

# Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019

<b>Pays</b>	<b>Benin</b>
<b>JA complète ou JA mise à jour</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>JA complète</b> <input type="checkbox"/> JA mise à jour
<b>Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe</b>	11 au 13 novembre 2019 à Cotonou
<b>Participants / affiliation</b>	Voir annexe N°4
<b>Fréquence des rapports de résultats</b>	Janvier - Décembre 2018
<b>Période fiscale</b>	Janvier - Décembre 2018
<b>Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)</b>	2019 - 2023
<b>Groupe de transition Gavi/de cofinancement</b>	<i>Autofinancement initial</i>

## 1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

<b>Demande de renouvellement de vaccin (SVN)</b> (Au plus tard le 15 mai)	Oui <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	Non <input type="checkbox"/>	
<b>Est-ce que la demande de renouvellement de vaccins contient une demande de changement ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	S/O <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>
<b>Demande de renouvellement de soutien au RSS</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	S/O <input type="checkbox"/>
<b>Demande de renouvellement de soutien à la CCEOP</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>	S/O <input type="checkbox"/>

## 2. PORTEFEUILLE DE SUBVENTIONS DE GAVI

Soutien aux vaccins existants (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Vaccins	Date Introduction	Couverture 2018 en % (WUENIC)	Cible 2020	Observation
FJ	01-2002	71	90	
PENTA	06-2005	76	92	
PNEUMO	07-2011	73	92	
IPV	08-2015	60	90	
RR	12-2018	71	92	
ROTA	12-2019	N/A	92	
Campagne RR	03-2019	95.7	N/A	Selon draft du rapport de l'enquête post-campagne

Soutien financier existant (au 31 novembre 2019 à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Subvention	Canal	Période	Premier versement	Statut du financement cumulé à juin 2019				Observance	
				Engagé	Approuvé	Décaissé	Utilisé	Fin.	Audit
<u>RSS 2</u>	Ministère	2014- 2018	Août 2014	8,374,704.00	7,623,453.29	4,984,780.16	3,589,341.93	N/A	Rapport d'audit Gavi en cours
CCEOP	UNICEF SD	2018	2019	2,250,982	2,250,982	2,250,982	N/A	N/A	
RR (intro et campagne)	UNICEF	2018	2018	3,349,103	3,349,103	3,349,103	N/A	N/A	
Rota	UNICEF	2019	2019	356,989	356,989	356,988.80	N/A	N/A	
Observations : Montant non approuvé : 751,250.71\$US (devrait faire l'objet d'une reprogrammation, le pays a décidé de ne pas faire un processus de soumission pour le reliquat mais plutôt pour l'enveloppe de 10millions de \$US disponible)									
Solde à Gavi à décaisser après signature d'un accord-cadre tripartite avec le Ministère et l'UNICEF : 2,638,673.13 \$US									

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

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Application prévue	Introduction prévue
	Men A routine	Approuvé en 2019	2020
	Men A campagne		2020/2021
	RR2	2020	2021
	HPV	2020	2021

### Cadre de performance des subventions - rapports récents pour 2018 (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Indicateur de résultats intermédiaires	Objectif 2018	Réalisé (WUENIC)	Objectif 2020
Taux d'abandon Penta1 et Penta3	5%	10%	10%
Taux d'abandon PCV1 et PCV3	7%	13% (JRF)	10%
Taux d'abandon Rota 1 et Rota dernière	10%	N/A	10%
<b>Observations</b>			

### Assistance ciblée par pays du PEF : Partenaires principaux et partenaires élargis au [insérer la date] (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

	Année	Financement			Staff en poste	Milestones remplis
		Approuvé	Décaissé	Utilisé*		
<b>Total</b>	<b>2018</b>	437,158	437,158	294,205		10 of 25
<b>Partenaires traditionnels</b>	<b>2019</b>	546,768	546,768	26,907		15 of 26
<b>UNICEF</b>	<b>2018</b>	336,450	336,450	186,447	1 of 1	5 of 13
	<b>2019</b>	290,304	290,304	26,907	-	4 of 9
<b>WHO</b>	<b>2018</b>	107,758	107,758	107,758	-	5 of 12
	<b>2019</b>	172,464	172,464	0	-	9 of 15
<b>CDC</b>	<b>2019</b>	84,000	84,000	-	-	2 of 2
<b>TOTAL Partenaires Elargis</b>	<b>2018</b>	404,167				
	<b>2019</b>	18,850				
<b>CRS + URC</b>	<b>2018</b>	394,742				2 of 2
<b>Oslo</b>	<b>2018</b>	9,425				-
	<b>2019</b>	18,850				2 of 2

\*au 31 Juillet 2019

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

Depuis la dernière évaluation conjointe organisée en juin 2017, le Gouvernement du Bénin poursuit les réformes administratives démarrées fin 2016. La réforme au Ministère de la Santé a prévu les changements majeurs ci-après :

- Le vote de la loi 2018-34 du 5 octobre 2018 modifiant et complétant la loi 2001-09 du 21 juin 2002 portant exercice du droit de grève en République du Bénin ;
- La révision du décret portant Attributions Organisation et Fonctionnement (AOF) du Ministère de la Santé ;
- L'adoption par le Conseil des Ministres en date du 25 septembre 2019 des recommandations de la commission en charge des réformes du secteur de la santé à savoir :
  - La création de l'Autorité Nationale de Régulation du Secteur de la Santé ;
  - la création du Conseil National des Soins de Santé Primaires (CNSSP) ;

- La création de l'Agence nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP) par décret présidentiel 432 en date du 2 octobre 2019 abrogeant les textes antérieurs relatifs à l'ANV-SSP.

L'ANSSP a pour vocation de fédérer toutes les composantes des soins de santé primaires au sein d'une seule Agence. En attendant l'opérationnalisation de l'ANSSP, une décision en date du 12 novembre 2019 du Ministre de la Santé a autorisé l'ANV-SSP à poursuivre ses activités.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé s'est engagé dans le transfert des compétences et des ressources, à travers l'adoption du Plan de Déconcentration et de Décentralisation (P2D). De plus, la politique nationale de santé communautaire est en cours de relecture en vue d'une réorganisation des activités de santé au niveau communautaire.

Sur le plan macroéconomique, le Bénin en 2018 a connu un taux de croissance du PIB réel estimé à 6,1%, contre 5,5% en 2017. Les réformes mises en œuvre ont contribué à améliorer le rang du Bénin dans le classement du rapport « **Doing Business** » 2017 de la Banque Mondiale. De la 155<sup>ème</sup> place pour 190 économies évaluées en 2016 contre 158<sup>ème</sup> rang en 2015, le Bénin est passé à la 151<sup>ème</sup> place en 2017.

Malgré cette performance, le pays demeure un pays pauvre, avec plus d'un tiers de sa population vivant sous le seuil de pauvreté. Dans le but d'améliorer les conditions de vie des populations vulnérables, le Gouvernement a entrepris un vaste programme dénommé Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH). Il comprend 4 composantes à savoir l'assurance maladie, le micro-crédit, la formation professionnelle et l'assurance-retraite. La composante Assurance maladie a été lancée à titre pilote dans trois zones sanitaires du pays (Abomey-Calavi - Sô Ava, Dassa Zoumé - Glazoué et Djougou - Copargo - Ouaké).

Sur le plan sanitaire, les résultats de l'enquête démographique et de santé V (EDS V 2017-2018) ont été publiés en avril 2019 et révèle une baisse des principaux indicateurs de mortalité. Le taux de mortalité infanto-juvénile et infantile respectivement de 96‰ et 55‰ naissances vivantes en 2017, et par un taux de mortalité maternelle de 391 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la même période. Quant à la vaccination, seuls 51% des enfants sont complètement vaccinés avant leur premier anniversaire tandis que 11% n'ont reçu aucun vaccin.

L'année 2018 a été marquée par une vague d'épidémies : la rougeole dans 24 communes sur les 77 avec 1071 cas suspects dont 493 confirmés au laboratoire et par lien épidémiologique et 1 décès. Cette vague d'épidémie étendue au premier trimestre 2019 avec 504 cas suspects a été interrompue avec la campagne rougeole rubéole organisée du 5 au 11 mars 2019. En outre, depuis le 6 août 2019, 3 cas de Poliovirus dérivé de souche vaccinale circulant de type 2 (cVDPV2) ont été détectés dans les communes de Kalalé et de Parakou.

### **Problèmes (risques) futurs potentiels**

Plusieurs événements pourraient compromettre l'atteinte des objectifs du programme au cours de l'année à venir.

- Dans le domaine du leadership et de la gouvernance :
  - La transformation de l'ANV-SSP en ANSSP avec un risque de recul de la position de la vaccination dans l'organigramme du Ministère de la Santé ;

- La faible compliance du Programme aux exigences des partenaires en matière de gestion fiduciaire ;
- La démotivation du personnel de santé du fait de la suppression de certains avantages financiers ;
- Dans le domaine de la surveillance des maladies :
  - La persistance de l'épidémie de poliovirus circulant dérivé de souche vaccinale de type2 ;
  - La survenue d'une épidémie de fièvre hémorragique Lassa ;
- Dans le domaine des approvisionnements :
  - Les ruptures de stocks en vaccins BCG, Penta et VPI ;
  - L'insuffisance dans la maintenance des équipements de la chaîne du froid (EcF) ;
- Dans le domaine de la génération de la demande :
  - L'accentuation des refus à la vaccination ;
- Dans le domaine du financement :
  - La réduction continue de la part du Budget National consacrée à la gestion du PEV ;
  - Les difficultés liées aux formalités d'enlèvement des cargaisons des vaccins et autres intrants vaccinaux ;
- Dans le domaine de la sécurité :
  - la survenue de troubles suite aux élections communales et locales de 2020.

Les différents risques évoqués ci-dessus n'ont pas la même probabilité de survenue ni les mêmes conséquences. Les résultats de l'analyse des risques sont présentés en annexe. A partir de cette analyse, les risques majeurs pour le Programme au cours de l'année à venir sont les suivants :

- La réduction continue de la part du Budget National consacrée à la gestion du PEV ;
- La rupture de stocks de certains antigènes et consommables de vaccination : BCG, Penta, VPI et seringues BCG ;
- La survenue d'épidémies : cVDVP2, Lassa, Fièvre jaune ;
- L'accentuation des refus à la vaccination ;
- Le retard dans la mise en œuvre des activités de la subvention Gavi.

