

Rapport de l'évaluation conjointe

En soumettant ce rapport, le pays confirme que le cadre de performance des subventions a fait l'objet d'un examen dans le cadre de cette évaluation conjointe. Les résultats obtenus au regard de critères convenus ont été analysés, puis expliqués le cas échéant.

Pays	République Centrafricaine
Période considérée	Septembre 2015-juin 2016
Exercice financier	Septembre 2015-juin 2016
Si la période considérée ne coïncide pas avec l'exercice financier, veuillez fournir une brève explication	NA
Durée du Plan pluriannuel complet (PPAC)	2015-2017
Durée du Plan stratégique national de santé	PTSS 2015-2017

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

Programme	Recommandation	Période	Population cible ¹	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par Gavi (US\$)
PCV	<i>Prolongation</i>	2017	125,942	40,500	720,000
VAA	<i>Prolongation</i>	2017	125,942	31'500	157,500.00
Pentavalent	<i>Prolongation</i>	2017	125,942	93,000	495,500
VPI	<i>Prolongation</i>	2017	125,942	S/O	509,000

*Les chiffres inscrits sont alignés à ceux soumis par le portail de Gavi.

Indiquez si vous souhaitez introduire de nouveaux vaccins ou bénéficier d'une subvention RSS grâce au soutien de Gavi*	Programme		Année de demande prévue	Année d'introduction prévue	
	<i>Rotavirus</i>		2011	2017	
	<i>Men afrivac</i>		2015	2017	
Programme	Recommandation	Période	Population cible	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par Gavi (US\$)
Rota	<i>Nouveau</i>	2017	110'621	602'500	58'500
MenA	<i>Nouveau</i>	2017	94'977	47'500	104'500

De plus, le nouveau programme sur le renforcement du système de santé (RSS 2) devrait démarrer d'ici la fin de l'année 2016. Le processus de réajustement du programme et de son budget a débuté au cours de l'évaluation conjointe et devrait être finalisé d'ici octobre 2016.

Programme	Recommandation	Période	Population cible	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par Gavi (US\$)
RSS2	<i>Démarrage du programme</i>	2017	S/O	S/O	7'560'000

¹ Selon le rapport annuel soumis le 15 mai 2016. La population cible et le montant indicatif (USD) seront ajustés avec le secrétariat de Gavi au cours du mois de juillet/août 2016.

2. CONTEXTE NATIONAL

Depuis 2015, le retour progressif de la paix a permis le retour à l'ordre constitutionnel en mars 2016. En réponse à la situation sécuritaire encore volatile, le Ministère en charge de la Santé a élaboré un Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS 2015-2016), qui a été revu pour être adapté au contexte actuel et prorogé jusqu'en décembre 2017. Le PTSS est le seul document stratégique du pays en attendant l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire de 3^{ème} génération (PNDS III).

1. Leadership, Gouvernance et gestion des programmes

Afin de mettre en œuvre le PTSS, il a été mis en place des groupes thématiques et un cadre de concertation du secteur de la santé dont le secrétariat technique n'est pas encore fonctionnel.

Le Comité de Coordination Inter Agence du PEV (CCIA-PEV) et le Comité Sectoriel Santé VIH-SIDA (CSS-VIH/SIDA) restent les organes de concertation pour le secteur de la santé. Ils se réunissent statutairement une fois par trimestre et des sessions extraordinaires sont convoquées au besoin. De 2015-à juin 2016, le CSS-VIH/SIDA a tenu 03 réunions et le CCIA-PEV a tenu 07 réunions dont 04 en ordinaire et 03 en extraordinaire.

Les thèmes suivants ont fait l'objet des sessions du CCIA en 2015-2016:

- Participation à Dakar (Sénégal) à l'atelier de briefing des cadres nationaux sur l'élaboration du plan national de remplacement du vaccin polio oral trivalent par le vaccin polio oral bivalent et des nouvelles procédures opératoires standards de réponse aux flambées de poliovirus.
- Approbation du plan d'intervention de l'équipe pays AMP et validation du rapport de la mission GAVI.
- Présentation du Plan opérationnel de la campagne préventive contre la méningite à méningocoque (Vaccin MenAfriVac) sur toute l'étendue du territoire national d'ici 2016.
- Présentation des Stratégies et Chronogramme pour la campagne Nationale de suivi contre la rougeole.
- Validation du PPAC 2015-2017 et du POA 2015, du Plan de la campagne contre la rougeole d'octobre 2015 et l'information sur les risques d'importations du Polio virus et l'introduction du VPI en RCA.
- Validation du remplacement du vaccin trivalent polio par le vaccin bivalent et la soumission pour les nouveaux vaccins.

Le Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV) se réunit mensuellement et au besoin sur les aspects programmatiques et de suivi et joue un rôle important dans l'analyse technique des documents à soumettre au CCIA pour approbation. Au total, 25 réunions ont été tenues de septembre 2015 à juin 2016.

Au regard des faiblesses de la gouvernance et du système de santé, plusieurs ONG continuent à jouer un rôle capital dans la mise en œuvre des activités de santé notamment la vaccination et le renforcement du système de santé en particulier dans les zones difficiles d'accès et d'insécurité, mais ces ONGs restent mal coordonnées. Quant aux OSC locales, il n'existe toujours pas de plateforme nationale les réunissant et leur implication dans les activités de plaidoyer, de mise en œuvre, et de coordination reste à être renforcée.

Aussi, il est à noter que l'assistance technique encore indispensable au PEV repose en grande partie sur le personnel financé par le programme Polio.

