

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

| | |
|---|--|
| Pays | Haiti |
| JA complète ou JA mise à jour | <input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour |
| Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe | 25-29 Juin 2018, Port-au-Prince, Haïti |
| Participants/affiliation¹ | En annexe |
| Fréquence des rapports de résultats | Annuelle |
| Période fiscale² | Octobre 2016 – Septembre 2017 |
| Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) | PPAC 2016-2020 |
| Groupe de transition Gavi/de cofinancement | Auto-financement initial |

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) | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| Demande de renouvellement de soutien au RSS | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| Demande de renouvellement de soutien à la POECF | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |

Remarques sur la demande de vaccins

| Population | | | | | |
|--|---------------|--------------|------------|--|-----|
| Cohorte de naissances | | | | | |
| Vaccin | Pentavalent 3 | Rota virus 2 | IPV | | ... |
| Population dans la cohorte d'âge cible | 341 640 | 341 640 | 341 640 | | |
| Population cible devant être vaccinée (première dose) | 290 394 | 273 312 | 303 127 | | |
| Population cible devant être vaccinée (dernière dose) | 273 312 | 239 148 | 273 312 | | |
| Taux de couverture implicite | 72% | 68% | 66% | | |
| Dernier taux de couverture WUENIC disponible 2016 | 58% | 48% | 45% | | |
| Dernier taux de couverture admin disponible (1 ^{er} trim. 2018) | 67% | 66% | 64% | | |
| Taux de perte | 5% | 5% | 5% | | |
| Stock tampon | 3 mois | 3 mois | 3 mois | | |
| Stock signalé | 258 433 | 119 091 | 70 430 | | |

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

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

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir³

| 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 |
|---|-----------|----------------------------|-----------------------------|
| | PCV - VIG | 2018 | 2018 |
| Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS) | 2018 | 2018 | |

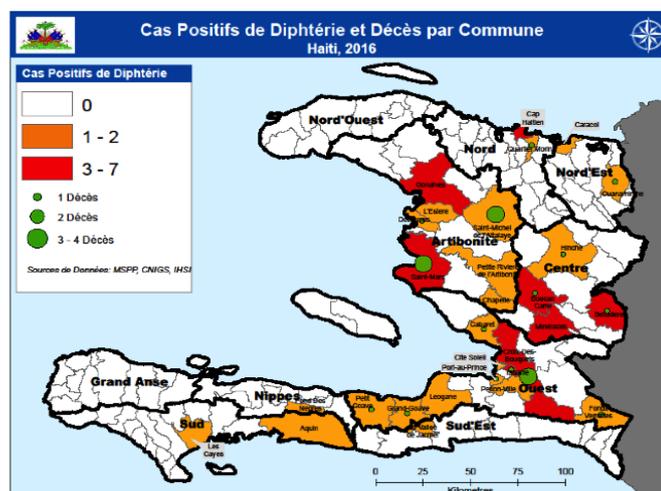
2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

Contexte sanitaire

- La diphtérie

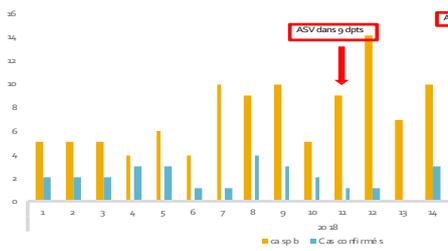
Depuis 2014, le pays fait face à des poussées épidémiques annuelles de diphtérie contre lesquelles des réponses locales et ponctuelles ont été apportées conjointement par les équipes de surveillance épidémiologique et du PEV. Le plan de réponse à l'épidémie élaboré depuis 2015 a fait l'objet de multiples modifications sans que la composante Vaccination ait pu être mise en œuvre, faute de ressources. La situation est devenue plus préoccupante en 2017 avec 186 cas probables, 74 confirmés et 3 décès avec un taux de létalité de 6.75%. Chaque semaine, environ 7 cas probables de diphtérie sont notifiés et investigués en moyenne pour l'année 2018 comparé à une moyenne de 3 cas par semaine en 2017. De plus, il faut noter que l'épidémie a touché 9 des 10 départements et qu'au niveau de 7 communes (Cap-Haitien, Cité Soleil, Croix-des-Bouquets, Mirebalais, L'Estère, Saint Marc et Gonaïves), des cas de diphtérie sont notifiés et confirmés depuis 2015.

Cette situation a conduit le Ministère à organiser des activités de vaccination supplémentaire (AVS) à travers des « mini-campagnes » dans les 37 communes à haut risque des dix départements, c'est-à-dire celles ayant notifié au moins un cas confirmé ou un décès par diphtérie en 2016.

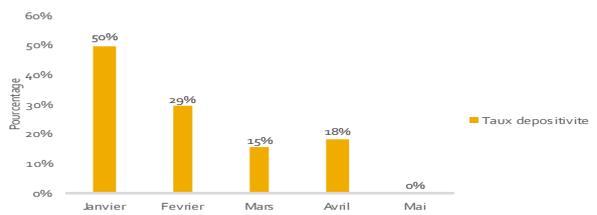


³ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

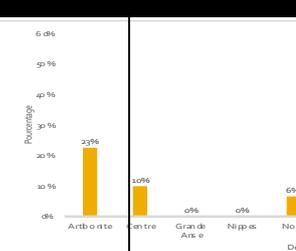
Distribution cas probables et confirmés de diphthérie épidémiologique, 1ère-20ème SE 2018



Taux de positivité des cas de diphthérie par mois. Janvier-Mai 2018



Proportion des cas positifs par département en Haïti, 1ère-20ème SE 2018



Source: Base de données DELR

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des cas de diphthérie confirmés et des décès en Haïti, 1ère-20ème SE 2018

| | Cas n=31(%) | Décès n=3(%) |
|--------------------------|-------------|--------------|
| Statut vaccinal | | |
| Vacciné | 11(35,5) | 2(66,7) |
| Non Vacciné | 7(22,6) | 0(0,0) |
| Inconnu | 12(38,7) | 1(33,3) |
| Pas d'information | 1(3,2) | |
| Sexe | | |
| M | 16(51,6) | 1(33,3) |
| F | 15(48,4) | 2(66,7) |
| Groupe d'âge | | |
| < 2 an | 0(0,0) | 0(0,0) |
| 2-4ans | 6(19,4) | 1(33,3) |
| 5 ans et plus (43) | 25(80,6) | 2(66,7) |

• **Rougeole et Polio**

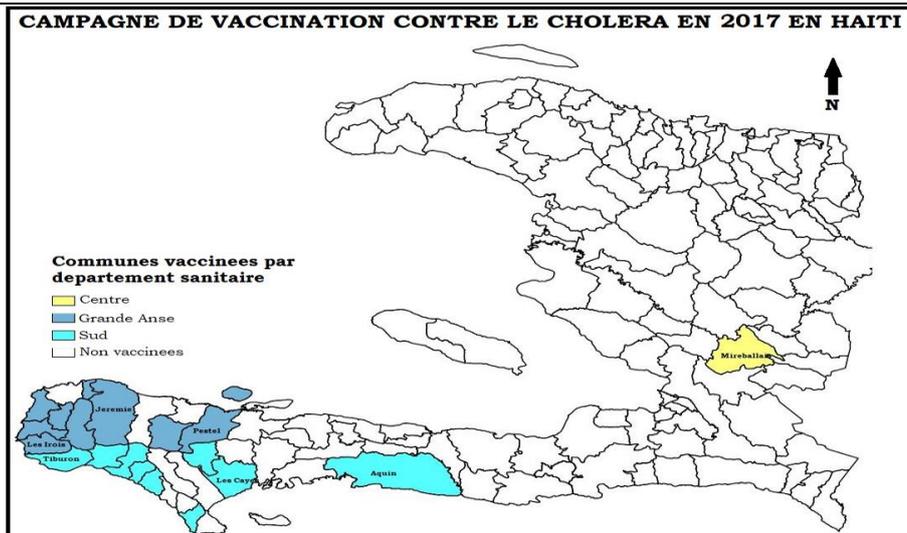
Face au nombre élevé de susceptibles à la rougeole, cumulés depuis 2012, une campagne de vaccination contre cette maladie a été décidée et organisée en 2016. À la dose de RR administrée aux enfants de 9 mois à 5 ans, 1 dose de VPO a été ajoutée au groupe d'enfants de 0 à 5 ans. Cette année-là, le remplacement du vaccin polio oral trivalent (VPO3) par le bivalent (VPO2) a été réalisé. Dans le cadre de cette campagne, 80,6% des moins de 5 ans ont été vaccinés.

En 2017, le pays a initié l'élaboration de son Plan de prévention et de riposte à une épidémie de poliomyélite. Ce plan a fait l'objet d'une révision en 2018. Parallèlement, les activités de surveillance environnementales ont été initiées depuis 2 ans et n'ont mis en évidence ni de virus sauvage ni de virus vaccinal de la polio. Cependant, la faiblesse de la surveillance épidémiologique, les faibles couvertures vaccinales enregistrées et l'arrivée dans le pays de ressortissants étrangers venant de pays où circulent encore le virus sauvage de la polio, mettent à risque le statut d'Haïti de pays libre de la circulation du virus de la polio.

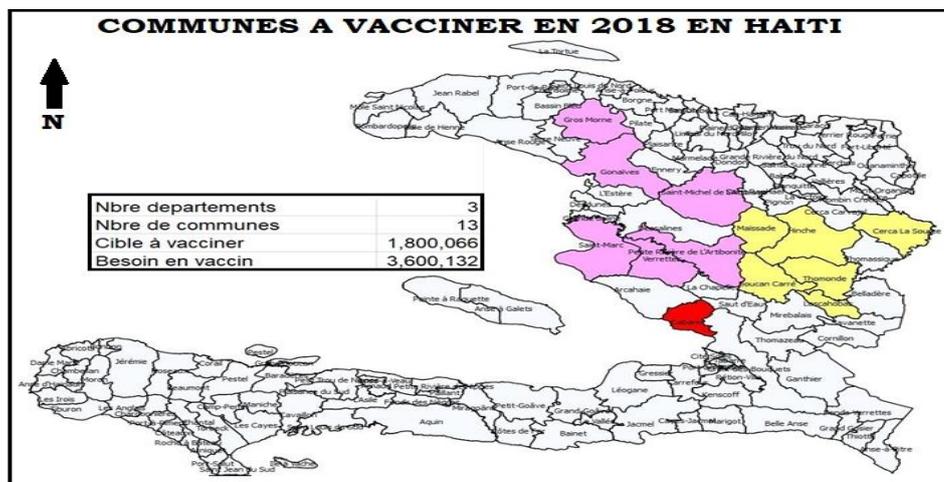
• **Choléra**

Plus d'un an après le passage de l'ouragan Matthew, la situation sanitaire en Haïti demeure critique malgré une tendance à la baisse de l'épidémie de choléra survenue depuis 2010. En effet, grâce notamment aux campagnes de vaccination contre le choléra (18 communes dans les départements du Sud et de la Grande Anse) et dans la commune de Mirebalais dans le département du Centre, associées à des activités comme la chloration de l'eau à domicile et la promotion de la santé, le nombre total de cas présumés de choléra a diminué de 67% par rapport à 2016 (PRH, 2017 2018).

De Novembre 2016 à Janvier 2017, un premier passage a été organisé et a permis de vacciner 779 345 personnes (93% de couverture vaccinale administrative) dans les 18 communes ciblées. Au mois de mai 2017, un deuxième passage a été organisé dans les mêmes communes avec 654 143 personnes vaccinées dont 555 315 ayant reçu deux doses du vaccin contre le choléra. Dans la commune de Mirebalais, des 98 563 personnes ciblées, 88 377 (90%) ont été vaccinées du 16 au 21/11/2017 (1^{er} passage), 85 112 (86%) du 10 au 16/12/2017 (2^{eme} passage) dont 69 905 (71%) ont reçu deux doses.



Entre 2017 et 2020, le pays envisage une couverture totale des communes de persistance des départements du Centre et de l'Artibonite selon les données épidémiologiques. Les besoins prévus en vaccins sont de 3,6 millions en 2018 pour 12 communes des départements du Centre et de l'Artibonite ainsi que d'autres communes qui pourront être en flambée dans d'autres départements. Malgré ces avancées, le choléra reste une menace sérieuse et les efforts de prévention et de contrôle doivent se poursuivre en 2018. En 2017, 13 681 cas suspects de choléra et 159 décès ont été notifiés par le MSPP. Au moins 45% de la population n'ont pas accès à une source d'eau améliorée, 31% pratiquent la défécation en plein air et 75% n'ont pas accès à installation de lavage des mains avec du savon (JMP OMS / UNICEF).



▪ **Élimination de Tétanos Néonatal**

En 2017, à la suite de l'enquête de validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, Haïti a été certifié comme pays ayant éliminé le TMN comme problème de santé publique. C'est un statut obtenu au prix de grands efforts consentis par le pays qui a mené de 2013 à 2015, des campagnes de vaccination ciblant les femmes en âge de procréer dans 65 communes classées à haut risque. Les couvertures vaccinales obtenues ont été supérieures à 80 % dans 67,8 % des communes ciblées. Cependant, pour maintenir le statut de pays ayant éliminé le TMN, Haïti doit atteindre des couvertures élevées (\Rightarrow 80%) de dT au niveau de toutes les communes du pays et travailler à l'augmentation des accouchements propres.