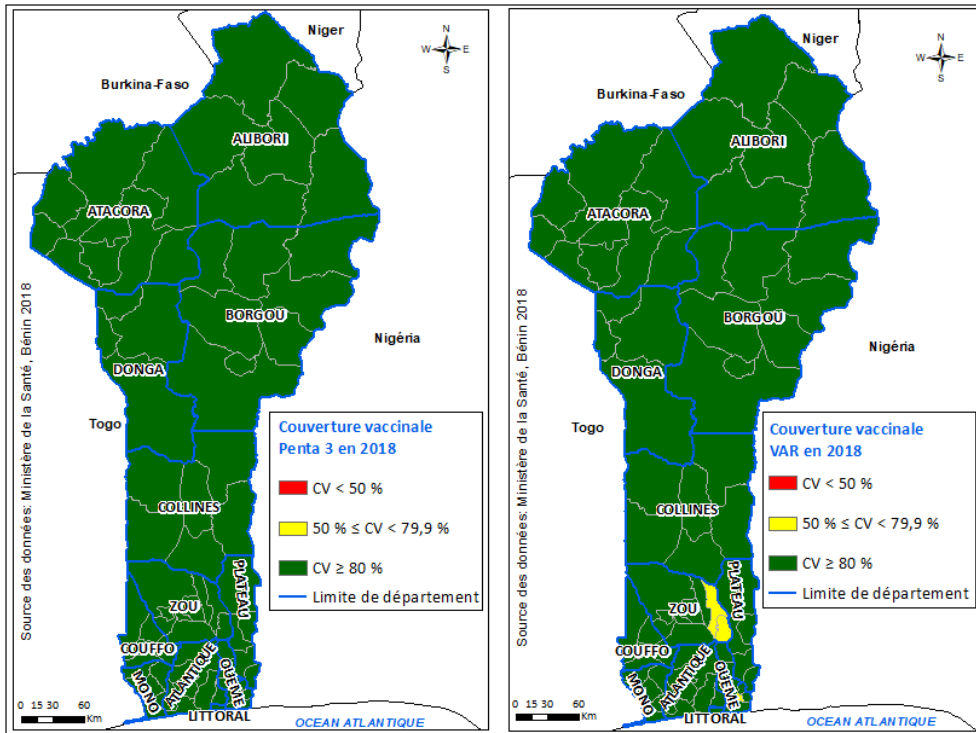
#### **4. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION**

##### **4.1. Couverture et équité en matière de vaccination**

###### ***Couvertures vaccinales***

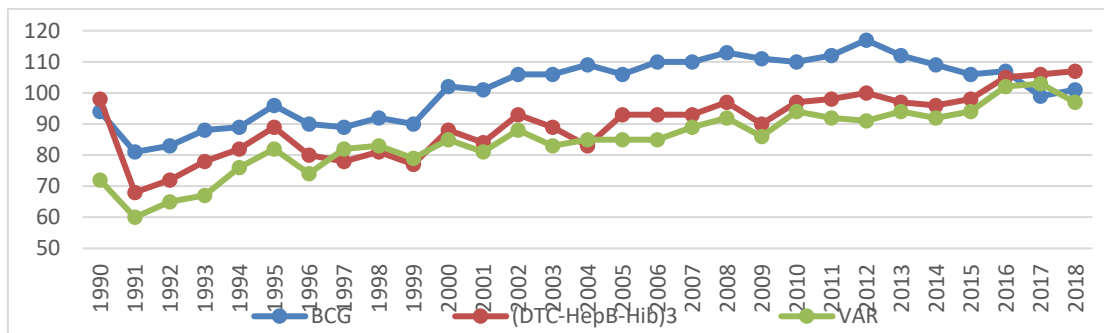
Selon les données administratives, la couverture en Penta3 (DTC-HepB-Hib) obtenue en 2018 est de 107% pour l'ensemble du pays. Cependant, lorsqu'on considère les données d'enquête (EDS 2017-2018) et les estimations OMS-UNICEF, elle est respectivement de 73% et 76%.

En ce qui concerne la couverture en VAR, la même tendance est observée entre les données administratives et les données d'enquête / estimations OMS-UNICEF, avec cependant 5 communes ayant une couverture administrative inférieure à 80% (Toviklin, Ouinhi, Zanganado, Aguégues et Porto-Novo) sur les 77 du pays.



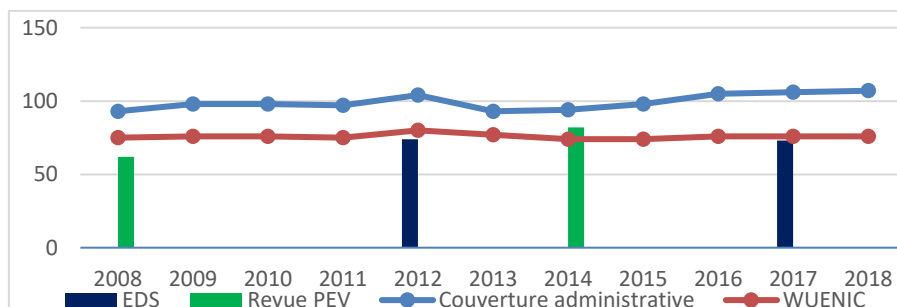
Source : ANV-SSP

**Carte N°1** : Couverture vaccinale administrative en Penta3 et VAR par communes en 2018 au Bénin  
 L'analyse des couvertures vaccinales administratives de 1990 à 2018 montre qu'elles n'ont pas progressé au cours des dix dernières années. Cette tendance est la même lorsqu'on considère les données d'enquête au cours de la même période.



Source : ANV-SSP

**Graphique N°1** : Évolution des couvertures vaccinales administratives de BCG, Penta 3 et VAR de 1990 à 2018 au Bénin.

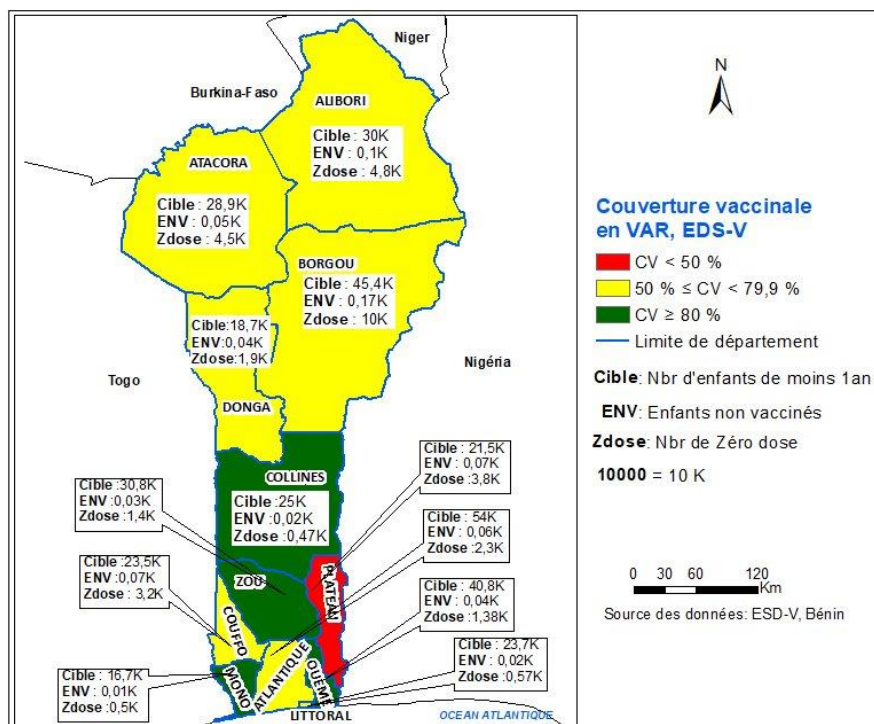


Source : WUENIC 2018

**Graphique N°2** : Couverture vaccinale administrative en Penta3 comparée aux couvertures d'enquêtes et WUENIC au Bénin

Au regard des grandes disparités entre les données administratives et celles d'enquête, il a été convenu d'utiliser les données de l'EDS V pour poursuivre l'analyse et la planification,

malgré que ces dernières ne soient disponibles qu'à l'échelle des départements. Cette enquête révèle que 51% des enfants sont complètement vaccinés alors que 11% n'ont reçu aucun vaccin, surtout dans les départements du Borgou, Plateau, Alibori, Atacora, Couffo et Donga.



Source : EDS V (2017-2018)

**Carte N°2** : Couverture vaccinale en VAR en comparaison avec le nombre d'enfants non vaccinés, le nombre de Zéro dose et le nombre d'enfants de moins de 1 an par département en 2018 au Bénin

L'EDS V révèle par ailleurs les iniquités suivantes :

- La couverture vaccinale en Penta3 est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (78% vs 70%),
- Les derniers enfants à partir du rang 6 sont moins vaccinés que les aînés (67% vs 77%),
- les enfants des mères les plus instruites sont mieux vaccinés que ceux des mères non instruites,
- les enfants issus des milieux les plus pauvres sont moins vaccinés que ceux issus des milieux les plus riches (55% vs 86%).

Les femmes du niveau primaire et supérieur vaccinent moins leurs enfants que leurs consœurs du secondaire, et aucune disparité liée au sexe n'a été relevée par l'EDS V (73,5% de couverture en Penta 3 chez les garçons contre 72,5% chez les filles), Par ailleurs, on retrouve un grand nombre d'enfants non vaccinés dans les milieux urbains et péri-urbains.

L'analyse de l'équité en vaccination, faite en 2017 par l'ANV-SSP avec l'appui de l'Unicef a permis d'identifier et d'estimer la population des Communautés Peu ou Pas Desservies (CPPD) : nomades / migrants saisonniers, communautés vivant dans des zones inaccessibles / d'accès difficile (terres noires, marécages, zones inondables, etc.), communautés hésitantes à la vaccination (religion, préjugés sur la vaccination et ses effets

secondaires, diffusion de fausses informations sur les réseaux sociaux). Leur population était estimée à 468.339 habitants, dont 15.632 enfants de 0-11 mois, sur un total de 3.529.370 habitants dans les dix zones sanitaires couvertes par l'analyse.

Les raisons de non atteinte des cibles sont les suivantes :

- Offre de service insuffisante
  - Non maîtrise du dénominateur,
  - Faible organisation des services : les services de vaccination infantile ne sont pas offerts dans 27% des FS et la vaccination en stratégie fixe ne se fait pas au quotidien dans 68% des FS qui l'offrent (SARA 2018) ; il n'existe pas de stratégies orientées vers l'atteinte des enfants en milieu urbain et péri urbain et dans les communautés peu ou pas desservies ; il n'existe pas de mécanismes de motivation du personnel impliqué dans la vaccination ;
  - Insuffisance des ressources humaines ;
  - Vétusté/non disponibilité des équipements de la Chaîne du Froid (20% des ECDF du pays sont conformes aux normes) ;
  - Insuffisance de moyens roulants pour les stratégies avancées et les supervisions ;
  - Rupture de certains antigènes et consommables (BCG, VPI, Penta, seringues BCG).
- Génération de la demande non structurée  
Des données récentes n'étant pas disponibles, une enquête Connaissances Attitudes Pratiques (CAP) sera réalisée en 2020. Toutefois, selon la revue externe du PEV 2014, les raisons de non vaccination des enfants sont le manque d'information et de motivation des mères. Sur la base des données du monitoring indépendant des AVS de 2019, les principales raisons de non vaccination sont la crainte des MAPI, les considérations religieuses et l'absence des cibles. On note également une tendance de plus en plus généralisée des hésitations à la vaccination du fait de la diffusion de fausses informations sur les réseaux sociaux.

