de motivation des parents et le manque d'information des mères.</p>	<p>Le plan stratégique de communication (PSC) pour la vaccination de routine est disponible. Il est conçu à partir des insuffisances relevées par la revue externe 2014 qui portent sur les aspects suivants : l'implication des COGEC, des élus locaux, des organisations de la société civile (OSC), le partenariat avec les mass médias, la sensibilisation des mères pour la conservation des carnets de vaccination et la connaissance des maladies évitables par la vaccination au niveau des parents. Il a pris en compte les bonnes pratiques familiales essentielles en matière de la survie de l'enfance. Ce plan est en exécution à titre pilote dans les zones sanitaires de Cotonou1 et 4 et Kérou-Kouandé-Péhunco.</p> <p>La stratégie 'Initiative Vaccination Décentralisée' (IVD) basée sur la communication pour le développement (C4D) est en cours d'expérimentation dans quatre zones sanitaires à travers cinq communes (Cotonou, Abomey-Calavi, Sô-Ava, Savalou et Bantè). Elle met l'accent sur la planification conjointe des élus locaux, des agents de santé et des communautés pour les activités de vaccination (stratégies avancées, sensibilisations, plaidoyers, contrats de partenariat avec les radios de proximité). La finalité de la stratégie est d'augmenter la demande de la vaccination au sein des communautés.</p> <p>Aussi dans le but de rendre le carnet de santé plus attractif afin d'inciter les mères/gardiennes d'enfants, il s'est tenu en juin 2017 un atelier national de consensus sur la révision du carnet de santé avec le financement du JSI</p>
<p>2. Rendre disponible le nouveau carnet de santé au niveau opérationnel et à un coût accessible à toute la population</p>	<p>L'introduction de nouveaux vaccins demande une révision de la partie liée au rapportage de la vaccination.</p> <p>Un atelier de révision du carnet de santé a été organisé avec un résultat, la proposition d'un nouveau carnet de format amélioré et de contenu plus enrichi. Il reste à mobiliser les ressources pour le rendre disponible.</p>
<p>3. Renforcer dans les communes à faible performance la mise en œuvre efficace de l'approche « Atteindre Chaque Enfant : ACE » afin d'améliorer l'offre et la demande et d'améliorer l'équité géographiques pour la vaccination.</p>	<p>L'appui s'est poursuivi en 2016 en direction de 11 zones sanitaires pour la mise en œuvre de l'Approche ACE notamment en termes de planification et monitoring en lien avec les communautés et d'appui aux stratégies avancées. La composante supervision formative fera l'objet de plus d'attention en 2017.</p> <p>Le Pays a également opté dans le cadre des Initiatives Régionales pour un recentrage de la mise en œuvre de l'approche ACE sur l'Équité. Un pool de personnes-ressources a ainsi pris part à un atelier régional de formation sur la méthodologie de conduite des analyses d'équité en vaccination organisée par le Bureau régional Unicef pour l'Afrique de l'Ouest et du centre. Cette formation a fait l'objet d'une</p>

