

RAPPORT DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

PAYS	CAMEROUN
PERIODE CONSIDEREE	Année 2014
PERIODE DU PPAC	2015-2019
EXERCICE FINANCIER	Janvier-Décembre 2014
DATE DE LA GRADUATION	Année 2022

I- RESUME EXECUTIF

I.1- Aperçu du portefeuille de subventions de GAVI

Au cours des quatre dernières années, il a été observé au Cameroun une augmentation progressive du financement de la vaccination par les partenaires, passant de 22 929 666 USD en 2011, à 31 580 156 USD en 2013. Le volume total des financements alloués au cours de l'année 2014, toutes sources confondues, s'élève à 39 475 981 USD dont 19 260 742 USD provenant de Gavi soit 48,8%. La contribution de l'Etat au financement du PEV pendant les quatre dernières années a également augmenté. Cela s'explique par le plaidoyer mené par le PEV avec l'appui du Parlement auprès des décideurs politiques sur l'importance de la vaccination dans le processus de développement du pays. Cependant, il est souhaitable que la vaccination soit prise en compte comme un investissement dans le budget de l'Etat pour que cette augmentation soit plus conséquente.

Tableau 1 : Evolution des financements du Programme de vaccination au cours des 5 dernières années

ANNEE	Volume total en USD	Part de GAVI en USD	Part de l'Etat en USD	Autres partenaires en USD
2010	36 858 759	24 177 520	8 248 188	4 433 052
2011	25 955 261	19 310 123	3 025 596	3 619 542
2012	34 710 425	24 777 733	3 452 776	6 479 917
2013	28 792 783	18 120 752	4 471 348	6 200 683
2014	39 475 981	19 260 742	3 951 390	16 263 849

Les informations relatives à la mise en œuvre des activités de vaccination sur toute l'étendue du territoire en 2014 (Rapports, compte-rendu des supervisions, évaluations à divers niveaux...) attestent d'un déploiement satisfaisant des différents vaccins soutenus par un financement Gavi. Les doses planifiées ont été reçues en totalité au 31 décembre 2014. En effet, l'ensemble des doses disponibles constituées des doses reçues en 2014 et des reliquats de 2013 en stock, soit un parc chiffré par agrégation arithmétique à 10 227 400 doses, ont été ventilées sans qu'il soit enregistré une rupture de stock à quelque niveau que ce soit. Le soutien de Gavi en 2014 concernait les antigènes suivants : Antipneumococcique à 13 valences, DTC-HepB-Hib, Antirotavirus et Antiamaril.

Bien que l'évaluation indépendante du RSS soit encore en préparation, il convient de relever que la mise en œuvre du RSS a permis :

- i) d'améliorer la demande et l'utilisation des services de vaccination. L'amélioration de la demande s'est traduite par un accroissement du nombre d'enfants vaccinés au DTC-Hep B-Hib3 au niveau national passant de 701 696 en 2013 à 705 726 en 2014, soit une augmentation de 4 030 enfants. L'utilisation des services de vaccination a été bonne en 2014 avec un taux d'abandon de 6,7% contre 7% en 2013. Cependant cette tendance n'est pas homogène puisque l'équité géographique demeure inférieure à 80% (71% des DS), les Régions de l'Adamaoua, Est et Extrême-Nord enregistrant des couvertures inférieures ou égales à 80% ;

- ii) de renforcer les capacités des acteurs (professionnels de santé et communautaires) à tous les niveaux visant une meilleure synergie d'action, en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'approche ACD dans les districts de santé à faibles performances.
- iii) D'accroître l'offre de services de vaccination grâce à l'acquisition du matériel roulant, la mise en œuvre des stratégies avancées et des AVI dans les districts de santé ayant le plus grand nombre d'enfants manqués les années précédentes. La réalisation des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) a ainsi permis un accroissement du nombre d'enfants vaccinés au Penta 3, de 37% en juillet et de 23% en octobre, comparativement à la moyenne des 10 autres mois de la même année;
- iv) le renforcement de la chaîne de froid (CDF) par l'acquisition de 48 Réfrigérateurs solaires et 50 enregistreurs continus de température visant à augmenter la couverture en CDF dans les zones enclavées;
- v) l'amélioration de la qualité des données, de la coordination, du leadership et de la gouvernance grâce à l'acquisition et l'utilisation du matériel de téléconférence et de la flotte téléphonique, à l'élaboration des microplans, aux supervisions avec l'outil d'autoévaluation de la qualité des données (DQS) et l'analyse desdits rapports (DQS). De plus, un outil de suivi simplifié des performances de la vaccination de routine a été élaboré (Dashboard). L'élaboration d'un manuel de procédures et de gestion des données a commencé en 2014 et est en cours de finalisation. Les comptables régionaux ont été formés à l'utilisation du logiciel de gestion financière et comptable TOMPRO et leurs capacités de gestion et de reddition des comptes renforcées, avec pour effet de décentraliser la comptabilité. Une mission d'audit interne s'est également déroulée.

I.2- Résumé de la performance des subventions, difficultés rencontrées et principales recommandations

Sur le plan programmatique, les résultats atteints en 2014 par rapport aux objectifs sont les suivants : (i) 87% pour Penta3 et PCV 13-3 (objectif 88%), (ii) 56% pour le Rotarix 2 (Objectif de 79%), (iii) 80% pour VAA (objectif de 87%). Les objectifs pour ce qui concerne le taux d'abandon spécifique et les taux de perte pour tous ces antigènes ont été atteints.