Au regard de tout ce qui précède, l'ANV-SSP a démarré avec l'appui de l'Unicef un processus de relance de la vaccination basé sur les 10 composantes suivantes :

1. le renforcement de la coordination,
2. le renforcement des ressources humaines,
3. l'ajustement des cibles du PEV,
4. le ciblage des communautés peu ou pas desservies,
5. la micro planification des actions correctives,
6. l'engagement communautaire,
7. la mise en place d'un système de rappel des rendez-vous de vaccination par le biais de messages vocaux, qui permettra à terme de disposer d'un registre électronique,
8. le monitoring continu des couvertures pour action,
9. la fourniture des équipements,
10. le plaidoyer pour la mise à l'échelle.

L'expérimentation de ce modèle est en cours depuis Juillet 2019 dans les 14 communes du Borgou et de l'Alibori. Elle sera étendue à toutes les communes prioritaires du pays, identifiées sur la base des paramètres ci-après :

- Couverture Penta3 ajustée < 80%,

- Nombre d'enfants non vaccinés Penta3 > 1500,
- Nombre d'enfants non vaccinés VAR > 1500,
- Taux d'abandon Penta1-3 > 10%.

### Surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV)

Cette analyse des indicateurs de performance de la surveillance des MEV porte essentiellement les cas de PFA, de la fièvre jaune, de la rougeole et de la rubéole.

#### • Surveillance des cas de PFA

De 2016 à 2018 le Bénin a enregistré de bonnes performances au plan national avec l'atteinte des deux principaux indicateurs (taux de PFA non polio et proportion de cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevées dans les 14 jours). Il en est de même dans les départements sauf en 2016 où la proportion de cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevées dans les 14 jours est inférieur à 80%. Néanmoins, on note des disparités dans des communes où en 2018 six (06) communes sur les 77, soit 8% n'ont pu atteindre l'objectif du taux de PFA non polio (> 2) et 13 communes sur les 77, soit 17% n'ont pu atteindre à la fois les deux principaux indicateurs de surveillance des PFA.

**Tableau N°1:** Performance de la surveillance des cas de PFA au Bénin de 2016 à 2018

Départements	Cas notifiés			Taux de PFA non polio			Taux d'adéquation des selles		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ALIBORI	16	20	11	3,3	3,9	2,1	100%	85%	91%
ATACORA	29	19	17	7,1	4,2	3,8	97%	100%	100%
ATLANTIQUE	20	28	31	2,9	4	4,3	85%	100%	97%
BORGOU	35	24	25	5,4	3,4	3,6	97%	96%	96%
COLLINES	13	17	14	3,5	4,4	3,6	92%	100%	86%
COUFFO	12	12	18	2,9	2,9	4,2	100%	100%	94%
DONGA	14	8	10	5	2,7	3,4	100%	100%	100%
LITTORAL	11	13	7	4,6	4,5	2,4	73%	100%	100%
MONO	14	20	13	5,6	7,8	5	86%	100%	92%
OUEME	15	18	29	3	3,2	5,2	93%	100%	93%
PLATEAU	11	13	13	3,6	4	3,9	91%	92%	92%
ZOU	26	21	21	6,1	4,7	4,6	96%	90%	86%
<b>BENIN</b>	<b>216</b>	<b>213</b>	<b>209</b>	<b>4,3</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>	<b>94%</b>	<b>97%</b>	<b>94%</b>

#### • Surveillance de la rougeole

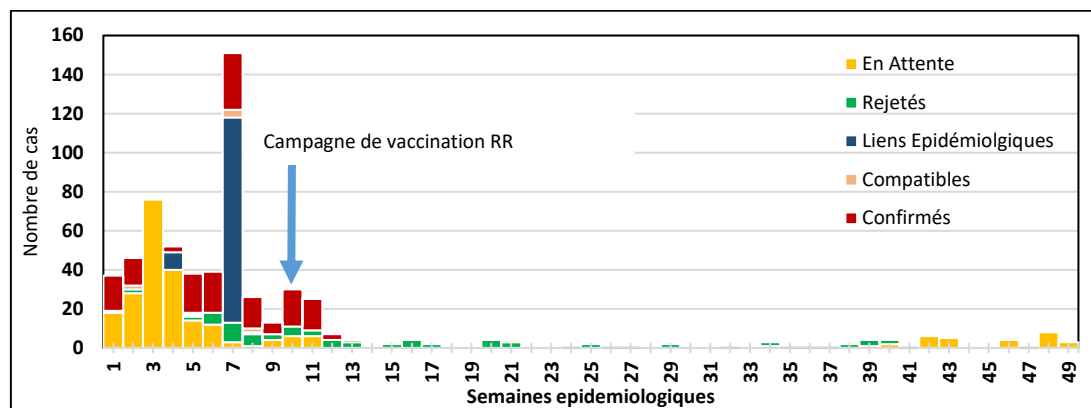
**Tableau N°2 :** Evolution des cas de rougeole au Bénin de 2016 à 2019

Années	Nombre de cas suspects notifiés	Décès	Cas confirmés par le labo	Confirmé par lien épidémiologique	Cas compatibles	Nombre de cas rejetés par le labo	Résultats en attente
<b>2016</b>	315	0	47	23	20	223	02
<b>2017</b>	429	01	77	20	17	236	79
<b>2018</b>	1171	01	305	188	19	201	458
<b>2019*</b>	618	02	171	117	10	78	242

\* Données de la 1<sup>ère</sup> à la 49<sup>ème</sup> semaine épidémiologique



Le nombre de cas de rougeole notifié en 2018 a triplé par rapport à 2017 où la campagne RR devrait avoir lieu.



**Graphique N°3:** Evolution des cas notifiés de rougeole par semaine de début de l'éruption selon les classifications, de la 1<sup>ère</sup> à la 49<sup>ème</sup> semaine épidémiologique de 2019 au Bénin

L'organisation de la campagne à la 10<sup>ième</sup> semaine épidémiologique 2019 a interrompu la transmission de la maladie et une stabilisation des cas jusqu'à la semaine 49.

- **Surveillance de la rubéole**

**Tableau N°3 :** Evolution des cas de rubéole au Bénin de 2016 à 2019

Années	Nombre de cas suspects de rougeole	Décès	Nombre de cas à tester	Cas confirmés par le labo	Cas compatibles	Nombre testes négatifs à la rubéole	Résultats en attente
2016	315	00	223	03	183	180	42
2017	429	00	332	00	01	129	202
2018	1114	00	678	12	11	119	536
2019*	329	00	329	00	00	07	322

\* Données de la 1<sup>ère</sup> à la 49<sup>ème</sup> semaine épidémiologique

**NB:** Seuls les cas négatifs pour la rougeole seront testés pour la rubéole

De 2016 à 2018 le Bénin a enregistré 12 cas positifs de rubéole répartis dans 10 communes que sont : Abomey-Calavi, Adjarra, Cotonou, Karimama, Ouaké, Ouidah, Pèrèrè, Savè ; Tchaourou et Zangnanado.

Le pays travaille à mettre en place une surveillance en site sentinelle de syndrome rubéoleux congénital. Les sites sont identifiés et le plan de mise en œuvre est en cours de finalisation.

- **Surveillance de la Fièvre jaune**

**Tableau N°4 :** Indicateurs de la surveillance de la fièvre jaune au Bénin en 2018

Départements	Cas notifiés	Communes ayant notifié cas suspects		Délai transmission ≤ 3 jrs		% cas prélevés
		Nbre	%	Nbre cas	%	
Alibori	6	3	50	6	100	100
Atacora	23	9	100	23	100	100
Atlantique	14	2	25	13	93	100
Borgou	11	8	100	11	100	100
Collines	4	4	67	3	75	100
Couffo	8	4	67	8	100	100
Donga	32	3	75	32	100	100

Départements	Cas notifiés	Communes ayant notifié cas suspects		Délai transmission ≤ 3 jrs		% cas prélevés
		Nbre	%	Nbre cas	%	
Littoral	31	1	100	30	97	100
Mono	8	3	50	7	88	100
Ouémé	10	5	56	10	100	100
Plateau	11	4	80	11	100	100
Zou	3	2	22	3	100	100
<b>Bénin</b>	<b>161</b>	<b>48</b>	<b>62</b>	<b>157</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

La proportion de commune ayant notifié un cas suspect reste à améliorer. Aucun cas suspect de fièvre jaune n'a été notifié sur la période. La dernière épidémie remonte à 1996. Toutefois, une attention particulière doit être accordée à la surveillance de cette maladie vu le contexte régional d'épidémie et l'analyse du risque du pays qui montre que certains départements sont à un niveau de risque.

- **Surveillance des autres maladies évitables par la vaccination (Diarrhée à Rotavirus, méningite, Tétanos maternel et néonatal).**

La surveillance des diarrhées à Rotavirus au Bénin se fait en site sentinelle depuis décembre 2012. La proportion de cas de diarrhées liées au Rotavirus chez les enfants de moins de cinq ans est de 28% à 59% depuis le début de cette surveillance. Les sérotypes de Rotavirus couramment rencontrés sont les G et P avec une prédominance de la combinaison G1P8.

Depuis 2010, le tétanos néonatal a été éliminé. Cependant le système de surveillance au cas par cas connaît quelques difficultés. Tous les cas déclarés ne sont pas documentés. Avec l'utilisation du vaccin MenAfriVac, en campagne préventive en 2012, l'ampleur de la maladie a connu une réduction sensible. Depuis cette campagne préventive un seul cas de méningite à méningocoque A a été confirmé en 2016. La prédominance des germes est désormais marquée par le Streptocoque pneumoniae, les Méningocoques de types W135, X, C et le. Le pays conduit une surveillance en site sentinelle pour ce qui concerne la méningite bactériale (streptocoque pneumoniae).

- **Surveillance des MAPI**

Le nombre de cas de MAPI rapporté dans le rapport conjoint (JRF) est de 29 dont 01 grave en 2017 et 52 en 2018 dont 18 graves. Le seuil de 10 cas pour 100.000 nourrissons survivants a ainsi été atteint grâce au dispositif mis en place. En effet, un comité d'experts a été créé et formé sur l'analyse causale. De même, des points focaux de surveillance ont été formés et outillés à tous les niveaux pour la notification, la gestion du système et l'investigation de cas graves. Pour le cas spécifique de la campagne RR de mars 2019, le taux de notification et le nombre de cas notifiés graves par rapport au nombre total de cas enregistrés traduisent une sous-notification. Tandis que le rapport d'analyse causale par les experts a relevé que les cas de décès rapportés ont plutôt été le fait d'un retard à la prise en charge. Ceci indique qu'un accent soit mis sur le signalement, la notification et la prise en charge précoce des cas.

