

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019

| | |
|---|--|
| Pays | CAMEROUN |
| JA complète ou JA mise à jour¹ | <input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour |
| Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe | 30/09-03/10/2019 |
| Participants / affiliation² | Voir liste en annexe |
| Fréquence des rapports de résultats | Annuelle |
| Période fiscale³ | 2018 |
| Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) | 6 ans |
| Groupe de transition Gavi/de cofinancement | Transition préparatoire |

1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

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

2. PORTEFEUILLE DE SUBVENTIONS DE GAVI

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

| Introduction/ Campagne | Date | Couverture 2017 (WUENIC) par dose | Objectif 2018 | | Valeur approx. USD |
|---------------------------|------|--------------------------------------|---------------|---------|-----------------------|
| | | | % | Enfants | |
| Fièvre Jaune introduction | 2004 | 78% | 91% | 737,029 | 638,500 |
| Fièvre Jaune campagne | 2009 | 78% | | | |
| Penta | 2009 | 86% | 91% | 780,745 | 1,233,000 |
| MenA campagne | 2011 | | | | |
| VPC | 2011 | 84% | 91% | 780,745 | 7,348,500 |
| VPI | 2015 | 76% | 80% | 780,745 | 1,084,200 |
| Rotavirus | 2014 | 83% | 90% | 772,166 | 2,531,500 |
| Rougeole-Rubéole campagne | 2016 | 77% | 91% | 735,470 | 829,000 |

| Prévisions | Date | Commentaires |
|---|------|--|
| Rougeole 2e dose et Rougeole-Rubéole campagne | 2019 | T4 2019 |
| VPH | 2019 | VPH demo conduit en 2015, cohorte unique prévue pour date à déterminer en 2020 |
| MenA | 2020 | Le pays considère une application en 2020 |

¹ Des informations sur la différence entre JA complète et JA mise à jour sont disponibles dans le document *Directives sur le reporting et les renouvellements du soutien de Gavi*, <https://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>

² Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

³ Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Évaluation conjointe (JA complète)

Soutien financier existant (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

| Subvention | Canal | Période | Premier décaissement | Statut du financement cumulé à juin 2019 | | | | Commentaires | |
|---------------------------|-----------|-----------|----------------------|--|-------|-------|-------|--------------|------------|
| | | | | Comm. | Appr. | Disb. | Util. | Fin. | Audit |
| RSS 2 | OMS | 2016-2019 | Pour le CCEOP pays | 23,5 | 5,6 | 1,07 | | | |
| CCEOP | UNICEF SD | 2018 | 2018 | 2,9 | 2,9 | 1,07 | 31% | | |
| VPC13 | Govmt | 2009 | 2019 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 48% | | |
| VPI | Govmt | 2014-2018 | 2014 | 0,68 | 0,68 | 0,68 | 86% | | |
| Rotavirus | Govmt | 2014 | 2014 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 97% | | |
| Rougeole-Rubéole campagne | Govmt | 2015 | 2015 | 5,8 | 5,8 | 5,8 | 50% | | Audit 2016 |
| | OMS | 2019 | 2019 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 100% | Rapport MA | |

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁴

| Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi | Programme | Année d'application prévue | Année d'introduction prévue |
|---|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Méningite à méningocoques | 2020 | 2021 |
| | Hépatite B dose de naissance | 2020 | 2021 |

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

N/A, le pays n'avait pas de subvention RSS active en 2018

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 (USD x 1000) | | | Personnel en place | Jalons atteints | Observations |
|---------------------------------------|-------|--------------------------|---------|---------|--------------------|-----------------|--------------|
| | | Appr. | Versé. | Util. | | | |
| TOTAL partenaires principaux | 2017 | 492,333 | 492,333 | 489,595 | 5 / 5 | 25 / 27 | |
| | 2018 | 884,535 | 884,535 | 255,200 | 3 / 3 | 22 / 26 | |
| | 2019 | 950,202 | 950,202 | - | - | - | |
| UNICEF | 2017 | 375,000 | 375,000 | 374,971 | 5 / 5 | 8 / 8 | |
| | 2018 | 375,000 | 375,000 | 224,287 | 2 / 2 | 10 / 10 | |
| | 2019 | 405,000 | 405,000 | - | - | - | |
| OMS | 2017 | 117,333 | 117,333 | 114,624 | - | 17 / 19 | |
| | 2018 | 509,535 | 509,535 | 70,879 | 1 / 1 | 16 / 16 | |
| | 2019 | 545,202 | 545,202 | - | - | - | |
| TOTAL partenaires additionnels | 2017 | 389,931 | | | - | 4 / 4 | |
| | 2018 | 351,309 | | | - | 7 / 7 | |
| | 2019 | 779,561 | | | - | - | |

⁴ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

Évaluation conjointe (JA complète)

| | | | | | | |
|----------------|------|---------|---|---|----------------------------------|--|
| CHAI | 2017 | 352,992 | | - | 1 / 1 | Assistance pour le VPH, équipements Chaîne du froid, interventions en milieu urbain, planification / gestion |
| | 2018 | 6,930 | | - | 1 / 1 | |
| | 2019 | 420,797 | | - | - | |
| Dalberg | 2018 | 194,256 | | - | 4 / 4 | LMC: Renforcement des capacités |
| JSI | 2019 | 213,072 | - | - | Soutien à la gestion des vaccins | |

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

Le Cameroun abrite 380 899 réfugiés Nigérian et Centrafricain⁵, répartis dans les régions de l'Adamaoua, Centre, Est, Extrême-Nord, et Littoral. En plus de l'insécurité dans les Régions septentrionale et de l'Est, le pays connaît depuis 2016 des perturbations sociopolitiques dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest⁶. Cette situation a entraîné le délitement du tissu sanitaire local et causé 262 831 déplacés internes (Extrême-nord⁷) et 530 000 (Nord-Ouest et Sud-Ouest⁸). Du fait de l'insécurité, environ 40% des postes de vaccination des régions Nord-Ouest et Sud-Ouest n'étaient plus fonctionnels en décembre 2018. Des 348 FOSA qui vaccinent au Nord-Ouest, 38% (131) n'ont pas transmis de rapport et la situation était similaire au Sud-Ouest où seulement 62% (159/256) des FOSA qui vaccinent ont transmis les données de vaccination à la région. En outre, les zones insulaires des régions de l'Extrême-Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Nord comptent pour 8264 enfants de la cible⁹. Il n'y a toutefois pas besoin d'ajuster la commande en vaccins du Pays.

⁵ UNHCR: Cameroon Factsheet – June 2019. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unhcr-cameroon-factsheet-june-2019>

⁶ MINAT: Plan d'assistance humanitaire d'urgence dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest 2018-2019. <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/6515-plan-d-assistance-humanitaire-d-urgence-nw-sw-20-06-2018>

⁷IOM: Displacement Tracking Matrix. Cameroon, Far-North Region. Dashboard 18. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/69506>

⁸OCHA : Humanitarian snapshot in South-West and North-West regions (June 2019) <https://reliefweb.int/report/cameroon/cameroon-humanitarian-snapshot-south-west-and-north-west-regions-june-2019>

⁹ Informations reçues des Coordonnateurs des Groupes Techniques Régionaux du PEV.

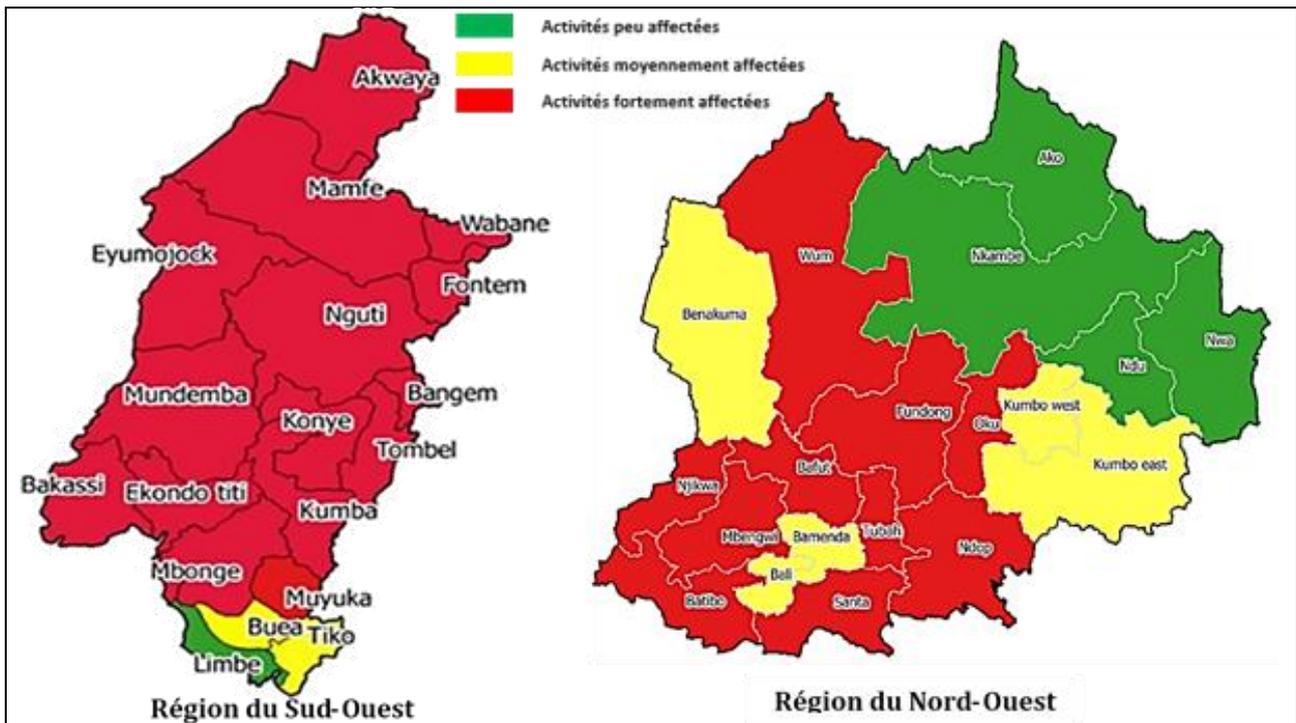


Figure 1. Influence de l'insécurité sur les activités de vaccination dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

L'économie en ralentissement ces précédentes années, entraine un tassement des financements alloués à la vaccination. Le pays en croissance positive, devrait atteindre un PIB réel de 4,4 % en 2019 et 4,7 % en 2020¹⁰.

De 4 en 2018, le nombre de districts en épidémie de rougeole est passé à 34 à la 34ème semaine épidémiologique pour un total de 1170 cas positifs en 2019 contre 108 en 2018¹¹. Le nombre de cas de choléra notifiés est passé de 645 (octobre 2018) à 1470 (juillet 2019)¹². Les régions de l'Extrême-Nord et du Nord sont les plus touchées. Malgré qu'aucun cas de poliovirus sauvage n'ait été détecté dans le pays depuis 2016, l'année 2019 a été marquée par quelques faits majeurs concernant la poliomyélite. Au mois de Mai, il a été isolé dans un prélèvement environnemental du site de collecte de l'hôpital de District de Mada dans la région de l'extrême-Nord, un cVDPV2 ce qui a motivé la déclaration par le ministre de la santé d'une épidémie de polio avec élaboration d'un plan de riposte et mise en œuvre de ce plan. La riposte vaccinale a concerné au total quatre districts de santé situés dans le département du Logone et Chari à savoir les DS de Goulfey, Kousseri, Mada et Makari. Au mois de Novembre, un autre cas de cVDPV2 a été confirmé dans un prélèvement environnemental du site Relai Touristique, situé dans le District de santé de Kousseri, région de l'Extrême-Nord. Il est important de noter qu'au cours de cette année des cas de cVDPV2 confirmés dans les pays voisins en occurrence le Tchad et la RCA ont nécessités des ripostes vaccinales dans certains DS du Cameroun limitrophe aux districts atteints dans les pays concernés. C'est le cas de l'épidémie de polio consécutive à la confirmation d'un cas humain de cVDPV2 Tchad, qui a motivé la conduite de deux tours de riposte au monovalent dans les DS de Maga et Kousseri au Cameroun.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de transition polio (objectifs 1 et 2) l'appui GAVI est nécessaire pour l'acquisition du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) et les intrants pour la routine, notamment pour la mise en œuvre de l'approche ACD. .

¹⁰ Groupe de la Banque Africaine de Développement : Perspectives économique au Cameroun. <https://www.afdb.org/fr/countries/central-africa/cameroon/cameroon-economic-outlook/>

¹¹ MINSANTE : Cameroon_weekly measles_update SE 33 2019.

¹² MINSANTE : SITREP 47 Gestion de l'épidémie de choléra au Cameroun.

Problèmes (risques) futurs potentiels

1. **Baisse des performances de vaccination dans les régions du Nord-ouest et du Sud-Ouest** : Le pays a élaboré un plan spécifique aux régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, intégrant le suivi des déplacés internes. Ce plan prend en compte la contribution des communautés d'accueil dans le suivi et l'accompagnement des déplacés pour les activités de santé y compris la vaccination. Les stratégies de Hit&Run et de Firewalling habituellement appliquées aux zones de conflit et l'implication d'organisations à base communautaire et des professionnels plus tolérées dans le cadre du conflit sont envisagées.
2. **Insuffisance du financement de la vaccination** en raison de l'accroissement des besoins en financements urgents pour la défense et la sécurité. Le Pays est en bonne voie pour le démarrage effectif du RSS2. Un forum pour la relance de la vaccination visant la mobilisation de financements alternatifs est en préparation.
3. **Persistance et extension des épidémies** : Une campagne de vaccination de riposte contre la rougeole et la rubéole est prévue pour décembre, couplée à l'introduction de la 2^{ème} dose du vaccin RR. Les plans de réponse polio du bassin du lac Tchad sont régulièrement révisés et exécutés. La surveillance épidémiologique sera intensifiée et la vaccination de routine renforcée, notamment dans les districts prioritaires bénéficiant de l'appui du RSS 2 et d'autres partenaires. Par ailleurs, le pays doit soumettre sa Documentation Complète pour la certification à la Commission Régionale de Certification en Afrique (CRCA) pour l'éradication de la poliomyélite en mars 2020.

4. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

4.1. Couverture et équité en matière de vaccination

| | |
|--|--|
| Couverture: DTC3, VAR2, etc. | <p>Le nombre de districts ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale en Penta 3 a baissé, passant de 135 (71,4%) en 2017 à 100 (52,9%) en 2018. Le nombre de DS avec CV Penta 3 < 50% quant à lui est passé de 4 (2,1%) en 2017 à 19 (10,1%) à 2018, soit 5 fois plus. Toutefois, la distribution des DS a nettement varié. La région du Littoral qui en comptait 3 n'en compte plus qu'un seul ; celle du Sud- Ouest qui en comptait 1 en compte à présent 12 (63,2%), tandis que le Nord-Ouest qui n'en avait aucun est passé à 6 (31,6%). L'amélioration des performances au Littoral pourrait s'expliquer par l'amélioration du rapportage, des données, l'appui du partenaire CHAI dans le cadre du renforcement de la vaccination de routine dans certains DS prioritaires et l'appui en continue des consultants OMS en appui à la région. Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest affectées par l'insécurité ont vu leur situation se dégrader.</p> <p>La couverture vaccinale nationale au Penta 3 était de 79,1% contre 85,5% en 2017 ; celle au RR était de 71,0% en 2018 contre 77,4% en 2017. Dans les 2 cas, l'on observe une baisse de 6 points¹³.</p> <p>La comparaison des résultats obtenus au MICS 2014¹⁴ et à l'EDS 2018¹⁵ montre une baisse de la couverture vaccinale d'enquête au Penta 3 (de 79,6% à 71,5%), au RR (de 79,9% à 65,3%) et au Td2+ (de 73,9% à 71,1%. Cette tendance à la baisse est globale, et le pourcentage d'enfants complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois est passé de 64,4% à 41,5%.</p> |
| Couverture: | <p>En 2018, 143 518 enfants n'ont pas reçu leur dose de Penta 1 et 189 336 leur dose de Penta 3. La Région de l'Extrême-Nord est celle qui a manqué le plus</p> |

¹³ MINSANTE (2019). Rapport annuel 2018 du programme Elargi de Vaccination.

¹⁴ INS et MINSANTE (2015) : Enquête en Grappe à Indicateurs Multiple 2014.