Ces performances ont été atteintes dans un contexte national marqué par :

- Des urgences sanitaires avec l'afflux de réfugiés, la menace terroriste de la secte BOKO HARAM, la résurgence des épidémies de polio, de rougeole et de fièvre jaune et l'alerte donnée par l'épidémie de la maladie à virus Ebola ;
- L'insuffisance de l'offre des services de vaccination : moins de 50% de formations sanitaires vaccinaient au quotidien et offraient les services de vaccination en stratégie avancée (cf. Revue externe 2013) ;
- L'insuffisance de la chaîne du froid, de la gestion des vaccins et des déchets surtout au niveau opérationnel ;
- L'insuffisance du suivi et évaluation à tous les niveaux et surtout au niveau opérationnel.

Les obstacles identifiés sont :

- Les conflits de calendrier ;
- Les capacités opérationnelles insuffisantes des logisticiens ;
- les moyens de transport insuffisants ;
- L'insuffisance dans la coordination due au manque de motivation et à une appropriation insuffisante des activités de vaccination par les équipes cadres de district ;
- Le retard dans le processus d'acquisition du matériel (Chaîne du froid et véhicules) ;
- Les délais prolongés de la remontée des pièces justificatives.

I.3- Recommandations pour le Panel de haut niveau pour la revue du soutien

Considérant les performances passées, les défis à relever et les stratégies à mettre en place, le pays renouvelle sa demande pour les vaccins tenant compte des objectifs de couverture vaccinale de l'année 2016 tels que contenus dans le PPAC 2015-2019. Cette demande de soutien concerne les antigènes suivants : Le DTC-Hep-HiB, le vaccin anti-typhoïdique, le vaccin anti-pneumococcique, le vaccin anti-rotavirus, le vaccin anti-poliomyélique inactivé et le vaccin contre HPV. En ce qui concerne le RSS, cette rubrique est NON APPLICABLE car une nouvelle soumission est en cours d'élaboration pour la période 2016 - 2020.

I.4- Description succincte du processus de l'évaluation conjointe

Le processus a connu trois phases : une phase préparatoire, un atelier d'évaluation, la finalisation et la validation du rapport.

Les préparatifs ont été assurés par un groupe de travail technique composé des acteurs du Ministère de la Santé, de l'OMS, de l'Unicef et de l'AMP. Ce groupe a proposé les termes de référence de l'atelier y compris l'agenda et procédé au remplissage du questionnaire de l'évaluation. Les contributions et le suivi des préparatifs par les Partenaires extérieurs ont été faits par courriers électroniques et téléconférences.

L'atelier d'évaluation conjointe a eu lieu du 25 au 29 mai 2015 à Yaoundé. Y ont participé : GAVI Alliance (03), équipe d'appui inter pays de l'OMS pour l'Afrique centrale (03), OMS bureau pays (03), UNICEF WCARO (02), UNICEF bureau pays (01), AMP (02), CHAI (02), OSC (01), Elu du peuple (01), MINSANTE (05), Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS) (01), Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre (DRSPC) (02), Chefs de District de Santé (CDS) (02), Groupe Technique Central du Programme Elargi de Vaccination (GTC-PEV) (11). La méthodologie a consisté en une revue documentaire, des présentations en plénière suivies de discussions, ainsi que des travaux de groupes avec restitution en plénière. A l'issue de cet atelier un rapport d'évaluation provisoire a été élaboré.

Le rapport de l'évaluation conjointe a été finalisé avec les contributions de tous les Partenaires marquant leur approbation. Enfin, il a été validé par le CCIA au cours de la réunion du 16 juin 2015 (Cf Rapport en annexe).

II- CONTEXTE NATIONAL

Globalement, le contexte national se caractérise par quelques faits saillants :

- Prise de conscience sur une sortie du pays de l'éligibilité du financement GAVI ;
- Augmentation du budget du PEV depuis 2011 (0,98 à 1,47), malgré la diminution du budget du MINSANTE (5,9 à 5,0) ;
- Avant-projet de Loi sur la vaccination en vue du financement durable en voie de dépôt au Parlement en novembre 2015 ;
- Cadre de redevabilité en cours d'élaboration ;
- Priorisation confirmée de la vaccination par les Pouvoirs publics (Tenue effective d'un Forum des Gouverneurs à ce sujet) ;
- Fonctionnement régulier du CCIA.
- Difficulté dans la mobilisation des fonds ayant entraîné un défaut de cofinancement en 2013, avec répercussion sur les stocks de vaccins de 2014 ;
- Insuffisance des financements pour l'achat des vaccins en 2014 ;

La gestion du Programme a été évaluée à travers les piliers ci-après.

A- L'offre de services :

L'accès aux services de vaccination, globalement satisfaisant, présente néanmoins quelques aspects perfectibles. Il se traduit par un taux de recrutement de 93% en 2014 (89 % en 2011) et une couverture vaccinale en Penta 3 de 87% en 2014. L'amélioration de l'utilisation des services de vaccination se traduit aussi par la baisse du taux d'abandon spécifique qui est passé de 9% en 2011, à 7% en 2014. En outre, 71% des 187 districts de santé (DS) fonctionnels ont eu une couverture en Penta 3 supérieure à 80% en 2014. Les Semaines d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM), les AVI, l'introduction de nouveaux vaccins, le renforcement de la chaîne de froid, logistique et matériel roulant, le renforcement des capacités et de la supervision ont contribué à l'atteinte de ces résultats.