Le dispositif de surveillance des MAPI mis en place a permis de répondre à la crise connue lors de la campagne RR de mars 2019. Toutefois les occurrences ont révélé les efforts à

fournir pour le maintenir et l'améliorer afin qu'il serve à la vaccination de routine et aux prochaines AVS.

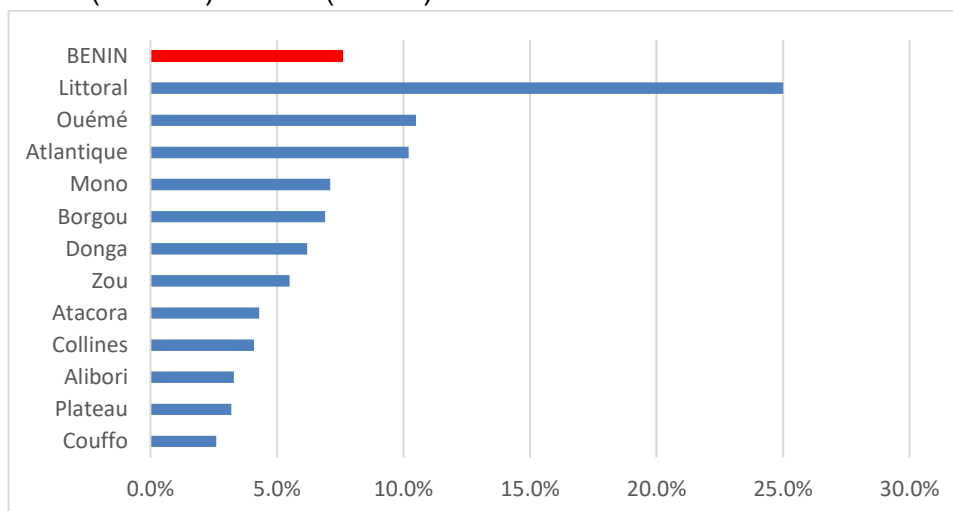
## 4.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

### **Personnel sanitaire**

Au Bénin, les services de vaccination sont offerts à travers 769 centres de santé publics et privés sur les 904 recensés (85%). Ces services sont intégrés aux activités de soins et il n'existe pas de personnel dédié exclusivement à la vaccination, cette tâche étant souvent confiée aux aides-soignants par les Infirmiers.

L'insuffisance des ressources humaines du secteur santé reste une préoccupation majeure. En effet, selon l'enquête SARA 2018, la densité des principaux professionnels de santé en 2017 était de 7,6 pour 10 000 habitants, contre 7,8 en 2014. Tous les départements du pays à l'exception du Littoral sont encore loin de la cible de 25 professionnels de santé pour 10 000 recommandée par l'OMS (Graphique N°3).

Les besoins de renforcement des capacités du personnel en matière de vaccination ne sont pas suffisamment couverts. En effet selon l'enquête SARA 2018, seuls 62% des établissements disposaient d'un personnel formé sur le PEV contre 60% en 2015, avec une variation de 12% (Ouémé) à 87% (Alibori).



Source : SARA 2018

**Graphique N°4:** Densité du personnel de santé pour 10 000 habitants par département en 2017 selon l'enquête SARA 2018.

### **Chaîne d'approvisionnement**

Le pays a planifié l'acquisition de 704 équipements de chaîne du froid sur la période 2018-2020 à travers le CCEOP. Au 31 décembre 2019, 267 équipements ont été annoncés pour être réceptionnés sur 484 prévus pour l'année 1, les autres sont en cours de livraison.

Le plan de maintenance est disponible mais son opérationnalisation n'est encore totale. En effet, les outils de gestion de la maintenance ne sont pas encore finalisés, les tâches de maintenance préventive et les missions de supervisions restent insuffisantes.

La dernière évaluation de la Gestion Efficace de Vaccins (GEV) a été réalisée en septembre 2017 avec l'appui technique de l'OMS. Cette évaluation a révélé des performances relativement faibles au niveau de l'ensemble des composantes et à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Un seul critère (E4 : bâtiments, matériel et transport) sur les neuf a atteint le score moyen de 80% pour l'ensemble du pays comme l'illustre le tableau ci-dessous.

**Tableau N°5** : Résultats de l'évaluation de la Gestion Efficace de Vaccins de septembre 2017

Critères/Niveau	Moyenne	National	Département	Zones sanitaires	Centres de santé
E1 : Arrivage/Réception vaccin	46%	46%			
E2 : Température	68%	76%	64%	72%	64%
E3 : Capacité de stockage	72%	100%	72%	80%	62%
E4 : Bâtiments, équipement, transport	83%	77%	74%	80%	88%
E5 : Maintenance	60%	75%	48%	71%	53%
E6 : Gestion de stock	57%	81%	69%	59%	51%
E7 : Distribution	45%	47%	57%	33%	53%
E8 : Gestion des vaccins	76%	85%	85%	78%	71%
E9 : SIG, fonctions d'appui	58%	62%	65%	61%	53%

D'une manière générale, les progrès entre l'évaluation GEV de 2012 et de 2017 ont été timides. Si les composantes E3 (capacité de stockage) et E4 (Bâtiments, équipements et transport) ont connu une nette amélioration, les composantes E2 (Température), E5 (Maintenance), E6 (Gestion de stock) et E8 (Gestions des vaccins) sont restées stationnaires. A contrario, les composantes E1 (arrivage/réception des vaccins), E7 (Distribution) et E9 (SIG et fonctions d'appui) ont connu une régression.

Il a été toutefois constaté une nette amélioration des scores des critères des zones sanitaires mettant en œuvre le DSLO en comparaison avec celle qui n'applique pas ce système de distribution.

L'analyse de ces résultats a permis de dégager les forces et les faiblesses du système de la chaîne d'approvisionnement, et d'élaborer un plan d'amélioration budgétisé de 69 activités sur une période 5 ans. Ce plan décrit les activités à mettre en œuvre pour corriger les insuffisances constatées suivant 6 domaines : conception du système, équipement de la chaîne du froid, régulation de la température, distribution, ressources humaines et gestion des données.

A la fin de l'année 2018, le point de mise en œuvre du plan se présente comme suit :

- Au niveau central : aucune activité n'est achevée, 20% des activités sont en train d'être mise en œuvre et 80% des activités ne sont pas entamés.
- Au niveau départemental : 3% des activités sont achevées, 3% des activités ont en train d'être mise en œuvre et 94% des activités ne sont pas entamés.
- Au niveau des zones sanitaires et des communes : aucune activité n'est achevée, 33% des activités ont en train d'être mise en œuvre et 67% des activités ne sont pas entamés.
- Au niveau des formations sanitaires : aucune activité n'est achevée, 50% des activités ont en train d'être mise en œuvre et 50% des activités ne sont pas entamés.

La principale raison de la faible mise en œuvre de ces activités est le retard dans la validation des activités du PITA sur RSS.

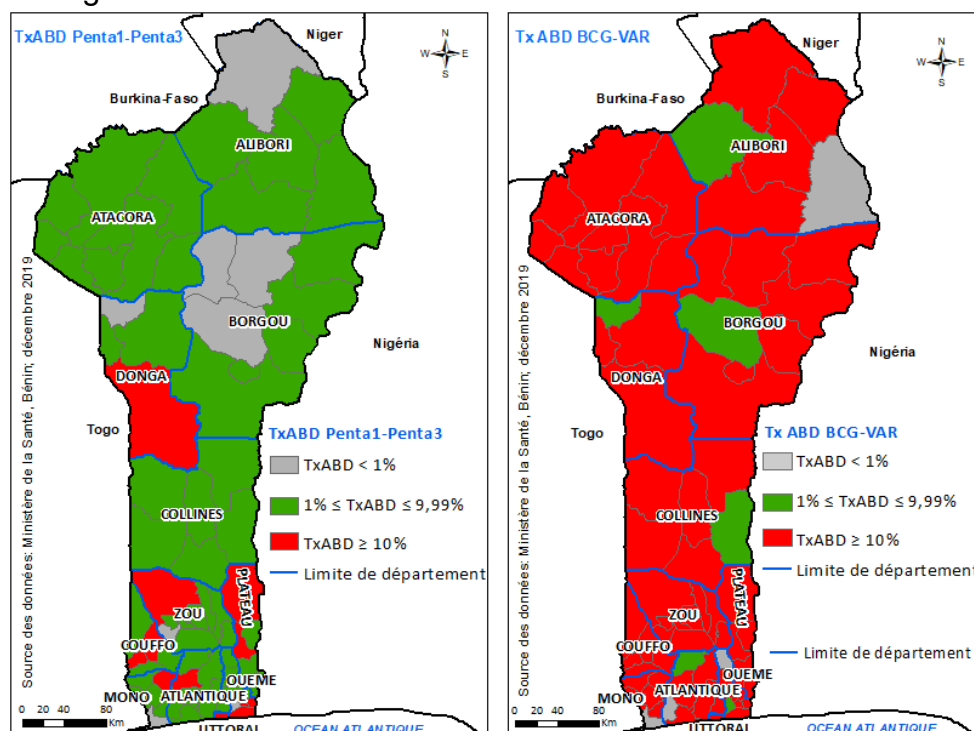
Les dispositions sont prises par le pays pour accélérer la mise en œuvre de ce plan. D'abord, les activités qui y sont consignées ont été intégrées au PPAc 2019-2023 en cours. Ensuite ce plan sert de guide pour la planification annuelle des activités et d'outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires. En 2019, il est prévu dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan que :

- Les procédures opératoires normalisées pour la gestion logistiques soient mises en place dans l'ensemble du pays,
- Le système logistique optimisé soit étendu à 5 nouvelles zones sanitaires du pays,
- Les acteurs de la chaîne d'approvisionnement soient formés sur le remplissage des outils de gestion logistique.

Le pays a également prévu de faire une auto-évaluation de la GEV au cours de l'année 2020 pour évaluer les progrès et ajuster le plan d'amélioration en cours.

### ***Prestation de services et génération de la demande***

En 2017, selon les données administratives, 20% des communes ont un taux d'abandon Penta1 et Penta 3 supérieur à 10% contre 13% en 2018. La même tendance est notée à travers les résultats de l'EDS V qui mentionne un taux d'abandon spécifique de 13% et un taux d'abandon global de 23%.