2. Couverture et Equité

De par les mouvements de la population d'un district à un autre et des difficultés de suivi du calendrier vaccinal, les outils non adaptés au contexte actuel, et de l'incohérence de certaines données, l'analyse de la couverture vaccinale est à prendre avec précaution. Entre 2014 et 2015, selon les estimations WUENIC les couvertures vaccinales pour quasiment tous les antigènes sont restées stationnaires (BCG 74%, DTC-HepB-Hib1 69%, DTC-HepB-Hib 3 47%, MCV1 49%), même les données administratives montrent que la couverture en DTC-HepB-Hib3 n'a augmenté que de 2 points (45% à 47%), ce qui démontre la faiblesse notoire de la couverture vaccinale. Si cette basse couverture est répandue partout dans le pays, on peut citer quelques districts qui sont dans une situation alarmante comme Vakaga (pas de données) ; Kembe-Satema (11%) ; Ouango-Gambo (14%) ; et Kemo (29%) (DTC3). Une étude sur les facteurs d'iniquité vaccinale réalisée en 2015 dans deux préfectures a mis en évidence les principaux facteurs notamment la scolarisation, l'alphabétisation, la pauvreté, le milieu rural, sans oublier la situation fragile et préoccupante des déplacés internes.

Les principaux problèmes de cette faible couverture sont : une insuffisance de l'offre de services de vaccination (en 2015, la proportion des FOSA fonctionnelles offrant des services de vaccination selon

HERAMS 2, est d'environ 53% (363/683 FOSA fonctionnelles), la faible couverture du système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, l'insuffisance de supervision à tous les niveaux, la mauvaise qualité des données et certaines lacunes dans la gestion des vaccins (même si il faut noter que la gestion des vaccins au niveau central est – comparé au reste du pays– un point fort), l'insuffisance qualitative et quantitative des prestataires des services de vaccination à tous les niveaux et aggravée dans les zones reculées et insécurisés (environ 80% constitués de secouristes), la faible mise en œuvre de l'approche ACD comme stratégie phare de renforcement du système de vaccination. A souligner aussi l'insuffisance notoire en nombre des gestionnaires au niveau central, notamment la DSEIV et la DEP qui ne comprennent chacune que 3 professionnels.

3. Financement de la santé et viabilité du PEV

Selon les données des Comptes Nationaux de la Santé pour 2014, les dépenses de santé du Gouvernement représentent 9% (PPAC 2015-2017) des dépenses totales de santé. Sur cette allocation, environ 1,5% est consacrée au PEV selon les prévisions du PPAC 2015-2017. Dans le cadre du PEV, le Gouvernement dispose d'une ligne budgétaire sur laquelle sont allouées les ressources pour l'approvisionnement en vaccins. En 2015, le cofinancement d'un total de 60,000 USD a été intégralement payé sans relance, ce qui constitue un acquis et une pratique à encourager.

Il demeure cependant quelques inquiétudes sur le fonctionnement du compte spécial sur les vaccins (créé en 2013-2014 pour garantir le paiement du cofinancement par un système de petits paiements hebdomadaires, issus du budget des dépenses urgentes votées chaque semaine). A titre d'exemple, sur les 20 versements qui étaient attendus au cours des cinq premiers mois de 2016, un seul versement de 2 millions de FCFA (\$3,400) a été effectué. Un total de 204 000 USD est attendu pour le cofinancement en 2016. Un plaidoyer de haut niveau par la mission de Gavi, l'Alliance du Vaccin, en juin 2016, a été fait à ce sujet : Président du Parlement (et membres de son Cabinet), Ministre de la Santé, Ministre de l'Economie, etc.

3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

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

3.1.1. Performance des subventions, enseignements tirés et difficultés rencontrées

Tableau 1. Performances réalisées en 2015 et au premier trimestre 2016

CV par Antigène & autres indicateurs	Objectifs de CV (%)	Résultats réalisés en 2015			Résultats réalisés au 1 ^{er} trimestre 2016 (1 ^{er} mois)
		Données officielles (%)	Données administratives (%)	Estimations OMS-Unicef 2015 (%)**	Données administratives (%)
BCG	75	56	56	74	37
VPO 3	60	46	46	47	32
DTCHepBHib1	70	69	69	69	49
DTCHepBHib3	60	47	47	47	35
PCV13-3	60	42	42	47	10
VPI	30	*	*	2	3
MCV	60	50	50	49	32
YFV	60	45	45	48	31
Td 2+	60	52	52	60	41
Abandon spécifique DTCHepBHib1-DTCHepBHib3	< 25	31	31		30

(*) CV VPI = 42% : le dénominateur est constitué par la population cible de la Région Sanitaire N° 7 de la période de l'introduction (1er Septembre au 31 Décembre 2015)

(**) Estimations OMS/Unicef à valider par le pays

Les données administratives montrent que l'objectif de couverture vaccinale en DTCHepBHib1 a été atteint selon le Plan Opérationnel Annuel (POA) 2015 contrairement au BCG, DTCHepBHib3, VPO3, VAR, VAA, PCV131 et 3 et le VPI, et le taux d'abandon DTCHepBHib1 et -DTCHepBHib3 qui est resté élevé à 31%.

En raison de la situation sécuritaire dans le pays, la phase 1 d'introduction du VPI a eu lieu dans la Région Sanitaire N° 7 uniquement (contrairement au chronogramme initial qui prévoyait les Régions Sanitaires 1, 2, 3 et 7). Les Régions sanitaires 1,2 et 3 n'ont introduit le VPI que tardivement, avec les Régions 4,5 et 6 initialement prévues dans la phase 2 en Mars 2016.

Le Vaccine Introduction Grant (VIG) pour le VPI a été utilisé dans son ensemble en fin Mars 2016, avec un léger dépassement (\$13,400 USD principalement pour la reprographie des outils) financé par Gavi au travers de l'OMS, voir les détails ci-dessous dans le chapitre « gestion financière des subventions en espèces ».