¹⁵ INS et MINSANTE (2019) : Enquête démographique et de santé 2018. Indicateurs clés. Pp. 71.

| | |
|--|--|
| <p>Nombre absolu d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés</p> | <p>d'enfants aussi bien pour le Penta 1 que pour le Penta 3 (37 310 et 53 318 respectivement). Le système de vaccination a perdu 45 818 enfants entre ces 2 contacts. Toutes les régions sont à des degrés divers concernées par ce problème, d'où la non atteinte de l'objectif d'abandon spécifiques fixé à 7%¹⁶.</p> |
| <p>Équité:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richesse (p. Ex. quintiles supérieurs/inférieurs) • Éducation (p. Ex. instruits/non instruits) • Hommes-femmes • Urbain-rural • Culture, autres groupes ou communautés systématiquement marginalisés, p. ex. de minorités ethniques et religieuses, enfants ou femmes dispensateurs de soins avec un statut socioéconomique faible, etc. | <p>De la dernière enquête démographique et de santé¹⁷, il ressort que la couverture vaccinale des enfants au Penta 3 est influencée par le niveau de bien-être économique du ménage et le niveau d'instruction de leur mère. En effet, elle passe de 70,1% dans les ménages du quintile le plus bas à 95,1% dans le quintile le plus élevé.</p> <p>En outre, elle augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 53,9% parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 82% parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire 1er cycle et à 90,3% chez ceux dont la mère a atteint le niveau supérieur.</p> <p>La couverture vaccinale au Penta 3 est plus élevée en milieu urbain (86,7%) qu'en milieu rural (63,5%) et varie énormément d'une région à une autre ; c'est au Nord-Ouest qu'il est le plus élevé (88,5%), à l'opposé, les régions de de l'Adamaoua (55,6%), du Nord (55,6%) et de l'Extrême-Nord (61,9%) qui enregistrent les pourcentages les plus faibles.</p> <p>Il n'y a pas de disparité importante liée au sexe (CV penta 3 de 70,0% pour les garçons contre 73,1% pour les filles). Peu de données sont disponibles au sujet du statut vaccinal chez les minorités ethniques et groupes difficiles d'accès. Toutefois, des efforts sont régulièrement faits pour leur offrir les services de vaccination. C'est le cas à travers la stratégie de vaccination conjointe du bétail et des enfants dans les communautés de nomades dont la cartographie des camps et les itinéraires ont été réalisés, et les stratégies avancées dans les districts de santé ayant des populations de pygmées ou d'autres communautés difficiles d'accès. Le système de collecte de données ne leur consacre pas un volet spécifique.</p> <p>L'enquête en grappe à indicateurs multiples (MICS) menée en 2014 avait montré les mêmes disparités de la couverture vaccinale en 3^e dose de pentavalent selon les quintiles de pauvreté (58% pour le quintile le plus pauvre contre 98% pour le quintile le plus riche), le lieu de résidence (75% en milieu rural contre 92% en milieu urbain), du niveau d'instruction de la mère (64% sans instruction contre 94% pour le niveau secondaire) et selon la de résidence (d'une part 58% dans l'EN, 73% dans le Nord, 75% dans le Sud contre 96% dans la ville de Douala, 95% dans le Centre et 96 dans le NW)¹⁸.</p> |

Le pays n'a pas atteint l'objectif programmatique de 90% de couverture vaccinale en Penta 3 fixée en début d'année en alignement au GVAP. Au niveau national, la CV a baissé de 85,5% en 2017 à 79,1% en 2018 soit plus de 6 points perdus. La CV en RR est de 71%, en baisse de 6 points par rapport à 2017, accentuant la tendance à la baisse observée depuis 2014 (Figure 1). Comme présenté dans le tableau 2, seule la région du Nord a connu une hausse de la CV en Penta 3 en 2018. Malgré la baisse de leurs performances, les régions du Centre, de l'Est et du Sud ont atteint la cible nationale de 90%. Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ont les plus fortes baisses, ayant perdu chacune plus de 20 points de couverture vaccinale. Ces deux régions concentrent 18 des 19 districts de santé (DS) ayant moins de 50% CV en Penta 3 dans le pays.

¹⁶ MINSANTE (2019). Rapport annuel 2018 du programme Elargi de Vaccination.

¹⁷ INS et MINSANTE (2019) : Enquête démographique et de santé 2018. Indicateurs clés. Pp. 71

¹⁸ Institut National de Statistique, Enquête en Grappe à Indicateurs Multiple 2014.

Quant au RR, les régions du Littoral et du Nord ont enregistré une augmentation de couverture en 2018 (Figure 2).

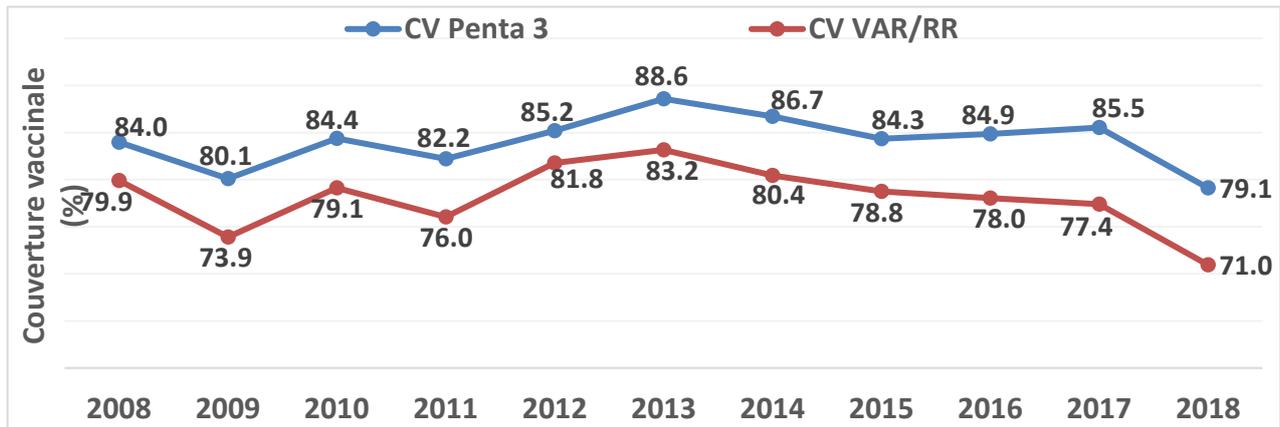


Figure 2. Évolution de la couverture vaccinale du Penta 3 et du VAR/ RR de 2009 à 2018 au Cameroun

Tableau 1. Comparaison des couvertures vaccinales du Penta 3 et RR entre 2017 et 2018 par région

| | Couverture vaccinale Penta 3 | | | Couverture vaccinale RR | | |
|--------------|------------------------------|--------|-----------|-------------------------|--------|-----------|
| | 2018 | 2017 | | 2018 | 2017 | |
| ADAMAOUA | 90,20% | 84,00% | ↓ -6,20% | 76,60% | 72,30% | ↓ -4,30% |
| CENTRE | 94,90% | 92,10% | ↓ -2,80% | 85,10% | 76,70% | ↓ -8,40% |
| EST | 99,50% | 98,50% | ↓ -1,00% | 92,70% | 89,20% | ↓ -3,50% |
| EXTREME-NORD | 78,30% | 73,90% | ↓ -4,40% | 73,00% | 68,70% | ↓ -4,30% |
| LITTORAL | 86,60% | 84,70% | ↓ -1,90% | 72,50% | 74,30% | ↑ 1,80% |
| NORD | 81,90% | 82,30% | ↑ 0,40% | 72,30% | 74,00% | ↑ 1,70% |
| NORD-OUEST | 78,30% | 57,30% | ↓ -21,00% | 73,30% | 54,40% | ↓ -18,90% |
| OUEST | 83,10% | 79,70% | ↓ -3,40% | 74,80% | 69,80% | ↓ -5,00% |
| SUD | 101,10% | 93,00% | ↓ -8,10% | 89,80% | 85,10% | ↓ -4,70% |
| SUD-OUEST | 89,60% | 54,60% | ↓ -35,00% | 89,60% | 57,00% | ↓ -32,60% |
| CAMEROUN | 85,50% | 79,10% | ↓ -6,40% | 77,40% | 71,00% | ↓ -6,40% |

Légende

Region_sante_cameroun

District_sante_cameroun

[0-50%[

[50%-80%[

[80%-100[

>=100%

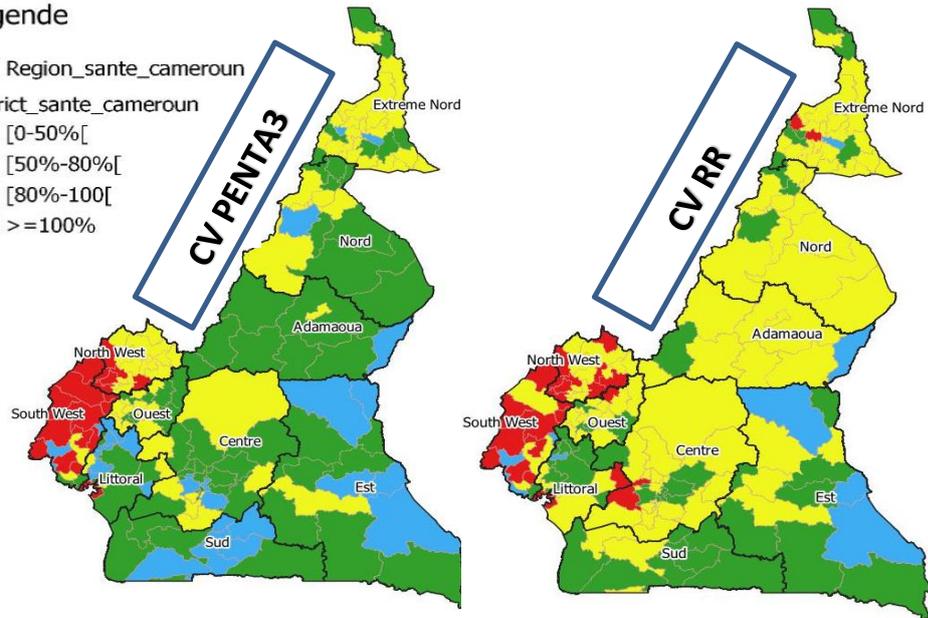


Figure 3. Cartographie des performances de vaccination par district de santé pour les antigènes Penta 3 et RR en 2018 au Cameroun

Le nombre de districts ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale en Penta 3 est passé de 135 (71,4%) en 2017 à 100 (52,9%) en 2018. Le nombre de DS avec CV<50% quant à lui est passé de 4 (2,1%) en 2017 à 19 (10,1%) à 2018, soit 5 fois plus de districts avec des couvertures inacceptables (Figure 3).

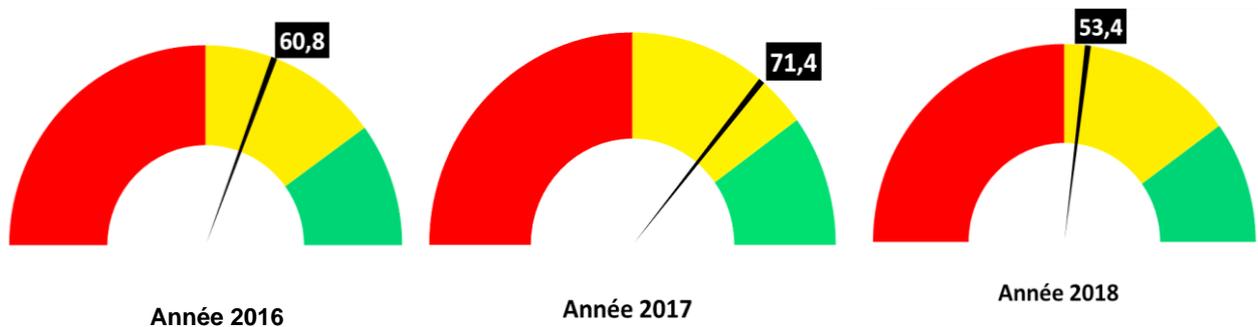


Figure 4. Évolution de la proportion de DS avec CV Penta 3 supérieure à 80% de 2016 à 2018

En 2018, on dénombre environ 189 336 enfants non vaccinés au Penta 3. La région de l'Extrême Nord est celle qui en a manqué le plus (Figure 4). Près 23% d'enfants manqués au Penta 3 sont concentrés dans 10 DS. Bien que bénéficiant d'appuis additionnels dans le cadre de la riposte contre l'épidémie de poliomyélite dans le bassin du lac Tchad, certains DS prioritaires de la région de l'Extrême-Nord, notamment Kousseri, Koza et Mora figurent parmi les 10 qui ont manqué le plus d'enfants en 2018 (Tableau 3).

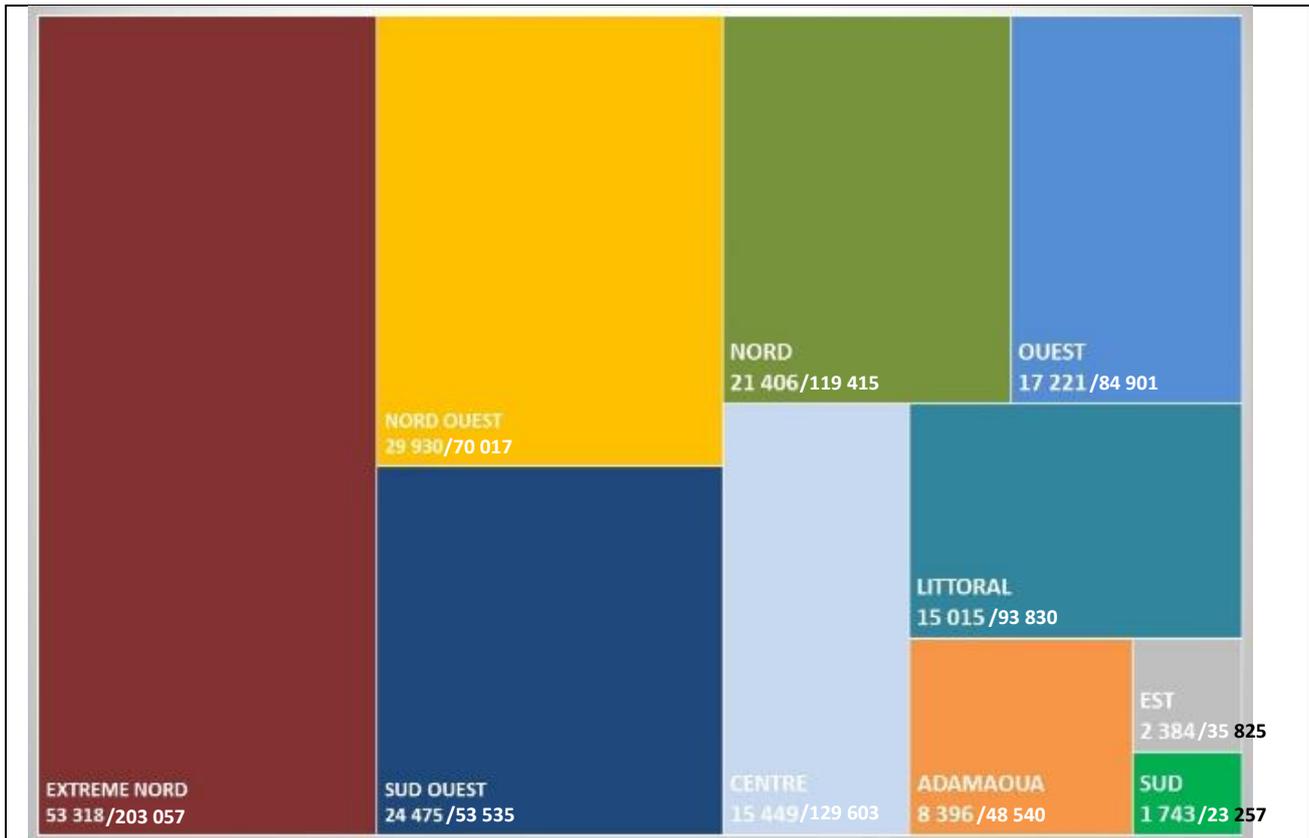


Figure 5. Classement des régions selon les enfants manqués au Penta 3

Tableau 2. Top 10 des districts ayant manqué le plus d'enfants en 2018 au Cameroun

| Régions | Districts | Evolution du DS par rapport au mois précédent | # cumulé de mois dans le TOP 10 | Manqués | % (par rapport au total des enfants manqués) | % cumulé croissant | Complétude du rapport des FOSA |
|-------------------|------------|---|---------------------------------|---------|--|--------------------|--------------------------------|
| TOTAL PAYS | | | | 189 336 | 100,0 | 100,0 | |
| EXTREME NORD | KOUSSERI | → | 12 | 6 224 | 3,3 | 3,3 | 97,5 |
| SUD OUEST | KUMBA | → | 8 | 4 770 | 2,5 | 5,8 | 75,6 |
| NORD OUEST | NDOP | → | 9 | 4 498 | 2,4 | 8,2 | 76,4 |
| CENTRE | NKOLNDONGO | → | 12 | 4 277 | 2,3 | 10,4 | 100,0 |
| EXTREME NORD | MORA | ↑ | 8 | 4 160 | 2,2 | 12,6 | 94,8 |
| EXTREME NORD | KOZA | ↓ | 7 | 4 096 | 2,2 | 14,8 | 100,0 |
| NORD OUEST | BAMENDA | ↑ | 6 | 4 036 | 2,1 | 16,9 | 91,7 |
| LITTORAL | BOKO | ↓ | 12 | 4 030 | 2,1 | 19,1 | 99,8 |
| LITTORAL | DEIDO | ↓ | 12 | 3 976 | 2,1 | 21,2 | 99,8 |
| NORD | GAROUA 1 | ↓ | 4 | 3 683 | 1,9 | 23,1 | 100,0 |

4.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

- **Personnel sanitaire**

La dernière enquête sur les ressources humaines en santé remonte à 2011¹⁹. En 2018, 138 personnels ont travaillé à temps plein pour le Programme dont 53 au niveau Central et 85 dans les démembrements des

¹⁹ MINSANTE (2012). Plan de développement des ressources humaines du système de santé au Cameroun 2013-2017. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroon/plan_strategique_de_developpement_des_ressources_humaines_en_sante.pdf

10 Régions du Pays. Dans les districts et formations sanitaires où l'intégration des activités est la norme, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. Dans de nombreuses formations sanitaires notamment en zone rurale, l'ensemble du paquet d'activités de santé est offert par un seul personnel, ce qui limite l'offre de vaccination. De plus, l'évaluation des besoins en formation du personnel en matière de vaccination a mis en évidence de nombreuses insuffisances en formation²⁰. Le plan de renforcement des capacités du personnel²¹ élaboré à la suite de cette évaluation n'a toutefois été mis en œuvre que très timidement en raison de l'indisponibilité de financements.