**Carte N°3 : Taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 et entre BCG et VAR en 2018 au Bénin**

Les insuffisances liées à l'offre et la demande énumérées plus haut justifient entre autres ces taux d'abandon élevés.

Pour améliorer la demande de la vaccination au sein des communautés, les stratégies suivantes sont retenues et en cours de mise en œuvre. Il s'agit de :

- l'Initiative Vaccination Décentralisée (IVD),
- le registre communautaire de suivi individualisé,
- le nouveau carnet de santé de l'enfant avec le calendrier vaccinal actualisé,
- le plan stratégique de communication (PSC).

### ***Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants***

Il n'existe pas d'obstacles liés au sexe dans la vaccination au Bénin. Le système de vaccination ne s'adapte pas encore suffisamment aux contraintes des mères d'enfants. Il n'existe pas de barrières ou d'obstacles en rapport avec le sexe du personnel offrant la vaccination.

### ***Système de données/ d'information***

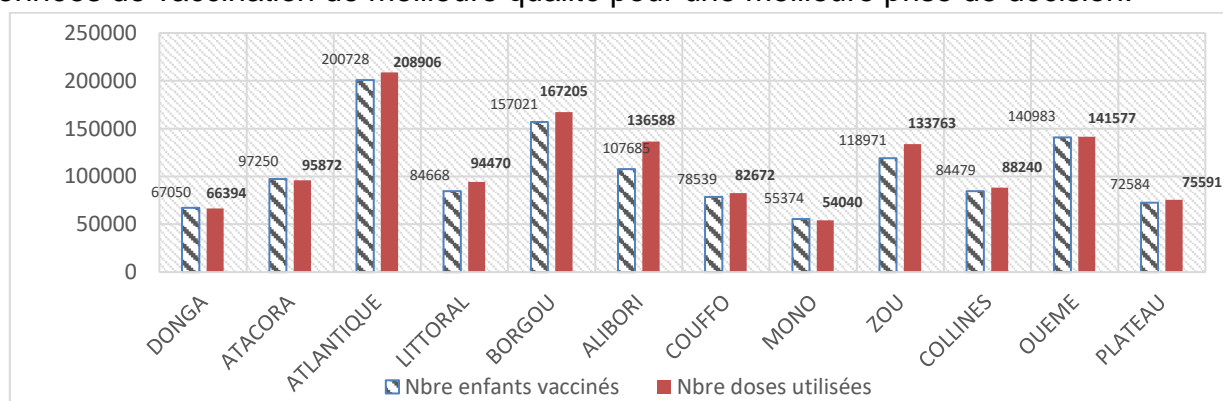
Les données du PEV sont collectées au niveau de toutes les structures de santé impliquées dans la vaccination à l'aide des supports du SNIGS. La remontée de ces données est assurée grâce à la saisie en ligne au niveau de toutes les zones sanitaires des données collectées (DHIS2), et la saisie au niveau départemental dans le District Vaccine Data Management Tool (DVD-MT) ; ce système de saisie parallèle génère des discordances des données.

La qualité des données constitue l'un des principaux défis auxquels est confronté le PEV du Bénin. Si la complétude des données administratives est en général satisfaisante (supérieure à 95%), il n'en est pas de même pour la promptitude qui reste faible dans certains départements du pays.

De plus, le Bénin est confronté à un réel problème d'estimation des populations cibles pour la vaccination, qui sont le plus souvent sous estimées ; ce qui contribue à l'obtention des super taux. Par exemple, pour ce qui concerne le Penta3 en 2018, la couverture administrative est de 108% alors que les estimations OMS-UNICEF et la couverture issue de l'EDS V sont respectivement de 76% et 73% ; ce qui correspond à un écart de plus de 20%, qui semble constant au cours des dix dernières années (Graphique N°2).

Par ailleurs, la triangulation de ces données montre qu'il y a une discordance entre les doses administrées de plusieurs antigènes et le nombre d'enfants vaccinés rapportés (Graphique N°5).

Face à ces préoccupations liées à la qualité des données, l'ANV-SSP et la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère ont élaboré un Plan d'Amélioration de la Qualité des données (PAQD). Sa mise en œuvre permettrait de disposer d'ici à 2022 de données de vaccination de meilleure qualité pour une meilleure prise de décision.



**Graphique N°5:** Nombre de doses de Penta comparé aux nombre d'enfants vaccinés par département en 2018 au Bénin

### **Leadership, gestion et coordination**

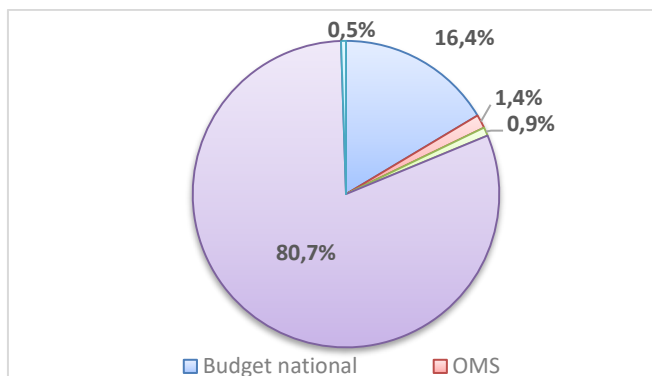
Le programme de vaccination est géré par l'Agence Nationale de la Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) avec pour structure de gouvernance un Conseil d'Administration qui se réunit au moins deux fois dans l'année. Ce rôle est assuré au niveau intermédiaire par les groupes techniques de coordination du PEV, et au niveau périphérique par les Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires. Il existe au niveau central, en dehors du CCIA, d'autres comités techniques à savoir : le Comité National des Experts pour l'éradication de la Poliomyélite (CNEP), le Comité National de Certification (CNC), le Comité National Consultatif pour la Vaccination et les Vaccins (CNCV-Bénin) et le Comité de Gestion des MAPI. De plus, l'ANV-SSP collabore avec toutes les Directions Techniques du Ministère de la Santé. Rappelons ici qu'une nouvelle Agence (ANSSP) remplace l'ANV-SSP qui continue de gérer le programme en attendant la nouvelle structure.

Il est à noter que les différentes instances citées ci-dessus tiennent régulièrement leurs sessions. Toutefois, il est remarqué une faible participation des structures impliquées. Des mécanismes innovants de mobilisations des différents acteurs devront être mis en place pour assurer l'efficacité de la fonctionnalité desdites instances.

D'une manière générale, la gestion et la coordination du programme se résument en la faible fonctionnalité des mécanismes de redevabilité et la faible exploitation des résultats de supervisions et de monitoring à tous les niveaux (central départemental et périphérique).

#### 4.3. Financement de la vaccination

En 2018, le financement de l'ANV-SSP a été assuré à hauteur de 81% par l'Alliance Gavi, de 16% par le pays, et de 3% par les autres partenaires (OMS, Unicef et AMP). La contribution importante de Gavi est essentiellement consacrée à l'achat des vaccins qui représente à lui seul 75%. Il faut signaler que ces données ne prennent pas en compte le financement des activités de vaccination aux niveaux intermédiaire et opérationnel, et la valorisation des investissements de l'Etat. Le montage financier se fait sur la base des informations disponibles dans le PPAC y compris les financements des partenaires dans une approche de planification ascendante coordonnée par la DPP.



*Source : Rapport d'Auto-Evaluation 2018*

**Graphique N°4 :** Contribution des différentes sources au financement de l'ANV-SSP en 2018

En ce qui concerne les subventions allouées à l'ANV-SSP les crédits de transfert sont ouverts par trimestre ; Toutefois, ce transfert connaît parfois des retards impactant négativement l'exécution correcte et dans le temps du PITA. Toute mobilisation de fonds est subordonnée à la justification préalable des fonds précédemment reçus. Aussi, obligation est-elle faite aux gestionnaires d'élaborer et de faire certifier les états financiers de l'exercice budgétaire écoulé.

Les contraintes à la mise en œuvre des activités de vaccination sont liées essentiellement à la faible allocation des ressources budgétaires internes à l'ANV-SSP / MS. Néanmoins, un mécanisme de régulation budgétaire permet au Gouvernement d'autoriser l'exécution du budget du programme en dépassement de crédit. Le retard dans le paiement du cofinancement des vaccins et le non-respect du mécanisme de préfinancement demeurent des préoccupations majeures liées à la performance du programme.

Les autres goulots d'étranglement ont trait à :

- la non intégration des microplans PEV dans les plans de travail départementaux ;
- le retard dans la finalisation et l'adoption du PITA par l'ANV-SSP ;

- le retard dans la justification des fonds transférés au niveau déconcentré et décentralisé ;
- le non-respect du chronogramme de mise en œuvre des activités par les parties prenantes ;
- la faible préparation de la transition de la gestion du PRPSS à l'ANV-SSP.

## 5. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

### 5.1. Performances du soutien RSS de Gavi

L'année 2018 a été marquée par le transfert de la gestion de la subvention de l'Unité de Gestion du Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (UGP/PRPSS) à l'ANV-SSP, intervenu à mi-juin.

Par ailleurs, l'évaluation de la capacité du Programme (PCA) réalisée en 2017 et ayant abouti aux exigences en matière de gestion des subventions (GMR en janvier 2018), a recommandé la mise en place d'un mécanisme transitoire de 24 mois passant par l'UNICEF, en attendant le renforcement des capacités de gestion de l'ANV-SSP.

La faible préparation de la transition de la gestion du PRPSS à l'ANV-SSP a eu pour conséquence la non-disponibilité d'un budget validé pour la mise en œuvre des activités en 2018. Notons que le FBR étant arrêté en Juin 2017, les fonds prévus devraient être réalloués aux activités de couverture et d'équité.

Quatre avis de non objection ont été obtenus du Secrétariat de Gavi pour les formations (STEP et LOGIVAC) et les dépenses de clôture du PRPSS (paiement de factures en instance).