La disponibilité des vaccins a été assurée en 2015 et début 2016 jusqu'au niveau district sauf pour le BCG qui a connu une rupture de stock au niveau national pour une durée de 2 mois en 2015 et du VAA au niveau du dépôt central pendant 1 mois en 2015 due essentiellement au retard d'approvisionnement. Les données sur les ruptures de stocks au niveau des FOSA ne sont pas disponibles, mais la situation de l'approvisionnement entre le niveau district et FOSA reste préoccupante (voir ci-dessus) et cela a probablement des impacts importants sur la disponibilité des vaccins au niveau de prestation de services.

Enseignements tirés

- Les outils de suivi et rapportage ont été révisés prenant en compte le mouvement de la population en mentionnant leur Région d'origine et le genre afin que les données puissent être reportées à la Région sanitaire concernée.
- Les stratégies avancées ont permis de respecter le calendrier vaccinal pour la population cible se trouvant au-delà de 5 kilomètres de centre de vaccination, réduisant sensiblement le taux d'abandon.
- L'introduction du VPI initiée en 2015 à Bangui a été placée sous le patronage de son excellence la Présidente de la transition qui a eu pour effet une forte sensibilisation de la communauté nationale.
- Du fait de la présentation volumineuse du PCV13 (monodose), les agents de santé sont « réticents » à prendre la totalité de leur dotation soit par manque d'espace dans leur porte-vaccins ou glacière soit par manque d'instructions claires,, entraînant ainsi une faible disponibilité du vaccin au niveau des FOSA et pendant la séance de vaccination, ce qui explique la différence de couverture vaccinale avec DTCHepBHib3

Difficultés rencontrées

- Les 40% des FOSA fonctionnelles offrant des services de vaccination (53%) n'ont pu s'approvisionner régulièrement, par manque de transport et de financement approprié. L'insuffisance des moyens de transport a obligé la location de véhicules ou l'utilisation des transports commerciaux avec des conditions de transport inadéquates entraînant des coûts supplémentaires engagés au détriment de la mise en œuvre des stratégies avancées. Les taux de perte n'étant pas mesurés, il est difficile d'estimer leur hauteur et leurs causes.

3.1.2. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés : plans et priorités futurs

Le Ministère de la Santé souhaite donner la priorité à la population cible (0-11 mois) pour 2016 - 2017 en capitalisant l'apport des ONG intervenant dans la vaccination et avec des stratégies adaptées au contexte local. Cependant, l'analyse de la couverture vaccinale pourra conduire à l'organisation d'activités de vaccination intensifiées au cours du 2^{ème} semestre 2016, ciblant les districts ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés (sur la base d'une feuille de route par Région) et pouvant être élargie à 23 mois.

Une meilleure planification sera adaptée au contexte de chaque région/district avec l'implication de toutes les parties prenantes (adapter les horaires de vaccination suivant la disponibilité de la population, impliquer les organisations humanitaires dans les zones d'insécurité, renforcer en urgence

les services de vaccination dans les 53% des FOSA qui fournissent la vaccination. A cela, s'ajoute le besoin de renforcement des stratégies avancées / mobiles au niveau du district.

L'introduction du MenA est maintenue en campagne en novembre 2016 et en routine en février 2017. De plus, l'introduction du vaccin anti-Rotavirus (Rotateq®) prévue au troisième trimestre 2017 sera conditionnée par la révision du plan d'introduction qui prendra en compte les résultats de la revue externe du PEV et des capacités de stockage. Cette dépendance provient de la capacité de la chaîne de froid estimée insuffisante pour accommoder l'extension des services de vaccination ainsi que l'introduction du vaccin anti-rotavirus. L'introduction du vaccin Rougeole-Rubéole ainsi que la soumission pour la démonstration HPV seront considérées à la prochaine période du PPAC 2018-2022.

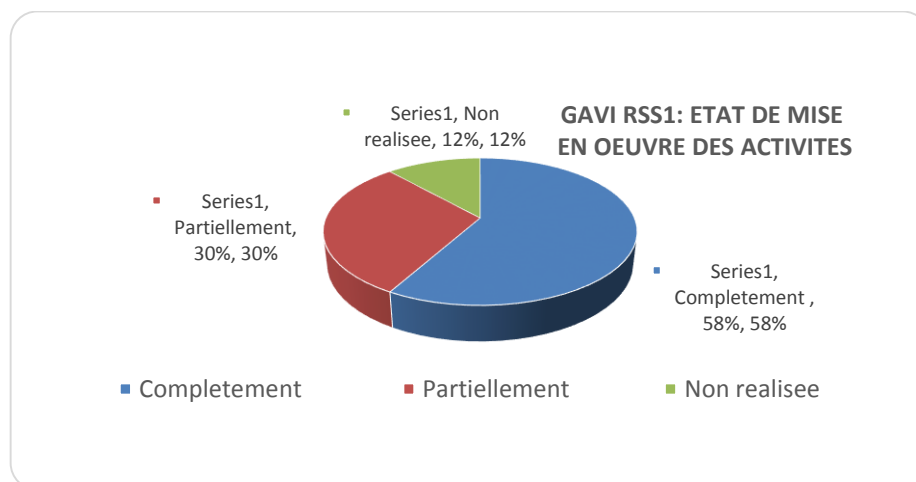
3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

3.2.1. Objectif stratégique des subventions allouées au titre du RSS

Le but principal de la subvention de GAVI-RSS vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations centrafricaines, en particulier les couches les plus vulnérables y compris les plus pauvres.

L'objectif spécifique, selon la reprogrammation (dite « urgence ») révisée Gavi RSS 2014-2015, consiste à contribuer à la réduction de la mortalité infantile par l'augmentation de la couverture vaccinale (au moins 60% en DTCHepBHib 3). Pour atteindre cet objectif ciblé, la reprogrammation a été recentrée sur 4 domaines, 10 sous-domaines et 44 activités.