L'évaluation des capacités du Programme menée en fin d'année 2016 par Gavi a permis d'identifier certains goulots majeurs dans le fonctionnement du Programme. Dans le domaine de la Gestion du Programme, il a été relevé des retards dans la mise à disposition des fonds de contrepartie par le Gouvernement et l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité. Toutefois, en début d'année 2018, l'organigramme a été revu, le personnel a été affecté conformément aux besoins du Programme et depuis lors, un renforcement des capacités est en cours. En matière de suivi-évaluation, l'absence d'un plan de suivi-évaluation du PPAc a été relevée ; ledit plan est en élaboration dans le cadre de la révision à mi-parcours du PPAc.

L'aggravation des troubles socio-politiques dans les régions du Nord-ouest et du Sud-Ouest pourrait accentuer les mouvements de populations en quête de sécurité, et l'abandon des structures de santé par les personnels souvent victimes de la défiance des insurgés envers les institutions. Dans la partie septentrionale, bien que résiduelles, les exactions du groupe terroriste Boko Haram couplées au grand banditisme persistent, créant un climat défavorable tant pour le personnel de santé que pour les bénéficiaires, aux effets sont similaires à ceux décrits plus haut.

- **Chaîne d'approvisionnement**

À l'échelle du Pays, le score requis de 80% n'a été atteint pour aucun des 9 critères de la GEV. Seules les catégories relatives aux « Bâtiments » et « Capacité de stockage » ont atteint respectivement 81% et 85%. Le PEV est engagé dans un processus d'introduction de nouveaux vaccins (HPV, RR2, MenAfrivac, HepB0), plus coûteux, et qui nécessitent des volumes de stockage importants. Une évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) a été menée en 2013, au terme de laquelle lesquelles 48 activités ont été planifiées. A mai 2019 37 activités (77%) ont été réalisées, 7 (21%) étaient en cours de réalisation et 02 (4%) activités restaient non réalisées. Parmi les activités non réalisées figurent la dotation des véhicules du Niveau Central et Niveau Régional de carnets de bord, et la dotation de tous les dépôts régionaux et de districts d'extincteurs testés annuellement en prévention d'éventuels incendies.

- **Prestations de services et génération de la demande**

Le nombre moyen de vaccinateurs par FOSA au niveau national est de 3 variant de 2 à 5 suivant les régions. Toutefois, les observations faites sur le terrain montrent qu'en zone rurale, l'on trouve très souvent un seul personnel par formation sanitaire. Il est de 7 dans la région de l'Extrême Nord, 4 pour le Nord-Ouest et 2 pour le Sud-Ouest²². En 2018, 3811 formations sanitaires ont offert les services de vaccination sur les 5548 formations sanitaires répertoriées. Le nombre de formations sanitaires qui vaccinent a augmenté de 38 en 2018 comparé à 2017²³.

Tableau 3. Offre de services de vaccination dans les régions du Cameroun

| REGION | Moyenne de séances de vaccination par mois | % stratégies fixes réalisées | % stratégies avancées réalisées | % enfants vaccinés en stratégie fixe | % enfants vaccinés en stratégie avancée et mobile |
|--------------|--|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| ADAMAOUA | 3 | 97 | 91 | 66 | 34 |
| CENTRE | 1 | 85 | 68 | 90 | 10 |
| EST | 3 | 94 | 77 | 64 | 36 |
| EXTREME NORD | 7 | 93 | 82 | 53 | 47 |
| LITTORAL | 7 | 89 | 81 | 97 | 3 |
| NORD | 4 | 95 | 90 | 61 | 39 |
| NORD OUEST | 4 | 95 | 47 | 74 | 26 |
| OUEST | 2 | 88 | 98 | 90 | 10 |
| SUD | 4 | 90 | 62 | 76 | 24 |
| SUD OUEST | 2 | 98 | 102 | 86 | 14 |
| CAMEROUN | 3 | 91 | 86 | 74 | 26 |

²⁰ MINSANTE et CHAI (2017). Évaluation des besoins en formation du personnel du Programme Élargi de Vaccination (PEV) : Aperçu des résultats obtenus aux niveaux central, régional et district de santé

²¹ MINSANTE (2017). Plan stratégique de renforcement des capacités 2018-2020.

²² Les structures d'offre de services sont insuffisantes dans la Région de l'Extrême où on dénombre 378 structures sanitaires pour une cible de 215 234

²³ MINSANTE (2019). Rapport annuel 2018 du Programme Élargi de Vaccination

Le nombre de séances de vaccination offerte par les formations est en moyenne de 3 par mois à l'échelle du pays. Les conflits et l'insécurité affectent négativement la couverture vaccinale. C'est ainsi que le plus grand nombre d'enfants non vaccinés se compte dans les régions de l'Extrême-Nord (29,4%), du Nord-Ouest (16,6%), du Sud-Ouest (13,5%) et du Nord (11,8%). Ces cibles pourraient être à rechercher dans les régions voisines ou plus loin, ayant quitté leurs zones de résidence habituelle pour des lieux plus sûrs. La figure 5 illustre la forte baisse de la contribution des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest dans la couverture vaccinale, une chute de 4,5 points depuis le début des troubles socio-politiques en 2016.

En outre, depuis le début de la crise dans le NOSO, la demande et l'offre de services ont fortement baissé en raison des restrictions de mouvement imposées par les opérations "villes mortes" et les déplacements des personnes fuyant l'insécurité et l'accessibilité limitée. Dans la Région du SO, sur les 491 formations sanitaires existantes 256 offrent les services de vaccination parmi lesquelles 121 sont pleinement fonctionnelles, 21 partiellement fonctionnelles et le reste sont non fonctionnelles (114). Dans la Région du NO sur les 410 formations sanitaires existantes, 318 offraient les services de vaccination mais, 38 sont désormais non fonctionnelles et 15 ne fonctionnent que partiellement. Sur les 431 formations sanitaires existantes dans la Région de l'Extrême-Nord, 378 offrent les services de vaccination. 19 formations sanitaires situées dans les zones d'insécurité fonctionnent de manière périodique. Les capacités de l'offre y sont également diminuées à cause du départ des personnels de santé des zones d'insécurité, l'insuffisance des équipements de la chaîne de froid et surtout des ressources financières pour les séances de vaccination avancées et mobiles.

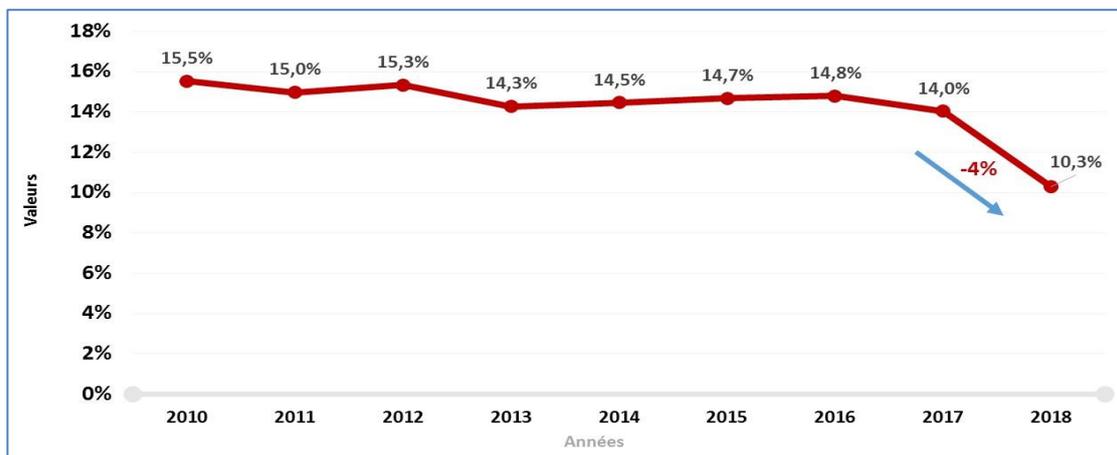


Figure 6. Évolution de la contribution des régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest au nombre d'enfants vaccinés au Cameroun entre 2010 et 2018

- **Système d'information**

En janvier 2018, le Ministère de la Santé Publique a officiellement adopté le logiciel District Health Information Software (DHIS2) comme système national de collecte, d'analyse, de transmission et de conservation des données sanitaires. Toutefois, l'adoption de cette plateforme a été laborieuse pour le rapportage des données de vaccination comme pour les autres données. Fort des faibles complétudes enregistrées dans la plateforme à juin 2018 (43%), le Programme avec l'accord du Ministre de la Santé Publique a repris l'utilisation du DVDMT tout en renforçant l'utilisation du DHIS2. A la fin 2018, les complétudes étaient de 83% et 96% dans le DHIS2 et le DVDMT respectivement. Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest enregistrent le plus grand nombre de rapports manquants soit respectivement 1056 et 613 ; ceci est dû à la fermeture progressive de plusieurs formations sanitaires au courant de l'année 2018, en raison de la situation sécuritaire.

- **Leadership, gestion et coordination**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan issu de l'évaluation des capacités du Programme menée en fin d'année 2016 par Gavi²⁴, l'organigramme a été revu en début d'année 2018 et le personnel a été affecté selon les besoins du Programme. Depuis 2016, 16 personnels chargés de logistique ont bénéficié de la formation Logivac dont 2 en 2018. Toutefois, pour bon nombre de personnels des différents niveaux et plus encore ceux du niveau opérationnel, les offres de formation en matière de gestion de la vaccination sont très rares. Le Programme promeut les formations en ligne, notamment ceux offerts à travers la plateforme

²⁴ Gavi – The Vaccine Alliance (2017). Cameroon Program Capacity Assessment. Final Report

Scholar. En matière de planification et suivi-évaluation, un plan de suivi-évaluation a été élaboré à la suite de la révision du PPAc. Toutes les régions ont produit leurs rapports annuels 2018 et un PTA 2019. Ces plans de travail ont fait l'objet d'une évaluation et une révision à mi-parcours à l'occasion de la réunion de monitoring et évaluation tenue en juillet 2019. Seulement 21% (40/189) districts de santé ont élaboré un microplan ACD en 2018. Les supervisions sont elles aussi très irrégulières, notamment en raison de la rareté des financements. Comme autres difficultés, l'on relève l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité et les retards dans la mise à disposition des fonds de contrepartie par le Gouvernement, à l'origine du défaut de financement en 2018.

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

En 2018, Le système d'information de la vaccination a connu beaucoup de changement avec la migration du DVMDT vers le DHIS2. Pour assurer une transition sans heurt, le programme a monitoré l'utilisation des deux systèmes. La Région du Centre a utilisé exclusivement le DHIS2.

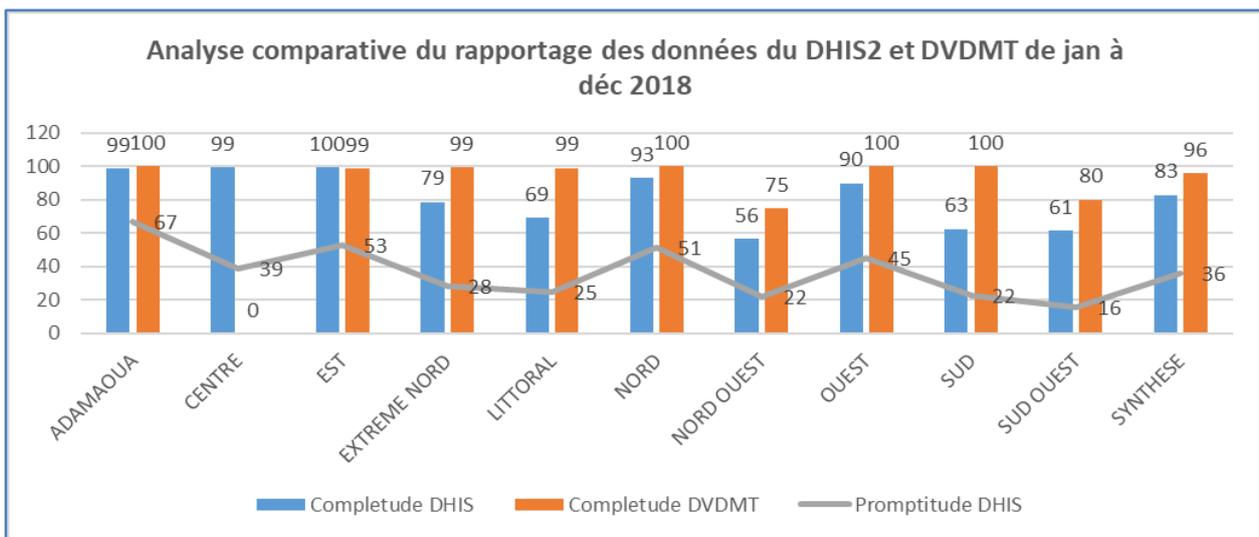


Figure 7. Analyse des complétudes DVMT et DHIS2 en 2018

En 2018, la complétude nationale des données des formations sanitaires était de 96% au DVDMT contre 83% au DHIS2. Cinq des 10 régions avaient plus de 90% de complétude au DHIS2, notamment l'Adamaoua, le Centre, l'Est, le Nord et l'Ouest. La promptitude est restée très faible, en deca de 50%, notamment en raison de la faible appropriation du DHIS2 et des difficultés techniques d'implémentation à savoir l'accès à l'électricité et à l'Internet, les besoins en formation du personnel des FOSA. Seulement 30% (2000/6300) des FOSA ont été formées. Pour la majorité des cas, les données sont saisies au niveau des Districts de Santé et ces structures ne disposent pas des ressources humaines suffisantes pour mener cette tâche.

A la fin de l'année 2018, le DHIS2 ne disposait pas de module d'analyse des données de vaccination, ce qui a posé le problème d'évaluation des performances au niveau infra national. Toutefois des stratégies ont été trouvées pour permettre aux régions et Districts de santé de calculer leurs performances dans le DHIS2, notamment à travers l'extraction et la conversion au format DVDMT.

Les données de surveillance passive sont rapportées à travers le DHIS2 ; toutefois, la surveillance au cas par cas suit un circuit différent. Des réflexions sont néanmoins en cours avec la Cellule des informations Sanitaires afin de l'intégrer à la plateforme à travers son module Event.

Aux points de prestation, la rareté d'utilitaires harmonisés du PEV (registre de vaccination, registre de pointage, carnets de vaccination mère-enfant) pose un problème de collecte de données primaires, les actes vaccinaux étant peu ou mal documentés.

- **Autres aspects critiques**

L'analyse de l'équité conduite dans 5 districts de santé (Ebolowa, Edéa, Moloundou, Mora et Yoko) en juin 2018 a relevé une couverture vaccinale plus faible pour ces groupes. Les principaux goulots d'étranglement à l'atteinte de ces populations sont :

- L'insuffisance de l'accès aux services de vaccination en raison du déficit en ressources humaines et de la faible mise en œuvre des séances de vaccination planifiées en stratégies avancées et mobiles (prise en compte insuffisante de ces groupes lors de la planification, défaut de moyen de déplacement et de carburant, insécurité, inaccessibilité saisonnière) ;

- L'insuffisance de l'utilisation continue des services de vaccination en raison notamment de la faible implication des structures de dialogues, de l'engagement communautaire insuffisant, de l'irrégularité des séances de vaccination, du non-respect des rendez-vous par les parents, de la mobilité des populations nomades, et de l'insuffisance d'un mécanisme opérationnel de recherche de perdus de vue.