Les partenariats établis ou en cours de mise en place pour la promotion de la vaccination notamment avec les Femmes-maires, les radios communautaires, les Organisations à base communautaire des districts, la Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Promotion de la santé et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC), l'organisation du forum des Gouverneurs, la mise en œuvre de l'approche à base communautaire, la mise à contribution des réseaux des acteurs pour la lutte contre la poliomyélite formés à divers niveaux, ont également contribué à ces résultats.

Cependant, l'équité dans cette offre (géographique et socio-économique) reste insuffisante et ne permet pas une appropriation par les bénéficiaires. De plus, l'Approche Atteindre Chaque District (ACD) est insuffisamment mise en œuvre.

Ces performances ont été atteintes dans un contexte d'urgences sanitaires marqué par l'afflux de réfugiés, la menace terroriste de la secte BOKO HARAM, la résurgence des épidémies de polio, de rougeole et de fièvre jaune, plusieurs cas de tétanos néonatal non suivis d'une riposte et la préparation à une éventuelle riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

B- Le leadership et la gouvernance :

La part du budget du Ministère de la Santé Publique alloué au Programme Elargi de Vaccination a progressivement augmenté, passant de 0.98% en 2011 à 1,47% en 2014. Cela traduit la volonté politique du Gouvernement de renforcer le PEV malgré le contexte d'insécurité et de financement des grands travaux qui ont imposé des restrictions budgétaires. Il est à noter que ces ressources demeurent insuffisantes pour l'achat des vaccins traditionnels et cofinancés. De ce fait, la priorité est le plus souvent portée sur l'achat des vaccins cofinancés. Les procédures de mobilisation des fonds pour les vaccins cofinancés, souvent longues, ont eu un impact sur le respect des engagements de cofinancement du pays en 2013, avec un effet direct sur les stocks de vaccins au premier trimestre 2014. Toutefois, l'effort exceptionnel qu'a fourni le Cameroun pour honorer ses engagements de 2013 et 2014, a été salué par ses partenaires au développement.

Par ailleurs, l'Avant-projet de loi sur la vaccination en cours de finalisation sera soumis au Parlement à la session de novembre 2015, pour un financement durable de la vaccination. Un cadre de redevabilité est également en cours de finalisation, dans la perspective de responsabiliser davantage tous les acteurs. Il est à souligner aussi l'engagement de la Première Dame du Cameroun en faveur de la vaccination dont elle est la marraine et qui a personnellement présidé le lancement du vaccin anti-rotavirus en mars 2014.

C- La gestion des médicaments, vaccins et consommables biomédicaux :

L'approvisionnement du PEV en vaccins est assuré à travers l'UNICEF. Les sept régions méridionales sont approvisionnées trimestriellement par un camion fourgon acquis par l'Etat, et les trois régions septentrionales par un prestataire. Cependant, le PEV ne dispose pas de camion ou de voiture frigorifique.

La mise en œuvre de 2011 à 2013, d'un plan de réhabilitation de la chaîne du froid a permis en 2014 l'amélioration du taux de couverture des besoins en équipements conformes aux normes OMS. En effet, les acquisitions ont permis d'atteindre un total de 1 704 réfrigérateurs, 8 chambres froides et 206 congélateurs. Le gap des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux est de : 873 réfrigérateurs, 8 congélateurs et 5 chambres froides pour la période 2014-2015. La couverture en matériels roulants au niveau opérationnel est en moyenne de 36% pour les motos au niveau des aires de santé, 54% pour les véhicules au niveau des districts de santé et de 40% pour les hors bords.

Le coût global de la maintenance de ces équipements en 2014 s'élevait à 212 358 \$ USD. Le pays a mobilisé dans le budget de fonctionnement un montant insuffisant de 35 000 000 FCFA, d'où la maintenance irrégulière de ces équipements à tous les niveaux.

D- Les ressources humaines

La répartition inéquitable des ressources humaines se pose avec acuité et a pour conséquence directe une insuffisance de personnel au niveau opérationnel. En outre, leur capacité de gestion des services de vaccination et leur motivation pour la prestation de ces activités influent sur les performances des subventions GAVI. Au niveau opérationnel, 16% du personnel a reçu au moins une formation appropriée sur le PEV (Rapport de la Revue externe du PEV Août 2013). La gratuité des prestations de vaccination entraîne un désintérêt du personnel par rapport aux activités plus lucratives. Toutefois, des mesures incitatives ont été initiées par le Gouvernement, notamment le «Financement basé sur la Performance» (en phase pilote) et le projet de fidélisation du personnel dans les zones rurales.

E- L'information sanitaire :

La faiblesse du système d'informations sanitaires réduit les capacités de «Monitoring pour action» des prestataires du programme. En effet, la faible précision des données rapportées par le niveau opérationnel, la faible couverture des besoins en matériel informatique, les compétences insuffisantes du personnel à leur utilisation, limitent les capacités analytiques pour la prise de décisions. Toutefois, la mise à disposition d'une flotte téléphonique et les appareils de téléconférence a contribué à l'amélioration de la promptitude de la transmission des informations sanitaires.