A la fin du 1^{er} semestre 2016, 58% des activités planifiées ont été complètement réalisées, 30% sont partiellement ou en cours de réalisation et, 12% n'ont pas été mises en œuvre. Une première extension sans coûts (« no cost extension ») a été octroyée mais une autre jusqu'à la fin de 2016 s'avère nécessaire pour clore le programme RSS 1.



Globalement, le tableau ci-dessous montre que les financements n'ont, malheureusement, pas eu l'impact attendu. Sur les dix DS sanitaires cibles du projet, quatre ont enregistré des contre-performances notoires en vaccination.

Regions	Districts	DTCHEPBHIB 3 %		Taux de progrès	Remarques
		2014	2015		
	BEGOUA	45%	63%	18%	Appui des ONG, dans la conduite des stratégies avancées, fonctionnement continu de la chaîne de froid (avec fourniture des consommables et pétrole).
	BIMBO	51%	79%	28%	
	BODA	30%	43%	13%	
	BOSSEMBELE	47%	48%	1%	
S1					*Problème de leadership par manque de CPS (MCD). Le district a été tenu par le médecin-chef de l'hôpital. Sur 14 FOSA, 4 n'ont pas du tout fonctionné par panne de réfrigérateurs. *Absence total d'ONG pour appuyer le DS, seul FAIRMED a appuyé avec des capacités limitées.
	MBAIKI	41%	40%	-1%	L'insécurité et le mauvais état des routes sont à la base de l'inaccessibilité dans 3 sous-préfectures (GADZI, AMADA GAZA et DEDE MOKOUBA). Cela a entraîné les difficultés d'approvisionnement en vaccin, pétrole et consommables de la CDF pendant 7 mois. Absence d'ONG d'appui par faute d'insécurité.
	MAMBERE-KADEI	85%	38%	47%	
RS2					Zone dite « PBF ». Achat de performance avec ONG Cordaid et Banque Mondiale qui tiennent les réunions mensuelles de suivi.
	NANA-MAMBERE	28%	49%	21%	Inaccessibilité géographique des sous-préfectures ; Absence de CPS (MCD) Absence de moyens roulants.
	SANGHA-MBAERE	34%	25%	- 9%	
	OUHAM	54%	20%	- 34%	Seulement, 3 Centres PEV sur 35 ont vacciné pendant les trois 1ers trimestres 2015 par faute de fonctionnement de la CDF. Depuis le dernier trimestre 2015, suite à l'installation des frigos solaires, dépannage des frigos en panne, dotation en consommables de CdF et pétrole, le nombre de Centre PEV fonctionnel est passé de 3 à 17.
RS3					Appui des ONG (PU-AMI, MSF, autres ONG) en stratégie avancée et rattrapage actif des perdus de vue (Bozoum, Bocaranga, Paoua).
	OUHAM-PENDE	29%	46%	17%	

3.2.2. Performance des subventions et difficultés rencontrées

Domaine d'intervention et Activités principales	Etat de mise en œuvre
Opérationnalisation des centres PEV des districts à faible performance	
Revitalisation des CPEV existants	Cette activité consistait à évaluer, équiper en matériel de CDF et doter en consommables de vaccination et outils de gestion, les CPEV des districts cibles. Compte tenu de l'enveloppe, l'évaluation n'a pu se réaliser que dans 5 des 10 DS. Vingt-sept (27) réfrigérateurs solaires et autres matériels de vaccination ainsi que les outils de gestion du SNIS ont été mis à la disposition de la DSEIV et de la DEP. La distribution et l'installation se poursuivent sur le terrain.
Offres de services de vaccination	Cette activité visait l'élaboration des micro plans des DS et la mise en œuvre des stratégies avancées dans les 10 DS cibles. Les micro plans des districts ont été élaborés et sont disponibles mais les stratégies avancées n'ont pu être réalisées que dans les 2 districts de la région (Ouham et Ouham Pende) en adéquation avec les fonds alloués.
Appui au fonctionnement des Districts Sanitaires dans les Régions Ciblées (pilotage du Système de Santé)	
Promouvoir la participation communautaire et la collaboration multisectorielle	Dans le cadre de cette activité, la réunion d'information des nouvelles autorités et la revitalisation des organes des SSP ont été effectives. Par contre, par absence de politique nationale définissant les critères de recrutement et de motivation des Relais Communautaires (RECO), l'activité de formation et de motivation des RECO n'a pas pu se réaliser. En plus, il reste à définir une stratégie prenant en compte le profil et le paquet d'activités à réaliser par les RECO.
Supervision	Cette activité a été partiellement réalisée dans les districts sanitaires à travers les monitorages des interventions (DQS), les supervisions intégrées et les réunions trimestrielles de reprogrammation des activités. En matière de supervision intégrée, l'enveloppe disponible n'a pas permis de prendre en compte toutes les FOSA des districts cibles. Les rapports de supervision et de monitoring sont disponibles au niveau du DSEIV et de la DEP. Il faut signaler qu'en dehors du financement RSS, les 10 districts cibles ont bénéficié de supervision formative avec l'appui de l'AMP (Mission GAVI-AMP-RCA 2015).
Equipement/maintenance des moyens roulants (véhicules, motos)	Le Ministère de la Santé a bénéficié de 3 véhicules, 5 motos et 194 vélos. Avec l'achat groupé, un 4 ^e véhicule et une 6 ^e moto sont en cours d'acquisition. La maintenance des chambres froides et du groupe électrogène du niveau central et la fourniture de carburant ont été réalisées de façon régulière.
Motivation du personnel à tous les niveaux (région, districts et FOSA)	Les fonds disponibles sur la ligne budgétaire ont été insuffisants pour couvrir les activités telles que planifiées dans ce volet. Ainsi, la motivation a concerné les Equipes Cadres de Région et celles des Districts. Les agents des FOSA n'ont pas bénéficié de motivation. Par ailleurs, 35 agents ont été recrutés entre juillet et octobre 2015 contre 45 prévus pour une période de 8 mois, en conformité avec les recommandations de l'évaluation conjointe de 2015. ²
Approvisionnement en intrants PEV	La dotation en consommables de la CDF et en carburant a été réalisée pour l'ensemble des districts sanitaires cibles. Il est à noter la contribution importante de l'Unicef dans l'achat et l'approvisionnement en carburant. Aucune rupture n'a été signalée durant toute la période. Cependant, l'enlèvement des matériels d'injection, bien que planifié, n'a