Objectif 1	
<b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer la couverture en services de santé de qualité et de la vaccination en particulier et l'utilisation de ces services dans deux zones sanitaires ciblées à travers la mise en œuvre du FBR
<b>Groupes géographiques/ de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	Cet objectif ciblait deux zones sanitaires, (Tchaourou et Sakété-Ifangni) retenues à la fois sur des critères de performance sanitaire faible et de complémentarité avec les appuis des autres PTF au FBR
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	0%
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> , notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/ absorption financière	Aucune activité n'a été réalisée parce que le plan d'action et le budget détaillé n'avait pas été soumis à temps et approuvé
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements connexes de l'assistance technique</b> ) <small>Error! Bookmark not defined.</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement de la stratégie "Atteindre chaque enfant du Bénin : vers la suppression des causes d'iniquité" dans 49 communes prioritaires sélectionnées selon des critères composites (couverture Penta 3, Nombre absolu d'enfants non couverts au VAR 1, Nombre absolu d'enfants Zéro doses, Taux d'abandon élevé). Des critères additionnels relatifs à l'incidence de la rougeole ont été appliqués. Les fonds GAVI seront orientés dans les 34 communes prioritaires non couverts par l'Unicef qui finance entièrement 15 communes dans les départements de l'Alibori, du Borgou et du Zou</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à la mise en œuvre des micros plans ACD/ACE recentrés sur l'équité dans 49 communes</li> <li>• Mise en œuvre de l'initiative VaxyRappel dans la ZS pilote de Zogbodomey-Bohicon-Za Kpota</li> <li>• Elaboration et mise en œuvre de la stratégie urbaine de vaccination</li> <li>• Appui au niveau départemental pour l'organisation par trimestre d'une supervision des acteurs des ZS sur la gestion du PEV et la surveillance (maladies sous surveillance et MAPI)</li> <li>• Extension de la mise en œuvre de l'IVD dans 5 communes prioritaires Tchaourou, Dassa, Glazoué, Sakété, Ifangni</li> <li>• Renforcement du mécanisme de détection, de notification et de prise en charge des MAPI</li> <li>• Impression de 500.000 exemplaires du carnet de santé (appui initial aux communes)</li> <li>• Organiser des missions de supervision ciblée du niveau national vers les niveaux départemental et décentralisé</li> <li>• Evaluation / Mini enquête du déploiement de l'approche ACE Benin Equité</li> <li>• Développement de la stratégie de l'opération « meilleures communes » et mamans modèles de l'année 2020</li> </ul>
<b>Objectif 2 :</b>	
<b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer la capacité de la chaîne de froid au niveau intermédiaire et dans les deux zones sanitaires ciblées ainsi que la gestion efficace des vaccins
<b>Groupes géographiques/ de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	Cet objectif vise à lever les goulots d'étranglement liés à l'insuffisance de capacité de la chaîne du froid aux niveaux départemental et opérationnels pour conserver l'ensemble des vaccins PEV, ainsi que les insuffisances dans la gestion efficace des vaccins.
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	20%
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> , notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/ absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de 8 cadres du niveau central, 12 responsables de dépôts de vaccins au niveau intermédiaire et 16 chargés de la gestion du PEV au niveau périphérique sur le management stratégique et le leadership (Formation STEP)</li> <li>• Renforcement des capacités de 2 cadres de l'ANV et 10 acteurs chargés de la gestion logistique du PEV au niveau intermédiaire et périphérique en logistique de la vaccination (Formation courte)</li> </ul>
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements connexes de l'assistance technique</b> ) Error! Bookmark not defined.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalisation des travaux de construction et les achats des équipements de de la chaîne du froid en cours</li> <li>• Paiement du co-investissement du CCEOP : An 1 déjà payé en 2019</li> <li>• Achat d'ECF additionnels (vu que le CCEOP de l'an2 n'est pas encore financé)</li> <li>• Elaboration des outils pour la maintenance des équipements de la chaîne du froid</li> <li>• Renforcement des capacités des acteurs sur la maintenance des équipements de la chaîne du froid</li> <li>• Inventaire physique annuel des ECDFs et matériels roulant (en collaboration avec la DAF et la DIEM du MS)</li> <li>• Acquisition de matériel roulant, équipement informatique sur la base de l'inventaire</li> <li>• Extension du système logistique optimisé</li> <li>• Mise en place des procédures opératoires normalisées pour la GEV</li> <li>• Auto-évaluation GEV</li> </ul>
<b>Objectif 3 :</b>	

<b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer le SNIGS et l'utilisation des données pour le suivi-évaluation et la planification stratégique
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	Cet objectif vise à lever les goulots d'étranglement liés à la faible performance du système d'information sanitaire et la sous-utilisation des données pour le suivi-évaluation et la planification stratégique.
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	0% C'est-à-dire qu'aucune activité ni dépenses réalisées en 2018 pour contribuer à lever les goulots d'étranglement liés à la faible performance du système d'information sanitaire et la sous-utilisation des données pour le suivi-évaluation et la planification stratégique
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> , notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	Néant
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements</b> connexes de <b>l'assistance technique</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un GTC Suivi-Evaluation (PM)</li> <li>• Organisation d'une harmonisation des cibles à partir des résultats des dénombrements effectués par d'autres programmes (PNLP, PNLMTN, ...) PM</li> <li>• Elaboration d'une carte sanitaire à visée prospective géo référencée</li> <li>• Finalisation du processus de transition vers le DHIS 2</li> <li>• Poursuite avec le eLMIS comme système informatisé d'information logistique (SIIL)</li> <li>• Organisation de revues trimestrielles dans les communes assorties de lettres de gestion aux meilleurs agents</li> <li>• Validation trimestrielle des données de vaccination et de surveillance</li> <li>• Organisation de réunions de contrôle de la qualité (monitorage) des données de vaccination, de surveillance et de la mise en œuvre des microplans PEV/Equité (trimestrielles au niveau zone sanitaire et semestrielles au niveau départemental)</li> <li>• Revue annuelle des données (Desk revue)</li> <li>• Organisation des DQS semestriels et du LQAS annuel</li> </ul>
<b>Objectif 4 :</b>	
<b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Gestion du Programme
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	RAS
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	0%
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> , notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	Néant
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des réunions mensuelles des Groupes Techniques du CCIA ainsi que les téléconférences</li> </ul>

et les <b>changements</b> connexes de l' <b>assistance technique</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de la JSP intégrant tous les besoins non couverts par le CCEOP et le TCA et prenant en compte les soumissions prévues dans le PPAc en cours</li> <li>• Plaidoyer auprès des autorités pour la mise à disposition des agents de santé</li> <li>• Contractualisation de l'offre des services de vaccination avec les structures sanitaires privées</li> <li>• Mise en place et suivi d'un répertoire des agents vaccinateurs au niveau national</li> <li>• Renforcement des capacités des ressources humaines des formations sanitaires dans les communes prioritaires (coaching par les pairs, tutorat, mentorat)</li> <li>• Recrutement / équipement / transport de 3 médecins appui au PEV pour les départements prioritaires</li> <li>• Frais de fonctionnement à l'ANV (connexion internet, pauses pour séances de travail, ...)</li> </ul>
--	---

## 5.2. Performance du soutien au vaccin

Le pays procède annuellement au renouvellement de sa demande de soutien pour le PEV de routine en l'occurrence les nouveaux vaccins et les vaccins sous utilisés. Actuellement le pays dispose dans son pipeline comme vaccins nouveaux, le PCV 13, Penta, RR et Rota. En ce concerne les vaccins sous utilisés, le pays a le soutien de Gavi pour le VAA et le VPI. Le problème majeur observé dans la gestion de ces vaccins se résume essentiellement à la rupture de stock au niveau central avec répercussion au niveau périphérique. Ces ruptures sont liées à la fois à des causes exogènes et des causes endogènes.

Comme causes exogènes il s'agit essentiellement de la tension observée au plan international sur le VPI et le VAA ; le VPI connaît particulièrement une situation de non-respect du plan d'approvisionnement par la division des achats de l'Unicef.

Au niveau des causes endogènes, les raisons de rupture se résument à :

Retard au paiement du cofinancement entraînant un retard dans l'approvisionnement :

Faible maîtrise des cibles dans certaines localités entraînant des consommations supérieures aux provisions.

Les insuffisances dans la gestion des vaccins par les acteurs au niveau périphérique.

Comme plan de remédiation à toutes ces insuffisances, le pays devra :

- Sécuriser le financement de l'achat des vaccins ;
- Revoir la stratégie d'identification des cibles du PEV et de la quantification des besoins en vaccin
- Poursuivre avec le renforcement de capacité des acteurs sur la gestion des vaccins.

En décembre 2018, le Bénin avec l'appui technique et financier de GAVI, de l'OMS et de l'UNICEF, a introduit à l'échelle nationale dans la vaccination systématique, le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) chez les enfants de 9 mois. Les activités menées dans le cadre de cette introduction sont :

- Elaboration du plan d'introduction du vaccin RR dans le PEV de routine
- Organisation d'un atelier d'adaptation des modules d'introduction du vaccin RR et de révision des outils de gestion du PEV
- Supervision conjointe (niveaux national et départemental) des agents de santé sur l'introduction du vaccin RR dans le PEV de routine,

Par ailleurs, en avril 2018, le pays est passé de la forme mono dose à la forme multi dose de vaccin PCV13.

Le vaccin RR a été introduit avec succès le 03 décembre 2018 dans la routine dans toutes les formations sanitaires du Bénin et une bonne acceptation du vaccin par les mères/gardiennes d'enfants. Aucun cas de manifestation post vaccinale indésirable (MAPI) grave n'a été notifié. La mise en œuvre de la campagne RR de Mars 2019 a été par contre marquée par la notification de cas de MAPI dont une trentaine retenue comme graves avec 09 décès qui ont été à l'origine d'une réticence amplifiée par les médias. Un comité de crise et le comité MAPI ont apporté une réponse à la crise.

### **5.3. Performances du soutien à la CCEOP de Gavi**

En novembre 2017, le pays a été approuvé pour obtenir le soutien de Gavi pour le renouvellement des équipements de la chaîne du froid (CCEOP). Dans ce projet, il est prévu de 2018 à 2020, l'achat de 704 équipements de chaîne en remplacement du parc des équipements de la chaîne du froid qui est à 80% désuet et inadapté.

Avec les procédures du CCEOP, les premiers équipements de la chaîne sont livrés en 2019.

### **5.4. Performances de gestion financière**

La subvention RSS2 GAVI Bénin approuvée pour 8 374 702.27 US\$ pour le quinquennat 2014-2018 était venu compléter l'apport du Gouvernement, les autres partenaires (CTB/ Enabel, BM et FM) dans la mise à l'échelle du FBR au niveau national et également l'appui des autres partenaires du PEV dans l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale et d'équité. Il était prévu pour l'année 2018 un budget de 1 587 656.96 US\$ pour booster les activités du PRPSS liées aux objectifs de Gavi, à savoir : Fourniture et mise en service de deux chambres froides positives dans les départements en l'occurrence le Mono-Couffo qui en manque cruellement, octroi de crédit FBR pour les deux zones sanitaires de Gavi en fonction de la performance, et par conséquent organiser des sessions de formations pour assurer une bonne performance aux structures centrales et décentralisées (EEZS, DDS, IGM, ANV-SSP, DNSP qui accompagnent les deux Zones Sanitaires SAKIF et Tchaourou dans leurs activités du PEV. Mais l'arrêt brusque des activités du PRPSS qui a été contraint à la clôture au 31 décembre 2017 n'a pas permis l'absorption souhaitée des subventions en espèces mises en place par Gavi Alliance. Notons que les dépenses réalisées s'élevant à 211 181,67 US\$ soit 13,3% pour apurer les frais de formation sur la logistique vaccinale, au niveau intermédiaire et périphérique, sur les constructions de locaux d'installation de chambres froides de Lokossa/ Parakou et payer les honoraires d'audit de clôture des comptes de Gavi.