Des interventions correctives budgétisées ont été identifiées et validées par le CCIA. Les ressources restent en cours de mobilisation. Cependant, les districts ont pris en compte les activités novatrices dans les microplans ACD respectifs. Il demeure néanmoins le problème de financement effectifs desdits microplans

4.3. Financement de la vaccination

Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2017-2019 intègre les besoins issus de la planification des activités de vaccination aux niveaux régional et national, afin d'améliorer la viabilité financière du PEV. Au niveau opérationnel, les activités sont intégrées et la planification budgétaire ne prend pas en compte les spécificités relatives au Programme.

Le pays a mis à jour son PPAC pour la période 2015-2020 et se propose d'élaborer son PPAC 2021-2025 en 2020. Les plans de travail annuels budgétés sont élaborés en alignement au PPAC et intègrent les activités planifiées dans le CDMT. Le PTA 2019 a fait l'objet d'une révision à mi-parcours au mois d'août.

Depuis 5 ans la part du budget du MINSANTE dans le budget National gravite autour de 4-7% et reste inférieur à l'objectif de 15% adopté lors de la conférence d'Abuja. La proportion du budget du MINSANTE allouée au PEV est atteinte à peine 2%, consacrée essentiellement à l'achat des vaccins traditionnels et au paiement des fonds de contrepartie ; ainsi, seulement 5% de ce financement est affecté aux coûts opérationnels du Programme. Ceci est insuffisant pour mettre en œuvre l'ensemble des activités de vaccination. La mobilisation des ressources reste un défi majeur au vu du contexte économique dans le Pays.

Le financement du PEV est supporté à 70% par les partenaires (GAVI, Unicef, OMS, CHAI). Fort du contexte de transition, le Pays est engagé dans la mise en place de mécanismes de pérennisation du financement de la vaccination. Le Plan de Transition Polio élaboré en 2017 en constitue l'amorce. D'autre part, des efforts sont faits en vue de réduire le gaspillage des vaccins et améliorer le cadre global de l'administration des vaccins dans les FOSA, afin de rendre le Programme plus efficace et efficient. Les actions suivantes entreprises pour améliorer la gestion des vaccins sont entre-autres (1) la restructuration de la section logistique et du comité logistique ; (2) l'élaboration et la production des SOPs sur la chaîne d'approvisionnement ; (3) le renforcement de capacité des responsables centraux et régionaux ; (4) la mise en œuvre des supervisions spécifiques à la logistique et le renforcement du suivi de la gestion des stocks par l'analyse des SMT. Au terme de ce processus, les pertes en vaccins ont baissé de plus 95%.

Le MINEPAT en vue de faciliter le paiement des fonds de contrepartie a raccourci le circuit des fonds, comme l'atteste la Lettre du Ministre de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) qui date du 09/07/2018 et enregistrée sous le numéro 2953 au Courrier du Ministère de la Santé Publique. En effet, il n'est plus question pour les bénéficiaires des fonds de contrepartie d'attendre l'approvisionnement en numéraire de leurs comptes bancaires avant de procéder à l'engagement du paiement. Dès réception de la décision, le PEV peut déjà transmettre le dossier de mobilisation des fonds destinés à l'achat des vaccins au MINEPAT en vue du paiement. Depuis 2019, les paiements sont effectués directement du Ministère de la Santé publique dès validation de la dépense. Toutefois, les fonds destinés à honorer le cofinancement de l'année 2018, ont été virés en 2019 d'où le retard et la survenue du défaut de paiement. Des efforts sont consentis pour limiter, voire supprimer les retards de paiement par le Pays.

5. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

5.1. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

Dans le cadre du processus de normalisation des relations avec Gavi, le Pays a amélioré sa gestion financière, la gestion des vaccins et amorcé le remboursement des montants dus. Un mécanisme transitoire de gestion a été mis en place, ce qui permet d'envisager un décaissement plus fluide des appuis de Gavi dont ceux du soutien RSS 2.

5.2. Performance du soutien au vaccin

Au cours de l'année 2018, le pays a organisé une campagne réactive contre le choléra, en réponse à l'épidémie de choléra qui sévissait dans les régions du Nord, du Centre et de l'Extrême-nord. Cette dernière s'est déroulée dans le district de santé de Makary et principalement dans les aires de santé de Sagme et Fotokol. La population cible pour cette campagne était de 62 532 personnes âgées de 1 an et plus y compris les femmes enceintes. Au total 37 888 personnes ont été vaccinées soit une couverture vaccinale de 60,6% pour le DS. Les couvertures vaccinales dans les aires de santé de Sagme et Fotokol étaient respectivement de 78,8% et 53%. Un total de 37 905 doses de vaccin a été utilisé, soit un taux de perte proche de 0,04%.

.Au cours de l'année 2018, le pays a connu au total 4 épidémies de rougeole. Ces dernières sévissaient dans els DS de Rey Bouba, Ngong, Garoua 1 et Kousseri. Les ripostes vaccinales ont eu lieu dans les DS de Rey Bouba, Ngong et Kousseri. Dans les DS de Rey Bouba et Ngong, un total de 71 932 enfants âgés de 9 mois à 5 ans ont été vaccinés avec une CV de 110,9% au cours des mois de mai et juin 2018. La riposte à l'épidémie dans le District de santé de Kousséri a eu lieu au mois du 05 au 09 janvier 2019. Un total de 58 886 enfants de 9-59 mois vaccinés au RR avec une CV de 112 %. Aucune épidémie au cVDPV2 n'a été détectés en 2018.

En 2019, un total de 47 Districts de santé a été déclaré en épidémie de rougeole à la semaine épidémiologique 49. Certains de ces districts ont bénéficiées des ripostes vaccinales locales en occurrence ceux de Kousséri, Mada, Makary, Goulfey, Limbe et Bakassi. Les résultats de la riposte dans les districts de santé de Goulfey, Mada et Makary font état de 77 550 enfants de 9-59 mois vaccinés au RR avec une CV de 115,3 %. Dans le DS de Limbe, 11043 enfants ont été vaccinés, soit une couverture vaccinale de 90%. Les autres ripostes ont été concomitantes à la campagne de suivi RR organisée sur l'ensemble du territoire national.

Pour ce qui est de la poliomyélite, une épidémie de cVDPV2 a été déclarée au Cameroun au cours du mois de mai 2019 ce qui a motivé, selon les SOPs, la mise en œuvre de trois rounds de riposte dans les districts de sante de Goulfey, Kousséri, Mada et Makary. Au cours du round 0 qui concernait les DS de Mada et Makary seulement, 123 382 enfants de 0-59 mois ont été vaccinés avec une CV de 102,69%. Pour le round 1, 265 694 enfants de 0-59 mois ont été vaccinés avec une **CV de 102,9%**. Au round 2 ; 265 694 enfants de 0-59 mois ont été vaccinés soit une CV de 105,72%. Le pays a riposté aussi en synchronisation avec le Tchad ; à l'épidémie survenu dans le district de santé de Mandelia au Tchad, limitrophe aux DS de Maga et Kousseri. Pour le round 1 de cette riposte, 172 067 enfants de 0-59 mois ont été vaccinés soit une **CV de 100,66%**. Les résultats définitifs du round 2 sont encore attendus.

En 2018, 681 976 nourrissons ont été vaccinés au Penta 3, en baisse par rapport à 2017. Le soutien SNV a permis d'assurer une assez bonne disponibilité des vaccins (Tableau 7 et 8). Cependant, l'analyse des SMT montre des ruptures de stocks de plus de 7 jours pour le VPI, le DTC-HépB-Hib, le Rota.

Les objectifs de couverture vaccinale fixés par le PPAc n'ont pas été atteints durant les 5 dernières années entraînant ainsi une sous-consommation des vaccins. Ainsi, quatre vaccins sur cinq ont connu un taux de distribution de moins de 80% en 2017 et 2018. Cette faible consommation a entraîné un cumul des stocks et le surstockage avec un risque élevé de péremption de même que les pertes financières importantes, amenant le pays à décaler les arrivées des vaccins à plusieurs reprises. Les ruptures de stock observées pour certains vaccins dans les régions du l'Adamaoua, de l'Extrême Nord et du Nord étaient dues à un approvisionnement insuffisant lié la faible capacité des véhicules de livraisons des vaccins.

Au regard des défis financiers actuels du programme notamment, en rapport avec le co-financement, le Pays a révisé les quantités de vaccins pour 2020 en utilisant les objectifs de couverture vaccinale plus réalistes, le taux de consommation et le stock disponible en fin d'année.

Tableau 4. Doses reçues en 2018

| Vaccin | Doses totales approuvées 2018 ²⁵ | Doses totales reçues 2018 | Doses reportées des années précédentes et reçues en 2018 | Rupture de stock de plus de 7 jours à tous les niveaux en 2018 |
|--------|---|---------------------------|--|--|
| VPI | 1 084 200 | 1 084 200 | 578 600 | Oui : Extrême-Nord, Nord Adamaoua |
| Penta | 1 820 000 | 2 382 000 | 78 900 | Oui : Extrême Nord, Nord Adamaoua |
| Rota | 1 500 000 | 1 093 700 | 517 300 | Oui : Extrême Nord, Nord Adamaoua |
| VAA | 648 700 | 641 200 | 512 400 | Non |
| PCV-13 | 2 631 900 | 2 670 200 | 1 232 600 | Non |

Sources : Lettres de décision 2018, SMT 2018

Tableau 5. Niveau de stock pour chaque vaccin soutenu

| Vaccin | Niveau central | | Niveau régional | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Stock réserve (mois) | Stock reporté en 2018 | Stock réserve (mois) | Stock reporté en 2018 |
| Penta (10 doses) | 3 | 78 900 | 1 | 78 900 |
| VPI (10 doses) | | 578 600 | | 578 600 |
| Rota (1 dose) | | 517 300 | | 517 300 |
| PCV-13 (4 doses) | | 1 232 600 | | 1 232 600 |
| Fièvre jaune (10 doses) | | 512 400 | | 512 400 |

5.3. Source : SMT 2018 Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

Un groupe de travail existe et est fonctionnel depuis le mois d'août 2018, les membres tiennent régulièrement les réunions. Toutes les étapes de la procédure d'achat ont été respectées, trois propositions de coûts ont notamment été envoyées au pays qui a fait son choix. La phase d'implémentation se poursuit par la distribution et l'installation. Le niveau de réalisation est de 65% soit 414 des 629 équipements installés au 31 juillet 2019. La quatrième phase sera lancée avec la supervision des installations par les équipes du PEV. Pour ce qui est des réussites, le Cameroun a réussi le pari d'enlever et de dédouaner ces 629 premiers équipements en seulement 2 semaines, ce qui est un record jusqu'ici. L'évaluation des sites a été faite à l'aide d'une application ODK installée sur des smartphones.

Quelques difficultés ont été rencontrées dans la phase d'installation à savoir la problématique des installations dans les structures sanitaires privées. Pour régler ce problème, un contrat est signé entre le Ministère de la Santé Publique et les structures sanitaires privées, il régule la gestion de ces équipements et décline les obligations à remplir par ces formations sanitaires.

Pour s'assurer que les équipements sont correctement installés et proposer des mesures correctrices en cas de problèmes, le pays a développé un plan de supervision des installations. Les résultats de cette activité seront partagés avec le fabricant notamment dans le cas où certains équipements auront des températures anormales.

Il est difficile à l'heure actuelle d'évaluer la contribution du CCEOP sur l'amélioration des performances de vaccination en terme de disponibilité en vaccin. Les évaluations post installation (Supervision post installation, étude sur le processus du CCEOP, 'utilisation d'accumulateurs d'eau froide) permettront de se faire une idée sur l'impact à court et moyen terme du CCEOP sur les performances de vaccination.

²⁵ Voir lettres de décision

5.4. Performances de gestion financière

 • **Absorption financière et taux d'utilisation de toutes les subventions de soutien en espèces de Gavi**

| Subventions | Budget approuvé en FCFA (2013) | Budget approuvé en USD | Budget exécuté à la fin 2018 en FCFA | Exécution à la fin 2017 | Dépense en 2018 | Solde disponible à la fin 2018 en FCFA | Exécution à la fin 2018 | Dépense en 2019 | Solde disponible au 30 Juin 2019 en F CFA | Solde disponible au 30 Juin 2019 en \$ | Taux d'exécution à juin 2019 |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|--|-------------------------|-----------------|---|--|------------------------------|
| Reliquat SSV et Intro PCV-13 | 39,785,207 | 66,309 | 20,877,840 | 48% | 0 | 20,877,840 | 48% | 0 | 20,877,840 | 34,796 | 48% |
| Récompense 2008- 2010 | 675,939,675 | 1,126,566 | 456,073,171 | 33% | 20577447 | 435,495,724 | 36% | 9198112 | 426,297,612 | 710,496 | 37% |
| VPH | 95,794,760 | 159,658 | 627,428 | 99% | 0 | 627,428 | 99% | 0 | 627,428 | 1,046 | 99% |
| VPI | 339,364,590 | 565,608 | 43,983,539 | 87% | -2194400 | 46,177,939 | 86% | 0 | 46,177,939 | 76,963 | 86% |
| ROTA VIRUS | 367,816,047 | 613,027 | 10,031,698 | 97% | 0 | 10,031,698 | 97% | 0 | 10,031,698 | 16,719 | 97% |
| INTRO-RR | 378,960,000 | 631,600 | 378,960,000 | 0% | 0 | 37,8960,000 | 0% | 0 | 378,960,000 | 631,600 | 0% |
| CAMPAGNE RR | 2,801,743,583 | 4,669,573 | 59,804,381 | 98% | 6619880 | 53,184,501 | 98% | 16605000 | 36,579,501 | 60,966 | 99% |
| Gain de change RR | 636,378,300 | 1,060,631 | 636,378,300 | 0% | 0 | 636,378,300 | 0% | 0 | 636,378,300 | 1,060,631 | 0% |
| Total | 5,335,782,162 | 8,892,970 | 1,606,736,357 | | 25,002,927 | 1,581,733,430 | | | 1,555,930,318 | 2,593,217.197 | 71% |

1USD=585frs

 • **Conformité aux rapports financiers et aux exigences en matière d'audits pour chaque subvention**

A date, tous les rapports financiers exigibles par subvention en 2018 et jusqu'à juin 2019 ont été soumis via le portail de Gavi. Le rapport d'audit de l'exercice 2017 a été produit et transmis à GAVI. Quant à l'année 2018, l'audit n'a pas encore eu lieu du fait de l'absence de financement.

 • **Niveau de mise en œuvre des solutions préconisée pour répondre aux Principaux problèmes issus des audits de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme**

 ○ **Audit interne du PEV**

Dans le cadre de l'amélioration du contrôle interne, les gestionnaires comptables sont aguerris à l'utilisation d'outils harmonisés de gestion (suivi budgétaire, gestion financière, paiement électronique) développés par le GTC-PEV. Les résultats desdits travaux permettent depuis 2017, la maîtrise du suivi des informations financières, la justification des activités dans les délais et une réduction considérable des paiements en espèces par l'introduction des moyens électroniques de paiements (Orange Money et MTN Mobile Money). Le pays envisage de contractualiser avec les agences de transfert de fonds pour suppléer aux paiements par voie électronique dans les zones dépourvues de réseaux.