² Durant l'exercice de l'évaluation conjointe, il avait été recommandé de recruter moins de gens mais avec des salaires plus importants pour les motiver et assurer qu'ils allaient rester en place. Cette discussion sera creusée durant la finalisation du budget RSS 2.

	pas été financé par GAVI mais l'activité a été complètement réalisée sur les fonds de l'Unicef.
Coût de gestion et fonctionnement	
Fonctionnement du projet	Les indemnités, la dotation en matériels de bureau, outils et consommables informatiques et la connexion internet ont été réalisées complètement. Sur les 13 motos achetées, 8 seulement ont été immatriculées pour insuffisance de l'enveloppe financière. En plus de cela, aucune moto n'a été couverte par l'assurance.
Suivi/évaluation du projet	Les missions de supervision du niveau central vers les districts, les 4 réunions du comité de pilotage, l'élaboration du RSA 2014 ont été réalisées complètement. L'atelier de relecture de la nouvelle soumission RSS2 a été tenu au même moment que l'évaluation conjointe.
Contrôle et audits	Une mission de contrôle a été réalisée dans 5 districts sur 10. Par contre, les ressources allouées pour les audits ont été réalloués à d'autres activités à la demande de GAVI, notamment la supervision des FOSA par les districts sanitaires.
Dépenses 2013 (remboursement à la DSEIV)	
Remboursement 2013	Remboursements non effectués par faute de suivi efficace.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités

En plus des difficultés déjà citées dans la section 3.1 qui ont aussi impacté la performance de la subvention RSS, on peut souligner les insuffisances ci-dessous :

Gouvernance

- Faiblesse de la coordination des interventions de santé à tous les niveaux. Cela s'est manifesté par l'irrégularité des rencontres entre les directions techniques du Ministère de la Santé intervenant dans la mise en œuvre du projet ;
- Forte centralisation des activités affectant l'appropriation par les équipes cadres de districts et de région qui sont en nombre insuffisant et peu formés en gestion ;
- Insuffisance quantitative et qualitative en personnel dans les directions en charge du projet ;
- Lourdeur administrative dans l'élaboration, le traitement des requêtes et la justification des dépenses.

Financement

- Sous-estimation des besoins financiers lors de la planification des activités. Les fonds alloués ont été insuffisants pour couvrir tous les districts pour certaines activités (l'extension géographique du projet de 2 à 3 régions sanitaires, soit de 5 à 10 districts sanitaires);
- Faible taux d'absorption des fonds alloués. Malgré 2 extensions successives du délai de validité des fonds, 22% ne sont pas utilisés.
- Absence de système bancaire dans les zones du projet affectant le transfert des fonds dans les districts ciblés.

Approvisionnement/Logistique

- Difficultés dans l'acheminement des intrants et matériels acquis du niveau central vers les bases des districts et les FOSA. Les couts des transports sur le terrain n'ont pas été planifiés ;
- Retard dans l'installation des réfrigérateurs solaires dus à l'insuffisance qualitative et quantitative des agents installateurs formés, à l'insuffisance du nombre de kits d'installations, et à l'insécurité dans certaines zones.

3.2.3. Décrire les modifications à apporter aux subventions RSS et les plans pour les futures demandes de soutien au RSS

Sur un montant global de 1 174 000 dollars alloué par GAVI au compte de GAVI-RSS1, un reliquat d'environ 250,205 dollars soit 22% du financement expirant en fin juin 2016, est disponible.

Le Ministère de la Santé a introduit une demande de réallocation de ce reliquat sur certaines lignes du projet dans les domaines de i) la conduite des activités de vaccination intensifiées (AVI) dans les 14

sous-préfectures accessibles avec un grand nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés, ii) l'installation des 119 réfrigérateurs solaires déjà pré positionnés dans les formations sanitaires (91) et en stock au niveau central (28).iii) l'analyse situationnelle pour la promotion de la demande et développement de la stratégie.

Ces 3 activités ont un cout estimé à 250 205 USD. Une feuille de route a été élaborée pour les activités à mener d'ici décembre 2016 (en annexe).

3.3. Plan de transition (le cas échéant)

Non applicable à la RCA.

3.4. Gestion financière des subventions en espèces

La situation du financement sur les subventions Gavi au cours de l'année 2015 se présente comme suit :

Tableau 1. Situation des Subventions à l'introduction du VPI (OMS)

Subventions reçues et dépenses réalisées	Montants disponibles	Dépenses réalisées
Subvention disponible le 1 ^{er} janvier 2015	\$129,030	
Dépenses réalisées en 2015		\$24,160.99
Solde disponible le 1 ^{er} janvier 2016	\$104,869.01	
Dépenses réalisées en début 2016		\$62,531.19
Solde disponible en fin Mai 2016	\$42,337.82	Ce montant est engagé pour l'élaboration des outils de collecte des données qui est déjà en cours

Les documents et rapports officiels des fonds Gavi gérés par l'OMS doivent être soumis au secrétariat de Gavi dans les plus brefs délais.