	<p>restitution nationale et le Pays s'apprête à conduire l'analyse d'équité dans les interventions intégrant la vaccination mais aussi la nutrition et l'enregistrement des naissances. Ce processus devra aboutir à construire un profil d'équité pour le Pays et pour les niveaux infranationaux. Ce processus permettra d'identifier les communes et aires de santé prioritaires ainsi que les obstacles à l'accès aux cibles des services de vaccinations. Il permettra également grâce à des analyses causales approfondies et soutenues par des études qualitatives d'identifier, proposer, prioriser et inclure dans les planifications des zones sanitaires et du niveau national des actions spécifiques selon l'approche ACE pour une amélioration des performances du PEV dans toutes les communes ciblées. Des ressources seront mobilisées de façon synergique entre plusieurs financements de différents partenaires et le budget national pour la conduite du processus d'analyse d'équité et la mise en œuvre d'interventions innovantes.</p>
<p>4. Harmoniser et assurer l'efficacité et la pérennité du dispositif FBR (Financement Basé sur les Résultats) pour lever les goulots d'étranglement qui limitent la performance et l'équité de la couverture vaccinale</p>	<p>L'analyse des goulots d'étranglement pour l'amélioration de la couverture vaccinale est inscrite au titre des sujets prioritaires des réunions trimestrielles d'échanges et de partage des performances des formations sanitaires</p> <p>Ces échanges donnent l'occasion de prendre des actions de correction et d'amélioration des performances vaccinales des formations sanitaires. Une attention particulière est prêtée aux formations sanitaires à faible performance</p> <p>Un groupe de travail est mis en place par le MS pour concevoir un nouveau dispositif harmonisé et de pérennisation du FBR au Bénin.</p>
<p>5. Mettre à l'échelle le Système de Logistique Optimisé (SLO) du PEV avec l'intégration d'autres produits essentiels de santé</p>	<p>Le SLO a été expérimenté dans la ZS de Comé</p> <p>Actuellement 16 ZS sur 34 sont enrôlées (ZS Malanville Karimama, ZS Banikoara, ZS Kandi Gogounou Ségbana, ZS Djidja Abomey Agbagnizoun, ZS Tchaourou, ZS Sakété-Ifangni, ZS AlladaZèToffo, ZS Lokossa Athiémé, ZS Aplahoué-Djakotomé-Dogbo, ZS Klouékanmé-Toviklin- Lalo) avec l'appui de l'AMP, UNICEF, GAVI et l'ANV-SSP</p> <p>Il reste alors 18 zones sanitaires à couvrir.</p>
<p>6. Renforcer la qualité des données du système d'informations sanitaires et surtout du PEV (DHIS 2)</p>	<p>La qualité des données reste un des maillons le plus faible des composantes du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS).</p> <p>Face à ce tableau peu reluisant pour la qualité des données des actions sont envisagées au nombre desquelles, on peut citer :</p> <p>actualisation du plan de renforcement du SNIGS courant aout 2017 ;</p> <p>actualisation et la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tenue trimestrielle de séances de validation des données de vaccination à divers niveaux de la pyramide sanitaire ; - Le suivi des enquêtes (EDS, MICS, RGPH, etc.) de population notamment l'EDS 2017 ; - L'institutionnalisation du DHIS comme outil unique de gestion du SNIGS. A cet effet, les outils du DVDMT seront intégrés au DHIS2 en

	<p>2017. Pour ce faire l'utilisation de la plateforme DHIS2 par les responsables PEV des communes passe par leur formation, la dotation en matériels informatiques et de connexion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'organisation d'un recensement des cibles dans quelques zones où les activités communautaires sont mises en œuvre afin de procéder à des estimations pour définir des coefficients correcteurs. Ceci permettra de corriger les super taux enregistrés ; - La nécessité de faire le desk review en 2017 et les années à venir ; - La nécessité de poursuivre le plaidoyer pour sauvegarder les acquis de l'expérience VaxTrac (mise en œuvre dans les zones sanitaires de Porto-Novo Aguégus Sèmè-Kpodji et Djougou-Ouaké-Copargo, Allada-Toffo-Zè) en vue de la numérisation prochaine des données de vaccination
<p>7. Demander le soutien de GAVI pour l'introduction du vaccin contre la méningite à méningocoque A, 2ème dose du vaccin anti rougeoleux et éventuellement le vaccin contre les infections à Rotavirus</p>	<p>Le Bénin a élaboré et soumis au cours de l'année 2017 des demandes de soutien pour la campagne Rougeole Rubéole (RR), l'introduction du vaccin RR en remplacement du VAR et pour le vaccin contre les diarrhées à rotavirus. Ces différentes soumissions ont été recommandées pour approbation par le comité des experts indépendants de GAVI. Le pays n'a pas pu soumettre pour le vaccin contre le méningocoque A, il se propose de le faire en 2018</p>
<p>8. Demander la prolongation sans financement jusqu'en décembre 2015 et une réaffectation du reliquat de 27 868 523 F CFA et intérêts créditeurs de 34 254 469 F CFA pour l'acquisition et l'installation de la chambre froide régionale de Lokossa et accessoires (régulateur de tension, groupe électrogène, etc.) et pour les 2 ZS ciblées, le reliquat issu de la réaffectation sera utilisé pour le renforcement de la logistique du PEV à travers l'extension de l'expérience de Comé qui sera réalisée après une analyse de situation en vue de mieux définir les coûts réels (ANV-SSP, AMP, UNICEF et PRPSS)</p>	<p>Le reliquat a été utilisé en complément des activités prévues sur le RSS2 pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration du DAO pour la chambre froide de Lokossa - L'acquisition de véhicules de supervision (niveau central et les 2 deux zones sanitaires ciblées)
<p>9. Faire le versement d'un montant d'USD 1 599 986 correspondant à la tranche de l'année 2 de la subvention pour son exécution au cours de l'exercice 2016</p>	<p>L'accord de versement de la tranche 2 est obtenu du CEI et le fonds d'un montant de 1 340 863 194 FCFA (USD 2 246 002) débloqué avec pour date de valeur le 10 Mai 2017.</p>

Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel
<p><u>Lettre de gestion de Décembre 2016</u> Suivant les recommandations de la mission du Secrétariat de GAVI d'Octobre 2016 concernant la gestion financière des subventions RSS et dans l'attente d'une mise à jour de l'aide-mémoire après l'évaluation des capacités programmatiques et financières au Q1 2017,</p>	<p>Cette recommandation a connu un début de mise en œuvre cette année. Des discussions ont également eu lieu lors des différentes rencontres entre GAVI et l'équipe pays et des suggestions de modification et d'amélioration ont été faites. Dans ce cadre, une lettre de modification de l'aide-mémoire a été envoyée par GAVI fin juin 2017. Cette lettre prévoit que GAVI donne l'avis</p>

<ul style="list-style-type: none">✓ les activités du PTA d'utilisation de la subvention RSS seront revues trimestriellement par l'équipe de l'OMS.✓ Une non-objection trimestrielle de principe sera accordée et le document entériné et paraphé par tous les acteurs sera soumis au secrétariat de GAVI.✓ Le Représentant de l'OMS pourra être sollicité pour un avis de non-objection lié à une activité spécifique et non-prévue dans le Plan de Travail.	de non objection suite à l'avis technique de l'OMS. C'est la procédure actuellement en vigueur.
--	--

Pas de recommandations complémentaires
--

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

Le financement des activités identifiées ci-dessous notamment les propositions d'amélioration de la couverture vaccinale dans les communes à faibles performances, de renforcement des systèmes logistique et d'information ainsi que la quote-part du Pays en termes de cofinancement de l'investissement dans le cadre de la soumission au CCEOP a été planifié sur les reliquats des fonds couvrant la période 2014 à 2017 et la réallocation des ressources précédemment affectées à l'objectif 1 relatif au Financement Basé sur les Résultats (voir tableau N°13). Il est à noter que le Pays entend payer en 2018 la totalité du cofinancement prévu pour les années 2018 et 2019.

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

- **Extension du système logistique optimisé**
 - Analyse de situation et plans d'amélioration
 - Formation des logisticiens et agents de santé ;
 - Acquisition des entrepôts mobiles ;
 - Réhabilitation de dépôts
 - Renforcement des RH et maintenance des équipements CCEOP
 - Renforcement des capacités des ressources humaines ;
 - contrat de maintenance curative équipements de CDF
- **Renforcement des RH et maintenance des équipements CCEOP**
 - Renforcement des capacités des ressources humaines ;
 - Contrat de maintenance curative équipements de CDF
- **Appropriation et pérennisation du SILL**
 - Renforcement des capacités du point focal,
 - Transfert du dispositif et hébergement de la base de données
- **Couverture vaccinale et équité :**
 - Planification et mise en œuvre d'activités pour l'équité dans les ZS prioritaires
 - Renforcement des activités des OSC dans le cadre de l'amélioration de la génération de la demande
 - Renforcement des capacités des OSC sur les activités de communication en faveur du PEV
- **Introduction de nouveaux vaccins**
 - Introduction Rotavirus ;
 - Soumission pour MenA;
 - État des lieux SRAJ et élaboration de la soumission pour introduction HPV en routine
- **Amélioration de la qualité de données**
 - Digitalisation de la collecte des données de vaccination dans 4 anciennes zones Vaxtrac*
 - Intégration des outils DVD-MT dans le DHIS2
 - Élaboration du dictionnaire des métadonnées et du manuel d'utilisation du DHIS2
 - Organisation de la revue documentaire annuelle
 - Réalisation de l'enquête SARA et du DQR
 - Conduite du DQS dans les ZS
 - Enquête de couvertures dans 2-3 ZS dans cadre validation de l'hypothèse cibles réajustées du PEV
 - Acquisition de matériels informatiques et de connexion au profit des responsables PEV de commune pour la gestion des données
 - Renforcement des capacités des responsables PEV de commune pour l'utilisation du DHIS2