 ○ **Audits et évaluations de Gavi**

Faisant suite aux conclusions des audits de GAVI (audit des programmes, ECP) ayant entraîné un gel des décaissements, le Pays a mis en œuvre des mesures d'atténuation des risques dans la perspective de restaurer la confiance. Il s'agit de :

Tableau 6. Etat de mise en œuvre des recommandations des audits et évaluations de Gavi

| DOMAINE | PROBLEME RELEVE | SOLUTION PRECONISEE | Niveau de mise en œuvre |
|---------------------------|--|---|---|
| Gestion budgétaire | <p>Faiblesse dans la maîtrise du processus budgétaire :</p> <p>1. Elaboration des budgets sans une bonne micro-planification qui intègre plusieurs variables telles que la distribution géographique des populations cibles, les réalités du terrain au niveau décentralisé et distances à couvrir.</p> <p>2. Dans l'exécution des activités il y a eu des réaménagements des budgets non-autorisés ainsi que les dépassements budgétaires non-justifiés.</p> <p>3. Suivi budgétaire défaillant lors de l'exécution des activités limitant tout processus de recadrage budgétaire.</p> | <p>1. La micro planification doit être un préalable à une allocation budgétaire ou soumission pour les activités de masse.</p> <p>2. Les budgets seront élaborés par niveau de mise en œuvre et centre de responsabilité assortis des mesures d'atténuation des risques de gestion identifiés.</p> <p>3. L'utilisation du logiciel comptable pour la gestion budgétaire au niveau central et régional.</p> <p>4. Conception systématique des masques de suivi budgétaire pour les niveaux districts et aire de santé pour chaque activité.</p> | <p>1. La microplanification est effective avant la mise en œuvre de toute activité de masse.</p> <p>2. Les budgets élaborés sont répartis par niveau de mise en œuvre tenant compte des risques de gestion identifiés (niveau central, Région, district, Aire de santé).</p> <p>3. En attente d'acquisition par Gavi.</p> <p>4. Des masques de suivi budgétaire sont disponibles lors de la mise en œuvre des activités</p> |
| Gestion financière | <p>Défaillance dans la tenue de la comptabilité des programmes ainsi que dans le suivi de la trésorerie :</p> <p>1. Impossibilité de retracer l'utilisation journalière des fonds mis à la disposition du niveau décentralisé (Absence des livres, journal de banque et brouillards de caisse)</p> <p>2.. Absence de la tenue d'une comptabilité retraçant l'ensemble des transactions liées aux activités programmatiques sous le logiciel TOMPRO disponible au GTC-PEV ou sous une autre forme</p> <p>3. Défaillance dans la complétude, la qualité et les délais de production des pièces justificatives</p> | <p>1. Mise en place effective de la comptabilité (TOMPRO) dans les meilleurs délais, à travers un renforcement des capacités des responsables financiers du niveau central et régional ;</p> <p>2. La réduction autant que possible du maniement des espèces à travers la contractualisation avec les structures de Transferts électroniques des fonds ;</p> <p>3. Le déploiement systématique et de manière régulière des missions de supervisions financières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour s'assurer de la qualité des pièces, de leur complétude et de minimiser les retards dans la transmission des pièces ;</p> <p>4. La formation de tous les intervenants de la chaîne financière des districts aux procédures essentielles extraites du manuel des procédures administratives, financières et comptables du PEV.</p> | <p>1. En attente d'acquisition par GAVI.</p> <p>2. Mise en place et utilisation effective des mécanismes de paiements électroniques Orange Money et MTN Mobile Money</p> <p>Elaboration d'une cartographie Des zones (district, aire de Santé) réseaux afin d'identifier le type de paiement propice lors des activités de masse, Elaboration d'un outil de suivi en temps réel des paiements électroniques.</p> <p>3 et 4. Deux supervisions financières au cours desquelles les activités suivantes ont été menées en 2018 et 2019 : Procéder à la revue des pièces justificatives ; apprécier la qualité des rapports financiers ; former aux procédures essentielles de justification et de passation des marchés ; former à l'utilisation des nouveaux outils harmonisés de gestion budgétaire et financière. Les chefs de district sont éduqués de manière systématique lors des briefings durant les activités de masses</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>L'engagement des dépenses</p> | <p>Les dépenses ont été effectuées sans le respect des règles d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement : L'engagement des dépenses sans autorisations préalables, sans provision budgétaire, dépassant/modifiant la provision budgétaire ou des dépenses inéligibles.</p> | <p>1. Vérification ponctuelle de l'exécution des dépenses pour s'assurer du respect des procédures relatives aux engagements. 2. Diffusion des budgets à tous les intervenants au niveau décentralisé afin de limiter la fraude et les écarts par rapport aux directives de mise en œuvre des activités</p> | <p>1. Vérification effectuée lors de la supervision financière. 2. Diffusion systématique des budgets à toutes les parties prenantes assortis de rappel des principes de base de Gestion budgétaire (Non Modification de la provision, dépassements de lignes proscrits, éligibilité des dépenses)</p> |
| <p>Achat et passation des marchés</p> | <p>Les procédures d'achat et de passation des marchés n'ont pas été respectées : Le non-respect des seuils et non-respect de la mise en concurrence</p> | <p>L'application effective du manuel qui encadre suffisamment les aspects liés aux achats et la passation des marchés avec un accent sur la transparence et la mise en concurrence.</p> | <p>Renforcements des capacités des acteurs de la chaîne de La dépense (Gescom, caissières, Et coordonnateurs) aux procédures de passation des marchés lors des supervisions financières</p> |
| <p>Gestion des immobilisations</p> | <p>L'absence d'une tenue régulière d'un registre des immobilisations : 1. Mise à jour irrégulière et non-exhaustive au niveau central du registre des immobilisations 2. Inexistence au niveau décentralisé de la tenue d'une comptabilité des immobilisations</p> | <p>1. Inventaire général et exhaustif des immobilisations du PEV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 2. Une gestion efficiente des immobilisations suivant les principes comptables en vigueur détaillés dans le manuel des procédures GTC-PEV.</p> | <p>1. Inventaire général des immobilisations mis à jour en avril 2019 2. Mise en place d'un système d'actualisation semestrielle du fichier des immobilisations au niveau décentralisé</p> |

• **Remboursement des fonds à GAVI**

Par lettre N°E8-10/L/MINSANTE/SG/IGSA du 15 avril 2019, le Cameroun s'est engagé à rembourser à GAVI la somme de 1 586 166 USD, montants arrêtés à l'issue des audits du PEV. Un échéancier de remboursement a été défini, prévoyant un remboursement en 04 tranches, réparties sur les mois de juin, septembre et décembre (2 tranches). L'exécution de cet échéancier est en cours, bien que des tensions de trésorerie de l'Etat, dues à la conjoncture externe et interne, causent quelques retards au processus..

• **Système de gestion financière**

Le système comptable TomPro-1 disponible au PEV n'est pas exploitable du fait de la vétusté des licences, version et fonctions. En plus la quasi-totalité du personnel comptable en poste n'ont pas reçu de formation y afférente. Toutefois, le système de gestion financière du GTC-PEV s'est amélioré, bien que l'acquisition et la formation du personnel sur le logiciel comptable TomPro-2 soit encore attendue. A travers l'usage d'applicatifs Excel structurés, le système se caractérise actuellement par une traçabilité des flux et une production régulière et à temps de l'information financière requise notamment en ce qui concerne la gestion de la trésorerie. Toutefois, la disponibilité du logiciel TOM2PRO, la formation du personnel de la chaîne financière à son utilisation et le démarrage effectif de la tenue permanente de la comptabilité sont les défis majeurs à relever pour que le système comptable du PEV s'arrime aux standards internationaux exigés. A cet effet, une assistance technique est prévue pour renforcer le système sur une durée de 18 mois. Pendant cette période, le mécanisme transitoire de gestion des subventions dont l'accord tripartite a été signé entre le Pays, GAVI et OMS sera mis en œuvre.

5.5. Suivi du plan de transition (s'applique si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

Le Pays supporte l'augmentation graduelle de sa contrepartie à l'achat des vaccins, qu'il inscrit au budget tous les ans. Un draft de Business case de la vaccination existe ; reste à le finaliser et le valider. L'évaluation à mi-parcours du plan de transition polio est en cours et les leçons qui en seront tirées serviront à l'élaboration du plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale. Il est prévu pour la suite, la mise en place d'un groupe de travail, l'analyse financière du système et l'élaboration du plan de transition avec une prise en compte effective des leçons apprises de la préparation et de l'exécution du plan de transition polio ainsi que des activités déjà intégrées dans ce plan.

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

Dans le cadre de l'assistance technique au Pays, le Programme a bénéficié des appuis des partenaires OMS, Unicef, CHAI et JSI. Certains de ces appuis étaient orientés vers le niveau sous-national comme convenu à la dernière évaluation conjointe.

L'appui de l'OMS a porté sur la surveillance des MAPI, l'amélioration de la qualité des données, le renforcement de la chaîne de froid, la gestion des vaccins, l'introduction de nouveau vaccin, la campagne de suivi RR et l'appui à la communication. Une formation a été organisée avec l'appui technique et financier de l'OMS en vue du renforcement des capacités des membres du comité d'experts MAPI et des 10 points focaux régionaux surveillance sur le rapportage, l'investigation et l'imputabilité des MAPI. Les équipes de l'OMS/IST/AFRO avec HIP/OSLO ont mené une analyse situationnelle au terme de laquelle des modules d'analyses développés pour la vaccination ont été installés sur la plateforme DHIS2, paramétrés comme souhaité par le pays et rendus accessibles aux acteurs des différents niveaux. En outre, le staff OMS a régulièrement pris une part active aux réunions de revues des données ainsi qu'aux réunions du groupe qualité des données du pays qui s'est réuni quatre fois entre Juin 2018-Juin 2019 ; le groupe validé son plan de travail de 2019 et préparé le JRF 2018. L'OMS a fournis un appui technique à l'organisation d'un atelier pour la revue documentaire 2018 dans le cadre de l'élaboration du JRF. Il a de plus apporté son appui à la préparation des documents de formation et à de mise en œuvre des activités relatives à l'introduction des vaccins RR et HPV, ainsi que pour la riposte à la riposte contre la rougeole. L'OMS a apporté son appui à la célébration de la Semaine Africaine de la Vaccination à travers les activités de plaidoyer, la production des outils et supports de communication, le briefing des médias et une campagne médiatique. Elle a pris une part active dans les opérations de dédouanement et de déploiement des équipements CCEOP du Port aux sites d'installation, et participe aux activités de suivi dans le cadre des réunions du Comité de Suivi dont elle est membre. A travers le comité logistique du PEV, l'OMS poursuit son accompagnement dans l'amélioration de la qualité des vaccins à tous les niveaux. Elle a organisé la formation des logisticiens centraux et régionaux à l'utilisation du SMT pluriannuel que le pays compte utiliser dès janvier 2020, et s'investi dans la préparation de l'EGEV aux côtés du pays. Dans l'ensemble, sur 12 activités, 5 sont réalisées, 1 partiellement réalisée, 2 en cours et 4 non réalisées. Au niveau sous-national, concernant l'amélioration de la qualité des données, environ 297 personnels régionaux et districts ont été formés sur l'utilisation des module « immunization analysis », « Data quality » et les revues périodiques de la qualité des données. L'appui technique des consultants déployés dans 7 régions s'est fait à travers la supervision formative conjointe avec les acteurs du niveau régional, documentée à travers l'outil électronique (ODK) ISS et concernant la vaccination de routine, la surveillance et la gestion des vaccins dans les formations sanitaires. C'est ainsi qu'en 2019, Plus de 9 000 visites de supervision de formations sanitaires ont été effectuées par l'ensemble des acteurs (Ministère, OMS, et partenaires) dont 67% effectuées conjointement avec les acteurs nationaux et de l'OMS visant à renforcer le transfert de compétence.

L'Unicef a apporté un appui technique et financier au pays dans les domaines de la vaccination systématique, la gestion des données, la gestion des vaccins et la C4D. Elle a ainsi contribué à l'amélioration de la promptitude et qualité des rapports du SMT et d'arrivée des vaccins à travers le suivi renforcé de la production des documents, à l'amélioration de l'ensemble des processus du *procurement*. En outre, elle intervient au sein du Groupe qualité des données et du Comité Logistique. Elle a participé à l'intégration du système d'information de gestion logistique (SIGL) du PEV au ELMIS en cours d'implémentation au niveau de la Direction de la Pharmacie du Médicament et du Laboratoire (DPML), à l'élaboration du plan d'investissement pour la vaccination (en cours), à l'élaboration de la note conceptuelle sur la vaccination, à la prise en compte des indicateurs DISC pour le suivi de la chaîne d'approvisionnement

en vaccin, à l'intégration de variables additionnelles relatives à la logistique dans le DHIS 2. Au niveau sous-national, l'appui au renforcement de la chaîne d'approvisionnement a permis (1) la formation des équipes cadres des 72 districts de santé et les 4 équipes régionales de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord sur les critères de la GEV, (2) la mise en œuvre de deux tours de supervision formative logistique par les pairs dans les 10 régions du pays, (3) l'organisation de deux réunions de monitoring des logisticiens régionaux et ceux du niveau central et l'analyse mensuelles des SMT des 6 régions prioritaires de l'Unicef. L'appui au renforcement de la gestion des données pour action a permis (1) l'analyse mensuelles des données avec cartographie de l'équité géographique des aires de santé et des districts des 6 régions prioritaires et (2) les supervisions formatives dans les districts prioritaires. L'appui au renforcement des prestations de service a permis (1) l'organisation et la mise en œuvre des stratégies avancées dans plusieurs aires de santé, (2) l'analyse de l'équité et l'élaboration des microplans ACD des districts de santé prioritaires des régions Unicef.

L'appui de la Clinton Health Access Initiative (CHAI) a porté sur la gestion de la Chaîne du froid, la Gestion des stocks, l'introduction des nouveaux vaccins et la gestion du programme. Dans ce cadre, CHAI a apporté un appui à l'évaluation des sites devant accueillir les équipements de l'année 2 du PEOCF, à l'élaboration du plan de gestion des déviations, à la révision du plan stratégique et d'un plan opérationnel de maintenance, et à la formation des membres du PMT, les GTR-PEV et Chef des District sur le CCEOP. CHAI a en outre apporté un appui au développement d'outils d'analyse de stock et de suivi de températures dont l'utilisation est suivie dans 3 régions déjà. Elle accompagne le PEV dans l'amélioration de la planification opérationnelle afin de disposer d'un plan d'action basé sur les données probantes auquel sont alignés les plans sous-nationaux, à travers le soutien à l'organisation des réunions de monitoring et au développement d'un masque de gestion du programme. En collaboration avec le PEV, CHAI a mené une étude visant à comprendre et pallier les défis relatifs à l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B dose de naissance et une autre permettant d'identifier les processus de gestion de la performance du programme ainsi que les goulots d'étranglements empêchant l'atteinte de ses objectifs.

La JSI a apporté un appui technique dans les domaines de la communication en vue de l'introduction du VPH dans la vaccination de routine. Dans ce cadre, la JSI a accompagné le pays dans l'analyse des données sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques, la révision des messages essentiels, l'élaboration du plan de communication, ainsi que l'élaboration des outils de communication et des modules de formation en vue de l'introduction du VPH. La JSI a aussi contribué avec les autres partenaires réunis autour de l'équipe du PEV, à l'élaboration du plan de communication de crise en réponse aux rumeurs et à la campagne de désinformation sur la vaccination contre le VPH.

Dans le cadre de leur assistance technique au pays, l'OMS et l'Unicef ont développé un plan unique conjoint. L'inclusion de toutes les activités d'assistance technique dans le PTA du programme en a renforcé la coordination, et amélioré le leadership du GTC-PEV dans ce domaine. Cependant, il persiste encore des insuffisances dans l'exécution du TCA, notamment pour ce qui est de la transparence dans les opérations (non partage des termes de référence des consultants, non implication du PEV dans le recrutement des experts, changements non concertés de l'utilisation de certaines lignes, la faible activité des consultants recrutés au niveau sous national, etc.).