Tableau 2. Situation de la subvention RSS

Subventions reçues et dépenses réalisées	Montants disponibles	Dépenses réalisées
Subventions disponibles le 21 octobre 2014	\$1,174,834.32	
Dépenses réalisées 2014		\$38,358.29
Subventions disponibles en janvier 2015	\$1,136,476.03	
Dépenses réalisées en 2015		\$531,877.91
Solde au 1 ^{er} janvier 2016	\$604,598.12	
Dépenses réalisées au 16 juin 2016		\$354,392.56
Solde disponible au 18 juin 2016	\$250,205.56	

Les documents et rapports officiels des fonds Gavi gérés par l'Unicef doivent être soumis au secrétariat de Gavi dans les plus brefs délais.

Principales contraintes et difficultés de Gestion des subventions

- Complexité des procédures administratives dans la prise des décisions pour le décaissement des fonds ;
- Insuffisance des structures bancaires au niveau régional et préfectoral ;
- Insuffisance de coordination entre les directions techniques du niveau central et entre le niveau central et les niveaux déconcentrés.

Complémentarités avec les autres financements

Pour compléter les besoins de financement le Département s'est appuyé sur d'autres sources de financements tels que l'UNICEF, l'OMS, et l'Union Européenne (Fonds Békou).

Recommandations

1. Renforcer la coordination et le suivi-évaluation pour le futur projet RSS2 en termes de définition des rôles, responsabilités des différents organes impliqués (créer une unité de gestion du projet sous la supervision de la DEP et la doter en ressources humaines, matérielles et financières)
2. Elaborer un manuel de procédures de gestion des fonds du projet et former à l'utilisation du manuel
3. Identifier d'autres mécanismes de transferts de fonds du niveau central vers les niveaux périphériques
4. Mettre en place un mécanisme de suivi régulier des performances des projets GAVI : nouveaux vaccins, RSS, PEF, Plateforme ;
5. Décentraliser la mise en œuvre du projet – cette modalité devra être discutée plus largement.

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

Selon l'analyse dans le tableau qui suit, sur les 16 recommandations formulées lors de l'évaluation conjointe de septembre 2015, 4 ont été totalement réalisées, 3 partiellement réalisées, 8 non-réalisées, et 1 en attente.

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente / l'examen du Panel	État actuel
1. Prolonger la mise en œuvre sans financement du projet RSS 1 de 6 mois	Réalisé. Le projet a été prolongé jusqu' en avril puis à nouveau jusqu'en juin 2016
2. Organiser le plaidoyer auprès des membres du Gouvernement et du CNT en vue d'accélérer le processus de déploiement du personnel au niveau opérationnel et la mise à disposition des véhicules (Union Européenne et Banque Mondiale) aux districts sanitaires pour renforcer la supervision	Partiellement réalisé. Une réunion de plaidoyer auprès du Gouvernement a été organisée en septembre 2015 (Ministres de la Santé, des Finances et des Affaires Sociales). Toutefois, celle du CNT n'a pu être organisée faute de non disponibilité des membres du CNT (3 reports). -Projet d'intégration de 135 personnels de santé approuvé par le Conseil des Ministres. Ce projet d'arrêté d'intégration validé et transmis au Ministère de la Fonction Publique. La mise en œuvre a accusé un retard important à cause de la fin de la transition/ changement du Gouvernement - Par rapport à la mise à disposition des véhicules, 31 ont été commandés sur le budget de l'UE (renforcement institutionnel) et en cours de livraison au niveau central. Il est prévu que ces véhicules soient déployés au niveau des districts sanitaires d'ici le dernier trimestre 2016.
3. Recruter l'assistance technique (Unicef /OMS) en vue de renforcer la capacité en Ressources Humaines de la Direction de la Santé Communautaire	Non réalisé. Le processus de recrutement n'a pas été amorcé à cause du changement de leadership au niveau de la Direction de la Santé Communautaire.
4. Renforcer les activités de supervision à tous les niveaux	Réalisé. Sur les fonds GAVI RSS1, deux missions de supervision du niveau central vers les districts et formations sanitaires ont été réalisées. Par ailleurs, dans les 3 régions cibles, 10 districts ont aussi effectués des supervisions au niveau des FOSA, se focalisant sur les FOSA à faible performance. Il faut noter que la mission AMP-GAVI a aussi effectué des missions de supervision dans 10 districts du projet.

5. Rehausser le niveau de salaire proposé au personnel à recruter	Réalisé. En vue de rehausser le niveau de salaire, 35 agents qualifiés ont été recrutés et rémunérés au lieu de 45.
6. Définir et appliquer les critères de motivation du personnel déjà en place	Non Réalisée mais des sommes forfaitaires ont été données aux Equipes Cadres Régionales et de Districts pour les motiver.
7. Utiliser les mécanismes alternatifs pour le transfert des fonds du niveau central vers les niveaux décentralisés	Quelques mécanismes tels le canal de procure professionnelle ainsi que les opérateurs économiques locaux ont été utilisés pour le transfert des fonds aux régions et districts sanitaires. Cependant, le problème des transferts demeure entier.
8. Approuver la Proposition RSS-RCA 2016-2018	Réalisé. La proposition RSS2 a été recommandée pour approbation avec éclaircissements par le CEI en juin 2015. Toutefois, elle doit être révisée et adaptée au contexte actuel pour l'approbation finale.
9. Accélérer le processus de mise à disposition des fonds du RSS2 dès approbation par GAVI	En attente car la relecture et l'adaptation au contexte actuel a été reportée en 2016.
10. Evaluer les besoins en formation (management, gestion de la chaîne du froid, gestion des vaccins, communication, vaccination en pratique, gestion des données etc.) du personnel à tous les niveaux et élaborer un plan de formation adapté	Non réalisée. Plan de formation prévu en 2016
11. Mettre en œuvre la formation planifiée des équipes cadres des districts en gestion	Non réalisée. Toutefois, les modules sont en cours d'adaptation selon le contexte. Un besoin d'assistance technique est nécessaire.
12. Actualiser l'inventaire et le plan de réhabilitation de la chaîne du froid	Non réalisée, reportée en 2016
13. Réaliser l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins	En cours depuis le 19 mai 2016
14. Créer une section communication au sein de la direction du PEV/Affecter un point focal à la DSEIV	Non réalisé. Il faut signaler que cette recommandation a été reconduite depuis plusieurs évaluations sans suite.
15. Assurer le plaidoyer auprès des autorités pour augmenter le montant du versement hebdomadaire effectué par le gouvernement au profit du PEV pour le financement des vaccins	Partiellement réalisé mais sans l'impact escompté. Le plaidoyer a abouti à une augmentation d'un montant de CFA 3,326,923 en 2015. Cependant, en 2016, pour des raisons de difficultés de trésorerie, ce montant a été réduit à l'ancien montant de CFA 2,000,000. Il faut noter que depuis le début de l'année 2016, seul un versement hebdomadaire a été effectué sur les 22 attendus à ce jour.
16. Organiser la revue du PEV couplée à l'enquête de couverture vaccinale	Non réalisée.