Néanmoins, dans le cadre de l'objectif N°2 du RSS2, l'ANV-SSP a suscité l'acquisition d'Equipements de Chaîne de froid et deux véhicules 4X4Toyota à hauteur de 136.721,92 US\$ par les services techniques de l'Unicef. Ces équipements ont été effectivement réceptionnés par l'Agence. Ainsi, Gavi a énormément contribué à l'amélioration de la chaîne de froid et de l'ensemble de la logistique vaccinale à travers notamment l'appui au déploiement du système logistique optimisé au niveau opérationnel et l'acquisition/installation de chambres froides au niveau départemental et central.

Quant à l'objectif N°3, l'appui a porté sur l'amélioration du système d'information sanitaire à savoir, l'intégration des sous-systèmes dans le DHIS2, l'élaboration de plans et documents

stratégique ainsi que l'organisation d'enquête, de supervision, de validations et autres activités d'amélioration de la qualité des données collectées.

Le taux d'absorption en 2018 est globalement de 22% compte tenu des acquisitions effectuées par les services de l'Unicef et payés directement par Gavi

Par ailleurs, au terme de la Clôture des comptes du PRPSS courant Août, le solde net de 951 949 099 FCFA, soit 1,903,898 USD a été viré du compte Bank Of Africa « N° 07262280009 » intitulé PROGRAMME RSS BENIN/GAVI sur le compte de l'ANV-GAVI domicilié à Eco Bank.

Les rapports financiers dus au titre de l'exercice 2018 et au 30 juin 2019 ont été soumis au secrétariat de Gavi alliance avec les relevés bancaires y relatifs. Les rapports d'audit dus après la clôture du PRPSS 31-12-2017, c'est-à-dire sur la période de 2018-2019 n'ont pas été soumis compte tenu de la faible maîtrise des procédures de Gavi par l'ANV-SSP.

La mise à disposition d'un comptable senior par l'Unicef et financé sur le TCA 2018 et 2019 a permis de mettre en place un système de gestion financière et comptable avec utilisation du logiciel PERFECTO et d'assurer le traitement des informations financières sur Gavi et Unicef (Recettes et dépenses de la campagne CARR. et celles liées au fonctionnement courant de l'Agence). Il est souhaitable que ce nouveau système de gestion en place soit sécurisé en mettant en place des limites aux accès du système par le personnel comptable formé à son utilisation avec les équipements informatiques adéquats. Ce nouveau système comptable affecte positivement l'édition des états financiers par PTFs et aussi consolidé.

Deux rapports financiers non audités du RSS2 couvrant respectivement la période 2014-2018 et le 1<sup>er</sup> semestre de 2019 ont été soumis le 6 janvier 2020 sur le portail pays. Les dispositions sont prises pour la soumission des rapports financiers non audités des subventions VPI, VPH, RR et Rota avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2020.

Un audit externe a été diligenté en 2019 par l'Unicef sur les dépenses de la campagne CARR exécutées par l'ANV-SSP et les niveaux opérationnels (Directions Départementales de la Santé -DDS). Ce rapport d'audit relatif aux subventions de Gavi gérées l'ANV-SSP et par d'autres bénéficiaires de l'UNICEF est toujours attendu à l'Agence

#### **5.5. Suivi du plan de transition**

Non applicable car le pays n'est pas encore en transition.

#### **5.6. Assistance technique (AT) (Progrès réalisés dans l'actuel plan d'aide ciblée au pays)**

Le résumé de la mise en œuvre des activités sur le TCA 2019 se présente comme suit :

<b>Activités</b>	<b>État de mise en œuvre</b>	<b>Commentaires</b>
<b>WHO</b>		
Appuyer le Bénin dans le processus d'élaboration et de soumission FPP 2019 – 2023	Non réalisée	Reporté

Intégration des données DVD-MT à la base DHIS2 et des outils d'analyse de la qualité des données et de rapportage Formation des responsables PEV départements et Communes à l'utilisation du DHIS2	Réalisée	Reste à former les acteurs à l'utilisation
Elaboration de la soumission Men A et de la seconde dose de VAR (MCV2)	Non réalisée	Processus enclenché, mais non achevé
Enquête évaluation de la campagne rougeole-rubéole	Totalement réalisée	Rapport final attendu
Tenir les réunions de monitoring des indicateurs de surveillance PBM/Rotavirus et de renforcement des capacités des acteurs, puis l'évaluation des sites sentinelles Rotavirus, PBM et appuyer l'évaluation de l'impact de l'introduction du vaccin anti Rotavirus	En cours de réalisation	
Fournir l'assistance technique dans le cadre de la coordination de la mise en œuvre de la revue externe du PEV.	Non réalisée	Annulée
<b>CDC Foundation</b>		
Until 2018, Benin did not have laboratory confirmation capacity for bacterial meningitis pathogens. There is a need to strengthen the laboratory capacity for meningitis diagnostics at national and high-risk peripheral health centers (e.g., sites that contribute to IDSR), including training of technical personnel in bacteriology and reinforcing testing capacity. Specifically, CDC/DBD will: 1) Reinforce culture capacity for meningitis testing at regional laboratories in high-risk areas, 2) Provide training meningitis specimen testing to laboratorians at regional laboratories; 3) Perform advanced molecular identification of the strains from clinical specimen and cultures to inform immunization strategies	En cours	Début de mise en œuvre avec installation équipements techniques/CDC
<b>UNICEF</b>		
1. Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action pour la relance de la vaccination de routine pour lesquelles UNICEF a le lead à travers la microplanification, le suivi de la réalisation des sessions de vaccination, de la disponibilité des vaccins et autres intrants de même que la fonctionnalité de la CDF, le suivi des dashboards, l'analyse régulière des performances ; identification des principaux goulots ; l'appui à l'identification des actions correctrices pour la levée des goulots 2. Appui technique à la mise en œuvre du plan d'élimination de la rougeole du tétanos néonatal de contrôle de la fièvre jaune, de l'éradication de la poliomyélite y compris l'introduction des nouveaux vaccins	Réalisée	
Appui à la mise en place du Système Logistique optimisé dans 3 nouvelles zones sanitaires du Borgou Appui à la mise en œuvre du CCEOP au niveau national (le pays est dans l'optique d'assurer une couverture intégrale du pays par le SLO en 2019)	Partiellement réalisée	
Appui au suivi évaluation au niveau de l'Agence nationale de vaccination	Réalisée	
Appui au processus de passation des marches au niveau de l'Agence nationale de vaccination	Non réalisée	
Appui la gestion financière à l'Agence nationale de vaccination	réalisée	

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

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
---	---------------

NANA	
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel
<p>Rapport de l'évaluation conjointe, ou équivalent. Ce rapport renseignera en détail sur les progrès accomplis pour atteindre les jalons et les objectifs au regard des données de référence pour les indicateurs identifiés dans la proposition. Il comprendra également un rapport financier sur l'utilisation du soutien de Gavi au RSS (qui peut inclure un rapport conjoint d'un dispositif de financement commun, le cas échéant) et l'utilisation faite des paiements liés aux résultats, qui ont été approuvés par le Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou son équivalent.</p>	<p><b>Date limite de réception :</b> Après l'évaluation conjointe et maximum 1 mois avant le Panel de Haut Niveau (HLRP) ou Revue des directeurs (MD review)</p> <p><b>Statut actuel :</b> L'EC conjointe de 2018 avait été planifiée d'être intégrée à l'atelier d'harmonisation et d'élaboration de la nouvelle demande RSS (Justification du soutien au Programme). Compte tenu du contexte décrit ci-dessus, l'EC a été organisée en novembre 2019.</p>
<p><b>Rapports financiers intérimaires</b> non-audités. A moins que l'aide-mémoire existant entre Gavi et le pays indique le contraire, le pays devra soumettre des rapports financiers intérimaires non-audités sur le soutien financier RSS au plus tard 30 jours au terme de chaque 3 mois de la période sous revue. Un défaut de soumission de rapports dans les temps pourrait affecter les financements futurs.</p>	<p><b>Date limite de réception :</b> 30 avril 2018 31 juillet 2018 30 octobre 2018 31 janvier 2018</p> <p><b>Statut actuel :</b> Rapport financier 2014-2018 et rapport financier du semestre 1 2019 non audités soumis sur le portail le 6 janvier 2020.</p>

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

Subventions	Activités clés	Commentaires
<b>RSS2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extension de l'approche Atteindre Chaque enfant Béninois et renforcement du monitoring de la performance</li> <li>- Renforcement de la chaîne du froid et de la gestion des vaccins</li> <li>- Amélioration des données pour la prise de décision</li> </ul>	- Approche inclut 10 composantes de l'ACD/ACE
<b>CCEOP an 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installation des ECF et suivi</li> <li>Mise en œuvre du plan de maintenance</li> </ul>	
<b>MenA : introduction et campagne</b>	- Introduction du vaccin MenA suivie 3 mois plus tard de la campagne	Le pays souhaiterait conduire la campagne en novembre 2020
<b>Diagnostic Fièvre Jaune</b>	Appui en matériels de diagnostic pour le Laboratoire National de Référence	
<b>Soumission HPV routine</b>	Prévue pour le 8 septembre	
<b>Soumission RR 2</b>	Prévue pour le 8 septembre	

<b>Principal constat/ action 1</b>	Insuffisance de RH en santé bien formées et motivées
Réponse actuelle	- Organisation de sessions de formation sur la vaccination et la surveillance des MEV au profit des agents du niveau opérationnel