III- PERFORMANCE DES SUBVENTIONS, DIFFICULTES RENCONTREES ET DEMANDES DE RENOUVELLEMENT DU SOUTIEN

III.1- Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

III.1.1- Performance des subventions et difficultés rencontrées :

Au cours de l'année 2014, le soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés a concerné : le vaccin anti pneumococcique, le DTC-HepB-Hib, le vaccin anti-amaril, le vaccin anti-rotavirus, le vaccin anti-HPV. Les deux derniers cités ont bénéficié respectivement d'une subvention pour l'introduction au niveau national et pour la phase de démonstration dans 2 districts de santé. Les performances de ce soutien peuvent être appréciées comme suit :

Vaccins et intrants :

Pour ce qui est du vaccin anti-rotavirus, le Pays a reçu 1 138 500 doses sur 1 688 000 attendues. Ceci est dû au report de la date d'introduction pour disponibilité insuffisante du vaccin au niveau mondial. Le reliquat a été transféré à l'année suivante. Concernant le vaccin anti-HPV, les quantités prévues ont été reçues dans les délais. Pour les autres intrants, le pays n'a enregistré aucune rupture de stock.

Tableau 2 : Vaccins et intrants

Types de vaccin	Prévisions des doses totales pour 2014 (lettre de décision)	Nombre total de doses reçues au 31 décembre 2014	Reports de reliquats de doses de 2014 sur l'année 2015	Rupture de stock à un quelconque niveau en 2014
Antirovirus	1 688 000	1 138 500	154 500	Non
Anti HPV	41000	41000	650	Non
Antipneumococcique (VPC13)	2 323 100	2 464 200	0	Non
DTC-HepB-Hib	1 742 000	3 310 400		Non
Antiamaril	603 300	1 134 900		Non

Mise en œuvre :

L'introduction de ces vaccins a été marquée par un fort engagement politique au plus haut sommet de l'Etat avec le patronage par la Première Dame du Cameroun. Le Pays a bénéficié de l'appui technique et financier d'autres Partenaires (OMS, UNICEF, AMP).

Résultats programmatiques :

En 2014, les objectifs de couverture vaccinale ont été révisés à la baisse à la lumière des performances de 2013. Cependant, ces objectifs n'ont pas été atteints malgré l'organisation des AVI.

Les résultats atteints en 2014 par rapport aux objectifs sont les suivants : (i) 87% pour Penta3 et PCV 13-3 (**objectif 88%**), (ii) 56% pour le Rotarix 2 (**objectif de 79%**), (iii) 80% pour VAA (**objectif de 87%**). Les objectifs des taux d'abandon spécifique et de pertes en vaccins pour tous ces antigènes ont été atteints.

Difficultés de mise en œuvre :

Ces performances ont été atteintes dans un contexte national marqué par :

L'insuffisance de l'offre des services de vaccination : moins de 50% de formations sanitaires vaccinent au quotidien et offrent les services de vaccination en stratégie avancée (cf. Revue externe 2013).

L'insuffisance de la chaîne du froid, de la gestion des vaccins, et des déchets surtout au niveau opérationnel.

L'insuffisance du suivi et évaluation à tous les niveaux et surtout au niveau opérationnel.

Des urgences sanitaires avec l'afflux de réfugiés, la menace terroriste de la secte BOKO HARAM, la résurgence des épidémies de polio, de rougeole et de fièvre jaune, plusieurs cas de tétanos néonatal non suivi d'une riposte et la préparation à la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Défis :

- Amélioration de l'offre de service (régularité pour toutes les stratégies) ;
- Amélioration de la génération de la demande :
 - Mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation efficace au niveau le plus opérationnel en liaison avec les autorités administratives, traditionnelles et religieuses ;
 - Suivi et documentation de la gestion des vaccins.

III.1.2- Demande de renouvellement du SVN / Plans et priorités futurs :

Considérant les performances passées, les défis à relever et les stratégies à mettre en place, le pays renouvelle sa demande pour les vaccins tenant compte des objectifs de couvertures vaccinales de l'année 2016 tels que contenus dans le PPAC 2015-2019. Cette demande de soutien concerne les antigènes suivants : Le DTC-Hep-HiB, le vaccin anti-amaril, le vaccin anti-pneumococcique, le vaccin anti-rotavirus, le vaccin anti-polio inactivé et le vaccin contre le HPV.

Il est prévu d'introduire le VPI et le vaccin combiné Rougeole-Rubéole en juillet et septembre 2015 respectivement. En janvier 2016, le vaccin Anti Tétanique (VAT) sera remplacé par le vaccin combiné Tétanos-Diptérie (TD), tandis que le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (tVPO 1+2+3) sera remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (bVPO 1+3) en avril 2016. Celui contre la méningite à méningocoque A (MenAfrivac) et la dose de naissance du vaccin contre les Hépatites virales B (HepB) seront introduits dans la vaccination systématique en janvier 2017 et 2019 respectivement (Cf PPAC 2015-2019). Concernant la deuxième dose du vaccin anti-rougeoleux (2^{ème} dose de VAR), elle sera introduite en 2017.