▪ **Processus CEP**

Dès décembre 2016, le MSPP et ses partenaires ont amorcé le nouveau processus CEP de GAVI qui a abouti à une proposition de RSS-GAVI2 de 8.7\$M sur 5 ans (2018-2022) dont 3.7\$M budgétisés pour les deux premières années. Cette proposition a été recommandée pour approbation par le Comité d'Examen Indépendant de GAVI suite à une visite de terrain à la fin

février 2018. Des commentaires ont été émis en vue de clarifier et de préciser certains aspects relatifs notamment aux Activités Supplémentaires de Vaccination contre la Rougeole-Rubéole prévues en 2019, aux activités de formation, monitoring et supervision notamment.

| Analyse des risques | Description du risque | Niveau de probabilité | Mesures d'atténuation prévues |
|---|---|-----------------------|---|
| 1. Situations imprévues pouvant affecter l'exécution des plans | Catastrophes naturelles | Élevé | Plan de contingence à élaborer |
| 2. Obstacles pouvant retarder la mise en œuvre ou interrompre l'exécution des activités | Faiblesse au niveau de la gestion financière | Élevé | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la collaboration avec la direction de l'administration et du budget, avoir des rencontres de suivi avec les administrateurs départementaux, organiser des missions de supervision conjointe avec la DAB et les partenaires financiers - Élaborer le cadre de planification d'exécution et de suivi budgétaire entre les partenaires, la DAB, et l'UCNPV |
| 3. Dépendances au regard des ressources financières, humaines et matérielles et des intervenants tiers | <ul style="list-style-type: none"> - Forte dépendance du programme par rapport aux fonds externes - Absence d'une loi garantissant le financement des vaccins - Insuffisance de ressources humaines - Rotation du personnel | Élevé | <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de la proposition de loi sur la vaccination - Faire du plaidoyer auprès de la présidence, du gouvernement et du parlement pour faciliter l'adoption et le vote de la loi - Produire un document de plaidoyer sur la formation et rétention du personnel - Poursuivre le processus de nomination des ASCPs et d'autres personnels à différents niveaux du système |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | | | |
|---|---|---------------|--|
| <p>4. Risque de rupture de stock</p> | <p>Retard dans le cofinancement</p> <p>Faiblesse dans le système gestion de stock aux niveaux central, départemental, et institutionnel</p> | <p>Elevé</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Faire un monitoring régulier de la gestion et de l'utilisation des vaccins et intrants de la vaccination aux différents niveaux du système - Faire une analyse des outils de gestion - Renforcer les capacités des départements à utiliser les outils de gestion - Renforcer la collaboration avec la direction de la pharmacie - Recruter un conseiller national senior pour le Service Chaîne de froid et logistique |
| <p>5. Risque socio-politique</p> | <p>Troubles socio-politiques</p> | <p>Faible</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Suivre la situation socio- politique de manière à activer à temps le plan de contingence |

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

▪ COUVERTURES VACCINALES

Objectifs révisés et couvertures

En comparant les couvertures vaccinales obtenues depuis la dernière évaluation conjointe réalisée en 2016 à celles de 2017, on observe une tendance générale à la baisse (Tableau 1). Néanmoins, les données JRF révèlent une amélioration au niveau de certains antigènes par rapport à 2016 : BCG, Penta 3, Rota. Les autres vaccins (notamment Penta 1, Polio 3, RR et dT2+) enregistrant une baisse importante. Le taux d'abandon entre le Penta 1 et Penta 3 s'est amélioré par rapport à l'année 2016 passant de 9 à 6%.

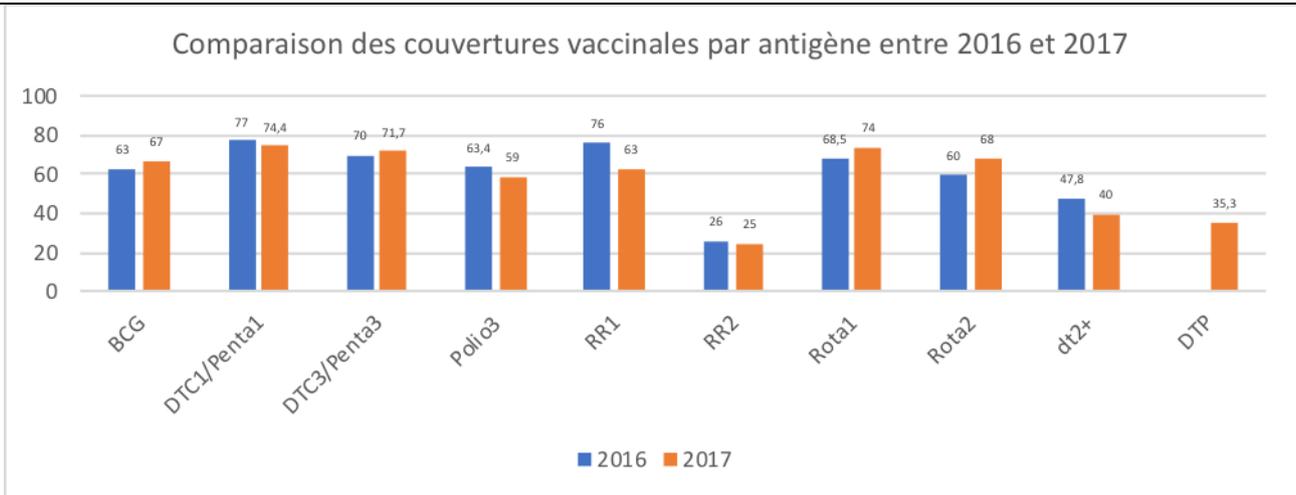


Tableau 1 : Comparaison des couvertures vaccinales par antigène entre 2016 et 2017

| Couvertures vaccinales par antigène | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Antigènes | Couvertures obtenues en 2016 | Objectifs révisés pour 2017 | Couvertures obtenues en 2017 | Ecart 2017 (en point de pourcentage) |
| BCG | 63% | 75% | 67% | 8 |
| Penta 3 | 70% | 80% | 72% | 8 |
| VPO3 | 75% | 80% | 56% | 24 |
| RR1 | 76% | 80% | 63% | 17 |
| ROTA 2 | 60% | 70% | 68% | 2 |
| dT2+ | 48% | 75% | 40% | 35 |

Tableau 2 : Couvertures vaccinales par antigène par rapport aux objectifs prévus en 2017 (JRF)

| Antigènes | Années | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 ⁴ |
| BCG | 62 | 59 | 70 | 62 | 66 | 68 | 82 | 69 | 75 | 67 | 72 | 63 | 67 | 60 |
| DTC1/Penta1 | 57 | 90 | 77 | 77 | 73 | 98 | 92 | 99 | 90 | 71 | 79 | 77 | 78 | 73 |
| DTC3/Penta3 | 68 | 79 | 68 | 58 | 68 | 98 | 85 | 81 | 85 | 60 | 72 | 70 | 72 | 67 |
| Polio3 | 65 | 75 | 66 | 58 | 65 | 83 | 78 | 76 | 92 | 75 | 76 | 63.4 | 59 | 66 |
| VPI | | | | | | | | | | | | | 66 | 64 |
| RR1 | 59 | 66 | 54 | | 17 | 19 | 58 | 66 | 80 | 65 | 64 | 76 | 63 | 64 |
| RR2 | | | | | | | | | | | | 26 | 25 | 26 |
| Rota1 | | | | | | | | | | | | 68.5 | 74 | 71 |
| Rota2 | | | | | | | | | | 40 | 55 | 60 | 68 | 66 |
| dt2+ | | | | | | | | | | | | 47.8 | 40 | 34 |

Tableau 3 : Données JRF 2005-2018* (données 1er trim. 2018)

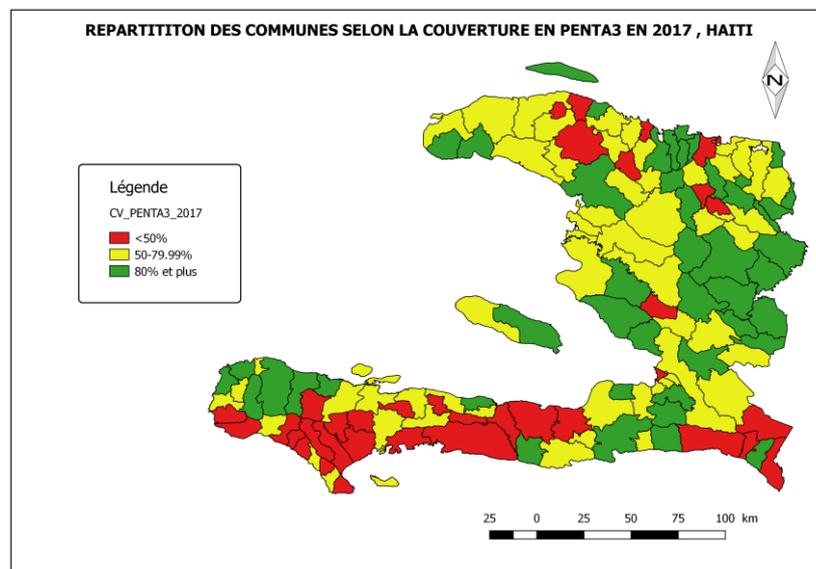
⁴ 1^{er} trimestre 2018

Évaluation conjointe (JA complète)

Des disparités subsistent entre les différents départements et les communes d'un même département. Bien que l'objectif de couverture Penta 3 fixé dans le PPAC pour l'année 2016 soit de 90% pour les 140 communes, seulement 25% des communes (35) ont réussi à l'atteindre, 9% (12) ont enregistré un taux de couverture entre 80 et 89 % ; 42% (59) se situent entre 50 et 79 %, et les 24% restant (34) sont encore en dessous de 50%. Selon les données disponibles pour la période de 2017, on constate que l'Aire métropolitaine, l'Artibonite, l'Ouest et le Sud concentrent les communes ayant un nombre élevé d'enfants non-vaccinés.

| Département | BCG | Penta1 | Penta3 | VPI | Polio3 | Rota1 | Rota2 | RR1 | RR2 | dT2+ |
|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Aire M | 57.4% | 71.14% | 70.53% | 66.59% | 59.38% | 66.05% | 61.05% | 65.20% | 26.47% | 45.24% |
| Artibonite | 77.3% | 81.87% | 72.69% | 72.74% | 64.40% | 80.36% | 74.89% | 68.20% | 25.61% | 48.26% |
| Centre | 97.3% | 110.19% | 93.90% | 89.67% | 80.58% | 96.96% | 82.90% | 74.32% | 34.14% | 62.37% |
| Grande Anse | 86.2% | 92.23% | 81.07% | 73.22% | 70.92% | 93.56% | 91.15% | 80.31% | 17.36% | 20.37% |
| Nippes | 51.2% | 55.94% | 53.52% | 52.08% | 47.81% | 54.86% | 54.57% | 50.17% | 22.71% | 20.73% |
| Nord | 70.1% | 77.58% | 73.65% | 62.14% | 54.84% | 72.23% | 64.79% | 61.90% | 19.52% | 33.76% |
| Nord-Est | 81.2% | 85.39% | 88.77% | 77.67% | 62.22% | 86.80% | 86.03% | 79.20% | 22.55% | 60.49% |
| Nord-Ouest | 56.8% | 73.04% | 67.12% | 55.33% | 54.07% | 70.47% | 62.16% | 54.88% | 24.31% | 32.93% |
| Ouest | 63.1% | 79.35% | 66.79% | 59.16% | 59.33% | 76.00% | 64.57% | 58.84% | 17.14% | 34.03% |
| Sud | 43.1% | 45.44% | 40.18% | 38.26% | 32.25% | 44.54% | 40.42% | 31.49% | 20.70% | 18.12% |
| Sud-Est | 70.8% | 90.62% | 91.08% | 80.46% | 56.78% | 88.67% | 85.15% | 70.59% | 49.99% | 43.30% |
| Haïti | 66.9% | 77.52% | 71.76% | 66.12% | 58.98% | 73.92% | 67.57% | 63.17% | 25.21% | 40.34% |

Tableau 4 : Couvertures par antigène et par département



Graphique 1 : Répartition des communes selon la couverture en Penta 3

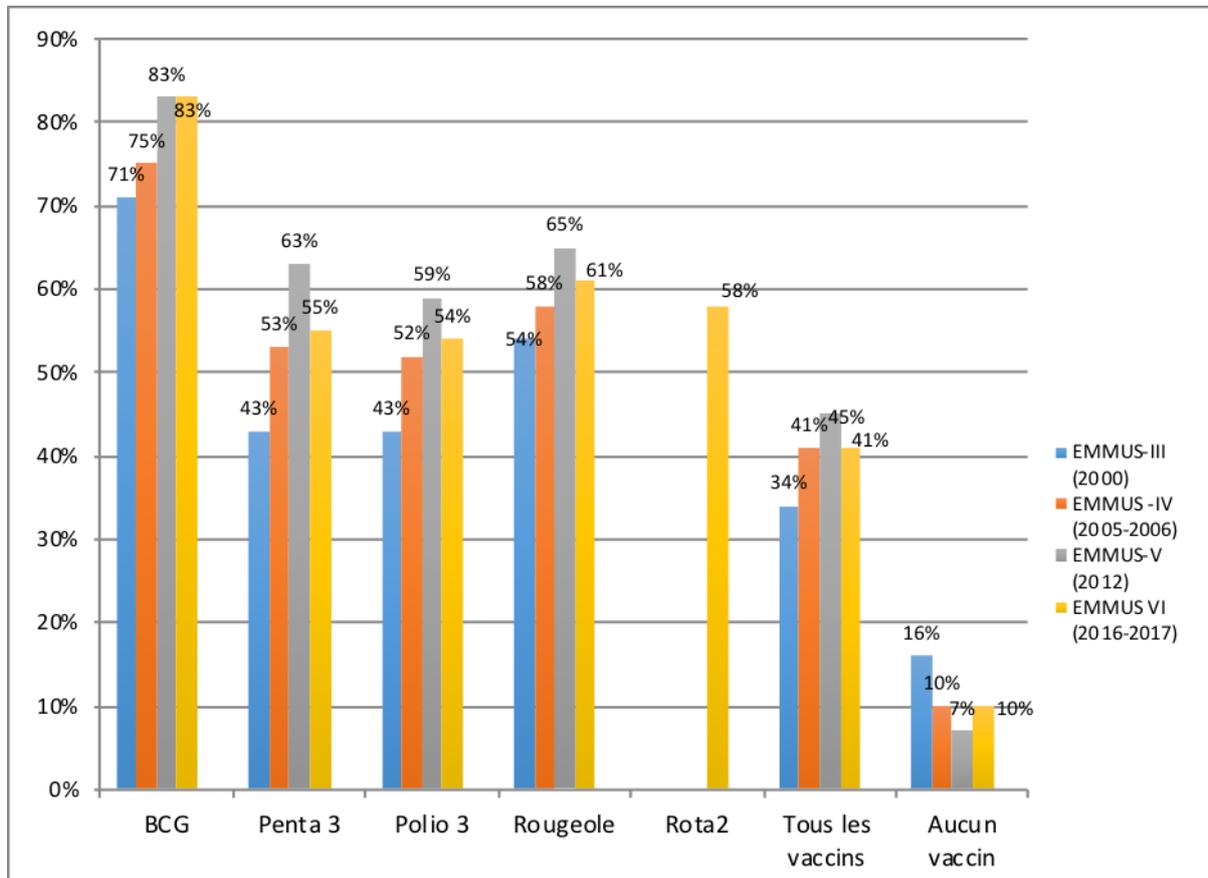
L'examen des **enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS)** met en évidence une nette amélioration de la couverture vaccinale en Haïti entre 2000 (EMMUS III) et 2012 (EMMUS V) mais connaît une chute importante en 2017 (EMMUS-VI). Quelle que soit la tendance, la couverture demeure en deçà des objectifs que s'est fixé le pays. En effet, parmi les enfants de 12-23 mois vaccinés, la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins du programme est passée de 45 % en 2012 à 41% 2017, soit une baisse de 4 points (Graphique 2).