5. BESOINS NATIONAUX PRIORITAIRES³

N°	Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?
1	Gouvernance - Renforcer la capacité de coordination et de gestion de projets du DSEIV et de la DEP	Octobre 2016	1 assistant technique résidentiel à la DSEIV 1 assistant technique résidentiel à la DEP
2	Renforcement des capacités des équipes cadre du niveau central Régional et Districts : -Elaborer une cartographie du soutien prévu dans le cadre des projets Békou et BM pour identifier les gaps - Combler les gaps pour la motivation (recrutement), la formation, et les fonds de fonctionnement pour une bonne mise en œuvre du programme, y compris : <ul style="list-style-type: none">• Former les ECR/D en gestion du PEV (cours MLM et GEV)• Définir clairement le modèle et les critères de motivation du niveau central, des ECR/D et les personnels PEV des FOSA avant tout décaissement	Cartographie Juillet 2016 Appui aux équipes septembre 2016 – Février 2017 Décembre 2016	Déjà prévu par la BM/Fonds Békou A définir en fonction des besoins identifiés pour les volets RH et formation Staff OMS et Unicef et 1 consultant OMS pour 15 jours
3	Promotion de la demande - Développer un plan stratégique national et des plans opérationnels des régions et districts pour la promotion de la demande basée sur une analyse situationnelle, y compris une enquête CAP et une étude sur la fonctionnalité des relais communautaires - Mettre en place un staff (Ressources Humaines) pour la coordination, le suivi, et la mise en œuvre de la stratégie et des plans opérationnels au niveau central et régional	Analyse situationnelle Octobre 2016 Stratégie et plans opérationnels en 2016	1 consultant 3 mois (UNICEF) pour l'analyse de situation, une étude formative et le plan stratégique. 1 consultant 6 mois (OMS) Appui technique staff OMS/UNICEF
4	Implication de la communauté - Renouveler et rendre opérationnels les COGES - Soutenir les réunions au niveau des régions, districts et communes des organes SSP comme première étape pour une redynamisation de la stratégie de SSP/IB	Février 2016 Août 2016	Staff qualifié en santé publique
5	Chaine d'approvisionnement (CA) -Réaliser les études nécessaires pour la proposition à la plateforme CCEOP : <ul style="list-style-type: none">• modelage HERMES• inventaire• plan de réhabilitation	Octobre 2016 Septembre 2016 Novembre 2016	Consultant 8 semaines de formation en HERMES Autres : déjà prévus dans le PEF 2016

³Suivra ensuite le processus de planification, ainsi des discussions concernant l'assistance technique – des indications détaillées au sujet de ce processus seront disponibles en mai 2016.

N°	Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?
	<ul style="list-style-type: none"> plan de maintenance 	Novembre 2016	
6	CA -Réhabiliter les entrepôts du PEV (toiture, étagères, transport/élévation, etc.) ⁴	Juillet /août 2016	Non
7	Chaîne de froid Logistique (CCL) -Accélérer le processus d'installation des réfrigérateurs solaires pré-positionnés	Quatrième trimestre 2016 (Octobre – Décembre 2016)	Non
8	SIS -Adapter les outils SNIS de collecte et transmission des données Former le staff sur les nouveaux outils	Décembre 2016 1 ^{er} trimestre 2017	1 Consultant 2 mois (OMS) PEF 2017 (OMS)
9	Prestation de services -Former le personnel des centres PEV en pratique quotidienne PEV -Renforcer la collaboration avec les ONGs dans la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles -Doter les FOSA des moyens logistiques (roulants, CDF, autres) pour la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles	1 ^{er} trimestre 2017 Août 2016 Juillet 2016 1 ^{er} trimestre 2017	PEF OMS 2017
10	Ressources Humaines -Assurer la continuité de l'assistance technique fournie à la DSEIV par l'OMS et financée actuellement par le programme Polio (4 staff au bureau pays OMS de RCA- 3 nationaux et 1 international)	Activité en cours	A discuter
11	Suivi-évaluation - Revue externe du PEV et enquête de couverture vaccinale -Mettre en place un mécanisme de suivi des performances des composantes d'appui de GAVI (nouveaux vaccins, RSS, PEF, plateforme, chaîne de froid etc)	2 ^{ème} trimestre 2017	4 consultants internationaux (PEF/OMS/UNICEF 2017 – revue du programme, enquête) 30 consultants nationaux pour 1 mois (enquête)
12	OSC (Organisation de la Société Civile) - Mettre en place une plateforme nationale des OSC pour la vaccination	Dès que possible. Retards accusés	Cette activité est déjà financée par Gavi au travers d'un contrat avec REPAOC. Une relance auprès de REPAOC s'avère nécessaire.
12	Financement : Assurer le plaidoyer pour le paiement régulier des fonds pour le cofinancement des vaccins par le MSHPP auprès du Ministère des Finances et du Parlement, etc.	Juillet 2016	Assistance technique Gavi, OMS et Unicef

⁴ Avant toute réhabilitation, une évaluation des besoins réels devra être faite. Il apparaît, suite à la visite par la mission Alliance Gavi en juin dernier que les moyens de transport pour l'approvisionnement des districts sont une urgence absolue.

6. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS

<p>Description succincte de la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée</p>	<p>Une réunion du CCIA pour la validation du rapport de l'évaluation conjointe GAVI 2015-début 2016 présidée par Madame le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population, Dr Fernande DJENGBOT, s'est déroulée le 1^{er} Juillet 2016 de 10h à 13h dans la salle de réunion de l'OMS.</p> <p>Elle a regroupé les cadres du département de la santé, les partenaires techniques financiers (OMS, UNICEF), les représentants des autres départements ministériels (Plan, Finances, Intérieur et Affaires Sociales) ainsi que les ONG nationales et internationales (ACAMS, PU-AMI, SAVE THE CHILDREN, IMC, MSF Belgique). L'Institut Pasteur de Bangui était aussi représenté.</p> <p>Au cours de cette session, le rapport de l'évaluation conjointe GAVI 2015 et la feuille de route RSS1 des Activités de vaccination de juillet à décembre 2016 ont été présentés par le Directeur de la Surveillance Intégrée et de la Vaccination (D SEIV) avec les principaux constats et recommandations retenus à l'issue des travaux.</p> <p>Après les discussions et les éléments de clarification apportés, le rapport a été approuvé avec amendements.</p> <p>Les points de discussions évoqués à la suite de la présentation des conclusions de l'évaluation conjointe concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nécessité de doter les directions techniques et les formations sanitaires en ressources humaines et les motiver à travers la contractualisation ; - Le Renforcement de la décentralisation afin de favoriser l'opérationnalisation des districts avec l'implication effective des directions régionales ; - La nécessité d'augmenter la part de l'Etat dans le financement de la vaccination ; - L'implication de la société civile dans la mobilisation communautaire pour renforcer l'utilisation des services de vaccination ; - l'insuffisance des équipements de la chaîne de froid. <p>En conclusion, l'accent est mis sur l'importance de d'apporter une réponse aux besoins en assistance technique en collaboration avec les autres partenaires techniques et financiers. Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population, présidente de la séance a saisi cette opportunité pour remercier tous les acteurs du processus et particulièrement les partenaires pour leur contribution.</p>
<p>Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation conjointe aux membres de l'instance de coordination nationale</p>	<p>-Appuyer en ressources humaines au sein de la DEP par le détachement de compétences nationales provenant des Ministère des Finances et du Plan avec une implication financière de GAVI concernant leur motivation</p> <p>-Assurer le continuum de l'assistance technique apportée par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre du PEF en cours</p>

<p>Commentaires additionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Partenaires de Gavi • Gestionnaires de Programmes Pays 	<p>Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population : Le Ministère s'engage à renforcer le plaidoyer auprès du Ministère des finances et du budget pour augmenter la part de l'Etat dans le financement de la vaccination.</p> <p>Les Partenaires Techniques et Financiers : Ils s'engagent à apporter un appui financier et technique aux interventions du RSS et du PEV et ainsi accompagner la RCA dans l'atteinte des objectifs fixés. Il est fortement recommandé d'utiliser les approches intégrées pour optimiser l'utilisation des ressources.</p>
---	--

7. ANNEXES

Annexe A. Description du processus de l'évaluation conjointe :

L'évaluation conjointe s'est déroulée du 15 au 21 juin 2016 précédée d'une phase préparatoire.

Des équipes du Secrétariat de Gavi, de l'OMS (Siege et IST) et de l'UNICEF (région) sont venus en appui des bureaux pays. Ce fort appui externe et supplémentaire fut nécessaire et utile à la réflexion, et fut grandement apprécié.

Phase préparatoire

Pendant cette phase, une équipe technique restreinte chargée de préparer le processus a été mise en place. Elle était constituée des acteurs techniques et des partenaires techniques financiers qui ont exécuté les principales activités/tâches suivantes :

- Constitution et partage de la base documentaire de l'évaluation ;
- Elaboration de l'agenda de l'évaluation ;
- Elaboration et transmission des courriers à tous les partenaires impliqués ;
- Organisation des réunions préparatoires ;
- Préparation technique et administrative de l'atelier ;
- Analyse situationnelle de base des programmes RSS, SSV et SNV.

L'équipe technique a eu à exploiter un ensemble de documents principaux, notamment les propositions approuvées, les plans pluriannuels complets, le rapport de situation annuelle 2015, le rapport d'évaluation 2014-2015 ainsi que les rapports financiers et d'autres documents complémentaires.

Evaluation proprement dite

La mission d'évaluation s'est déroulée du 15 au 21 juin 2016. Quant à l'évaluation proprement dite, elle s'est déroulée pendant les 3 premiers jours sanctionnée par un draft de rapport et une feuille de route accélérée pour l'utilisation du reliquat des fonds RSS1.

La seconde partie de l'atelier a été consacrée à la relecture du RSS2 qui s'est soldée par une feuille de route stipulant les prochaines étapes pour finaliser le plan d'action et budget du RSS2.

En marge de l'atelier, des rencontres avec les autorités politico-administratives, les partenaires bi et multilatéraux et les ONG ont été organisées.