III.2- Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

III.2.1- Performance des subventions et difficultés rencontrées :

L'allocation GAVI-RSS était de 4 453 690 USD. Au 31 Décembre 2014, les dépenses ont atteint (68%). La balance financière actuelle de l'allocation est de 1 440 606 USD.

III.2.2- Orientation stratégique des subventions de RSS :

Le Ministère de la santé publique a coordonné la participation des principaux intervenants à la mise en œuvre de la proposition de RSS, y compris les organisations de la société civile. Les activités ont été pilotées par la Division de la coopération du Ministère de la Santé Publique et le Groupe Technique Central du PEV. Les Partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, AMP...), les Ministères apparentés (Education de base, Enseignements secondaires et Promotion de la Femme et de la Famille), les collectivités territoriales décentralisées, les radios et les organisations de la société civile ont toutes été parties prenantes.

Pour la conformité aux exigences en matière de qualité des données et d'enquêtes, le RSS s'aligne sur les documents stratégiques nationaux (PTA-PEV, PPAC, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), plan de réhabilitation de la CDF 2014), conformément à la vision du Plan d'Actions Mondial pour les Vaccins. Sa mise en œuvre a permis d'améliorer la demande, ce qui se traduit par un taux d'abandon inférieur à 7%, cependant cette tendance n'est pas homogène puisqu'il subsiste des inéquités géographiques (Adamaoua, Est et Extrême-Nord). Elle a aussi permis : i) de renforcer les capacités des acteurs (professionnels de santé et communautaires) à tous les niveaux, visant une meilleure synergie d'action en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'approche ACD dans les districts de santé à faibles performances, ii) l'acquisition du matériel roulant, iii) la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles, iv) les AVI dans les districts de santé comportant le plus grand nombre d'enfants manqués. La réalisation de ces AVI a ainsi permis un accroissement du nombre d'enfants vaccinés au Penta 3 de 37% en juillet et de 23% en octobre, par rapport à la moyenne des 10 autres mois de l'année. Ce qui correspond à une augmentation globale de 4030 enfants vaccinés en plus entre 2013 et 2014. Le renforcement de la CDF par l'acquisition de 48 Réfrigérateurs solaires et 50 enregistreurs continus de température a contribué à augmenter la couverture en CDF dans les zones enclavées. De même, il a été noté une contribution à l'amélioration de la gouvernance par l'élaboration d'un manuel de procédures et de gestion qui est en cours de finalisation et sera disponible à tous les niveaux. Les comptables régionaux ont été formés à l'utilisation du logiciel de gestion financière et comptable TOMPRO, ainsi qu'en gestion et reddition des comptes, avec pour effet la décentralisation de la comptabilité du PEV. Il est également à noter la mise en œuvre d'une mission d'audit interne. La qualité des données a été améliorée grâce à l'acquisition et l'utilisation du matériel de téléconférence et de flotte téléphonique, les supervisions avec l'outil d'autoévaluation de la qualité des données et analyse des rapports (DQS). Enfin, un outil de suivi simplifié des performances de la vaccination de routine a été élaboré (Dashboard).

A- Performances obtenues au terme de l'année 2014:

Tableau 3 : Performances obtenues en 2014

Indicateurs	Objectifs	Situation en 2013	Résultats en 2014
1. Couverture du DTC3	90%	88%	87%
2. Couverture du vaccin anti rougeoleux	85%	83%	80%

3. Équité géographique de la couverture du DTC3	80%	78%	71%
4.Équité socio-économique dans la couverture vaccinale	30%	Non mesuré dans la routine	non mesuré dans la routine
5. Taux d'abandon spécifique DTC1 – DTC3	≤7%	7%	6,63%
6. Proportion d'enfants complètement vaccinés	60%	Non mesuré dans la routine	Non mesuré dans la routine

B- Résultats intermédiaires par rapport aux objectifs visés pour la mise en œuvre des activités, sur la base du plan de travail approuvé:

Tableau 4 : Résultats intermédiaires en rapport aux objectifs

OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	RESULTATS	
		Obtenus	Attendus
1. Implication des communautés dans le PEV	Pourcentage d'aire de santé avec au moins un membre de la structure de dialogue formé au PEV	30%	75%
2. Mise en œuvre d'au moins 80% des séances de vaccination en stratégies, fixes, avancées et mobiles	Taux de réalisation des stratégies avancées et mobiles	Compilation en cours	80%
3. Renforcement de la logistique en appui au PEV au niveau opérationnel	Proportion de formation sanitaire offrant des services de vaccination avec un réfrigérateur fonctionnel	3%	3%
4. Mise en œuvre d'au moins 60% des supervisions à tous les niveaux	Pourcentage de régions supervisées ayant mis en œuvre au moins 50% des recommandations de la supervision	Analyses en cours	60%
5. Renforcement du leadership, coordination et gouvernance dans 100% des délégations de santé et au moins 80% des districts de santé	Promptitude et complétude mensuelle des RMA PEV des districts de santé	Complétude : 100%. Promptitude : 58%.	100% 75%

C- Obstacles dans la mise en œuvre des activités planifiées en 2014, actions correctives posées, et enseignements tirés.