De même, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a augmenté en passant de 7% en 2016 pour

atteindre 10 % en 2017. Plus spécifiquement :

- 83 % des enfants de 12 à 23 mois ont reçu le BCG
- 55 % le Penta 3
- 38 % la dose de vaccin Polio 0 (à la naissance)
- 54% le VPO3
- 61% le RR et
- 58% le Rota 2

On note également des déperditions entre la première et la troisième dose de Pentavalent (84% vs 55%) et de la Polio (84% vs 54%) et entre la première et la deuxième dose de Rotavirus (73% vs 58%).



Graphique 2 : Évolution des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois selon enquêtes EMMUS de 2005 à 2017

▪ ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE VACCINATION

Disparités géographiques

▪ *Rural/urbain*

Alors qu'1 enfant sur 2 reçoit tous les vaccins en milieu urbain, ils sont seulement 37% en milieu rural. De même, en milieu rural près de 12% des enfants n'ont reçu aucun contre 6% en zone urbaine (EMMUS VI, 2016-17).

Toutefois, il s'agit là d'une différence dans l'absolu qui ne reflète pas les disparités plus profondes lorsqu'on considère le nombre élevé d'enfants non-vaccinés.

En effet, **au-delà des différences importantes entre la couverture vaccinale en zone urbaine par rapport à la zone rurale, l'Aire métropolitaine demeure une zone qui concentre un nombre élevé d'enfants non-vaccinés et concentre près de la moitié de la population haïtienne (52%)**. Ceci favorise et crée un environnement propice à l'émergence de maladies évitables par la vaccination surtout dans les bidonvilles. De nombreux facteurs contribuent à cette situation: la mobilité des populations, le manque d'infrastructures de base dans certaines zones, des ruptures de stock de vaccins, la mauvaise expérience des mères pour les séances de vaccination antérieures et surtout l'insécurité.

| Couvertures vaccinales par antigène en milieu urbain et rural | | | | | | |
|---|-----|---------|---------|---------|----|--------|
| | BCG | Penta 3 | Polio 0 | Polio 3 | RR | Rota 2 |
| Urbain | 88 | 65 | 51 | 79 | 68 | 65 |
| Rural | 81 | 50 | 31 | 66 | 58 | 54 |

Tableau 5 : Couvertures vaccinales par antigène en milieu urbain et rural 2016-2017

▪ *Disparités interdépartementales*

En 2017, selon les données administratives disponibles pour la CV du Penta 1, le Sud (45%), les Nippes (56%) et l'Aire métropolitaine (71%) sont les départements les moins performants.

En ce qui concerne l'utilisation et la performance des services, le taux de couverture en Penta 3 en 2017 est inférieur à 80% dans tous les départements exceptés le Centre (94%), le Nord-Est (89%) et le Sud-Est (91%).

Lorsqu'on analyse les données relatives au nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 et RR1, on constate qu'il est très important dans l'Aire métropolitaine, l'Artibonite, l'Ouest et le Sud.

| Département | Cible | 2017 | | | | | | | | |
|--------------|---------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | | Couvertures vaccinales | | | Vaccinés | | | Non vaccinés | | |
| | | Penta1 | Penta3 | RR1 | Penta1 | Penta3 | RR1 | Penta1 | Penta3 | RR1 |
| Aire M | 75107 | 71.14% | 70.53% | 65.20% | 53430 | 52972 | 48971 | 21677 | 22135 | 26136 |
| Artibonite | 47640 | 81.87% | 72.69% | 68.20% | 39003 | 34629 | 32491 | 8637 | 13011 | 15149 |
| Centre | 20579 | 110.19% | 93.90% | 74.32% | 22675 | 19323 | 15295 | -2096 | 1256 | 5284 |
| Grande Anse | 12914 | 92.23% | 81.07% | 80.31% | 11911 | 10470 | 10371 | 1003 | 2444 | 2543 |
| Nippes | 9446 | 55.94% | 53.52% | 50.17% | 5284 | 5055 | 4739 | 4162 | 4391 | 4707 |
| Nord | 29430 | 77.58% | 73.65% | 61.90% | 22831 | 21675 | 18216 | 6599 | 7755 | 11214 |
| Nord-Est | 11712 | 85.39% | 88.77% | 79.20% | 10001 | 10397 | 9276 | 1711 | 1315 | 2436 |
| Nord-Ouest | 20098 | 73.04% | 67.12% | 54.88% | 14679 | 13490 | 11029 | 5419 | 6608 | 9069 |
| Ouest | 36020 | 79.35% | 66.79% | 58.84% | 28583 | 24058 | 21195 | 7437 | 11962 | 14825 |
| Sud | 21372 | 45.44% | 40.18% | 31.49% | 9711 | 8588 | 6730 | 11661 | 12784 | 14642 |
| Sud-Est | 17445 | 90.62% | 91.08% | 70.59% | 15809 | 15889 | 12314 | 1636 | 1556 | 5131 |
| Haïti | 301763 | 77.52% | 71.76% | 63.17% | 233917 | 216546 | 190627 | 67846 | 85217 | 111136 |

Tableau 6 : Couvertures vaccinales et nombre d'enfants non-vaccinés par département en 2017 (DHIS2, 2017)

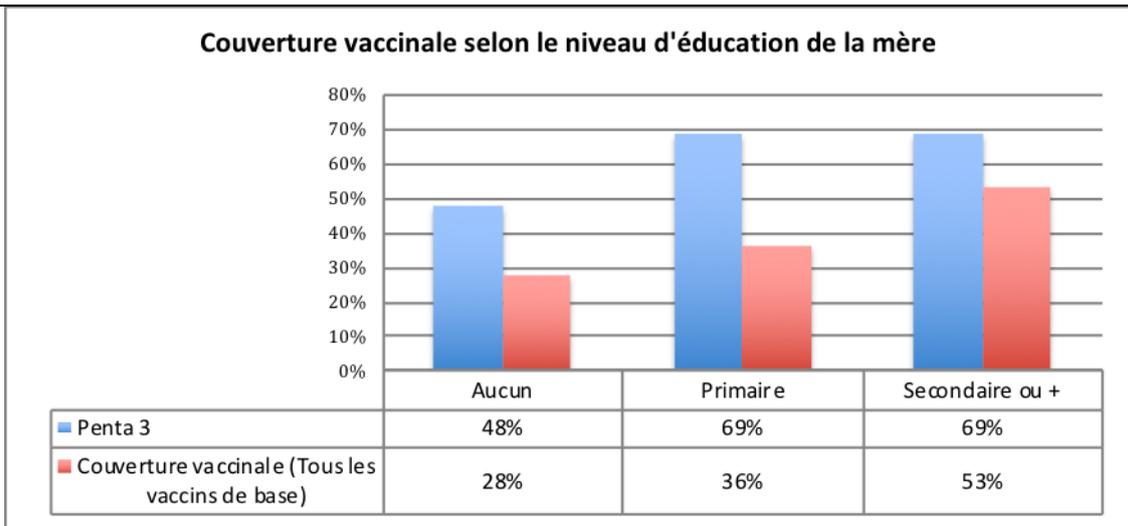
▪ *Genre et ordre de naissance*

Selon les données d'enquête (EMMUS 2016-2017), 44% des filles contre 38% des garçons ont reçu tous les vaccins de base. Pour le Penta 3 par exemple, 59% des filles ont été vaccinées contre 52% des garçons.

Le rang de naissance semble influencer la décision des parents pour vacciner leur enfant car on note une diminution de la couverture vaccinale qui passe de 48% pour le rang 1 à 29% pour le rang 6 ou plus pour tous les vaccins.

▪ *Niveau d'éducation de la mère*

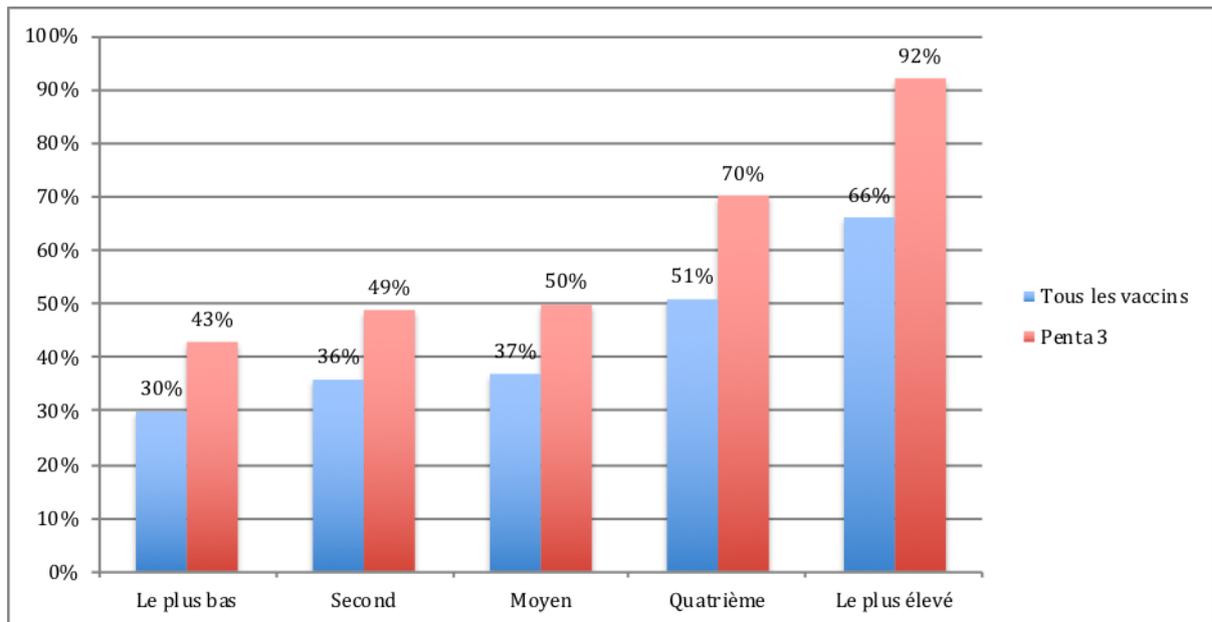
Le profil des enfants non vaccinés semble être influencé par le niveau d'éducation de la mère. Les proportions d'enfants complètement vaccinés augmentent avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 28% parmi ceux dont la mère est sans instruction à 36% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 53% quand la mère a un niveau équivalent au secondaire ou plus (EMMUS VI).



Graphique 3 : Taux de couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère (EMMUS VI-2016-2017)

▪ Statut économique

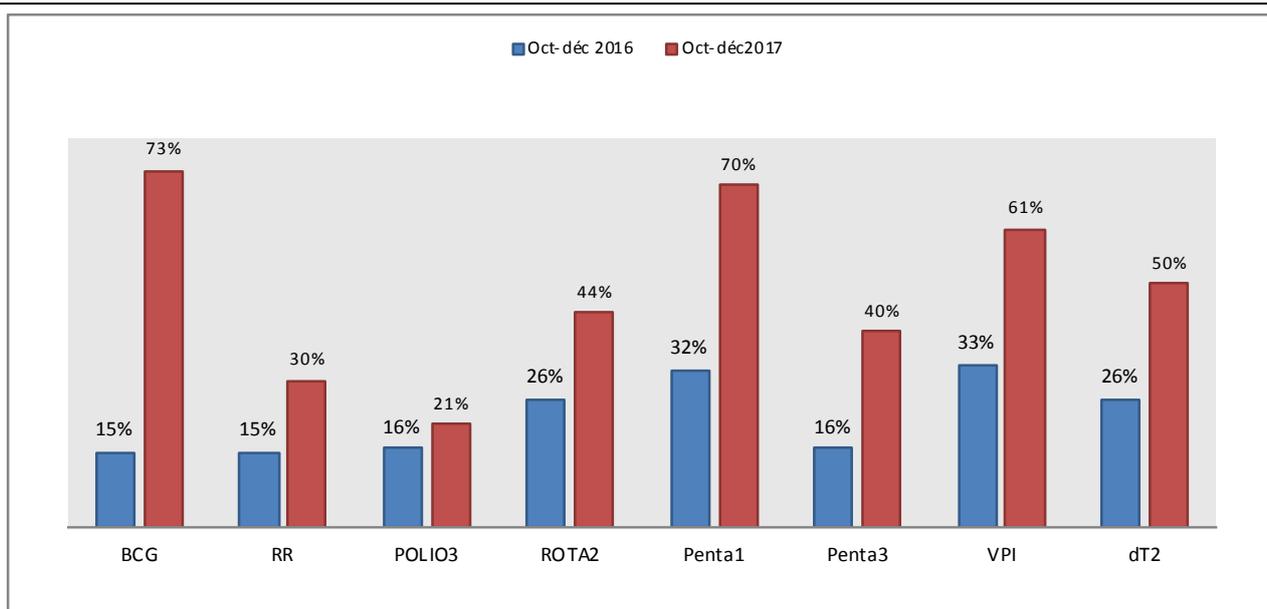
Les données d'enquête révèlent qu'un enfant a plus de chance d'être vacciné s'il appartient à une famille dont le bien-être économique est élevé. Plus le quintile du bien-être économique est élevé, plus la couverture augmente (EMMUS 2016-2017).



Graphique 4 : Taux de couverture vaccinale selon le quintile du bien-être économique (EMMUS VI-2016-2017)

Cas particulier de Cité Soleil

Suite à l'identification d'une faible couverture vaccinale dans la commune de Cité Soleil, l'Unité de Coordination Nationale du Programme de vaccination (UCNPV) avait demandé et obtenu de GAVI une assistance pour une étude de la situation et la proposition d'un modèle de prestation. Un modèle à cinq phases a été proposé, un plan d'action sur trois mois a été élaboré et le comité communal de santé a été réactivée.



Graphique 5 : Comparaison des couvertures vaccinales à Cité Soleil entre 2016 et 2017

| INSTITUTION | CIBLE | BCG | VPI | Penta 1 | Penta 3 | Rota1 | Rota 2 | Polio 2 | RR |
|---------------|-------|------|------|---------|---------|-------|--------|---------|-----|
| Lumière | 368 | 64% | 50% | 73% | 74% | 86% | 91% | 70% | 66% |
| Fontaine | 2257 | 24% | 18% | 23% | 23% | 22% | 22% | 17% | 18% |
| MISSEC | 812 | 3% | 0% | 4% | 6% | 4% | 4% | 4% | 9% |
| St-François | 280 | 49% | 0% | 108% | 72% | 119% | 80% | 67% | 60% |
| Rosalie Rendu | 1590 | 151% | 137% | 162% | 90% | 136% | 90% | 130% | 82% |
| MIJ | 283 | 331% | 93% | 87% | 58% | 89% | 59% | 33% | 14% |
| Pèlerin | 280 | 73% | 85% | 123% | 109% | 110% | 94% | 83% | 46% |
| CHOSCAL | 2936 | 16% | 6% | 8% | 7% | 7% | 7% | 5% | 4% |
| CHAPI | 1468 | 27% | 27% | 21% | 34% | 20% | 22% | 24% | 29% |

Tableau 7 : Performance des 9 institutions de Janv.- Déc.- 2017

▪ **SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE/RUBÉOLE, SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE, DU TÉTANOS NÉONATAL ET DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUE**

Une augmentation significative des cas de MEV est observée en 2013, année où le projet Task force de renforcement de la surveillance épidémiologique des MEV a été initié. Ce projet a pris fin en 2015 mais la surveillance des MEV se poursuit dans tous les départements sanitaires du pays. Bien que les objectifs de cas suspects attendus pour le RR, SRC et PFA n'ont souvent pas été atteints, il faut noter cependant une amélioration du taux de notification de RR en 2018. Surtout, jusqu'à ce jour aucun cas de rougeole/rubéole, de syndrome de rubéole congénitale n'a été confirmé.