<ul style="list-style-type: none"> ○ Activités prioritaires (RSS) <ul style="list-style-type: none"> – Soumission du CEF Bénin, 2019 – 2023 – Renforcement des capacités de gestion financière de l'ANV-SSP – Renforcement des capacités des acteurs pour l'utilisation de la gestion intégrée des données (DVD-MT/DHIS2) – Renforcement des capacités des managers (formation STEP, MIVA, Autres) – Appui à la mise en œuvre du DHS 1 (renforcement des capacités).
--

PRESENTATION PAR RESULTATS ATTENDUS	
Principal résultat 1	○ La logistique vaccinale est renforcée
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Extension du système logistique optimisé • Renforcement des RH et maintenance des équipements CCEOP • Appropriation et pérennisation du SILL
Calendrier associé	Trimestre 1, 2, 3 et 4 2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • DSLO : Accompagnement pour l'extension ; • SILL : Recrutement d'un assistant technique national
Principal résultat 2	○ Le programme HPV est passé à la phase nationale et a intégré la SRAJ
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Etude d'état des lieux et faisabilité, planification des interventions consensuelles
Calendrier associé	Trimestre 2 / 2018
Besoins en assistance technique	Oui UNFPA /GAVI
Principal résultat 3	○ La couverture vaccinale est équitablement améliorée
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Planification et mise en œuvre d'activités pour l'équité dans les ZS prioritaires • Renforcement des capacités des OSC en communication et de leurs activités en faveur du PEV
Calendrier associé	Trimestre 4 / 2017
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Assistants techniques nationaux pour appui aux ZS • Assistant technique national pour la coordination des appuis aux ZS • Assistance technique en appui aux OSC dans les activités de génération
Principal résultat 4	○ Les nouvelles demandes de soutien sont élaborées
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Soumission du CEF Bénin, 2019 – 2023 • Introduction Rotavirus ; • Soumission pour MenA;
Calendrier associé	Trimestre 3 /2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique pour la soumission pour la préparation du CEF Bénin (3-4 missions, 45 jours au total) ; • Appui à l'introduction du Rotavirus ; • Appui à l'élaboration de la soumission pour MenA, et HPV pour la routine ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien pour la prise en charge salariale Staff technique OMS.
Principal résultat 5	○ La qualité de données est améliorée
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisation de la collecte des données de vaccination dans 4 zones pilotes • Renforcement DHIS 2 et intégration des sous-systèmes • Réalisation des enquêtes (revue documentaire annuelle, SARA, DQR, DQS dans les ZS, enquête de couvertures dans 10 ZS dans cadre validation de l'hypothèse cibles réajustées du PEV) • Renforcement de capacité des responsables PEV de commune pour l'utilisation du DHIS2 (formations, équipements informatiques et de connexion)
Calendrier associé	Trimestre 2 /2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique pour la conduite de l'ECV dans 2-3 ZS pour la validation des cibles réajustées. • Assistance technique pour le développement des tableaux de bord intelligent (DHIS2) • Assistance technique pour la maintenance de l'entrepôt DHIS2 • Assistance technique pour l'intégration des outils DVD-MT dans le DHIS2 • Assistance technique à la digitalisation de la collecte des données de vaccination
Principal résultat 6	○ La gestion du programme est améliorée
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités de gestion financière de l'ANV-SSP (1) • Renforcement des capacités de gestion technique et programmatique de l'ANV-SSP et de l'UCP (2) • Renforcement des capacités des managers (formation STEP, MIVA, etc.) (3)
Calendrier associé	2).Trimestre 4/2017 - 1) Trimestre 1/2018 - 3) Trimestre 2/2018
Besoins en assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique pour la gestion financière et la passation des marchés à l'ANV-SSP • Appui à la gestion technique et programmatique

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

L'évaluation conjointe est une nouveauté dans la gestion des subventions de Gavi initiée en 2014.

Il s'agit d'une revue menée par les différentes parties prenantes portant sur les progrès de la mise en œuvre du financement en vaccins et en espèces de Gavi, de la performance des programmes et de leur contribution à l'amélioration des résultats de la vaccination. Le Bénin est à sa troisième évaluation.

Ce processus d'évaluation conjointe a connu plusieurs étapes :

1) Echange de courriel avec le secrétariat GAVI.