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un mécanisme de motivation des agents des centres de santé les plus performants en matière de vaccination en collaboration avec la Fondation PEV (lettre de félicitation, don d'équipement, etc.)</li> </ul>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un répertoire des agents vaccinateurs incluant les privés et les retraités</li> <li>- Formation/ recyclage/ supervision des agents vaccinateurs</li> <li>- Mise en place d'un cadre de redevabilité</li> <li>- Développement de la stratégie de l'opération « meilleures communes » et mamans modèles de l'année 2020</li> </ul>
Produits/ résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 75% des agents de santé formés</li> <li>- 70% supervisions réalisées à tous les niveaux</li> <li>- Cadre de redevabilité développé et mis en œuvre</li> <li>- Identification d'une "meilleure commune" par département et d'une "maman modèle" par arrondissement</li> </ul>
Calendrier associé	2020-2021
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	<p>Appui OMS et UNICEF pour la formation des agents</p> <p>Appui AMP pour la mise en place du répertoire des agents et le cadre de redevabilité</p> <p>Appui de la Fondation PEV pour la mise en œuvre de la Stratégie « Meilleure commune » et « Maman modèle »</p>
<b>Principal constat/ action 2</b>	Performances relativement faibles au niveau de la mise en œuvre des composantes de la GEV
Réponse actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamisation du groupe technique de coordination logistique et mise en place l'équipe de gestion du CCEOP (PMT)</li> <li>- Réhabilitation et installation d'une chambres froides sur financement Gavi</li> <li>- Acquisition et installation de 604 ECF dont 484 du CCEOP et 120 sur financement OPC campagne RR et UNICEF</li> <li>- Elaboration et début de mise en œuvre des procédures opératoires normalisées</li> <li>- Extension du modèle push (DSLO) de distribution des vaccins</li> <li>- Formation de 2 cadres en logistique vaccinale et 20 agents sur le management stratégique et le leadership (STEP)</li> </ul>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation des travaux de construction et les achats des équipements de la chaîne du froid en cours</li> <li>- Achat d'ECF additionnels (vu que le CCEOP de l'an2 n'est pas encore financé)</li> <li>- Elaboration des outils pour la maintenance des équipements de la chaîne du froid</li> <li>- Renforcement des capacités des acteurs sur la maintenance des équipements de la chaîne du froid</li> <li>- Inventaire physique annuel des ECF et matériels roulant (en collaboration avec la DAF et la DIEM du MS)</li> <li>- Acquisition de matériel roulant, équipement informatique sur la base de l'inventaire</li> <li>- Extension du système logistique optimisé</li> <li>- Mise en place des procédures opératoires normalisées pour la GEV</li> <li>- Auto-évaluation GEV</li> </ul>
Produits/ résultats escomptés	- Toutes les composantes de la GEV autour de 70-80%
Calendrier associé	2020 - 2021
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Appui UNICEF et AMP
<b>Principal constat/ action 3</b>	Offre de services et génération de la demande adéquates insuffisantes
Réponse actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement de l'approche ACD/ACE avec recalcul des cibles, identifications des gaps d'enfants non atteints, élaboration et mise en œuvre des micro-plans détaillés et monitoring de la performance</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initiative Vaccination décentralisée responsabilisant les Mairies dans 5 communes</li> <li>- Elaboration et début de mise en œuvre du plan stratégique de communication</li> <li>- Implication des OSCs de la Plateforme dans les activités communautaires</li> </ul>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement de la stratégie "Atteindre chaque enfant du Bénin : vers la suppression des causes d'iniquité" dans 49 communes prioritaires sélectionnées selon des critères composites</li> <li>- Appui à la mise en œuvre des micros plans ACD/ACE recentrés sur l'équité dans 49 communes</li> <li>- Mise en œuvre de l'initiative VaxyRappel dans la ZS pilote de Zogbodomey-Bohicon-Za Kpota</li> <li>- Elaboration et mise en œuvre de la stratégie urbaine de vaccination</li> <li>- Contractualisation de l'offre des services de vaccination avec les structures sanitaires privées</li> <li>- Appui au niveau départemental pour l'organisation par trimestre d'une supervision des acteurs des ZS sur la gestion du PEV et la surveillance (maladies sous surveillance et MAPI)</li> <li>- Extension de la mise en œuvre de l'IVD dans 5 communes prioritaires Tchaourou, Dassa, Glazoué, Sakété, Ifangni</li> <li>- Renforcement du mécanisme de détection, de notification et de prise en charge des MAPI</li> <li>- Impression de 500.000 exemplaires du carnet de santé (appui initial aux communes)</li> <li>- Organiser des missions de supervision ciblée du niveau national vers les niveaux départemental et décentralisé</li> </ul>
Produits/ résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'enfants ayant reçu le Penta3 supérieur à 351 629</li> <li>- Couverture vaccinale en Penta3 dans les 49 communes supérieures à 92% (confirmé par les mini-enquêtes)</li> </ul>
Calendrier associé	2020- 2021
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	OMS, UNICEF, AMP et JSI
<b>Principal constat/ action 4</b>	Qualité des données non satisfaisante
Réponse actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et début de mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données</li> <li>- Transition de la gestion des données du PEV du DVD-MT au DHIS2</li> <li>- Suivi hebdomadaire de la performance des communes</li> </ul>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un GTC Suivi-Evaluation (PM)</li> <li>- Organisation d'une harmonisation des cibles à partir des résultats des dénombrements effectués par d'autres programmes (PNLP, PNLMTN, ...) PM</li> <li>- Elaboration d'une carte sanitaire à visée prospective géo référencée</li> <li>- Finalisation du processus de transition vers le DHIS 2</li> <li>- Poursuite avec le eLMIS comme système informatisé d'information logistique (SIIL)</li> <li>- Organisation de revues trimestrielles dans les communes assorties de lettres de gestion aux meilleurs agents</li> <li>- Validation trimestrielle des données de vaccination et de surveillance</li> <li>- Organisation de réunions de contrôle de la qualité (monitorage) des données de vaccination, de surveillance et de la mise en œuvre des microplans PEV/Equité (trimestrielles au niveau zone sanitaire et semestrielles au niveau départemental)</li> <li>- Revue annuelle des données (Desk revue)</li> <li>- Organisation des DQS semestriels et du LQAS annuel</li> <li>- Evaluation / Mini enquête du déploiement de l'approche ACE Benin Equité</li> </ul>

Produits/ résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transition complète des données du DVD-MT vers le DHIS2</li> <li>- Différence entre les données administratives et d'enquête réduite à moins 10 points</li> </ul>
Calendrier associé	2020- 2021
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui OMS et Université de Oslo pour la transition vers le DHIS2</li> <li>Appui UNICEF pour le monitoring hebdomadaire de la performance</li> <li>Appui AMP pour l'implémentation du plan d'amélioration des données</li> </ul>
<b>Principal constat/ action 5</b>	Leadership, management et coordination du programme non encore optimale à tous les niveaux
Réponse actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redynamisation des comités de coordination : conseil d'administration de l'ANV, CCIA, Comité Polio, CNCV (NITAG) et comité de gestion des MAPI</li> <li>- Mise à jour de l'organigramme de l'ANV-SSP avec déploiement des cadres pour les différents services manquants (passation des marchés, suivi évaluation, ...)</li> <li>- Renforcement du système de gestion financière : manuel de procédures élaboré et validé par le Conseil d'administration</li> </ul>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des réunions mensuelles des Groupes Techniques du CCIA ainsi que les téléconférences</li> <li>- Plaidoyer auprès des autorités pour la mise à disposition des agents de santé</li> <li>- Mise en place et suivi d'un répertoire des agents vaccinateurs au niveau national</li> <li>- Renforcement des capacités des ressources humaines des formations sanitaires dans les communes prioritaires (coaching par les pairs, tutorat, mentorat)</li> <li>- Recrutement / équipement / transport de 3 médecins appui au PEV pour les départements prioritaires</li> </ul>
Produits/ résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PITA annuel disponible au moins 1 mois en année n-1 et mis en œuvre à 80%</li> <li>- Différents comités et groupes de travail fonctionnels avec au moins 80% des activités prévues exécutées</li> <li>- Mise en place d'un cadre de redevabilité</li> </ul>
Calendrier associé	2020-2021
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui de l'OMS et de l'UNICEF pour la planification et le suivi stratégique</li> <li>- AMP pour la mise en place d'un cadre de redevabilité</li> </ul>
<b>Principal constat/ action 6</b>	Dépendance du PEV du financement externe
Réponse actuelle	- Organisation de la Table ronde de haut niveau pour la relance et le financement de la vaccination En octobre 2018
Actions convenues du pays	- Plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour l'augmentation du budget de la vaccination
Produits/ résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du budget PEV</li> <li>- Pré-positionnement progressif des fonds pour l'achat des vaccins auprès de l'UNICEF SD</li> </ul>
Calendrier associé	2020-2022
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	

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

Le processus d'évaluation de la quatrième évaluation conjointe du Bénin a connu plusieurs étapes qu'on peut présenter comme suit :

### 1) Echange de courriel avec le secrétariat Gavi.

Dans le cadre des préparatifs de l'évaluation, il y a eu des échanges de courriels par lesquels le secrétariat Gavi a envoyé plusieurs documents comme le guide et le canevas

du rapport 2019. Afin de faciliter la production des extraits de rapport d'autres pays ont été mise à notre disposition

## **2) Téléconférence**

Elle a été organisée entre le secrétariat Gavi et les représentants de l'OMS, l'Unicef, l'AMP, l'ANV-SSP pour échanger sur les TDR, l'agenda et les commentaires sur le rapport provisoire de l'EC partagé.

## **3) Elaboration du rapport**

Elle s'est faite en plusieurs phases à savoir :

- a) Présentation du guide et du canevas du rapport 2019 à toutes les parties prenantes
- b) Mise en place d'un comité technique de rédaction du rapport coordonné par le chef service suivi-évaluation.
- c) Réalisation de plusieurs séances de travail consacrées à la rédaction et la validation des différentes parties du rapport en tenant compte des directives du guide mis à notre disposition du pays.
- d) Ebauche du premier draft du rapport par le Comité de rédaction mise en place
- e) Discussion au Comité de Coordination Inter Agence
- f) Présentation du draft du rapport à l'évaluation conjointe
- g) Organisation de l'atelier de finalisation du rapport

## 9. ANNEXE: N° 1 : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
<b>Rapport de niveau de stock de fin d'année</b> (à remettre au 31 mars)*		X	
<b>Cadre de performance des subventions</b> (GPF – Grant Performance Framework)* Rapports sur tous les indicateurs obligatoires	x		
<b>Rapports financiers*</b>			
Rapports financiers périodiques		X	
État financier annuel		X	
Rapport d'audit financier annuel		X	
<b>Rapports de campagne*</b>			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire	X (draft)		
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes	X (draft)		
<b>Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination</b>	x		
<b>Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes</b>			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données	x		
Plan d'amélioration des données (DIP)	x		
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données	x		
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)	Revue 2014		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	SARA 2018)		
<b>La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)</b>	x		
<b>(CCEOP) : inventaire mis à jour des ECF</b>	X		
<b>Évaluation post-introduction (EPI) (spécifier les vaccins)</b>			NA
<b>Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans</b>	x		
<b>Plan opérationnel pour le programme de vaccination</b>	X		
<b>Rapport d'évaluation de fin de subvention de RSS</b>			X
<b>Résultat du programme de démonstration du vaccin anti-VPH</b>		X	
Enquête de couverture			
Analyse des coûts			
Rapport d'évaluation de la santé adolescente			
<b>Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF</b>	X		



Annexe 2-recapitulatif recett



Annexe 3- matrice des risques ANV- SS



Annexe 4- liste des participants atelier E



Priorisation Communes BENIN\_V