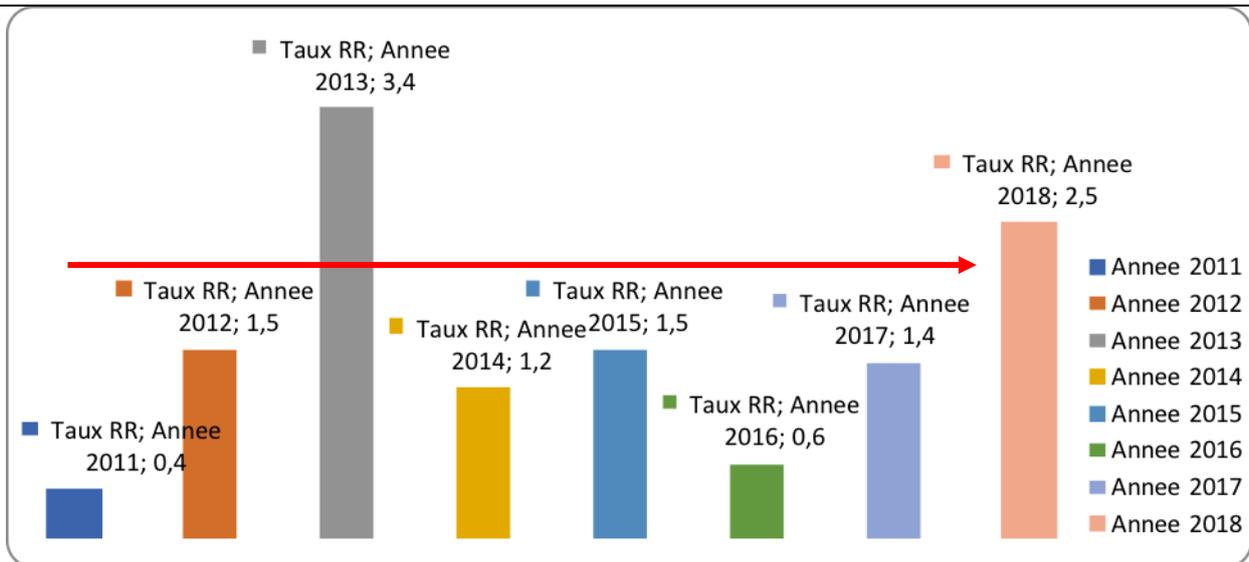


Tableau 8 : Incidence des cas suspects de RR pour 100 000 habitants, Haïti 2011-2018* (>2/100 000 habitants)
*Jusqu'à la 23eme semaine épidémiologique

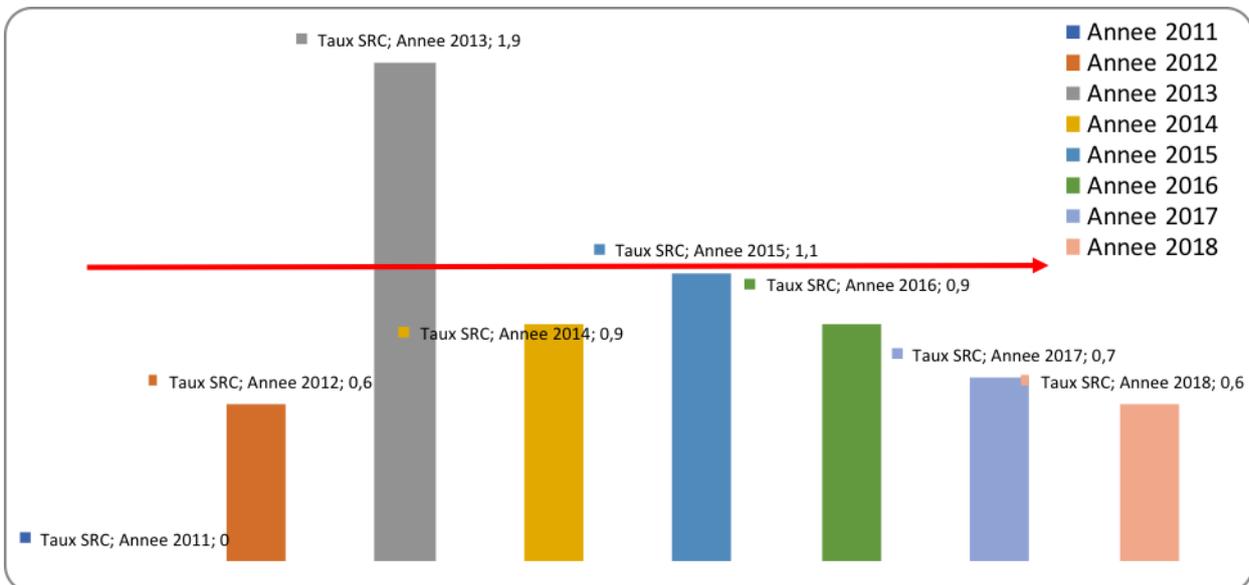


Tableau 9 : Incidence des cas suspects de SRC pour 10 000 naissances vivantes, Haïti 2011-2018* (>1/10 000 NV)
*Jusqu'à la 23eme semaine épidémiologique

| Année | Cas Suspect de RR* | Population | Taux de Notification national |
|--------|--------------------|-------------|-------------------------------|
| 2012 | 129 | 10, 644,927 | 1.2 |
| 2013 | 383 | 10, 937,675 | 3.5 |
| 2014 | 127 | 11, 094,444 | 1.1 |
| 2015 | 170 | 11, 550,387 | 1.5 |
| 2016 | 62 | 11, 870,966 | 0.5 |
| 2017 | 171 | 12, 201,338 | 1.4 |
| 2018** | 138 | 12, 542,135 | 2.5 |

Tableau 10 : Cas suspect de rougeole et rubéole rapporte par année et taux de notification 2012-2018
*RR : Rougeole/Rubéole ; ** jusqu'à la 23eme semaine épidémiologique

| Départements | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* |
|--------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Artibonite | 1.1 | 1.8 | 0.6 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 4.0 |
| Centre | 1.0 | 10.2 | 1.5 | 3.2 | 1.0 | 1.4 | 0.5 |
| Grande Anse | 1.6 | 3.6 | 1.0 | 2.0 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| Nippes | 0.0 | 5.5 | 1.1 | 3.3 | 2.3 | 4.7 | 6.0 |
| Nord | 3.5 | 3.8 | 1.3 | 2.3 | 1.2 | 4.5 | 4.1 |
| Nord Est | 1.8 | 13.1 | 2.3 | 1.8 | 0.0 | 1.3 | 1.0 |
| Nord Ouest | 0.0 | 2.5 | 1.8 | 1.8 | 0.4 | 0 | 0.5 |
| Ouest | 0.7 | 1.6 | 0.4 | 1.1 | 0.3 | 1.6 | 2.9 |
| Sud | 0.0 | 6.0 | 3.7 | 1.3 | 0.0 | 0.3 | 1.1 |
| Sud Est | 4.1 | 3.3 | 2.1 | 2.1 | 0.4 | 1.0 | 0.3 |

Tableau 11 : Taux de Notification de cas suspect de RR par département
*Jusqu'à la 23ème semaine épidémiologique

▪ **Manque de ressources humaines en quantité et en qualité**

Le manque de ressources humaines en quantité et en qualité constitue un frein important à la performance du système de vaccination à tous les niveaux. Au niveau central, on dénombre une trentaine d'employés dont environ 1 sur 4 ne répondrait pas au profil exigé, ce qui nuit au processus de gestion et d'implantation du programme. Au niveau des départements, le problème de ressources humaines demeure important mais moins critique qu'au niveau local. En effet, la majorité des services PEV sont coordonnées par une infirmière d'expérience soutenue par deux assistantes dans 4 départements sur 10. Le niveau local et notamment les institutions, ne disposent pas de personnel suffisant pour offrir des services de qualité. En général, on constate une surcharge de travail de l'infirmière auxiliaire notamment qui est responsable de l'ensemble des éléments constituant le Paquet Essentiel de Services. Par ailleurs, il existe d'importants besoins en Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) qui sont les intermédiaires entre la population et les institutions de santé. Ceux-ci seront intégrés lorsque possible, à des Équipes de Santé de Famille (ESF) pour offrir les soins essentiels dont la vaccination et ce, conformément au modèle d'organisation des soins de santé qui vise à offrir des services de santé intégrés et intégrales aux familles haïtiennes. Or, sur les 5400 ASCP nécessaires pour atteindre le quota de 1 ASCP pour 2000 habitants, seulement 3960 environ ont été formés au PEV.

▪ **Difficultés liées à la chaîne d'approvisionnement et chaîne de froid**

Le niveau central assure la livraison des vaccins et consommables vers les départements de façon trimestrielle et l'approvisionnement des institutions par les départements se fait à une fréquence mensuelle sauf exception. Toutefois, on constate que l'approvisionnement trimestriel n'est pas toujours respecté dans l'Artibonite, l'Ouest et l'Aire métropolitaine, notamment en raison de leur faible capacité de stockage. Dans certains cas, le manque de disponibilité des vaccins dû à des ruptures de stock (cas du vaccin bivalent polio oral) ne permet pas d'assurer une distribution en quantité conforme et dans les délais requis.

Les défis relatifs à la distribution du niveau départemental vers les institutions sont dus entre autres au manque de moyens de transport appropriés et au faible financement du budget de distribution qui n'est pas à la hauteur des besoins exprimés par les départements. Par ailleurs, il n'existe pas de plan de distribution élaboré au niveau de chaque département, ce qui conduit à des ruptures ou des sur-stockage dans certaines institutions. La discontinuité de la chaîne de froid est récurrente au niveau institutionnel. Bien qu'on estime qu'environ 89% des institutions

sanitaires disposent de capacités suffisantes pour le stockage de vaccins de routine, la grande majorité d'entre elles ont des réfrigérateurs qui fonctionnent au gaz propane et ont du mal à s'approvisionner (manque de disponibilité du gaz et de moyens de transport). Malgré les formations reçues par les techniciens chaîne de froid (TCF), d'autres contraintes en lien avec la réparation et la maintenance des équipements de la chaîne de froid persistent (par ex : difficultés d'utiliser les outils de gestion logistiques, disponibilité des pièces de rechange).

▪ **Goulots d'étranglement liés à l'offre de services**

Le manque de ressources humaines en quantité et en qualité met notamment en cause la disponibilité quotidienne des services de vaccination de routine. Dans la plupart des institutions, ils sont offerts une fois par semaine et dans d'autres, une fois par mois. Au niveau communautaire, seulement 7 institutions sur 10 (71 %) déclarent offrir les services de vaccination et environ 6 institutions sur 10 (58 %) disposaient effectivement de tous les vaccins infantiles de base (DiTePer/Pentavalent, Polio, Rougeole, BCG). En ce qui concerne la fréquence des services de vaccination, environ six institutions sur dix (58 %- 61 %) offrent le vaccin contre la poliomyélite, le pentavalent et le DiTePer au moins 5 jours par semaine, et 22 % les offrent seulement un ou deux jours par semaine. Enfin, seulement 1 institution privée sur 2 offre des services de vaccination selon les résultats de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS, 2013).

De plus, l'accessibilité géographique est une contrainte majeure aux services de vaccination. Le relief montagneux en milieu rural haïtien notamment n'encourage pas les familles à se rendre dans les institutions. Selon EPSSS, plus de la moitié de la population vit à au moins 5 km d'une institution sanitaire et plusieurs communautés isolées demeurent inaccessibles en voiture ou à moto et sont délaissées par les prestataires. Dans le milieu urbain défavorisé a priori physiquement accessible comme Cité Soleil –il existe également une « distance sociale » entre les prestataires et les parents qui sont souvent occupés par leur travail journalier pendant des heures pour la vaccination.

▪ **Création de la demande/mobilisation de la communauté**

L'enquête Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) conduite en 2012 (MSPP, UNICEF et GENESIS-GSIS, 2013) et l'analyse des barrières à des couvertures vaccinales élevées, soutenues et homogènes en Haïti (MSPP, 2013) ont permis d'identifier certains défis à la création de la demande en vaccination qui pourraient être surmontés par la mise en œuvre de stratégies de communication efficaces. Malgré l'existence d'un plan de communication élaboré en 2014, la mise en œuvre et le suivi des activités n'ont pas été réalisés de façon systématique notamment en raison du manque de financement disponible pour ce type d'activités.

L'absence de stratégies de communication de proximité permettant de sensibiliser la population sur le bien-fondé de la vaccination et sur les bienfaits du suivi du calendrier vaccinal pour l'immunisation complète des enfants; l'absence ou l'insuffisance des activités de communication interpersonnelle entre le prestataire et les parents et parfois, l'expérience négative de certains parents au regard de la qualité technique et interpersonnelle des services (non disponibilité des services le jour de la visite, long temps d'attente, un mauvais accueil); l'insuffisance de messages en faveur de la vaccination de routine diffusés dans les communes à faible couverture vaccinale; le manque d'information sur l'importance des vaccins, le calendrier vaccinal, la complétude des doses et les effets secondaires des vaccins sont autant de facteurs qui concourent à l'augmentation du taux d'abandon. S'il est admis que les campagnes peuvent constituer des activités additionnelles au programme de routine et de ce fait, engendrer une surcharge de travail ou le déplacement de certaines activités du programme, la communication produite pendant les campagnes contribue à renforcer la routine. En effet, elle permet de mobiliser la communauté autour de la vaccination en général, de renforcer la formation des prestataires et de contribuer à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement.

▪ **Défis liés à la gestion et à la coordination**

En Haïti, il n'existe pas de loi sur la vaccination ni de politique nationale formelle qui définit la vision, les stratégies de financement ou de gouvernance du PEV. Aucun règlement ne

sanctionne la non-adhésion à la vaccination complète des enfants avant leur admission à l'école fondamentale (PPAC, 2016- 2020). En matière de financement, la contribution nationale la plus importante est réalisée au niveau des salaires du personnel des institutions publiques et des prestataires pris en charge par le MSPP au niveau des structures sanitaires mixtes.