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

| Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe | Statut actuelle |
|---|---|
| La couverture vaccinale et de l'équité sont améliorées | |
| 1. Effectuer l'analyse de l'équité dans les districts prioritaires (Districts avec populations spéciales: Réfugiés, accès géographique difficile, nomades, déplacés interne, zones d'insécurité, bidonvilles et zones périurbaines,...) | Partiellement réalisée: Activité menée dans 11 DS des 39 DS prioritaires identifiés. La rareté des ressources n'a pas permis la couverture des autres DS. De plus, l'impact de cette activité n'est pas évidente, les plans budgétisés issus des analyses précédentes n'ayant pas été mis en œuvre jusqu'à ce jour |
| 2. Mettre en œuvre la stratégie de réduction des occasions manquées de la vaccination dans les DS prioritaires | Non réalisée : les fonds du RSS2 sur lesquels cette activité était planifiée n'ont pas encore pu être décaissés |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|--|---|
| <p>3. Tenir une réunion de concertation avec les acteurs locaux en vue de l'élaboration et la validation du plan de renforcement de la vaccination dans les régions du NW & SW en complément au plan humanitaire d'urgence</p> | <p>Réalisée: un plan spécifique pour le renforcement de la vaccination de routine a été élaboré. Le plan étant issu des concertations avec le niveau régional, il convient de mener des travaux avec les DS et les ONG en activités dans la région pour la définitions d'approches plus spécifiques et opérationnelles</p> |
| <p>4. Mettre en œuvre les activités vaccinales de la phase IV polio</p> | <p>Réalisée</p> |
| <p>5. Renforcer le monitoring pour action à tous les niveaux et mettre en place un dépôt des intrants PEV à Kousseri pour ravitailler les 04 DS du Logone et Chari</p> | <p>En cours: La complétude et la promptitude des SMT des régions et du SMT national sont à 100% Le déploiement du SMT pluriannuel est amorcé. Le formulaire ODK pour le suivi des stocks au niveau des opérations est en train d'être déployé. La mise en place un dépôt d'intrants PEV à Kousseri sera mise en œuvre dans le cadre du plan de riposte à l'épidémie de polio en cours.</p> |
| <p>6. Assurer la communication en faveur de la vaccination de routine, notamment dans les zones urbaines et autres zones prioritaires</p> | <p>Réalisée : Dans les zones urbaines -"Une enquête sur les perceptions et interventions des communautés autour de l'introduction des nouveaux vaccins au Cameroun" a été réalisée dans toutes les grandes villes des Régions du pays elle a permis de développer des messages sur la promotion de la vaccination non seulement pour l'introduction des nouveaux-vaccins, mais également pour le PEV de routine ; une note conceptuelle sur la stratégie de communication en zone urbaine. Des outils et supports de communication (affiches de sensibilisation, dépliants et autocollants) sur la promotion de la vaccination ont été produits pour le PEV de routine en général y compris les Zones urbaines. Ces supports de communication ont permis de diffuser auprès des publics cibles des informations sur les maladies cibles du PEV, l'implication des hommes dans la vaccination des enfants et l'importance de la conservation du carnet de vaccination. Dans les zones prioritaires : Dans la Région de l'Ouest qui accueille les déplacés du NOSO, 6 réunions de plaidoyer ont été organisées à l'endroit des autorités administratives et religieuses pour la vaccination des cibles déplacées internes.</p> |
| <p>7. Promouvoir la participation communautaire et le plaidoyer en faveur de la vaccination</p> | <p>Partiellement réalisée : Les actions localisées de participation communautaire ont été mise en œuvre à travers les 38 associations de femmes en activité dans le Logone et Chari. Les préparatifs sont en cours en vue de l'organisation du forum pour la relance de la vaccination de routine. Une note conceptuelle a été élaborée à ce sujet et la</p> |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|---|--|
| | recherche des fonds pour sa mise en œuvre est en cours. La redynamisation de la participation communautaire en partenariat avec la PROVARESSC est tributaire du décaissement des fonds du RSS2. Néanmoins, les activités de promotion de la participation communautaire ne sont soutenue qu'à l'occasion des AVS et excepté le Logone et Chari, elle ne sont que rarement mise en œuvre en routine. |
| 8. Effectuer la cartographie les zones difficiles d'accès, des itinéraires des équipes, le tracking des acteurs et la revaccination dans les zones mal couvertes | Réalisée : La cartographie des zones difficiles d'accès est disponible et actuelle. Les itinéraires des équipes sont élaborés dans le cadre des préparatifs des AVS. Le tracking des acteurs ne se fait que la zone du Logone et Chari. La revaccination des zones mal couvertes n'est souvent pas planifiée dans le cadre des campagnes et n'a été prise en compte que dans le cadre de la riposte au cVDPV2 du Logone et Chari. Ces zones sont néanmoins priorisées à l'occasion des campagnes suivantes. |
| 9. Organiser l'introduction du HPV, du RR 2 et la campagne de suivi contre le RR | Partiellement réalisée : les deux campagnes ont été planifiées en 2019, à date, le pays a mis en place des Equipes de Travail pour préparer les deux activités. La campagne RR couplée à l'introduction de la 2 ^e dose s'est tenue 04 au 08 novembre 2019, l'introduction du HPV a été reportée au semestre 2 2020. |
| La gestion de la chaîne d'approvisionnement, en particulier des stocks de vaccins et intrants est satisfaisante, avec un renforcement des capacités logistiques et de la performance de la chaîne d'approvisionnement du PEV | |
| 1. Mettre en œuvre les activités de la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (CCEOP) | Réalisée : Les équipements de l'année 1 sont en cours de déploiement dans le pays. A ce jour, un total de 414 équipements (65% de la dotation pour l'année 1) ont été déployés et mis en marche. L'estimation des coûts pour les 842 équipements à acquérir pour l'année 2 a été soumise à la signature des responsables du MINSANTE |
| 2. Mettre en œuvre les activités de la GEV (Former les acteurs centraux, régionaux et de districts sur les critères de la GEV et Conduire l'évaluation de la GEV) | Réalisées : Les acteurs centraux et ceux des régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est et de la ville de Yaoundé ont été formés aux critères de la GEV en novembre 2018. Les acteurs des 6 autres régions n'ont pas été formés en raison du retard de décaissement des fonds du RSS 2. L'évaluation de la GEV initialement prévue en août 2019 a été reportée à novembre 2019 pour des besoins d'ajustement techniques, notamment liés à l'utilisation de l'outil EVM 2 pour la saisie électronique des données |
| 3. Mener une évaluation du système d'approvisionnement | Non réalisée : A la suite de l'atelier d'Abidjan, de nouvelles orientations ont été données et sa mise en œuvre intègre désormais une assistance |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|--|--|
| | technique qui est prévue pour novembre 2019, cette activité sera couplée à l'EGEV. |
| 4. Mettre en place la plateforme Viva dans les Régions | Non réalisée : Avec le déploiement du SMT pluriannuel et la mise en place progressive des comités logistiques régionaux, le comité logistique national n'a pas jugé opportun de déployer Viva dans les régions |
| 5. Finaliser le forecast 2019 et élaborer le forecast de 2020 | Réalisée : Le forecast 2019 a été finalisé et soumis au mois d'octobre 2018. Le forecast 2020 a été élaboré et soumis le 27 septembre 2019 |
| 6. Améliorer la visibilité sur les stocks de vaccins au niveau des districts et des formations sanitaires | Réalisée : Un formulaire ODK a été élaboré à cet effet et les acteurs du niveau DS sont en train d'être formés à son utilisation dans le cadre de la formation à l'analyse des données de vaccination sur le DHIS 2 (restent l'Extrême-Nord, le Nord-Ouest et le sud-Ouest) |
| 7. Mener une étude sur les pertes en vaccins les cinq dernières années (pertes sur l'utilisation des vaccins dans les formations sanitaires) | Non réalisée : L'activité a connu un retard en raison de l'indisponibilité des financements. Un draft de protocole est néanmoins disponible. |
| 8. Déployer le SMT pluriannuel au niveau central et régional | Réalisée : Du 25 au 28 juin 2019, le personnel du niveau central et des régions a été formé à l'utilisation du SMT pluriannuel et les fichiers des régions ont été renseignés à cette occasion. Il est ressorti néanmoins des soucis de fonctionnement du fichier sur les terminaux informatiques disponibles et l'utilisation par les régions sera effective à partir de 2020. |
| 9. Mener les supervisions formatives trimestrielles spécifiques à la logistique des Régions vers les districts et les aires de santé | Réalisée : Deux tours de supervision formative logistique ont été menés en décembre 2018 et juillet 2019. La fréquence trimestrielle n'a pas été respectée en raison de l'insuffisance des fonds disponibles à cet effet. |
| 10. Acquérir et installer 2000 fridge tag, en vue de remplacer ceux qui sont déjà périmer afin de maintenir une chaîne de froid de qualité | Partiellement réalisée : Les équipements acquis dans le cadre du CCEOP arrivent avec des fridge tags et sont en train d'être installés et mis en marche dans les FOSA à travers le pays (629 équipements). L'estimation de coûts pour l'acquisition de 2500 fridge-tags est disponible, en attente du décaissement des fonds dans le cadre du RSS 2 |
| 11. Etendre le système de contrôle de température à distance dans 7 régions (Extrême-nord, Nord, Est, Nord-Ouest, Centre, Sud et Ouest) | Non réalisée : Une requête adressée à l'Unicef en vue de l'estimation de coûts est soumise à la signature des responsables du MINSANTE |
| La qualité des données est améliorée | |
| 1. Développer le module du dashboard DHIS2 accessible par niveau avec transfert des données au format DVDMT/RIM | Partiellement réalisée : Le dashboard d'analyse et les outils Immunization et Data quality ont été intégrés à la plateforme DHIS-2 pour l'analyse des données. Toutefois, le transfert des données aux formats DVDMT/RIM ne fait pas partie des fonctionnalités. En outre, l'exploitation de la |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|--|--|
| | plateforme DHIS 2 pose des difficultés de coordination |
| 2. Conduire annuellement une revue documentaire de la qualité des données du Programme | Réalisée : La revue documentaire a été conduite au mois de février et soumise dans le cadre de l'élaboration du JRF. Elle a été portée au portail de Gavi |
| 3. Mettre en place un système d'archivage codifié/normatif (pour partage des données électroniques et physiques au niveau central | Non réalisée : Le système d'archivage reste à mettre en place. L'activité a été prévue dans le PTA mais il manque des ressources pour sa mise en œuvre |
| 4. Améliorer le recueil et de la consolidation des données | Non réalisé : Une estimation des coûts liés à la production des registres de vaccination, de pointage des cartes de vaccination est faite, mais les ressources ne sont pas disponibles. |
| 5. Renforcer l'utilisation des données pour action (renforcement des capacités, réunion de revue et de validation de données, mensuelle pour le DS, Trimestrielle pour les Régions et semestrielle au niveau national) | Partiellement réalisé : la formation des responsables des Districts de Sante et des Régions à l'analyse des données de vaccination dans le DHIS2 est en cours de réalisation et s'étend du 19 Aout au 15 Septembre 2019. Les réunions de revue et de validation de données mensuelles n'ont pas été rapportées par les DS. Aucune rencontre trimestrielle n'a été organisée dans les régions et en 2018, une seule réunion s'est tenue au niveau national |
| 6. Etendre le système électronique de transmission hebdomadaire des données de vaccins et intrants au niveau du district de sante | Réalisé : Un formulaire électronique a été disséminé au District de sante pour la transmission des données de vaccins et des intrants au niveau des Districts de sante. |
| 7. Actualiser la carte sanitaire par géolocalisation | Non réalisé : financement non disponible. |
| 8. Enregistrer les données historiques de vaccination des trois dernières années (2015-2017) dans le DHIS2 | En cours : les données historiques agrégées (niveau Districts de sante) ont été intégrées au DHIS2. Toutefois les données historiques de toutes FOSA pour la période ne sont pas disponibles. |
| La surveillance de la poliomyélite et des autres maladies évitables par la vaccination est renforcée | |
| 1. Renforcer la surveillance de la poliomyélite | |
| 2. Renforcer la surveillance des MAPI | Partiellement réalisée : Le comité national d'expert MAPI a été renouvelé et ses membres formés. Les points focaux surveillance des 10 régions et les acteurs de la surveillance au niveau central ont été formés à la surveillance des MAPI. Les données de surveillance des MAPI sont analysées dans le cadre de la revue mensuelle des données à tous les niveaux. L'investigation et la prise en charge des cas de MAPI sérieuses restent difficiles et irrégulières. |
| 3. Approvisionner les laboratoires de référence en réactifs et consommables | Réalisée : Les laboratoires ont été approvisionnés en réactifs et consommables. Aucune rupture n'est signalée à ce jour. |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|--|--|
| 4. Tenir les réunions de monitoring des points focaux surveillance à tous les niveaux | Non réalisée : Depuis la dernière évaluation conjointe, aucune réunion de monitoring des points focaux n'a été organisée, bien que planifiées dans le PTA du PEV, ceci par défaut de financement. Cette activité a été reprise dans le plan de mise en œuvre des recommandations de la revue externe de la surveillance |
| 5. Assurer le paiement des frais des transporteurs d'échantillons biologiques | Réalisée : Les frais de transport sont payés ; toutefois, l'on relève de fréquentes ruptures de fonds donnant lieu à des retards de nature à décourager les transporteurs qui y sont confrontés |
| Financement | |
| 1. Mettre en place la comptabilité sur TOMPRO 2 (acquisition du logiciel et le renforcement des capacités des responsables financiers du niveau central et régional) en remplacement de TOMPRO 1 | Non réalisée : L'acquisition du logiciel Tom2Pro reste attendue. La formation des responsables financiers ne viendra qu'à la suite de l'acquisition |
| 2. Organiser un atelier semestriel de revue et harmonisation des données financières | Réalisée : Atelier tenu au 2nd trimestre 2018 |
| 3. Réviser le manuel de procédures administratives, financières et comptables | Non réalisée : la révision sera faite dans le cadre du RSS2 ; |
| 4. Améliorer le cadre de travail dans les Unités Régionales | Non réalisée |
| 5. Valoriser les immobilisations à dire d'expert | Non réalisée : ne sera réalisée qu'après la migration des bases comptable vers Tom2Pro |
| Le plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale est élaboré et mis en œuvre | |
| 1. Elaborer le Business case de la vaccination | Réalisé : Une retraite a été organisée à cet effet les 28 et 29 juin 2019. La version finale dossier d'investissement pour atteindre les objectifs de la vaccination au Cameroun est déjà disponible. |
| 2. Identifier les leçons apprises de l'élaboration et la mise en œuvre du plan de transition polio | Non réalisée : L'évaluation à mi-parcours du plan de transition polio est en cours d'exécution. Les leçons apprises seront extraites du rapport |
| 3. Mener une évaluation de la transition (analyse des appuis de Gavi et goulots financiers et institutionnels possibles) | Non réalisée |
| 4. Elaboration du plan de transition | Non réalisée |
| 5. Mettre en place un cadre de concertation avec les Pays ayant achevé la transition de Gavi | Non réalisée |
| 6. Poursuivre l'exécution du plan de transition et harmoniser les 2 plans de transition | En cours : le plan de transition polio est en train d'être exécuté et au cours de la préparation du plan de transition en vue de l'indépendance vaccinale l'harmonisation de ces 2 plans sera assurée |

Les activités relatives à la transition en vue de l'indépendance vaccinale sont séquentielles et ont juste démarré avec l'élaboration de l'Investment Case de la vaccination ; les autres suivront graduellement et seront prises en compte dans le nouveau plan d'action. Ce business case vient en complément à l'Investment Case du GFF qui dans son élaboration n'avait pas intégré l'aspect relatif à la vaccination. Quant aux autres domaines, la non réalisation de la plupart des activités est liée à l'indisponibilité ou au retard dans la mobilisation des financements nécessaires. Elles seront-elles aussi prises en compte dans le nouveau plan d'action selon leur pertinence.

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

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année prochaine et modifications au soutien de Gavi nécessaires:

Les activités présentées dans le tableau ci-dessous sont issues de l'analyse approfondie des performances du programme de vaccination par domaine :