Dans les préparatifs de l'évaluation, il y a initialement eu des échanges de mail où le secrétariat GAVI a envoyé plusieurs documents comme le guide et le canevas du rapport afin de faciliter les prochaines étapes

2) Téléconférence

Elle a été organisée entre le secrétariat GAVI et les représentants de l'OMS (local et régional), l'UNICEF, la DPP, l'ANV-SSP et l'UCP le 13 mai à Ouidah en marge de l'atelier bilan trimestriel du groupe technique Logistique du CCIA. Elle a permis de finaliser l'agenda, la liste des participants à ladite revue, et les différentes tâches à effectuer avant la date de l'évaluation

3) Elaboration du rapport

Elle s'est faite en plusieurs phases à savoir :

- a) le 15 juin 2017 sous la présidence du DPP et a réuni les cadres de l'ANV/SSP, de la DPP, de l'UCP et les PTF (OMS, UNICEF). Cette séance a permis d'apporter des clarifications sur le contenu et les étapes de l'évaluation conjointe à savoir, les principes à respecter, les objectifs attendus, la composition de l'équipe d'appui à l'évaluation conjointe, le calendrier/agenda et des différentes responsabilités au cours du processus. La date du 20 au 21 juin 2017 a été retenue pour l'évaluation conjointe à Cotonou. Il est également retenu qu'il aura lieu du 04 au 06 juillet l'atelier de finalisation du rapport à Grand Popo.
- b) L'atelier d'évaluation conjointe est organisé par la DPP du mardi 20 au jeudi 23 juin 2017 avec la participation des différentes parties prenantes que sont la société civile, les experts régionaux, locaux de l'OMS, l'UNICEF, l'AMP, l'UNFPA et de la chargée du programme pour le Bénin GAVI, et d'un de ses collègues. Elle a permis de renseigner le rapport en ces différentes parties par diverses parties prenantes (ANV/SSP, RSS, OSC, OMS, UNICEF, DPP) et de se doter d'une feuille de route pour le reste du processus. Cet atelier a permis d'obtenir le 1^{er} draft du rapport de la revue. Au cours de cet atelier le portail a été également mis à jour ;
- c) A l'issue de l'atelier, une séance de restitution au MS avec la participation de l'ensemble des acteurs présents à l'atelier a permis de rendre compte à l'autorité et de recevoir ses orientations ;
- d) Un comité a été mis en place pour faire la synthèse des travaux et la partager avec les parties prenantes pour obtenir leurs amendements. La prise en compte des contributions a donné lieu au document de travail qui a été soumis à l'atelier de finalisation de l'évaluation conjointe des Programmes GAVI ;
- e) Un atelier technique de finalisation organisé du 4 au 6 juillet 2016 à Grand-Popo a permis de peaufiner le rapport d'évaluation conjointe. Ont participé à cet atelier, les représentants de l'UNICEF, de l'UNFPA, l'AMP, la Société Civile, la DPP, l'ANV-SSP, l'UCP, et les conseillers techniques du MS (du CT Pros, CTSP, CTJ) ;
- f) La session du CCIA a été tenue le 13 juillet 2017. Elle a été l'occasion pour les membres de se prononcer sur le contenu du rapport d'évaluation conjointe. Après quelques éléments de clarifications, le rapport a été approuvé par l'ensemble des membres présents à la session avant sa soumission au secrétariat de GAVI.
- g) Des échanges ultérieurs entre l'équipe Pays et l'équipe de GAVI ont permis d'arriver à l'actuelle version finale.

8. ANNEXE 1

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le portail pays.

Veillez noter que tout retard dans les rapports est susceptible d'impacter la décision de Gavi quant au renouvellement de son soutien.

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework) Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus	X		
Rapports financiers			
Rapports financiers périodiques	X		
État financier annuel	X		
Rapport d'audit financier annuel	X		
Rapport de niveau de stock de fin d'année	X		
Rapport de campagne		X	
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination	X		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle		X	
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)	X		
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement		X	
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)	X		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	X		
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	X		
Évaluation post-introduction (EPI)		X	
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans	X		
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation	X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			NA
Rapports spécifiques au VPH		X	Mai 2018
Plan de transition			NA

Si toutefois l'un des rapports demandés n'est pas disponible au moment de l'évaluation conjointe, veuillez indiquer à quel moment le document/les informations manquant(es) sera (seront) disponible(s).

Rien à signaler