La DPEV est l'entité du MSPP qui a la responsabilité de gérer le programme et son leadership est crucial au sein des instances de coordination comme le CCIA et le CTPEV. De plus, de l'efficacité de la DPEV dans la gestion et la coordination des activités aux niveaux départemental, communal et institutionnel va dépendre l'appropriation effective des autres niveaux d'intervention du système de santé et de l'amélioration des couvertures vaccinales. Cependant, beaucoup de facteurs comme l'insuffisance en personnel technique et la dépendance des fonds externes contribuent à fragiliser le leadership de la DPEV et son appropriation du programme (PPAC, 2016-2020).

Par ailleurs, il n'existe pas de partenariats formalisés entre le PEV et les organisations de la société civile telles que la Société Haïtienne de Pédiatrie, la Croix Rouge Haïtienne et la Plateforme Haïtienne des Organisations de la Société Civile pour le Renforcement de la Vaccination (PHAREV). Pourtant, en plus d'être membres du CCIA, ces organisations contribuent à la réalisation et parfois au financement des Activités Supplémentaires de Vaccination.

En conformité avec le Plan Pluri annuel Complet 2011-2015 (PPAC, 2011-2015), la DPEV élabore chaque année conjointement avec les partenaires du programme les plans opérationnels annuels et les micro-plans institutionnels au niveau départemental conjointement avec les institutions sanitaires et des représentants des communautés locales. Cependant, entre 2011 et 2017, l'élaboration de ces plans ne s'est pas faite dans les délais. Et lorsque la mise en œuvre démarra finalement, le monitoring des activités de vaccination tel que prévu, a été difficilement complété.

Au niveau national, les réunions de monitoring semestrielles des plans opérationnels annuels ont été tenues (1/an en moyenne) mais le temps qui est imparti à ces activités ne permet pas de faire une bonne analyse de la situation du PEV et de prendre les mesures correctrices requises pour une gestion efficace du programme au niveau opérationnel.

Au niveau départemental, l'organisation des réunions de monitoring trimestrielles avec la participation des responsables de toutes les institutions prestataires demeure un défi en raison notamment du manque d'appui technique du niveau central, des faibles taux de promptitude des rapports statistiques ainsi que le chevauchement des activités tant au niveau central que départemental, ce qui affecte le respect des calendriers et le bon déroulement des activités de suivi.

Le PEV s'appuie sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des enquêtes démographiques qui sont régulièrement conduites telles que les Enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS). Le rapport préliminaire du dernier EMMUS VI-2016-2017 a été rendu disponible en début d'année 2018. D'importants défis subsistent au niveau de la collecte, de la remontée d'informations des institutions vers les départements puis vers le niveau central ainsi qu'en matière de validation des données. Le manque de disponibilité et de qualité des données est un frein à la planification et à la prise de décisions efficaces et par conséquent, ne favorise pas l'émergence de stratégies d'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité en Haïti.

3.1. Données

Le programme a connu un changement majeur au cours du 2016 et 2017. Le MSPP a décidé d'utiliser une base unique pour la gestion de l'information sanitaire, DHIS2. Les informations relatives aux activités de vaccination sont collectées à l'aide de différents outils et supports disponibles à tous les niveaux du système. Ainsi, les données recueillies lors des séances de vaccination au niveau institutionnel ou communautaire (postes de rassemblement) sont ensuite transmises au département sanitaire (parfois par le biais de la commune) par les responsables institutionnels. Jusqu'en 2016 ces informations étaient saisies au niveau de chaque département dans une base de données du PEV (SISPEV) puis transmises au niveau de la DPEV pour la

synthèse nationale. Depuis le début de 2017, le système de gestion des données PEV a officiellement intégré le SISNU (DHIS2) qui est une base de données nationale prenant en compte tous les programmes nationaux de santé. Cependant, pour diverses raisons (problème de compatibilité entre les outils de collecte PEV existants et les exigences de la base de données SISNU, non disponibilité du personnel, absence de formation des responsables, problèmes de connexion internet), cette transition n'est pas encore totalement aboutie pour ce qui concerne le PEV. Par exemple, les données PEV de Janvier 2017 n'ont pas été intégrées au DHIS2 car, contrairement aux requis de la nouvelle base, n'étaient pas désagrégées par sexe. Ainsi, certaines données des départements de la Grande Anse, du Sud et des Nippes n'étaient pas disponibles sur la plateforme DHIS2. Par ailleurs, la complétude des rapports (76% en 2017 contre 82% en 2016) a été estimée sur la base 765 qui elles offrent des services de vaccination. Des actions ont été entreprises pour assurer la cohérence entre le SISPEV et le SISNU dès septembre 2017. Un atelier de formation sur la qualité du monitoring de vaccination a été réalisé au profit de cadres de la DEPV, de la DELR et de l'UEP avec l'appui technique du niveau régional de l'OPS et de l'OMS Genève.

3.2. Financement de la vaccination

- L'État des lieux effectués par la DPEV fait le constat que le financement et l'approvisionnement des vaccins sont très dépendants de l'aide externe. Par ailleurs, l'absence d'une législation sur la vaccination ne favorise pas l'accès à des financements additionnels.
- Toutefois, il faut noter que le budget pour 2017-2018 pour les doses de vaccins à expédier en 2018 a été approuvé par le parlement en octobre 2017. En revanche, les doses de 2019 ne sont pas encore garanties car cet aspect sera évalué lors du prochain exercice budgétaire prévu en juin 2018 (pour l'année financière 2018-2019). De même, le cofinancement de nouveaux vaccins, y compris le PCV13 a également été approuvé dans le budget pour 2018.
- Par ailleurs, les structures de gestion financière du MSPP expérimentent régulièrement des problèmes de fonds non justifiés. Cette situation entraîne des blocages récurrents au niveau des décaissements. Un engagement de l'ensemble des partenaires, de la Direction de l'administration et du budget, des autres directions concernées et toute autre organe du MSPP est nécessaire pour améliorer la gestion financière du PEV.

PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

3.3. Performance du soutien au vaccin

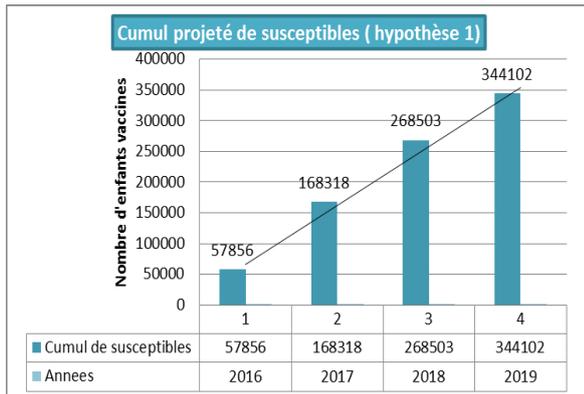
• Avancement global de la mise en œuvre du soutien vaccinal Gavi

Le soutien de GAVI aux programmes de vaccination en Haïti par le biais des fonds RSS a pour but de contribuer à atteindre et maintenir des couvertures vaccinales sur l'ensemble du territoire national et à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles dues aux MEV. La subvention GAVI a permis d'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal haïtien dont celui contre les méningites, les pneumonies et autres infections dues à l'*Haemophilus Influenzae* type b, contre l'hépatite B (vaccin pentavalent introduit en 2012), le vaccin contre les diarrhées à rota virus introduit en 2014, le vaccin injectable contre la polio introduite fin 2015 et une introduction du PCV13 est prévue pour le dernier trimestre de 2018.

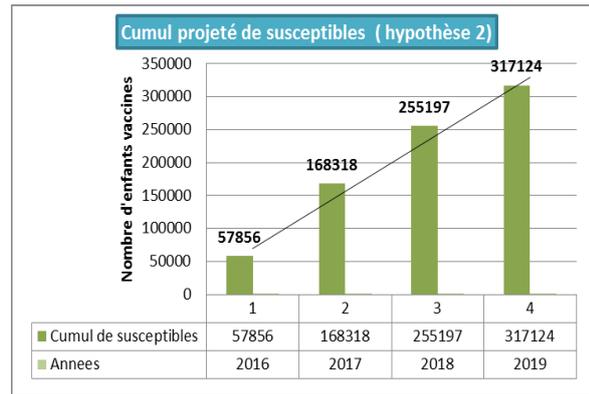
• Analyse rougeole-rubéole

Haïti a été certifié comme un pays libre de transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole. Aucun cas importé de rougeole et de rubéole n'a été signalé depuis lors dans le pays. Haïti comme les autres pays des Amériques, sont constamment à risque d'importer et de réintroduire les virus, ce qui pourrait défaire les progrès qui ont été réalisés ces dernières années. Ainsi, la mise en œuvre de campagnes de suivi de haute qualité contre la rougeole et la

rubéole est une stratégie fondamentale pour atteindre des niveaux élevés d'immunité de la population avec équité. La couverture de la rougeole et la rubéole déclarée en Haïti n'a pas atteint 95% (rang : 64-80% selon les données administratives) au cours des cinq dernières années avec la première dose de la rougeole et la rubéole (RR). En outre, en 2016, le pays a introduit la deuxième dose du RR pour atteindre 26% de la couverture. Ainsi, Haïti a mis en œuvre périodiquement des campagnes de suivi visant à réduire les populations susceptibles et à éviter la transition de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes non vaccinés. Bien que la campagne de suivi de 2016 ait contribué à diminuer notablement les susceptibles cumulés depuis 2012, les projections faites à partir des couvertures enregistrées par le programme de routine en 2016 et de Janvier à Octobre 2017 montrent que d'ici 2019 même avec des hypothèses optimistes (Graphiques 17 et 18), le nombre de susceptibles sera égal ou presque à une cohorte de nouveau-nés.



Graphique 1 : Cumul des susceptibles- Hypothèse #1 : couvertures projetées des moins de 1 an pour RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75 % ; 80% ; 90 %



Graphique 2 : Cumul des susceptibles- Hypothèse # 2 : Couvertures projetés des moins de 1 an par RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75% ; 85 % ; 95%

- **Principales actions en matière de soutien aux vaccins de Gavi dans l'année à venir**
 - Introduction du vaccin PCV 13
 - Début de la planification de la Campagne RR prévue en 2019
 - Mise en œuvre du plan d'action annuel GAVI-RSS2 (en annexe)

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

- **Avancement de la mise en œuvre de la subvention RSS au regard des objectifs et du budget**

La subvention RSS a conservé pour 2017 ses 3 axes stratégiques retenus dans la proposition initiale. A la demande du MSPP, certaines activités ont été réorientées ou reformulées en fonction du contexte et de la situation du PEV de routine. Ce réaménagement des activités a surtout porté sur l'amélioration des capacités de programmation et de suivi du programme et des services de vaccination aux 3 niveaux du système et sur le renforcement de l'accès et de l'organisation des services de vaccination. Cette réorientation a contribué à lever des contraintes liées à la faiblesse de la supervision et à l'extension de l'offre des prestations de services y compris la vaccination en stratégie avancée pour atteindre la population cible qui n'utilise pas spontanément les services offerts par les institutions sanitaires.

Un accent particulier est mis par le MSPP dans l'extension du modèle de services de santé communautaire avec l'utilisation des ESF pour la réalisation des activités de vaccination communautaires.

Le tableau ci-dessous présente la distribution du budget 2017 telle que définie lors de réunions du CTPEV qui avaient eu lieu au début de 2017.

| Objectifs | Budget 3eme tranche 2017 | % |
|---|--------------------------|------------|
| Améliorer la capacité de planification, de suivi du Programme et des Services de Vaccination aux 3 niveaux du système | 312.109 | 28 |
| Renforcer le système d'information du PEV | 120.424 | 11 |
| Renforcer l'accès et l'organisation des services de Vaccination | 693.673 | 62 |
| TOTAL 3eme tranche | 1.126.206 | 100 |

Tableau 12 : Distribution du budget 2017 selon les trois objectifs stratégiques

Les fonds de la troisième tranche alloués pour la réalisation des activités prévues dans le plan d'action, ont été transférés à travers le mécanisme des lettres d'accord (13) signées avec les DDS et le MSPP. A ce jour, 7 LOA sont clôturées (fermeture administrative et comptable). Les autres sont en processus de soumission des rapports finaux. Il faut que noter que certaines activités telles que les réunions de coordination, les missions de niveau central vers les départements, les missions d'approvisionnement, l'achat de fournitures ont été payées par l'OPS à partir des fonds GAVI.

Le département du Sud n'a pu bénéficier de l'appui GAVI pour l'année 2017 en raison des difficultés administratives rencontrées au niveau de la soumission des rapports antérieurs.

• **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**

Principaux résultats

- Au premier trimestre 2018 :
 - ✓ Le plan opérationnel annuel PEV 2018 du niveau central a été développé
 - ✓ Tous les 10 départements ont soumis leur plan opérationnel annuel à l'UNCPV
 - ✓ 8 départements sur 10 ont actualisé les microplans institutionnels (mis à jour des cibles) et réalisé les sessions de monitoring et supervision prévues
- Des 140 communes ciblées par la subvention :
 - ✓ 87% (122) ont bénéficié des fonds GAVI selon le rapport final 2017 de l'UNCPV
 - ✓ 24% (34) ont eu une couverture en Penta 3 supérieure à 95 %, 14% (20) ont obtenu une couverture supérieure à 80% et les 33% (46) restants ont eu une couverture entre 50% et 79 %.
- Sur la population cible de 301 360 enfants de moins de 1 an :
 - ✓ 28% (85069) n'ont pas reçu le Penta 3
 - ✓ 22% (67712) n'ont pas reçu le Penta 1
 - ✓ 72 % (110 949) n'ont pas reçu le RR1
- Dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires (AVS), trois passages ont été effectués dans 27 communes prioritaires dans 8 départements bénéficiant ainsi à 101 institutions et à une population cible de 30,473 enfants de moins de 1 an.
- Entre 2017 et le 1^{er} trimestre 2018, les résultats relatifs au renforcement de l'accès et de l'organisation des services de vaccination sont les suivants :
 - ✓ En 2017 les coûts opérationnels de 400 ASCP et 26 AIP (Ennery, Croix des bouquets, Cité Soleil et Carrefour) ont été couverts. 400 ASCP et 26 AIP ont bénéficié d'une formation en normes et procédures du PEV
 - ✓ En 2018, la prise en charge des coûts opérationnels, la supervision et la formation de 689 membres des ESF de 8 communes dans l'Ouest (Croix des Bouquets, Carrefour, Cité Soleil, Port au Prince, Pétiou Ville, Delmas, La Gonâve et Kenscoff, et 25 dans l'Artibonite (Ennery, Raboteau, et Gonaïves) est en cours

- D'autres activités relatives à l'extension du modèle telles que les réunions communautaires, le renforcement des comités de santé et la mise en réseau d'institutions, les activités prévues pour les ESF de la commune d'Aquin ne sont pas encore réalisées en raison des difficultés administratives de la DDS.