Tableau 5 : Obstacles en 2014 et actions correctives

OBSTACLES IDENTIFIES	ACTIONS CORRECTRICES	ENSEIGNEMENTS TIRES
Conflits de calendrier	Intégration des activités à tous les niveaux	Accorder une meilleure priorité aux activités mobilisant peu de ressources humaines
Nombreuses épidémies (Polio, Rougeole)	Plan de riposte Actualisation continue des micro plans	
Afflux de réfugiés (Est et Extrême-Nord) et des déplacés (Extrême-Nord)	Coordination de l'action ciblée des organisations humanitaires. Appui prioritaire aux districts de santé concernés (stratégies spécifiques)	Impliquer plus activement le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel dans la conception et la planification des activités aux niveaux régions et districts
Capacité opérationnelle des logisticiens	Bourse de Formation pour le cours de Master en logistique	
Logistique : moyen de transport	Acquisition de 10 Véhicules 4x4 et de 422 Motos	
Déficit en chaîne de froid	Acquisition de 48 Réfrigérateurs solaires et de 50	

	enregistreurs de température	Renforcer la supervision à tous les niveaux
Coordination, motivation, appropriation par les équipes cadres de district insuffisante Délais important dans la remontée des pièces justificatives	Renforcement de l'Implication des intervenants de tous les niveaux dans la mise en œuvre et du suivi ; Tenue des réunions de suivi/évaluation du RSS au niveau Central avec participation des responsables des niveaux inférieurs.	Importance d'un accompagnement des régions et districts de santé pour une meilleure appropriation du RSS

Une étude documentaire annuelle et une évaluation de la qualité du système des données tous les 5 ans sont prévues dans un plan global d'amélioration de la qualité des données.

III.2.3- Demande d'une nouvelle tranche, d'une prolongation sans financement, d'une réaffectation, ou d'une reprogrammation des fonds au titre du RSS/ Demandes futures :

Cette rubrique est NON APPLICABLE. Toutefois le pays a obtenu la non objection pour une prolongation de 10 mois du projet RSS en cours sans coût additionnel.

III.3- Mise en œuvre du plan de sortie de l'éligibilité:

Le Cameroun a adhéré à l'Initiative de l'indépendance vaccinale et se prépare à sortir de l'éligibilité de GAVI en 2022. En prélude à cet événement, un nouveau dispositif institutionnel en vue d'améliorer la disponibilité, la flexibilité, l'adéquation, la sécurisation et la mobilisation du financement du Programme est en voie d'être mis en place et, d'ores et déjà, va s'appliquer au mécanisme de financement actuel. Les leçons tirées de ce processus seront capitalisées pour l'élaboration et la mise en place du plan de sortie de l'éligibilité. Ce processus comprend les 6 étapes suivantes :

Tableau 6 : Plan de sortie de l'éligibilité

Etapes	Délai de mise en œuvre	Acteurs clés	Obstacles à la mise en œuvre	Coût	Source de financement
Etude de faisabilité technique pour l'implémentation des mécanismes d'alimentation du Fonds de soutien à la Santé et projection en termes de captation des ressources nécessaires	septembre 2015	Ministère de la Santé (MINSANTE) Gavi Equipe d'Experts pluridisciplinaire et multisectorielle	Lenteur au processus de recrutement de l'expert et de mise à disposition des fonds nécessaires.	100 000 Dollars	GAVI
Finalisation et dépôt de l'Avant-projet de loi au Parlement	novembre 2015	MINSANTE Gouvernement	Lenteur administrative	PM	ETAT
Adoption et promulgation de la Loi portant création d'un Fonds de soutien à la Santé avec un guichet pour la vaccination	décembre 2015	Parlement Présidence de la République	-	PM	ETAT
Alimentation du Fonds par une réallocation de l'assiette fiscale et l'utilisation des financements innovants (para fiscalité).	1er janvier 2016 (loi des finances)	Ministère des Finances (MINFI)	Lenteur dans le processus d'implémentation de la loi	PM	ETAT

Signature des textes réglementaires portant gestion du Fonds de soutien à la Santé	février 2016	MINSANTE Premier Ministère	Lenteur dans la préparation et la signature des textes		
Gestion du Fonds de soutien à la Santé à travers un compte d'affectation spéciale.	décembre 2016	MINSANTE			

III.4- Gestion financière des subventions en espèces :

A- Situation des subventions SVN en 2014:

Tableau 7 : Subventions reçues en 2014

Activités d'Introduction	Budget prévu en F CFA	Budget décaissé	Solde	Commentaires
SOLDE reporté depuis 2012			18 790 063	Ce solde de 2012 doit être intégré au solde du ROTA du début 2014
ROTA	362 463 557	307 639 340	54 824 217	Solde sur le ROTA de 362 463 557 de 2013 reporté en 2014
HPV	95 794 760	43 302 721	52 492 039	43 302 721 mis à la disposition du Comité National de Lutte Contre le Cancer
VPI	339 364 590	0	339 364 590	La Mise en œuvre des activités est prévue pour 2015
Total Solde reporté en début 2014			381 253 620 F CFA (18 790 063 + 362 463 557)	
Total Solde fin 2014	797 622 907	350 942 062	446 680 846 (Rota+HPV+VPI) + 18 790 063 (Report 2012)= 465 470 908 FCFA	

Le solde reporté en 2014 sur le guichet SNV (rota) en excluant le report de 2012 est de 362 463 557 F CFA. En ajoutant le solde des fonds reportés depuis 2012, nous obtenons un solde reporté de l'année 2013 sur 2014 de 381 253 620 F CFA.