| Principal résultat/action 1 | Amélioration de la CV et de l'équité (offre et demande) |
|-----------------------------|---|
| Situation actuelle | <p>1. Baisse de l'accessibilité faible et de l'utilisation des services de vaccination Baisse de la CV Penta 1 de 87% au semestre 1 2018 à 80% au semestre 1 2019, plus marquée dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Baisse de la CV Penta 3 de 79% au semestre 1 2018 en 2018 à 74% au semestre 1 2019, plus marquée dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest où l'instabilité des populations cibles rend difficile la continuité du calendrier vaccinal. Taux d'abandon général très élevé, à 21% au premier semestre 2019, notamment dans les centres urbains. L'afflux des 530 000 déplacés internes des régions du Nord-Ouest et du sud-Ouest vers les grands centres urbains et les DS limitrophes de ces régions ne se reflète pas dans les couvertures vaccinales. 31 DS de zones non affectées par l'insécurité ont été identifiés comme prioritaires: Centre, 8 DS (Yaoundé, Yoko, Ngog Mapubi); Littoral, 11DS (Douala, Manoka, Ndom, Edéa) ; Ouest, 5 DS (Dschang, Mifi, Foumban, Mbouda, Bandjoun); Adamaoua, 2 DS (Tignère, Bankim); Est 5 DS (Abong-Mbang, Bertoua, Messamena, Doume, Lomié).</p> <p>Faible équité géographique Baisse du nombre de districts avec CV Penta 3 ≥ 80% de 135 en 2017 à 100 en 2018. En 2018, 54/67 (81%) des DS des Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ont enregistré des CV Penta 3 <80% en 2018; 34/67 (51%) DS ont enregistré des CV Penta 3 <50% au semestre 1 2019.</p> <p>Opportunités manquées de vaccination (OMV): L'on présume un nombre important d'enfants non vaccinés en raison d'OMV. Toutefois, il n'existe pas d'évidences au sujet des OMV tant au niveau national que dans les Régions.</p> <p>Capacité d'offre de service insuffisante: Les compétences des prestataires de vaccination en vaccination en pratique sont insuffisantes, notamment dans les 31 districts prioritaires identifiés ci-haut. Dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, 207/973 formations sanitaires qui offraient la vaccination sont à l'arrêt; les CSI opérationnels fonctionnent avec 1 ou 2 personnels de santé, et les équipements déjà insuffisants ont été cambriolés ou détruits dans le contexte d'insécurité.</p> <p>Baisse de la confiance vis-à-vis des services publics depuis 2017: Les rumeurs contre la vaccination et les actions de santé publique se sont répandues dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.</p> |
| Actions convenues du pays | <p>1. Mener l'exercice de microplanification de vaccination dans les AS regroupant les populations déplacées du NO et du SO et dans les AS à problèmes de l'EN, en se basant sur les réalités locales et les données probantes [mapping et dénombrement des cibles (NO,SO), stratégies de vaccination appropriée, système d'approvisionnement en intrants approprié, ressources y compris les CTD, FMO et les comités de vigilance, développement des capacités en C4D des acteurs de mise en œuvre], intégrant la vaccination dans les lieux de culte avec la collaboration des leaders religieux</p> <p>2. Renforcer l'offre de services de vaccination à travers la mise en œuvre d'activités de vaccination intensifiées (3 tours par semestre) dans les AS regroupant les populations déplacées du NO et du SO et dans les AS à problèmes de l'EN avec implication des OSC locales (ONG, OBC...)</p> |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|---|--|
| | <p>3. Renforcer suivi évaluation (supervisions formatives conjointes de toutes les parties prenantes; monitoring avec feed-back pour action, restitution aux leaders traditionnels/religieux locaux; utilisation du registre intégré de suivi communautaire des enfants et des femmes enceintes avec la collaboration des Agents de Santé Communautaires) dans les AS regroupant les populations déplacées du NO et du SO et dans les AS à problèmes de l'EN.</p> <p>4. Introduire le vaccin contre la méningite, la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B et le vaccin contre les infections à HPV dans la vaccination de routine</p> <p>5. Etendre l'utilisation des échéanciers (production des utilitaires, formations des acteurs de mise en œuvre à son utilisation) aux DS avec taux d'abandon spécifique et général élevés de la région de l'Extrême-Nord, en se basant sur l'expérience de la région de l'Est</p> <p>6. Intégrer le paquet complet de vaccins du PEV aux interventions offertes par les acteurs humanitaires en activité dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest</p> <p>7. Elaborer la stratégie de communication pour les zones urbaines et périurbaines (communication de masse, approche communautaire participative...)</p> <p>8. Renforcer les compétences des acteurs du niveau opérationnel en vaccination en pratique, aux stratégies de réduction des occasions manquées de vaccination et en communication de risque, notamment dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest</p> <p>9. Mettre en œuvre les activités validés du projet commun national <i>Scholar</i> basé sur les SPMVS et la réduction des inégalités en vaccination</p> <p>10. Etablir/renforcer le partenariat avec les sociétés savantes (SOCAPED, etc.) les Programmes et autres institutions intervenant dans le domaine de la vaccination (plaidoyer, memorandum d'entente, plan de travail budgétisé, mise en œuvre conjointe des activités, etc.; plan de travail conjoint, suivi évaluation, supervisions conjointes, etc.)</p> <p>11. Développer le plan stratégique de communication 2021-2025 du PEV</p> |
| Produits/ résultats | <p>1. Au moins 80% des AS ciblées des régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest disposent d'un microplan assorti d'un budget, d'un plan de communication opérationnel, et d'un chronogramme de mise en œuvre.</p> <p>2. Au moins 80% des AS ciblées atteignent leurs objectifs de couverture vaccinale au cours de l'année 2020.</p> <p>3. Au moins 80% des AS ciblées ont tenu au moins 80% de réunions de monitoring avec feed-back pour action</p> <p>4. Trois nouveaux vaccin sont introduits et les évaluations post-introductions sont menées.</p> <p>5. Au moins 80% des DS ciblés utilisent l'échéancier.</p> <p>6. Le paquet complet des vaccins du PEV est offert par les acteurs humanitaires lors des interventions de réponse à la crise humanitaire dans le NOSO</p> <p>7. Au moins 80% des activités planifiées de la stratégie de communication dans les zones urbaines et périurbaines sont mises en œuvre.</p> <p>8. Au moins 80% des acteurs de santé des Districts de Santé des régions du Nord-Ouest et du sud-Ouest ont des compétences renforcées en vaccination en pratique, stratégies de réduction des OMV et communication de crise</p> <p>9. Au moins 80% des activités retenues dans le projet commun national <i>Scholar</i> sont mises en œuvre</p> <p>10. Au moins 80% des activités des plans de travail élaborés dans le cadre du partenariat sont mises en œuvre</p> <p>11. Plan stratégique de communication 2021-2025 disponible</p> |
| Calendrier associé | Janvier à décembre 2020 |
| Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires | <p>1. Microplanification de vaccination dans les AS regroupant les populations déplacées du NO et du SO et dans les AS à problèmes de l'EN : <i>Appui technique (i) à la cartographie (avec géolocalisation) et au dénombrement des cibles; (ii) à la mise en œuvre des stratégies alternatives adaptées aux zones d'insécurité</i></p> <p>2. Renforcer l'offre de services de vaccination: <i>Appui technique à la l'organisation des AVI</i></p> <p>3. Appuis techniques au développement des approches de communication spécifiques aux populations des zones d'insécurité, sinistrées, vulnérables: <i>Appui technique à la mise en œuvre des stratégies alternatives adaptées aux zones d'insécurité</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <p>4. Introduire le vaccin contre la méningite, la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B et le vaccin contre les infections à HPV dans la vaccination de routine: <i>Appui technique (i) à la planification, (ii) à la mise en œuvre et (iii) à l'évaluation post introduction des nouveau vaccins</i></p> |
| | <p>5. Etendre l'utilisation des échéanciers: <i>Appui technique à l'extension de l'utilisation des échéanciers dans la vaccination systématique</i></p> |
| | <p>7. Elaborer la stratégie de communication pour les zones urbaines et périurbaines: <i>Appui technique à l'élaboration de la stratégie</i></p> |
| | <p>8. Renforcer les compétences des acteurs du niveau opérationnel en vaccination en pratique, aux stratégies de réduction des occasions manquées de vaccination et en communication de risque: <i>Appui technique (i) au renforcement des compétences et (ii) à la mise en œuvre de la stratégie de réduction des occasions manquées de vaccination</i></p> |
| | <p>9. Mettre en œuvre les activités validés du projet commun national Scholar: <i>Assistance technique en appui à la mise en œuvre du projet commun national Scholar</i></p> |
| | <p>11. Développer le plan stratégique de communication 2021-2025 du PEV: <i>Assistance technique à l'élaboration du plan</i></p> |

| Principal résultat/action 2 | Amélioration des performances de la gestion de la chaîne d'approvisionnement |
|--|---|
| Situation actuelle | 1. Suivi de température non optimal dans 90% des Districts de Santé. |
| | 2. Le pays n'a pas réussi à atteindre le score composite de 80% lors de la dernière évaluation GEV. De plus, 30% des recommandations issues de la dernière GEV n'ont pas été mises en œuvre à date. |
| | 3. Faible maîtrise des taux de pertes au niveau opérationnel |
| | 4. Les activités du CCEOP ne sont pas suivies dans 40% des Districts de santé (suivi des installations, évaluation de sites) |
| | 5. Le PEV dispose d'un groupe de travail logistique fonctionnel depuis 2015, mais il n'existe pas un cadre formel de travail |
| | 6. 65% des prestataires ne sont pas formés sur la gestion des équipements de la CDF |
| Actions convenues du pays | 1. Renforcer les compétences sur l'utilisation des fridges-tag et le suivi des températures de tous les acteurs dans 40 Districts de santé à faibles performances |
| | 2. Mettre en œuvre les recommandations issues de la dernière GEV et 80% pour celles de 2019. |
| | 3. Mener une étude sur les pertes en vaccins Districts de santé et formations sanitaires |
| | 4. Etendre le suivi dans les Districts de santé de la mise en œuvre des activités du CCEOP dans les 40% restants (suivi des installations, évaluation de sites) |
| | 5. Formaliser la mise en place et les TDRs du Comité logistique au niveau central et régional |
| | 6. Renforcer les compétences des acteurs des sites ayant bénéficiés des équipements du CCEOP à la gestion des vaccins à travers les supervisions formatives intégrées |
| Produits/ résultats | 1. Amélioration du suivi des températures dans 40 Districts de santé à faibles performances |
| | 2. Au moins 80% des recommandations issues des GEV sont mises en œuvre |
| | 3. Le taux de perte en vaccins est connu aux niveaux Districts de santé et formations sanitaires |
| | 4. Les activités dans 40% de Districts de santé dans le cadre du CCEOP sont maîtrisées (suivi des installations, évaluation de sites) |
| | 5. Le Comité logistique au niveau central et régional est fonctionnel et opérationnel |
| | 6. Les aspects de maintenance préventive des équipements nouvellement acquis, le suivi des températures et la gestion efficaces des vaccins sont maîtrisés |
| Calendrier associé | 1., 3. à 6.: Janvier à Décembre 2020 |
| | 2. Décembre 2019 à Décembre 2020 |
| Ressources/ soutien et assistance | 1. Renforcer les capacités des acteurs sur l'utilisation des fridge-tag et le suivi des températures de tous les acteurs dans tous les Districts de santé |

| | |
|------------------------------|--|
| technique nécessaires | : [1]un appui technique en CCL en faveur du suivi de températures au niveau régional |
| | 2. Mener une études sur les pertes en vaccins au niveau opérationnel: appui technique dans la réalisation de l'étude sur les pertes en vaccin |
| | 3. Formaliser la mise en place et les TDR du comité logistique au niveau central régional: Appui technique pour fonctionnement des comités logistiques dans les 10 régions, de la GEV et du CCEOP |
| | 4. Renforcer les capacités des acteurs des sites ayant bénéficiés des équipements du CCEOP à la gestion des vaccins à travers les supervisions formatives intégrés : (i) Apporter un appui technique pour le suivi spécifique du supply et procurement des subventions en cours de Gavi (CCEOP, RSS2); (ii) Appui technique pour la mise en œuvre des recommandations de la GEV au niveau central; (iii) Appui technique pour extension du monitoring de la température à distance dans les Régions restantes |

| | |
|------------------------------------|---|
| Principal résultat/action 3 | Amélioration de la qualité des données du PEV |
| Situation actuelle | 1. Le monitoring de la qualité des données et des performances est insuffisant au niveau des régions et DS |
| | 2. Un outil électronique e-DQS disponible pour le suivi de la qualité des données mais non utilisé |
| | 3. Absence d'un mécanisme de conservation et de gestion des archives physiques et électroniques |
| | 4. Il n'existe pas d'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres systèmes de gestion des données du PEV (surveillance, AVS, e-DQS, logistique) |
| | 5. Chaque années le pays doit soumettre aux partenaires de l'Alliance GAVI des documents importants tels que la revue documentaire de la qualité des données , l'analyse des performances du programme , le JRF et faire une évaluation approfondie du système de la qualité tous les trois ans, et la dernière s'est tenue en 2017 |
| Actions convenues du pays | Renforcer les compétences des équipes des 189 DS au monitoring de la qualité des données et l'utilisation du e-DQS lors des supervisions formatives et les réunions de monitoring trimestrielles |
| | Elaborer et mettre en œuvre un plan d'archivage physique et numérique des documents au GTC-PEV |
| | Mettre à la disposition des DS/FOSA les utilitaires et outils électroniques de gestion de données de vaccination, surveillance, AVS et la logistique et assurer le suivi (intégration DHIS2, LMIS) |
| | Mener une évaluation approfondie de la qualité des données assortie du plan d'amélioration de la qualité des données 2021-2025 |
| | Soumettre les documents de suivi-évaluation annuelle des performances (revue documentaire de la qualité des données, analyse des performances du programme, JRF, etc.) aux partenaires de l'Alliance Gavi |
| | Organiser l'évaluations périodiques des performances au niveau central avec les 10 régions assortis de plan de travail |
| Produits/ résultats | 1. Les 189 ECD sont formés au monitoring de la qualité des données et à l'utilisation du e-DQS |
| | 2. Un plan d'archivage physique et électronique est disponible et mis en œuvre au GTC-PEV |
| | 3. Les utilitaires et formulaires électroniques de collecte de données de vaccination y compris la logistique sont disponibles dans les 189 DS |
| | 4. Un plan stratégique d'amélioration de la qualité des données 2021-2025 est disponible |
| | 5. Les documents (revue documentaire de la qualité des données, analyse des performances du programme, JRF, etc.) sont soumis aux partenaires de l'Alliance Gavi dans les délais |
| | 6. Les évaluations semestrielles sont utilisées pour la planification des activités dans les 10 régions du pays |
| Calendrier associé | 1. Janvier 2020 à juin 2021 |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|---|---|
| | 2. Juin 2020 à juin 2022 |
| | 3. Décembre 2019 à décembre 2020 |
| | 4. Juin 2020 à décembre 2020 |
| | 5. Février 2020 à mars 2020 |
| | 6. Juin 2020-Juin 2021 |
| Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires | <p>1- Renforcer les compétences des équipes des 189 DS au monitoring de la qualité des données et l'utilisation du e-DQS lors des supervisions formatives et les réunions de monitoring trimestrielles : <i>Appui technique (i) à la formation à l'utilisation et l'analyse des données du e-DQS et (ii) à l'élaboration manuel de procédures gestion des données du PEV</i></p> <p>2- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'archivage physique et numérique des documents au GTC-PEV: <i>Appui technique pour l'élaboration du plan d'archivage du GTC-PEV</i></p> <p>3- Mettre à la disposition des DS/FOSA les utilitaires et outils électroniques de gestion de données de vaccination, surveillance, AVS et la logistique et assurer le suivi (intégration DHIS2, LMIS): <i>Appui technique (i) à la mise en place du LMIS (ii) à l'intégration des données des AVS et surveillance dans le DHIS2 (iii) au suivi de l'utilisation des outils électroniques et à la coordination du DHIS2</i></p> <p>4- Mener une évaluation approfondie de la qualité des données assortie du plan d'amélioration de la qualité des données 2021-2025 : <i>Appui technique (i) à l'évaluation approfondie de la qualité des données (ii) à l'élaboration du plan stratégique d'amélioration de la qualité des données 2021-2025</i></p> <p>5 - Assurer la soumission annuelle des documents (revue documentaire de la qualité des données, analyse des performances du programme, JRF, etc.) aux partenaires de l'Alliance Gavi: <i>Appui technique à la tenue de l'atelier de revue de la qualité des données et des performances, élaboration du JRF 2019</i></p> <p>6 - Tenir des évaluations périodiques des performances au niveau central avec les 10 régions assortis de plan de travail: <i>Appui technique pour la préparation et l'organisation des réunions de monitoring</i></p> |

| | |
|---|--|
| Principal résultat/action 4 | Validation de la documentation complète du Pays, renforcement et maintien des indicateurs d'élimination des autres maladies évitables par la validation |
| Situation actuelle | <p>1. La surveillance des MAPI est faiblement menée (01 MAPI sérieuse notifiée en 2018)</p> <p>2. Rupture des réactifs des laboratoires rougeole et fièvre jaune</p> |
| Actions convenues du pays | <p>1. Renforcer les activités de surveillance sentinelle des nouveaux vaccins</p> <p>2. Approvisionner les laboratoires rougeole et fièvre jaune en réactifs</p> <p>3. Redynamiser les Comités de vérification de l'élimination de la rougeole et des experts MAPI</p> |
| Produits/résultats | <p>1. Le plan de surveillance sentinelle des nouveaux vaccins est mis en œuvre prenant et intègrent l'approvisionnement en réactifs et consommables de laboratoire</p> <p>2. Au moins 95% d'échantillons sont testés dans les délais dans les laboratoires rougeole et fièvre jaune</p> <p>3. Les membres des Comités de vérification de l'élimination de la rougeole et les experts MAPI sont formés et tiennent des réunions périodiques</p> |
| Calendrier associé | Juin 2020-Juin 2021 |
| Ressources/soutien et assistance technique nécessaires | <p>1. Renforcer les activités de surveillance sentinelle des nouveaux vaccins; 2. Approvisionner les laboratoires rougeole et fièvre jaune en réactifs: <i>Appui technique pour (i) la révision du plan et (ii) l'acquisition des réactifs et consommables de laboratoire</i></p> <p>3. Redynamiser les Comités de vérification de l'élimination de la rougeole et des experts MAPI: <i>Appui technique pour le démarrage et le fonctionnement du comité de vérification de l'élimination de la rougeole</i></p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| Principal résultat/action 5 | Amélioration du financement et de la gestion du programme |
| Situation actuelle | 1. Insuffisance de la mobilisation des ressources budgétaires en faveur de la vaccination au niveau sous-national |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|---|---|
| | <p>2. Le taux de justification conforme des dépenses était de 57% au dernier audit interne qui a été mené en 2016, le problème étant essentiellement au niveau sous-national</p> <p>3. Le manuel de procédures administratives financières et comptable en application au PEV n'est pas adapté aux réalités du contexte</p> <p>3. Déperdition de l'information en raison de l'absence d'outil robuste de gestion des données financières et comptables</p> <p>4. Mobilisation locale des ressources non structurée</p> <p>5. Le PPAc en cours expirera en 2020</p> |
| Actions convenues du pays | <p>1. Renforcer les capacités des acteurs sous-nationaux de la vaccination en matière de planification, la mobilisation et la gestion des ressources financières allouées aux activités de vaccination</p> <p>2. Mener des vérifications ponctuelles semestrielles des démembrements sous-nationaux du Programme</p> <p>3. Réviser le manuel de procédures</p> <p>4. Déployer l'application Tom2Pro vi au niveau central et dans les régions</p> <p>5. Renforcer les compétences des acteurs des niveaux central et sous-national en matière de mobilisation locale des ressources et de rédition des comptes</p> <p>6. Elaborer le PPAc 2021-2025 assorti de son plan de suivi-évaluation</p> |
| Produits/ résultats | <p>1. Accroissement et promptitude des allocations financière dédiées à la vaccination au niveau sous-national</p> <p>2. Accroissement du niveau de fonds convenablement justifiés (de 57% à 80%)</p> <p>3. Manuel révisé et adapté aux réalités locales</p> <p>4. Amélioration de la complétude, de la promptitude et de la fiabilité des données financières</p> <p>5. Documentation et augmentation des ressources additionnelles mobilisées localement en faveur de la vaccination</p> <p>6. PPAc 2021-2025 disponible et assorti d'un plan de suivi-évaluation</p> |
| Calendrier associé | 1. à 6.: Janvier à décembre 2020 |
| Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires | <p>1. Renforcer les capacités des acteurs sous-nationaux de la vaccination en matière de planification, la mobilisation et la gestion des ressources financières allouées aux activités de vaccination: <i>Assistance technique à la planification budgétaire au niveau sous-national, à la mobilisation et à l'allocation des financements de l'Etat (Analyse des goulots, renforcement des compétences en matière de planification dans le CDMT/PBF, concertation multipartite sur les mécanisme d'adéquation et d'allocation des ressources budgétaires).</i></p> <p>2. Mener des vérifications ponctuelles semestrielles des démembrements sous-nationaux du Programme: Appui technique pour le renforcement des compétences des responsables administratifs et financiers du GTC-PEV et des GTR-PEV dans la mise en œuvre des audits financiers</p> <p>3. Réviser le manuel de procédures: Assistance technique en vue du (i) recrutement d'un cabinet d'étude en charge de la rédaction du draft de manuel révisé, la finalisation, la validation du manuel révisé, et la (ii) production du manuel révisé</p> <p>4. Déployer l'application Tom2Pro vi au niveau central et dans les régions: Appui technique pour (i) le déploiement du logiciel de gestion financière et comptable, le renforcement de compétences et (ii) la reconstitution des bases de données historiques financières</p> <p>5. Renforcer les compétences des acteurs des niveaux central et sous-national en matière de mobilisation locale des ressources et de rédition des comptes: <i>Appui technique (i) pour l'élaboration d'un guide de fundraising, (ii) au proposal writing, (iii) et l'organisation des réunions de plaidoyer à l'endroit des CTD pour la prise en compte de l'appui à la vaccination dans leur planification</i></p> <p>6. Elaborer le PPAc 2021-2025 assorti de son plan de suivi-évaluation: <i>Appui technique pour (i) la rédaction, (ii) le costing du PPAc 2021-2025 et (iii) l'élaboration du Plan de Suivi-Evaluation</i></p> |