Etat des décaissements

- ✓ En février 2017, la troisième et dernière tranche de la subvention RSS GAVI a été décaissée pour un montant de 1, 126,206US\$.
- ✓ Les retards dans la soumission des rapports et justifications des fonds transférés aux bénéficiaires en 2016, ont engendré des délais dans le processus de signature des lettres d'accord avec les DDS et le MSPP prévues en 2017. Cette situation a eu un impact sur l'exécution des activités planifiées qui n'ont finalement démarré qu'à partir du mois de juin.
- ✓ Au mois de mai 2018, l'exécution des fonds correspondait à 57,4% du montant de la troisième tranche (1,126,206US\$ décaissés en 2017) et a 86% du montant total de la subvention RSS GAVI 1 (soit 3, 299,875.00 US\$).

Considérant la date d'expiration des fonds prévue pour juin 2018, le Ministère de la Santé en accord avec ses partenaires a jugé opportun de procéder à une demande de prolongation sans frais jusqu'en décembre 2018.

| Objectif 1 | |
|---|--|
| Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP) | Améliorer la capacité de planification, de suivi du Programme et des Services de Vaccination aux 3 niveaux du système |
| Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif | Bénéficiaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures administratives : UCNPV, DELR, 10 DDS ▪ Structures géographiques : 10 départements, 140 communes, 765 Institutions de Sante qui offrent la vaccination ▪ Population prioritaire : 301,763 enfants survivants et 360,314 femmes enceintes pour 2017 |
| % d'activités menées/Utilisation du budget | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Budget disponible</u> : 312,108.00 US\$ (soit 28% du budget total de la troisième tranche 1, 126,306.00) ▪ <u>Activités menées</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Environ 80% des activités de supervision ont été menées au niveau départemental - 90% des plans opérationnels au niveau départemental ont été élaborés - 76% des institutions ont actualisé les microplans |
| Principales activités mises en œuvre et Examen de l'avancement de la mise en œuvre Notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière | <p>➤ <u>Microplanification</u> : Tenue d'un atelier d'actualisation des micros plans intégrés dans chaque département avec le responsable de chaque institution et un représentant de la communauté</p> <p>En 2017, des fonds ont été mis à la disposition de DDS pour la réalisation des micros plans institutionnels ayant comme objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ D'actualiser les données de population ○ De définir les stratégies et les activités à réaliser et ○ De réaliser les ajustements nécessaires aux limites des aires de desserte de chaque institution <p>➤ <u>Supervision formative du personnel du PEV du niveau central vers les départements et du département vers les institutions :</u></p> |

Évaluation conjointe (JA complète)

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Du niveau central vers le département : à la fin de 2017, 100% des DDS ont reçu au moins deux visites de supervision formative. Néanmoins, la retro alimentation et le suivi des recommandations n'ont pas été réalisés - Du niveau département vers les Institutions : il était prévu la réalisation des 9 missions intégrées de 5 jours et des fonds ont été alloués pour le paiement des per diem des équipes. Tous les départements à exception de la DSS ont réalisé ces missions avec les fonds alloués, la plupart à partir d'un plan départemental de supervision - Pour garantir les moyens de transport pour la réalisation des missions de fonds ont été transférés pour la maintenance, le carburant et la réparation de véhicules dont 5 de l'UCPEV. Toutefois, face à l'insuffisance ou au manque de disponibilité de véhicules, des véhicules ont été loués pour appuyer la mise en œuvre de cette activité - Pour renforcer la capacité en ressources humaines pour la supervision, des fonds ont été rendus disponibles pour la prise en charge des 6 assistantes techniques PEV et 3 TCF ainsi que de consultants répartis comme suit : <ul style="list-style-type: none"> o Assistantes : DPEV (1) DSO (2), DSA (1), DSSE (1), DSNO (1) o TCF pour la DPEV (1), la DSA (1) et la DSNE (1) o Un consultant national PEV a été recruté en appui à la gestion de l'UCNPV o Une consultante internationale a été recrutée pour l'élaboration de la nouvelle proposition pour la subvention GAVI-RSS 2 |
| Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) ¹¹ | <ul style="list-style-type: none"> - Continuer les missions de supervision du niveau central vers les départements (2 missions prévues d'ici à déc. 2018) - Poursuivre les missions de supervision du niveau départemental vers les institutions (au moins une visite de supervision) <p>Une demande d'extension de fonds est en cours pour permettre d'assurer la continuité des activités</p> |
| Objectif 2 : | |
| Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP) | Renforcer le système d'information du PEV |
| Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif | Bénéficiaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures administratives : UCNPV, DELR, 10 DDS ▪ Structures géographiques : 10 départements, 140 communes, 765 Institutions de Sant qui offrent la vaccination ▪ Population prioritaire : 301,763 enfants survivants et 360,314 femmes enceinte pour 2017 |
| % d'activités menées/Utilisation du budget | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Budget disponible</u> : 120,424.00 US\$ (soit 11% du budget total de la troisième tranche 1, 126,306.00) ▪ <u>Activités menées</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Environ 76% des activités de monitoring ont été menées au niveau départemental |
| Principales activités mises en œuvre et Examen de | <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Monitoring trimestriel des indicateurs PEV</u> - 9 départements sur 10 ont réalisé au moins de 1 session sur les 2 |

| | |
|---|--|
| <p>l'avancement de la mise en œuvre Notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p> | <p>prévues de monitoring trimestriel du PEV au niveau des institutions (vaccination et surveillance épidémiologique), sauf le Sud qui n'a pas encore reçu les fonds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux réunions de monitoring ont été réalisées en juin 2017 et au début de 2018. - Pendant l'année 2017 et au premier trimestre de 2018, une connexion internet fiable a été installée à l'UCNPV pour faciliter la circulation de l'information. Également des, matériels informatiques et d'autres fournitures ont été rendus disponibles pour le programme - Des activités de formation sur les outils révisés ont été réalisées sur neuf (9) DDS. |
| <p>Principales activités planifiées pour la période à venir (Indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)¹¹</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les activités de monitoring (au moins une session de monitoring dans tous les départements avec toutes les IS) - Renouveler la connexion internet pour la DPEV - Organiser deux réunions bilan au niveau national - Finir la formation relative aux outils de collecte de données révisés <p>Une demande d'extension de fonds est en cours pour permettre d'assurer la continuité des activités</p> |
| <p>Objectif 3 :</p> | |
| <p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p> | <p align="center">Renforcer l'accès et l'organisation des services de Vaccination</p> |
| <p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p> | <p>Bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures administratives : UCNPEV, DELR, les 10 DSD ▪ Structures géographiques : 10 départements, 140 communes, 765 Institutions de Santé qui offrent la vaccination ▪ Population prioritaire : 301,763 enfants survivants et 360,314 femmes enceinte pour 2017 |
| <p>% d'activités menées/ Utilisation du budget</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget disponible : 673,693.00 US\$ (soit 62% du budget total de la troisième tranche 1, 126,306.00) ▪ <u>Activités menées</u> : <ul style="list-style-type: none"> - 80% des communes (24 des 34 ciblées) ont réalisé les ASV - 150% des missions d'approvisionnement du niveau central vers les départements (6 sur les 4 prévues) - 99% des activités prévues dans le plan de renforcement de Cité Soleil ont été réalisées |
| <p>Principales activités mises en œuvre et Examen de l'avancement de la mise en œuvre Notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p> | <p>➤ <u>Contribuer aux coûts opérationnels de l'extension communautaire des services assurés par les ASCP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les coûts opérationnels de 400 ASCP et 26 AIP (Ennery, Croix des bouquets, Cité Soleil et Carrefour) ont été pris en charge ainsi que ceux des vaccinateurs et agents mobilisateurs sociaux dans le cadre de la mise en œuvre des activités d'accélération de la vaccination de même que pour d'autres activités relatives à l'extension du modèle d'organisation des services de santé telles que les réunions communautaires, le renforcement des comités de santé et la mise en réseau d'institutions. - Après la prise en charge de 1114 ASCP par le MSPP la subvention RSS- GAVI a continué à renforcer l'extension du |

modèle de sante communautaire avec le renforcement des équipes de sante familiale ESF dans les communes de Croix des Bouquets, Carrefour, Cite Soleil, Port au Prince, Pétiou Ville, Delmas, La Gonâve et Kenskof dans l'Ouest ; Ennery, Raboteau, et Gonaïves dans l'Artibonite.

- La DDS du Sud n'a pas pu réaliser aucune activité en raison des problèmes de justification de fonds.

➤ Formation ESF en PEV

- Au cours de l'année 2017, un total de 477 ASCP et 33 auxiliaires infirmières ciblés ont été formés aux normes et procédures du PEV en vue d'améliorer la prestation de services au niveau communautaire et de rendre effectif le paquet essentiel de services notamment dans les communes de Ennery (Artibonite) Aquin (Sud), Croix des bouquets, Cité Soleil et Carrefour (Ouest).
- Dans le même cadre, une formation est actuellement en cours pour 652 ASCP, 21 AIP et 17 IC dans le département de l'Ouest, de 14 ASCP, 9 AIP et 2 IC dans l'Artibonite. Il est aussi prévu que 33 ASCP, 2AIP et 2 IC soient formés dans les Nippes.
- Un manuel des normes et procédures du PEV a été élaborés et distribué au cours de la formation
- Des fournitures ont été rendus disponibles aux ESF et les fonds pour le renforcement de la gestion de l'information et la supervision des activités réalisés par les ESF ont été alloués
- Des fonds ont été transférés aux départements pour la mise en œuvre des activités d'accélération dans 27 communes : l'Artibonite (6) Ouest (4) Grand d'Anse (1) Nippes (4) Nord (4) Nord' Est (3) Nord' Ouest (2) Sud 'Est (3) ; les 7 communes prévus initialement pour le département du Sud n'ont pas pu réaliser ces activités, en raison des problèmes de justification de fonds.

➤ L'approvisionnement en vaccins et intrants

- 6 missions d'approvisionnement sur 4 prévues ont été réalisées dans les 9 CDAI, les BCS, UAS, UCS et institutions de la DSO. Trois missions d'approvisionnement du niveau central vers les CDAI doivent être réalisées entre le mois juillet et décembre 2018. Pour assurer l'approvisionnement du niveau départemental vers les institutions des fonds devront être alloués aux départements ainsi qu'un appui pour la mise à disposition de véhicules de la part de l'Unicef
- En ce qui concerne l'approvisionnement du niveau départemental vers les Institutions en complément de l'appui en véhicule fourni par l'UNICEF, un support financier a été octroyé pour l'approvisionnement des institutions.
- Au-delà du financement GAVI-RSS, le projet CCEOP a contribué au renforcement de la chaîne de froid.

| | <p>➤ <u>Développer des stratégies innovantes dans les zones urbaines spéciales (forte concentration de la population)</u> :</p> <p>Un plan de renforcement de la vaccination a été réalisé dans le dernier trimestre de 2017 dans la commune de Cite Soleil. Cette activité a été mise en œuvre par la DSO, les responsables de la commune et 9 institutions offrant la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec une importante amélioration de couvertures dans tous les antigènes. - Une participation active la communauté, et comité communal de sante - Le renforcement des 9 institutions - Le suivi et supervision de la DSO et BCS - L’approvisionnement systématique <p>Le tableau ci-dessous présente les résultats comparatifs de couverture pour la période octobre – décembre 2016 et 2017. On constate une amélioration de l’ensemble de couvertures vaccinales.</p> <table border="1" data-bbox="512 875 1437 992"> <thead> <tr> <th></th> <th>BCG</th> <th>Penta1</th> <th>Penta3</th> <th>VOP 3</th> <th>VPI</th> <th>Rota1</th> <th>Rota2</th> <th>dt2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>15</td> <td>32</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>33</td> <td>32</td> <td>26</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>73</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>21</td> <td>61</td> <td>70</td> <td>44</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> <p>Lors de cette intervention une enquête de couverture a été réalisée par la DSO et la DELR les résultats ne sont pas encore disponibles.</p> | | BCG | Penta1 | Penta3 | VOP 3 | VPI | Rota1 | Rota2 | dt2 | 2016 | 15 | 32 | 16 | 16 | 33 | 32 | 26 | 26 | 2017 | 73 | 70 | 70 | 21 | 61 | 70 | 44 | 50 |
|--|---|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | BCG | Penta1 | Penta3 | VOP 3 | VPI | Rota1 | Rota2 | dt2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | 15 | 32 | 16 | 16 | 33 | 32 | 26 | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017 | 73 | 70 | 70 | 21 | 61 | 70 | 44 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique⁵)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la prise en charge des coûts opérationnels des ESF des communes de Ennery (Artibonite) Aquin (Sud), Croix des Bouquets, Cité Soleil et Carrefour (Ouest). - Réaliser 3 missions d’approvisionnement d’ici à déc. 2018 - Appuyer les départements dans l’approvisionnement en intrants et vaccins aux institutions <p>Une demande d’extension de fonds est en cours pour permettre d’assurer la continuité des activités.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.5. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

- **Statut de la mise en œuvre des activités**
 - Élaboration du plan de déploiement des équipements par département
 - Transmission de la liste de déploiement des réfrigérateurs à Copenhague
 - Élaboration du plan de déviation
 - Tenue des réunions du comité chaîne de froid

⁵ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d’inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l’assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d’assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l’assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l’assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d’adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n’a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d’assistance technique pour l’année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d’assistance technique est consultable à titre de référence.

- Installation des 191 réfrigérateurs
- Validation des travaux d'installation par l'équipe du MSPP
- Élaboration d'une base de collecte et de suivi des données et des relevés de température et des alarmes.
- Formation de 20 techniciens en chaîne du froid

Dans le cadre du projet CCEOP, 191 réfrigérateurs ont été installés dans les différents départements pour la période d'Octobre 2017 à Février 2018 ce qui a permis de résoudre en partie les problèmes récurrents liés à la disponibilité des vaccins, les ruptures fréquentes de gaz propane, la fiabilité et l'accessibilité. Dans ce cadre, la priorité a été donnée aux institutions suivantes :

- 35 réfrigérateurs solaires SDD dans les Institutions fonctionnelles en PEV ne disposant pas d'une unité de la chaîne de froid,
- 63 réfrigérateurs solaires SDD ont été installés dans les institutions utilisant des réfrigérateurs domestiques c'est-à-dire des réfrigérateurs non pré-qualifiés par l'OPS-Unicef,
- 93 réfrigérateurs solaires SDD ont été installés dans les institutions dont les réfrigérateurs étaient en panne et ne pouvaient plus être réparés. (La plupart fonctionnaient avec le gaz propane).