B- Situation des subventions RSS en 2014 :

Budget alloué(FCFA)	Budget décaissé(FCFA)	Solde(FCFA)
2 226 845 000	1 506 542 000	720 303 000

C- Situation des subventions SSV en 2014 :

Report de 2013 (FCFA)	Solde décaissements (FCFA)	Total solde (FCFA)
700 608 000	158 182 775	542 425 225

D- Situation des subventions OSC en 2014 :

Budget alloué (FCFA)	Budget dépensé (FCFA)	Solde (FCFA)
67 644 850	22 509 780	45 135 070

E- Analyse programmatique :

Le dispositif de gestion financière et comptable a comporté les points majeurs ci-après :

- La formation des gestionnaires comptables régionaux à l'utilisation du logiciel de gestion financière et comptable en février 2014. Ensuite, le Ministre de la santé publique a procédé à la désignation de dix gestionnaires comptables pour la comptabilisation des opérations GAVI en régions ;
- Les sous-comptes GAVI ouverts par la Caisse Autonome d'Amortissement (conformément aux recommandations des précédents audits) : chaque région dispose d'un compte bancaire dédié exclusivement aux fonds GAVI ;
- Le paiement du cofinancement des années 2013 et 2014 : Le pays a payé à la fois ses engagements de 2013 et 2014 au courant de l'exercice 2014 ;
- Le démarrage des premières supervisions financières afin de sensibiliser les acteurs de terrain sur l'importance d'une bonne utilisation des subventions. Les dix régions ont été supervisées. Il a été observé que toutes les régions ont justifié au moins 80% des financements alloués. La non maîtrise, par les acteurs de terrain, des procédures est une des causes des retards dans la justification des financements alloués.
- L'élaboration d'un premier draft du Manuel de procédures a été amorcée ;
- La réalisation de l'audit 2012.

Au sujet de la reddition des comptes, le pays accuse un retard dans la soumission des rapports d'audit lié aux procédures de passation des Marchés. La législation en vigueur recommande de soumettre les offres à la Commission Ministérielle de Passation des Marchés qui à la fin d'un processus sélectionne une seule offre. Cependant, le pays se propose de démarrer le processus de sélection pour l'audit des exercices 2015, 2016, 2017 dès le mois de juillet 2015 de façon à rattraper le retard ainsi accusé. De ce fait, le PEV débutera l'audit de l'exercice 2015 dès mars 2016 et le rapport sera transmis à Gavi dans les délais. En outre et dans le cadre de la préparation de l'audit des exercices 2013 et 2014, le PEV se propose, après la réponse à la demande de non objection préalable adressée à Gavi, d'effectuer une mission d'ajustement et de validation des bases de données comptables Gavi dans les régions avant le début de l'audit externe.

Sur le plan des procédures en général, l'élaboration du manuel de procédures des opérations du PEV a débuté avec l'appui de l'équipe focale et projet du RSS. La finalisation se poursuit et parviendra à son terme avant la fin de l'année 2015.

Difficultés rencontrées : Obtention tardives des demandes de non objection à Gavi pour l'utilisation des fonds ;

Perspectives : Démarrer le processus de sélection de l'auditeur des exercices 2015, 2016, 2017 dès juillet 2015.

IV- ASSISTANCE TECHNIQUE

IV.1- Domaines d'activités actuels et responsabilités incombant aux différents organismes en 2014

Structures	Assistance technique (Ensemble de l'assistance technique GAVI et autres)
OMS	<ul style="list-style-type: none">-Logistique et chaîne de froid (CDF) (Achat de matériel roulant et CDF) ;-Communication (développement du Partenariat, conception et production d'outils de sensibilisation, renforcement de l'équité) ;-Surveillance (renforcement des capacités, restructuration du système de surveillance) ;- Prestations de service (AVS, renforcement de la vaccination de routine : microplanification, supervision et appui à l'amélioration de la qualité des données) ;- Renforcement des capacités (Organisation à base communautaire (OBC), prestataires de service, managers du niveau intermédiaire, gestionnaire des données) ;- Gouvernance : renforcement des processus gestionnaire et comptable ;- Renforcement du système d'information et coordination (flotte téléphonique, réseau de Téléconférence, réunions de monitoring du PEV).
UNICEF	<ul style="list-style-type: none">-Approvisionnement en vaccins et assurance de la gestion et qualité ;- Logistique et CDF (suivi des commandes) ;-Equité (ACD, approche à base communautaire, supervisions intégrées, coordination niveau

	décentralisé, monitoring intégré décentralisé) ; - Plaidoyer, mobilisation sociale et CCC ; - Développement des capacités ; -Enquête MICS 2014.
AMP	-Amélioration des couvertures vaccinales (renforcement des capacités, supervision, gestion des données et logistique) ; -Renforcement du système de la santé (coordination) ; -Introduction de nouveaux vaccins et surveillance des MAPI ; -Maintien du statut de l'élimination du tétanos maternel et néonatal.
CDC	-Surveillance ; - Riposte à l'épidémie de Polio.
PATH	- Appui à l'introduction du HPV
SVI	- Plaidoyer pour le financement durable de la vaccination
Plan Cameroun	-Prestations de service (volet communautaire).
HKI	- Interventions intégrées de la mère et de l'enfant (SASNIM).
PROVARESSC	- Mobilisation des OBC et OSC.
Croix Rouge	- Mobilisation sociale.
Rotary	- Mobilisation sociale, Eradication de la Polio.
Lions Club	- Mobilisation sociale, riposte rougeole
Université de Genève	- Appui à la surveillance des Méningites Bactériennes avant et après l'introduction du PCV 13.