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

Les préparatifs de l'évaluation conjointe 2019, ont été conduits par le Groupe de travail mis en place par le Ministre de la Santé Publique, en juillet 2018 en prélude à l'évaluation de 2018. Ledit groupe était constitué des responsables du Ministère de la santé, les responsables du GTC-PEV, les représentants des Ministères partenaires, la plate-forme de la société civile et les partenaires OMS, Unicef, CHAI, CDC. Ce groupe avait pour termes de références la préparation du rapport d'évaluation conjointe (EC), dont le projet devrait être transmis à Gavi au début du mois de septembre, soit un mois avant le déroulement de l'atelier d'évaluation conjointe. Ledit groupe a tenu des réunions hebdomadaires de coordination, dans la salle de conférences du GTC-PEV. Les agendas des réunions portaient pour l'essentiel, sur l'appropriation des directives de l'évaluation conjointe, du guide d'élaboration du rapport d'évaluation conjointe et la répartition des tâches aux sous-groupes d'après les thématiques tirées du guide d'élaboration du rapport d'EC. Le point desdites réunions était partagé à l'occasion des téléconférences avec Gavi, les responsables nationaux de la vaccination et les partenaires techniques et financiers du Programme. Comme recommandé dans les directives de Gavi, le Pays a soumis le projet de rapport d'EC le 03 septembre 2019. Après cette étape, les téléconférences de préparation de l'atelier se sont poursuivies. Du 30 septembre au 03 octobre 2019, l'atelier d'EC s'est déroulée à Yaoundé et une restitution en a été faite le 04 octobre 2019, au cours d'une session du CCIA.

La session du CCIA consacrée à la restitution des travaux de l'atelier d'EC a connu la participation du Secrétaire Général du MINSANTE, des Représentants des Partenaires au Développement (OMS, UNICEF, CHAI, HKI,), du Directeur Général du Centre Pasteur du Cameroun, de l'Inspecteur Général des Services Administratifs, le Conseiller Technique n°1, du Directeur de la Santé Familiale, des Sous-Directeurs (SDDRH/SDBF, des Coordonnateurs ONSP et PLMI, des Représentants des Ministères partenaires (Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire), de la Présidente et vice-président du Groupe Technique Consultatif National de la Vaccination, du Président du Comité National des Experts polio (CNEP), du Secrétaire Exécutif de PROVARESSC, des représentants des Organisations Professionnelles (OCEAC, CEPCA, OCASC, Fondation Ad Lucem), du Secrétaire Permanent PEV et du personnel du GTC-PEV.

La séance a débuté par le mot introductif de Monsieur le Conseiller Technique n°1, représentant de Madame le Secrétaire Général, qui s'est excusée. En substance, il a souhaité la bienvenue aux participants et a rappelé les objectifs de l'évaluation conjointe. Abordant les points inscrits à l'agenda de la réunion, la parole a été donnée au responsable du portefeuille du Pays à Gavi.

POINT 1 : LA RESTITUTION DE LA MISSION D'ÉVALUATION CONJOINTE GAVI-PAYS 2019

La présentation a porté sur les points essentiels suivants :

Les subventions : il a été évoqué plusieurs types de subventions qui sont soit en cours, soit en attente du démarrage:

L'achat des vaccins, soit 12, 6 millions USD, un appui annuel en cours ;

Le soutien à la plate-forme d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement (CCEOP), 2,9 millions USD, pour les deux premières années. Il a été indiqué que les premiers lots d'équipements ont déjà été reçus par le pays, et que la deuxième année est conditionnée au remboursement des fonds Gavi.

Les financements pour le Renforcement du Système de Santé (RSS2): l'accord tripartite OMS/GAVI/MINSANTE a été signé depuis juillet 2019 pour un montant de 2,3 millions USD. Mais cette subvention est bloquée en raison du non-respect du plan de paiement transmis par le pays à Gavi ;

Les coûts opérationnels de la campagne RR, et le forfait d'introduction de la deuxième dose dans la routine : accord signé avec l'OMS en juin 2019 pour 2,3 millions USD. Il s'agit d'un décaissement exceptionnel autorisé par Gavi au regard de la gravité de l'épidémie ;

Le forfait introduction du vaccin anti HPV dans la vaccination de routine : accord de subvention signé en juin avec l'OMS pour 0, 77millions USD, actuellement bloqué pour des raisons susmentionnées.

Les audits des subventions en espèces: il a été rappelé les engagements de l'Etat pour le remboursement des dépenses remises en question lors des audits pour un montant de 1, 586 millions USD avec un échéancier de remboursement ;

Les audits des soutiens en vaccins : il a été noté que les conclusions desdits audits et la demande de remboursement ont été communiquées au pays en juillet 2019, et que le partenaire attend toujours l'option (espèces ou vaccins) et l'échéance de remboursement des 1, 26 millions USD querellés.

Le co-financement 2018 : en résumé, le Cameroun est en situation de défaut de paiement pour 2018, soit 2, 54 millions USD. A cet égard, le pays avait proposé un plan de paiement sur les trois années, 2019 (244, 715 USD), déjà honoré, 2020 (1 148 715 USD) et 2021 (1 148 715 USD) ;

Le co-financement 2019 : pour un montant de 3, 39 millions USD, le pays a payé les 50%, et si rien n'est fait pour le reste, il y'a risque de rupture en vaccins et intrants ;

Les conséquences : Trois conséquences majeures ont été relevées par le responsable du portefeuille du Pays à Gavi ; les ruptures de stocks de vaccins, le pays ne sera plus éligible aux nouvelles subventions, la suspension de l'appui de Gavi pour les vaccins.

Au terme de l'exposé plusieurs interventions ont été enregistrées :

Secrétaire permanent du PEV : elle a regretté la situation décrite par Gavi, avant de reconnaître qu'il y'a eu des erreurs de date dans l'échéancier de remboursement transmis à Gavi en ce qui concerne les dépenses remises en cause dans le cadre des audits. Elle a ensuite indiqué que 550 millions de Fcfa sont en cours de mobilisation. Pour ce qui est du reliquat de 350 millions, le Ministre a pris des dispositions pour que cette somme soit mobilisée d'ici décembre 2019. Bien plus, elle a fait le point sur le défaut de paiement de 2018, en rassurant de la mobilisation de 900 millions en cours, et de l'inscription dans le CDMT, des parts à payer en 2020 et en 2021. Concernant l'option de remboursement des vaccins en espèces ou en vaccin, elle a noté que le dossier a pris du retard au regard du changement effectué à la Division de coopération. Elle s'est engagée relancer le dossier en vue de préparer une réponse à Gavi.

Représentant Adjoint de l'Unicef : il s'est dit préoccupé par la situation qui prévaut et a proposé au pays de réévaluer les enjeux, et trouver en urgence des solutions afin d'éviter une sortie du pays des subventions Gavi. Il a sollicité pour conclure, l'engagement des hautes autorités du pays pour régler la situation.

Directeur pays de CHAI : pour cet intervenant, les sujets évoqués par Gavi ont plus d'une fois été abordés lors des réunions du CCIA aux termes des visites de Gavi dans le pays. En raison du non-respect de ses engagements, il regrette de voir le pays perdre des subventions importantes en l'occurrence celles de la campagne contre le cancer du col de l'utérus, sur laquelle le Ministre a déjà communiqué. Si rien n'est fait, a-t-il poursuivi, le Ministère de la Santé va perdre sa crédibilité vis-à-vis des populations qui attendent protéger leurs enfants.

Représentant de PROVARESSC : il a trouvé la situation trop critique et s'est interrogé si le pays maîtrise-t-il la situation ou n'en a pas vraiment les capacités financières pour honorer ses engagements. Poursuivant son propos, il a fait mention des conséquences sur le terrain, marquées par la baisse des couvertures vaccinales.

Consultante OMS (chargé de la vaccination de routine): elle a voulu savoir si le pays pourrait espérer d'un déblocage des fonds RSS2 et HPV au cas où les 550 millions en cours de mobilisation étaient reversés à Gavi. Aussi, elle a proposé au pays et à Gavi, de s'accorder sur les contradictions observées sur les échéances de paiement.

SP/PEV : reprenant la parole, elle a indiqué qu'il n'est plus question de revenir sur les erreurs notées dans le plan de paiement, le pays devra assumer et chercher des solutions.

Pour Gavi : le déblocage des financements ne sera possible dès lors que le pays va respecter ses engagements. Concernant les erreurs soulignées, seul l'échéancier envoyé par le pays fait foi.

L'OMS : une autre consultante de l'OMS a plaidé en faveur d'un consensus pour le bien des enfants camerounais.

Coordonnateur du PBF : il a fait un plaidoyer auprès des partenaires afin de prendre en compte le contexte socio-politique et économique du pays en sollicitant plus de flexibilité de Gavi.

Vice-président du Groupe Technique Consultatif National de la Vaccination (GTCNV) : il a voulu savoir si dans la salle, existe-t-il un responsable capable d'accélérer le processus de paiements des fonds Gavi.

Directeur de la Santé Familiale : il a suggéré faire un plaidoyer auprès du Ministre afin que soient désormais invités certains responsables clés lors des CCIA, notamment ceux de la chaîne financière (les responsables de la trésorerie spécialisée du MINSANTE).

Croix Rouge Camerounaise : au regard de la conjoncture sécuritaire, le pays peut-il espérer de Gavi une annulation partielle ou totale des dettes ?

POINT 2 : RECOMMANDATIONS/POINTS D'ACTION DE L'ATELIER DE L'ÉVALUATION CONJOINTE GAVI-PAYS 2019 ;

L'exposé a été conduit par le Chef d'Unité Suivi Evaluation du PEV, et a mis les principales recommandations formulées au terme des travaux de l'atelier d'évaluation conjointe :

1. Approfondir les réflexions sur l'utilisation du LMIS (Logistic Management Information System) et son interopérabilité avec le DHIS2 ;
2. Développer et déployer des outils alternatifs pour la collecte des données de gestion des vaccins au niveau des opérations en attendant l'effectivité du LMIS ;
3. Faire la cartographie de la disponibilité et le point sur les gaps en terminaux informatiques pour la gestion des données dans les Districts ;
4. Apporter un appui technique aux équipes du GTC-PEV, des GTR-PEV et des districts en vue de la mobilisation locale des ressources ;
5. Documenter systématiquement les apports locaux en appui aux activités du PEV dans les rapports transmis aux niveaux hiérarchiques supérieurs ;
6. Faire des analyses approfondies en vue d'un ciblage précis des problèmes et l'identification d'activités concrètes à mettre en œuvre dans les régions à sécurité compromise et dans les Districts prioritaires dans le cadre du RSS2 ;
7. Elaborer un plan visant l'atteinte des populations spéciales et difficiles d'accès ;

Les principaux points de discussions étaient :

Le Vice-président du GTCNV : afin que les participants maîtrisent les contours des recommandations, il a proposé de rappeler les problèmes sur une colonne. Ensuite, il a souligné la nécessité de réaliser plusieurs études et s'est interrogé si la mobilisation des ressources locales doit-elle être la responsabilité du PEV ?

Président de séance : la mobilisation des ressources doit être faite au niveau du district.

Partenaire JSI : elle a préconisé une analyse régulière des données au regard de la mobilité de certaines populations (comment faire pour disposer des services de vaccination). Elle regrette le faible taux de financement des coûts opérationnels de la vaccination au Cameroun, 4%. La situation des autres régions doit également préoccuper les autorités sanitaires.

Inspecteur Général des Services Administratifs : il a regretté que dans les recommandations formulées, les mesures financières pour honorer aux engagements du gouvernement ne figurent, étant donné que le pays est à la porte d'une crise majeure avec Gavi et bien d'autres donateurs comme le Fonds global. Comme conséquences, a-t-il souligné, il craint la rupture d'un partenariat stratégique donc les conséquences seront fâcheuses. Afin de montrer l'engagement, l'intérêt et la lisibilité du gouvernement sur le dossier de remboursement, il a formulé trois recommandations, à savoir, clarifier la situation des dossiers individuellement, établir un calendrier de décaissement actualisé et transmettre à Gavi, transmettre par anticipation à Gavi, une correspondance assortie d'une projection de paiement.

Le Directeur de la Santé Familiale : il a souhaité que l'IGSA prenne ses responsabilités pour trouver des pistes de solution et a proposé de poursuivre le plaidoyer auprès du Ministre.

Vice-président GTCNV : pour lui, il est temps que le CCIA joue pleinement son rôle en imaginant un scénario de pétition pour rencontrer le Chef du Gouvernement.

Présidente du GTCNV : quant à elle, la situation est déplorable. L'urgence nécessite des actions à mener par les membres du CCIA. Elle a recommandé à cet égard, la mise en place d'un Sous-comité du CCIA chargé de trouver des solutions aux questions de financement de la vaccination.

Le Sous-Directeur du Budget et des Financements : il a fait le point sur les mesures en cours en vue d'une sortie de crise. Il a confirmé les 550 millions en cours de mobilisation, et a reçu les instructions du

Évaluation conjointe (JA complète)

Ministre pour résorber les remboursements de Gavi d'ici décembre 2019. Pour ce qui concerne les Fonds de Contre Parties 2018, les négociations pour les paiements sont en cours.

Président du CNEP : il a exprimé sa honte au regard de la situation d'insolvabilité du pays et a recommandé une analyse globale du mécanisme de co-financement pour éviter de tomber dans les mêmes tares les années avenir. Pour finir, il a interpellé PROVARESSC de jouer son rôle de société civile.

Coordonnateur Polio dans le Bassin du Lac-Tchad : elle a réitéré pour sa part, la mise en place d'une plate-forme d'actions avec des TDR bien précis.

Les points d'actions et recommandations relevés au cours des discussions sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

| Point d'action/recommandations | Responsables | Echéance |
|--|--------------|-------------|
| 1. Mettre en place un sous-comité du CCIA en vue d'un plaidoyer de haut niveau pour les questions de financements de la vaccination. | IGSA | 02 semaines |
| 2. Clarifier la situation des dossiers de financements Gavi individuellement ; | SP/PEV | 02 semaines |
| 3. Etablir un calendrier de décaissement actualisé et transmettre à Gavi ; | DRFP | 02 semaines |
| 4. Transmettre par anticipation à Gavi, une correspondance assortie d'une projection de paiement. | SP/PEV | 02 semaines |
| 5. Plaidoyer auprès du Ministre afin que soient désormais invités certains responsables clés lors des CCIA, notamment ceux de la chaîne financière (les responsables de la trésorerie spécialisée du MINSANTE. | DCOOP | en continu |
| 6. Relancer le dossier du remboursement des vaccins en vue de préparer une réponse à Gavi. | SP/PEV | 01 semaine |

9. ANNEXE: Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

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