En plus de 191 réfrigérateurs du CCEOP, 37 réfrigérateurs dotés par la CDC et 17 réfrigérateurs ont été installés dans le cadre de l'appui fourni par la Banque mondiale avec le concours de l'Unicef.

Tableau des activités réalisés en 2017 dans le cadre du CCEOP

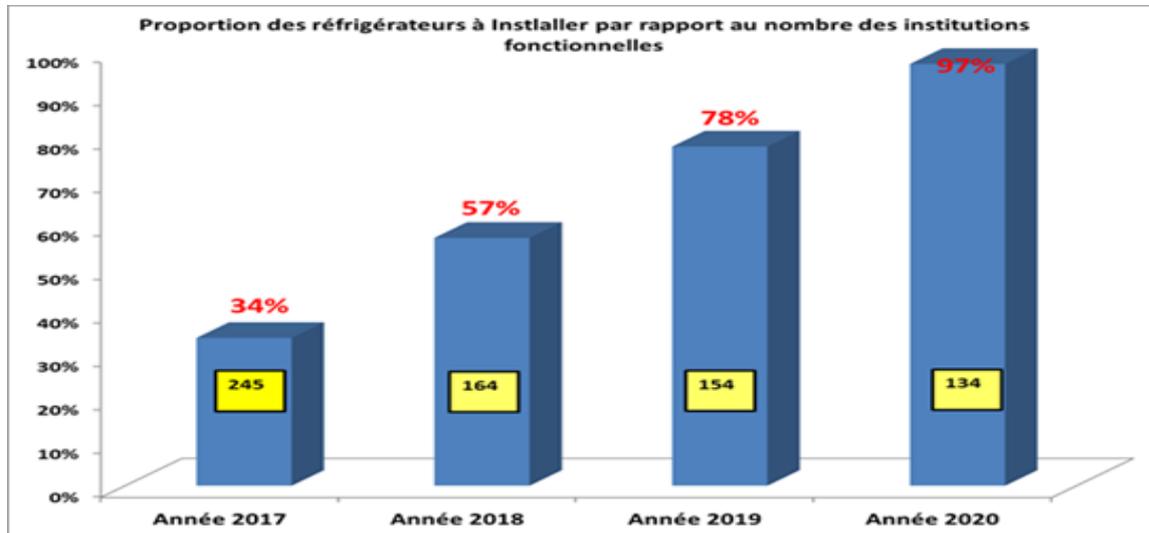
| <i>Department</i> | # de Arktek installés | # de réfrigérateurs TCW40SDD installés | # de réfrigérateurs validés par la DPEV | # d'institutions évaluées pour 2018 |
|------------------------------------|-----------------------|--|---|-------------------------------------|
| <i>Artibonite</i> | | 36 | 22 | 37 |
| <i>Centre</i> | | 11 | 7 | 16 |
| <i>Grande Anse</i> | | 30 | 18 | 6 |
| <i>Nippes</i> | | 22 | 12 | 6 |
| <i>Nord</i> | | 16 | 9 | 24 |
| <i>Nord-Est</i> | | 10 | 6 | 8 |
| <i>Nord-Ouest</i> | | 9 | 5 | 14 |
| <i>Ouest / Aire Métropolitaine</i> | 4 | 10 | 4 | 62 |
| <i>Ouest</i> | 6 | 15 | 9 | 42 |
| <i>Sud</i> | | 20 | 12 | 14 |
| <i>Sud-Est</i> | | 12 | 8 | 16 |
| Total | 10 | 191 | 114 | 245 |

Le graphique ci-dessous présente d'une part, le nombre des réfrigérateurs solaires à installer par année et d'autre part, la couverture des réfrigérateurs solaires à installer par rapport au nombre des institutions fonctionnelles en PEV.

Il faut noter que le nombre de réfrigérateurs solaires présenté sur ce graphique ne prend pas en compte les réfrigérateurs solaires de grande capacité qui vont être installés pour le renforcement des départements et communes dans le cadre d'introduction de nouveaux vaccins (20

réfrigérateurs prévus en 2018, 23 réfrigérateurs en 2019 et 25 réfrigérateurs en 2020).

Si on considère seulement le plan tel que planifié dans le cadre de ce projet, on constate qu'à la fin de 2020 97% des institutions seront équipées et 3% des institutions ne seront pas solarisées en raison du fait que de nouvelles institutions fonctionnelles en PEV ont été créées après la planification des activités du projet et n'avaient pas été prises en compte dans la planification initiale.



| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------|------|------|------|
| Nombre de réfrigérateurs à installer | 191 | 184 | 177 | 169 |
| Glacière a long durée de conservation | 10 | - | - | - |
| Enregistreur de température à distance | 13 | 14 | - | - |
| Enregistreur continu de température | 600 | 600 | - | - |
| Pièce de rechange pour les anciens réfrigérateurs solaires achetés de 2013 à 2016 | 30 | 30 | 18 | 23 |

Tableau des réfrigérateurs solaires à installer par année

• **Difficultés rencontrées**

Étant donné que l'évaluation des sites pour l'installation des réfrigérateurs de la 1^{ère} année n'était pas réalisée, nous étions obligés de privilégier dans un premier temps les institutions avec toiture à béton vu le temps imparti pour la commander des équipements.

Pour résoudre le problème de non réalisation de l'évaluation, un plan de déviation a été élaboré et plusieurs missions de pré visite ont été effectuée dans les différents sites avant que l'équipe des techniciens arrivent sur le terrain pour l'installation.

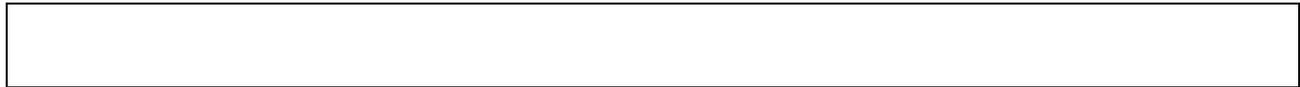
- Fermeture de certaines institutions retenues dans le plan initial
- Manque sécurité (absence de clôture par exemple) pour le matériel
- Retard de réponses dans les demandes du niveau central par les départements

• **Contribution de la POECF aux performances du système de vaccination**

Les problèmes récurrents liés à la disponibilité des vaccins, les ruptures fréquentes de gaz propane, la fiabilité et l'accessibilité ont été résolues en parti la ou les réfrigérateurs ont été installés.

• **Prochains besoins des pays en matière d'assistance technique aux fins de la mise en œuvre du soutien POECF¹**

Pour la mise en œuvre du POECF, trois positions actuellement financées (un P3, un NOC et un NOB) sont suffisantes pour couvrir les activités du POECF. Le recrutement d'une personne spécifiquement pour le POECF ne semble pas nécessaire.



3.6. Performances de gestion financière

La gestion financière des fonds GAVI se fait directement à travers les mécanismes de financement existants au sein de l'OPS/OMS et de l'UNICEF qui définissent procédures à prendre en compte par les différentes Directions sanitaires pour l'utilisation et la justification des montants décaissés. La nouvelle disposition administrative mise en place par le Ministère de Finances ajoutée au retard des justifications des fonds reçus a freiné la mise en œuvre des activités. Cependant, des efforts sont en cours en matière de suivi de l'exécution budgétaire au niveau des entités de mise en œuvre opérationnelle des activités avec l'implication de la Direction d'Administration et du Budget (DAB) du MSPP.

▪ Taux d'absorption et d'utilisation financiers

La mise en œuvre de la subvention GAVI/RSS a démarré avec la première tranche avec un montant de 1, 137,842 US\$ en février 2014, mais l'exécution des activités a été tardive (fin 2014). Pendant l'année 2015, une accélération des activités a eu lieu depuis le mois de janvier et s'est traduite par une bonne exécution des activités.

La seconde tranche de la subvention d'un montant de 1, 035,827 US\$ a été rendue disponible en octobre 2015 en complément de la balance de l'année 2014 qui était de 988,935.45 US\$. C'est ainsi qu'au total 2, 024,762 US\$ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités pour l'année 2015 avec une balance de 848,394.35 US\$ au 31 décembre 2015.

En 2016, la balance existante de 2015 a permis la réalisation des activités avec une exécution de 78% et une balance de 203,044.59US\$. Une troisième et dernière tranche de cette subvention a été transférée en février 2017 pour un montant de 1, 126,206US\$. A la fin du mois décembre 2017 l'exécution cumulée était de 73% pour le troisième versement avec une balance de 914,462.82 US\$ exécutés ou engagés pour l'exécution des activités en cours.

Au mois mai 2018 l'exécution cumulé du total de la subvention était de 86% avec une balance de 434,499.37 US\$.

Considérant que la date prévue pour la fin de la subvention est juin 2018, le MSPP sollicité auprès du Secrétariat GAVI, une extension sans coûts jusqu'en décembre 2018. Cette situation révèle les difficultés en matière de capacité d'absorption et d'exécution des fonds dans les délais.

| Exécution subvention GAVI RSS-1 2014 -2018 (mai) | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|-------------------|--|----------------|--------------------------------|
| Montant total approuvé | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018* en cours | |
| | Première tranche | % d'exécution 1er tranche | Deuxième tranche | % d'exécution 1er et 2eme tranches | | % d'exécution 1er et 2eme tranches | Troisième tranche | % d'exécution par rapport aux 1-2 et 3eme tranches | | % d'exécution total subvention |
| 3,,299875.00 US\$ | | | | | | | | | | |
| Date | | Dec-14 | | Dec-15 | | Dec-16 | | Dec-17 | | mai 2018 |
| Déboursement de fonds a L'OPS | 1,137,842.00 | | 1,035,827.00 | | | | 1,126,206.00 | | | |
| Exécutions de fonds | 148,907.00 | 13% | 1,176,368.00 | 61% | 645,349.76 | 91% | 430,089.00 | 73% | 434,499.37 | 86% |
| Balance | 988,935.00 | | 848,394.35 | | 203,044.59 | | 914,462.82 | | | |

| Synthèse | |
|----------------------------|--------------|
| Total subvention | 3,299,875.00 |
| Total exécuté (Avril 2018) | 2,835,213.13 |

Balance

464,661.87

3.7. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

N/A

3.8. Assistance technique

Pendant la période, l'OPS a fourni une assistance technique alignée sur les objectifs identifiés dans la proposition GAVI RSS1 et sur les besoins établis au cours des évaluations conjointes réalisées. L'assistance technique pour l'année 2017-2018 a été déployée selon 6 composantes et décrite ci-dessous :

| Approche | Ressource | Résumé des progrès réalisés |
|--|---|---|
| RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ | | |
| Appui technique à la mise en œuvre et à la coordination du projet de subvention ainsi qu'à d'autres activités en synergie | Un consultant international a été recruté pour la coordination et la gestion de la subvention | <ul style="list-style-type: none"> - Transferts et suivi technique et financière au MSPP et au 10 DSD pour la mise en œuvre, l'amélioration du programme de vaccination à partir de 9 lettres d'accord sur 10 - Appui direct aux activités niveau central pour favoriser l'extension du modèle de santé communautaire - 3 LOA ont été signées avec les DSD pour réaliser les activités validées par la DPSPE - Appui technique et logistique au processus de préparation de la proposition RSS2 |
| Appui technique au processus de préparation de la proposition RSS2 | Un consultant international a été recruté pour l'élaboration de la proposition finale | <ul style="list-style-type: none"> - Coordination du nouveau processus participatif CEP - Proposition réalisée et acceptée - Réponses aux commentaires du CEI soumis - Consolidation du document d'évaluation conjointe |
| Appui à l'évaluation du nouveau modèle de soins de santé | | <ul style="list-style-type: none"> - 4 missions de supervision du modèle ont été réalisées avec le point focal de la DPSPE et les communes impliquées |
| Soutenir une supervision formative efficace au niveau central, départemental et institutionnel | | <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de 80% des missions de supervision conjoint à l'équipe de l'UNCPV - Appui logistique pour la réalisation des missions - Plusieurs missions ont été reportées en raison d'un chevauchement des agendas - Le processus de retro-alimentation aux DDS et le suivi des plans d'amélioration n'ont pas encore débuté |
| Soutenir la formation des agents de santé communautaires aux normes et procédures du PEV | | <ul style="list-style-type: none"> - Transferts et suivi technique et financier au MSPP et aux 2 DDS pour la mise en œuvre des activités de formation des ESF à partir des lettres d'accord avec la DSO et DSA sur 5 prévues (DSNi, DSS et MSPP). - Soutien aux activités de formation et à la remise de matériels de formation et fournitures de travail ainsi que la traduction des guides PEV en créole pour les ASCP |

| | | |
|---|--|---|
| | | |
| PLANIFICATION, GESTION ET MONITORING NIVEAU PAYS | | |
| Réaliser une supervision formative efficace au niveau central, départemental et institutionnel | | <ul style="list-style-type: none"> - Cadres de l'OPS ont participé dans les missions de supervision conjointe : ✓ 1er semestre 2017 : participation à 3 missions auprès de 3 départements avec le niveau central ✓ 2^e semestre : supervision intégrée de 10 départements de juillet à novembre 2017 ✓ 1^{er} semestre de 2018 : participation dans 5 missions vers les DDS ; mission de supervision et suivi du programme régulier et de la campagne Diphtérie dans le DSD et les communes prioritaires |
| Élaboration du plan opérationnel PEV | | <ul style="list-style-type: none"> - Un atelier national a été réalisé pour l'élaboration du POA – PEV départemental - Participation et support logistique fourni pour les réunions pour l'élaboration de POA PEV de l'UNCPV |
| Réunion de bilan national du PEV | | <ul style="list-style-type: none"> - Participation et support logistique à 2 réunions bilan national (juin 2017 et février 2018) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Une première formation PEV pour ASCP et AIP par la DPEV, la DSO, la DSA, DSS avec l'appui de l'OPS/OMS a été réalisée au mars 2017. Une deuxième formation est en cours actuellement |
| SUPPORT AU SYSTEME D'INFORMATION | | |
| Soutenir la collecte, l'analyse et la rétroaction mensuelles des données | | <ul style="list-style-type: none"> - Une mission d'appui à la saisie des données dans le SISNU a été réalisée dans les départements ayant les plus faibles taux de complétude des données (Sud, Nippes et Grande Anse). - Dans 6 départements, des sessions de validation de données ont eu lieu avec certains responsables d'institutions dans le cadre des missions de monitoring |
| Soutenir des réunions trimestrielles régulières de suivi des performances du PEV au niveau national et départemental | | <ul style="list-style-type: none"> - 2 réunions bilan au niveau national ont été réalisées |
| Soutenir la réalisation d'un audit de la qualité des données (DQA) et le développement / la mise en œuvre d'un plan de renforcement de la gestion des données | Recrutement d'un consultant en gestion des données (data management) pour donner appui au système d'information PEV Une mission de PAHO WDC a accompagné le niveau central pour la préparation du DQS et la réalisation de la programmation du DQS reporté pour fin 2018 ou début | <ul style="list-style-type: none"> - Un atelier de monitoring a été réalisé avec l'appui du siège, appui à la formation sur les outils révisés des prestataires dans 9 des 10 départements - Réunion de coordination pour la réalisation de DQS reportée pour fin 2018 ou début 2019 - Une formation sur la qualité des données de vaccination a été réalisée au profit de certains cadres de la DPEV et du projet malaria - Dû à la reprogrammation de DQS une partie des fonds a été utilisés pour le renforcement du Système d'information - Support en matériel informatique et fournitures à l'UNCPV et à la DSO pour faciliter la communication et la gestion de données et le suivi des activités de santé communautaire et vaccination |