L'assistance technique a globalement été satisfaisante. Cependant, on a pu relever des insuffisances :

- Coordination inter partenaires insuffisante, notamment au niveau opérationnel ;
- Retard dans le financement des activités, notamment dans les ripostes aux épidémies.

IV.2- Besoins futurs :

Domaines	Activités	Type d'assistance	Durée	Partenaires
Introduction de nouveaux vaccins	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction du RR dans le PEVR ; • Introduction du MenAfrivac et du Td ; • Planification et mise en œuvre du Switch TOPV par bOPV. 	<ul style="list-style-type: none"> -Appui à la mise en œuvre des évaluations post-introduction ; - Appui à l'élaboration du plan du «SWITCH» ; -Appui à la mise en œuvre du «SWITCH». 	Deux Semaines 1 mois	OMS/UNICEF / AMP/CHAI
Approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un système de gestion des déchets ; • Appui technique pour la construction des entrepôts, achats de chambres froides et enregistreurs ; • renforcement des capacités pour la CDF. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboration des directives ; -Suivi du processus de la mise en place de la Chaîne d'Approvisionnement (CA) ; -Elaboration des TDR ; -Installation des chambres froides ; -Formations des utilisateurs -MEO de la GEV. 	A déterminer	OMS/UNICEF UNICEF/AMP/ CHAI OMS/AMP
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la surveillance environnementale de la polio ; • Mise en place du SRC ; • Assurer les activités de confinement ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation de la mise en place -Mise en place du SRC ; -Renforcement des capacités du comité de confinement ; -Evaluation du système de gestion des MAPI ; - Elaboration d'un document standardisé sur les MAPI/pharmacovigilance 		OMS OMS OMS OMS OMS/AMP

	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la surveillance MAPI (élaborer les directives) ; Organisation de la revue externe de la surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> -Formation des formateurs sur la surveillance des MAPI ; -Formation des PF pharmacovigilance et data manager sur l'utilisation du logiciel vigiflow ; -Mise en œuvre de la revue externe Surveillance. 		<p>OMS</p> <p>OMS</p> <p>OMS</p>
Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> Finaliser le processus de l'IIV ; Appui au plaidoyer pour la finalisation de l'Avant-projet de Loi sur la vaccination ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboration du MOU et de la lettre de garantie ; -Elaboration des stratégies ; 		UNICEF SVI/AMP/UNICEF
Qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> Produire et disséminer les directives ; Audit de la qualité des données ; Introduction du RIM4 	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboration des directives ; -MEO de l'audit externe ; -Formation des formateurs ; 		OMS/AMP/UNICEF
AVS	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes de couverture vaccinale de la campagne avec le vaccin combiné RR ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Mise en œuvre de l'enquête de couverture vaccinale (ECV) 		OMS
Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> Organiser un cours «Mid Level Management» pour les managers (MLM) et pour les prestataires ; Révision du manuel Normes et Standards du PEV, distribution et formation). 	<ul style="list-style-type: none"> -Mise en œuvre du cours MLM pour managers et prestataires 		OMS/UNICEF/AMP
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités des acteurs de santé en communication ; Mise en œuvre de l'équité ; Appui à la Plate forme des réseaux. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capitalisation des acquis des AVS polio en faveur de la vaccination de routine; -Evaluation du plan stratégique de communication PEV ; -Evaluation du plan de maintien de l'élimination du TMN ; -Evaluation du profil d'équité ; -Evaluation de l'efficacité du réseau de la Plate-forme ; -Renforcement des capacités ; 		UNICEF AMP
Monitoring et Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation indépendante de la qualité des prestations vaccinales dans les grandes villes et le secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mise en œuvre de cette évaluation ; 		OMS/UNICEF/AMP
PBF	<ul style="list-style-type: none"> -Réflexion sur l'adaptation du PBF dans le renforcement du système de santé orienté vers La vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conduire la réflexion ; -Renforcement des capacités. 		PAISS/ Banque Mondiale

V- APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS, COMMENTAIRES ADDITIONNELS

V.1- Approbation par le CCIA / CCSS :

Le compte-rendu de la réunion de validation par le CCIA, tenue le 16 juin 2015, est joint en annexe à ce rapport.

V.2- Commentaires supplémentaires :

Transcription des commentaires particuliers destinés, le cas échéant, à être portés à l'attention du Panel de haut niveau, par diverses parties prenantes : les minutes de la réunion du CCIA du 16 juin 2015, élaborées par l'OMS, sont jointes en annexe à ce rapport.

VI- ANNEXES

- A- Données-clés extraites du RSA ;
- B- Etat d'avancement de la mise en œuvre des mesures-clés issues de la dernière évaluation et des recommandations additionnelles du Panel de haut niveau (cf. tableau fourni dans le modèle de Rapport-Burundi)
- C- Description du processus de l'évaluation conjointe
- D- Aperçu de la subvention de RSS (cf. tableau fourni dans le modèle de Rapport-Burundi)
- E- Autres annexes en option, le cas échéant.