| | | |
|---|---|--|
| | 2019 | |
| Surveillance des maladies évitables par la vaccination | | - Soutien aux activités d'investigation sur le terrain, recherche active, supervision et fonctionnement de centres sentinelles pour les nouveaux vaccins (Rota, Penta, Pneumo). |
| GESTION ET SUIVI DE LA PLANIFICATION NATIONALE | | |
| Soutenir le fonctionnement des organes de gouvernance du PEV : ICC, CTPEV et NITAG ; | <p>Recrutement d'un professionnel senior national pour donner un appui technique à la gestion et planification du programme</p> <p>Recrutement et prise en charge pendant 5 mois d'un consultant national PEV pour appuyer le renforcement de la DPEV</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la création et le fonctionnement d'un comité national des ESAVI - Appui technique pour l'élaboration des TDR du NITAG et le CCIA ont été approuvés, mais ils ne sont pas encore appliqués - Appui technique et logistique et participation aux réunions de CCIA réalisés de manière extraordinaire dans cadre de la validation et de la soumission et revue du JSP - Dû à la non-exécution de la totalité de fonds destinés à supporter réunions NITAG et CCIA - Un appui a été fourni aux réunions de Task force - Des réunions de coordination et appui technique et logistique pour les réunions de la Task force pour la vaccination |
| CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES PERTES | | |
| Améliorer la gestion des vaccins et des fournitures aux niveaux central et départemental (utilisation du VSSM) | | <ul style="list-style-type: none"> - Une tournée de supervision a été réalisée par l'équipe CDF de la DPEV au niveau de 8 départements (sauf DSA et NO) - Le VSSM est fonctionnel seulement dans le département du Centre, cette activité n'a pas été réalisée - Une reformulation pour le début d'une formation aux équipes est prévue au niveau départemental |
| ASSISTANCE A LA PREPARATOIRE DU PROCESSUS (CEF) 2017 | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Appui technique et logistique au processus CEF /MSPP/GAVI - Appui technique et logistique a Mission de haut niveau GAVI |

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

| Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe | Statut actuel |
|---|---|
| 1. Signer les Termes de référence du CCIA et du CT/PEV et améliorer leur fonctionnement | Partiellement réalisé |
| 2. Améliorer la coordination des interventions dans le cadre du PEV (réorganisation, renforcement de la DPEV) | Initié (diagnostique organisationnel) |
| 3. Élaborer le plan Pluriannuel complet 2016-2020 | Partiellement réalisé |
| 4. Mettre en œuvre les composantes de la stratégie RED dans toutes les communes (stratégies avancées et mobiles, communication/mobilisation sociale pour le PEV de routine) | Partiellement réalisé (avec des fonds japonais) |
| 5. Poursuivre le renforcement de la gestion de la chaîne de froid au niveau institutionnel | En cours |
| 6. Réaliser une étude sur la viabilité financière du PEV | Non réalisé |
| 7. Poursuivre la mise en œuvre du GEV | En continu |
| Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant) | Statut actuel |

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (voir section 6 ci-dessous).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Les Termes de référence du CCIA et du CT/PEV ont été signés mais le fonctionnement de ces instances n'a pas été amélioré 2. En 2017, un diagnostic organisationnel de la DPEV a été réalisée ainsi qu'une évaluation de la capacité du programme. Début 2017, dans le cadre des fonds LMC, la firme Dalberg a également réalisé une évaluation du programme et proposée une réorganisation qui est toujours en discussion. 3. Le plan Pluriannuel complet 2016-2020 a été élaboré en 2017 mais la composante costing des de ce plan n'est toujours pas finalisée. 4. Les composantes de la stratégie RED ont été mises en œuvre dans 73 communes dont 28% (pendant 1 mois), 4% (2 mois) 14% (3 mois) 15% (4 mois) 7% (5 mois) 17% (6 mois). 6. L'étude sur la viabilité financière du PEV n'a pas été réalisée |
|---|

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

| |
|---|
| <p>Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante : <i>Voir tableau ci-dessous</i></p> |
|---|

| | |
|------------------------------------|---|
| Principal résultat/action 1 | Favoriser un accès équitable aux services de la vaccination et augmenter la couverture vaccinale à au moins 80% dans les 38 communes ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés dans l'Ouest et le Sud |
| Réaction actuelle | |
| Actions convenues du pays | <p>1.1 Mettre en œuvre des stratégies porteuses en matière de prestation de services de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.1. Poursuivre la mise en œuvre des activités du modèle de vaccination en milieu urbain dans la commune de Cité Soleil (Aire métropolitaine) <p>1.2. Renforcer la vaccination de routine</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.2.1. Réaliser la micro-planification dans les 10 départements du pays (767 institutions) - 1.2.2. Réaliser la planification et gestion des ressources au niveau de 38 communes ciblées (RED) - 1.2.3. Mettre en œuvre les stratégies avancées (Ouest 19 communes - Sud 19 communes cibles) (RED) - 1.2.4. Réaliser la supervision de la gestion locale de l'approche RED au niveau des 292 institutions des 38 communes (RED) - 1.2.5. Renforcer les liens avec la communauté (RED) - 1.2.6. Réaliser le monitoring des indicateurs de performance de routine dans les 10 départements du pays (767 institutions) - 1.2.7. Réaliser le recyclage des prestataires en normes et procédures du PEV - 1.2.8. Réaliser la supervision intégrée du niveau central vers les départements - 1.2.9. Réaliser la supervision intégrée des départements (incluant UAS/UCS/BCS) vers les institutions - 1.2.10. Financer les coûts opérationnels des ESF (116 ASCP, 29 AIP, 16 infirm) dans 7 communes (Ouest, AM, Sud, Artibonite) - 1.2.11. Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités menées par les ESF au niveau communal |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>1.3. Renforcer les activités de communication et générer la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.3.1. Former les prestataires en communication interpersonnelle - 1.3.2. Réaliser l'enquête CAP - 1.3.3. Réviser la stratégie de communication - 1.3.4. Développer et mettre en œuvre les plans de communication à tous les niveaux |
| Produits/résultats escomptés | Voir plan de travail |
| Calendrier associé | Voir plan de travail |
| Ressources/soutien nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ OPS/OMS (PEF TCA) - Appui aux activités préparatoires financées par la subvention d'introduction de PCV13 - Appui à la mise en œuvre de la campagne de suivi contre la rougeole/rubéole et SSRC au niveau national, départemental, UAS communal et local - Appui à la formation des ESF (ASCP et des AIP) ▪ AT UNICEF (PEF TCA) - Suivi de la mise en œuvre du plan de mobilisation sociale et de communication - Génération de la demande en vaccination ▪ AT ADDITIONNELLE (expanded partners) financés par GAVI) - Accompagnement de la DPEV dans la réplique des composantes porteuses du modèle de vaccination en zone urbaine - Évaluation de l'efficacité des stratégies avancées pour améliorer la couverture vaccinale et réduire le nombre d'enfants non-vaccinés |
| Principal résultat/action 2 | Améliorer la chaîne d'approvisionnement et la chaîne de froid au niveau national à travers une Gestion Efficace des Vaccins |
| Réaction actuelle | |
| Actions convenues du pays | <ul style="list-style-type: none"> - 2.1.1. Réaliser les travaux de réaménagement de l'espace devant abriter la chambre froide dans le Sud - 2.1.2. Installer une chambre froide solaire dans le Sud - 2.1.3. Acheter 5 véhicules (3 en 2018 et 2 en 2019) pour approvisionner les institutions en vaccins - 2.1.4. Effectuer la maintenance et réparation des véhicules nouveaux - 2.1.5. Effectuer la maintenance et réparation des véhicules existants - 2.1.6. Former les prestataires (pharmaciens, magasiniers, assistantes, responsables) aux outils logistiques du PNV (VSSM) - 2.1.7. Superviser les utilisateurs des outils logistiques - 2.1.8. Approvisionner les institutions en vaccins et consommables |
| Produits/résultats escomptés | Voir plan de travail |
| Calendrier associé | Voir plan de travail |
| Ressources/soutien nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ AT OPS/OMS (PEF TCA) - Réaliser la supervision de VSSM dans tous les départements ▪ AT UNICEF (PEF TCA) - Élaborer l'évaluation de la gestion efficace (GEV) - Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et mise en œuvre des interventions du plan d'amélioration de la GEV |
| Principal résultat/action 3 | Renforcer la gestion et la coordination du programme national de vaccination pour le rendre plus efficace et efficient afin de mieux servir la population ciblée et améliorer la couverture et l'équité vaccinales |
| Réaction actuelle | |
| Actions convenues du pays | <p>3.1 Renforcement de l'organisation et des capacités managériales de l'UCNPV, des coordinations PNV des directions départementales, des BCS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1.1. Évaluer les besoins en formation - 3.1.2. Développer un plan de formation - 3.1.3. Organiser des ateliers de formation <p>3.2 Amélioration de la coordination entre les partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.2.1. Développer le POA en 2019 et les réunions annuelles Bilan du PNV - 3.2.2. Réaliser des réunions de suivi avec les partenaires : 1 réunion semestrielle du CCIA, 12 réunions du CT-PNV, 2 réunions NITAG <p>3.3 Améliorer la gestion financière aux niveaux de l'UCNPV et des DDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.3.1. Organiser des ateliers de formation pour renforcer le rôle et le |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>fonctionnement des comptables publics, administrateurs et directeurs départementaux</p> <p>3.4 Renforcer la gestion au niveau local (UAS/UCS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.4.1. Organiser des ateliers de formation en gestion au niveau des communes - 3.4.2. Acquisition et dotation d'équipements - 3.4.3. Organiser des réunions communautaires au niveau de la commune pour une appropriation du volet Santé de la communauté par l'unité administrative tout en assurant la participation communautaire et la reconnaissance du BCS/UAS comme prolongement des Services centraux du MSPP <p>3.5 Améliorer la disponibilité des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.5.1. Former les prestataires (auxiliaires, infirmières, agents, etc.) sur le SYSPEV - 3.5.2. Organiser des visites de supervision dans les DDS et dans les institutions - 3.5.6. Reproduire et distribuer des outils de collecte de données <p>3.6 Améliorer la qualité des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.6.1. Réaliser le DQS en 2018 - 3.6.2. Élaborer et mettre en place d'un plan d'amélioration de la gestion de données découlant des résultats et recommandations du DQS - 3.6.3. Mettre en œuvre le plan d'amélioration <p>3.7 Améliorer la surveillance épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.7.1. Renforcer la recherche active, investigation adéquate et suivi des cas de MEV - 3.7.2. Acquérir des kits de prélèvement et de réactifs de laboratoire et moyens de transport pour la confirmation |
| Produits/résultats escomptés | Voir plan de travail |
| Calendrier associé | Voir plan de travail |
| Ressources/soutien nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ AT OPS/OMS <ul style="list-style-type: none"> - Appui aux activités relatives au renforcement des capacités managériales et techniques à tous les niveaux (LMC) - Appui au développement des plans opérationnels 2018 et 2019 - Appui aux activités de coordination entre les partenaires (LMC) - Appui technique à la mise en œuvre et à la coordination du projet de subvention (PEF TCA) - Appui technique au processus d'implémentation du RSS2 (PEF TCA) - Renforcement de l'extension du nouveau modèle des soins de santé en lien avec les objectifs du PEV (PEF TCA) ▪ AT BANQUE MONDIALE <ul style="list-style-type: none"> - Une assistance technique (AT) sera fournie au gouvernement pour assurer la planification, les règlements, les procédures d'achat et de paiement appropriés pour permettre au gouvernement d'acheter des vaccins à partir de son propre budget national 2018-2019 par le biais du fonds rotatoires de l'OPS. - S'appuyer sur la « Note d'Options » pour un modèle d'agents communautaires plus rentable qui sera produit cette année (2017-2018), ainsi que sur le programme de Financement basé sur les Résultats (FBR) en cours pour lequel la Banque est un partenaire clé dans Haïti. Une analyse spécifique et des recommandations sur les options pour une plus grande focalisation sur la vaccination dans le cadre du FBR (incluant des tarifs plus élevés pour l'indicateur de vaccination actuel, l'inclusion de nouveaux indicateurs de vaccination) et l'estimation des coûts des différents scénarios seront produites. ▪ AT CDC <ul style="list-style-type: none"> - Participation à la planification de la première campagne RR afin de garantir une préparation, une mise en œuvre et un suivi de qualité pour la rougeole - Continuer de renforcer et d'élargir la surveillance de la méningite - Surveiller les tendances de la diarrhée toutes causes confondues et des |

| | |
|--|--|
| | hospitalisations pour diarrhée à rotavirus chez les enfants de <5 ans avant et après l'introduction du vaccin. |
|--|--|

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

- *Le Forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) répond-il aux exigences de Gavi (veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/coordination/> pour les exigences) ?*
- *Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée pour le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.*
- *Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.*

| |
|--|
| |
|--|

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

Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le Portail pays. **Veillez noter que, dans le cas où les principales exigences en matière de rapports (signalées par un *) ne seraient pas respectées, le soutien Gavi ne sera pas évalué pour un renouvellement.**

| | Oui | Non | Non applicable |
|---|-----|-----|----------------|
| Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires | x | | |
| Rapports financiers * | x | | |
| Rapports financiers périodiques | | | x |
| État financier annuel | x | | |
| Rapport d'audit financier annuel | | | x |
| Rapport de niveau de stock de fin d'année (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) * | x | | |
| Rapports de campagne * | | | x |
| 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 | | x | |
| 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) | | | x |
| Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans | x | | x |
| Plan opérationnel pour le programme de vaccination | x | | |
| Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS | | x | |
| Rapports spécifiques au VPH | | | |
| Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF | | | |

Évaluation conjointe (JA complète)

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

| |
|--|
| |
|--|