

1. Brève description du processus

L'évaluation conjointe a été lancée pendant une mission GAVI au Togo durant la semaine du 11 mai 2014. Une équipe conjointe de la DEPI, de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UONGTO en collaboration avec la responsable pays de GAVI. Les échanges se sont poursuivis à distance du 28 mai au 6 juin entre l'équipe au niveau du pays et la responsable pays avec les contributions des autres partenaires dans le pays. Le rapport a ensuite été partagé avec les partenaires au niveau régional afin d'obtenir leurs contributions. Le 2 juillet 2014, une téléconférence avec l'OMS/IST, UNICEF Bureau Régional, DEPI/Togo, l'OMS/Togo, l'UNICEF/Togo, l'UONGTO et le GAVI Secrétariat a eu lieu pour finaliser l'évaluation conjointe. Chaque participant a indiqué son accord avec le contenu de l'évaluation conjointe ci-dessous.

2. Réalisations et contraintes

Le Togo reçoit actuellement un soutien de GAVI pour le penta et la fièvre jaune ainsi que pour le RSS. Le pays a une couverture vaccinale relativement élevée. Pourtant, pendant les deux dernières années, cette couverture est à la baisse : Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture du Penta3 était de 92% en 2011 et 84% en 2012 et 2013. Les données administratives du pays indiquent 87% pour Penta3 alors que l'objectif était de 98%.

Les raisons de cette baisse drastique sont les suivantes :

- Déficit de financement du PEV : une seule région (Plateaux) a eu un financement pour la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) au dernier trimestre 2013, à travers des fonds RSS/GAVI. Depuis plus de 3 ans, le pays n'a plus reçu de financement de soutien aux services de vaccination (SSV) et l'état n'a pas alloué de budget pour les activités de vaccination au niveau district.
- Insuffisance de la logistique roulante (y inclus l'insuffisance de carburant) pour la stratégie avancée : par conséquent les populations marginalisées et difficiles d'accès ne sont pas suffisamment desservies. Un inventaire de la logistique roulante a été faite. A partir de cet inventaire, la DEPI va évaluer les besoins en logistique roulante qui seront pris en compte par la prochaine soumission RSS afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie avancée.
- Insuffisance de la chaîne de froid : 113 formations sanitaires sur 670, ne disposent pas de réfrigérateurs, 19% du matériel de chaîne de froide sont vétustes (âge supérieur à 10 ans). Impact : Perte de temps pour la recherche des vaccins dans les Formations Sanitaires voisines, diminution du nombre de séances de vaccination, beaucoup d'occasions manquées.
- Insuffisance de ressources humaines : Plus de 50% des vaccinateurs ne sont pas formés en PEV à cause de l'insuffisance du financement. Depuis 2008 du personnel nouveau a été recrutés et affecté dans les formations sanitaires. La formation de base en PEV n'est pas suffisante pour gérer le programme au niveau opérationnel. Une formation en gestion du PEV, chaîne du froid, etc. est toujours nécessaire pour ces nouveaux agents.
- Depuis 2012, le financement pour une supervision formative régulière n'est pas suffisant. Pour cette raison, seulement un tour de supervision a eu lieu en 2013.
- Non maîtrise de la population cible : Le recensement de 2010 ne donne pas les chiffres corrects par rapport à la population cible. Selon le RSA 2013, en 2010, le Togo a organisé un recensement général de la population et de l'habitat dont les résultats officiels définitifs ont été publiés en fin 2011. Une nouvelle projection des populations a été effectuée par le Ministère de la Santé sur la base de ces résultats en attendant les projections du Ministère en charge des statistiques.

Ce sont les projections du Ministère de la santé à partir des données globales du recensement qui ont été envoyées précédemment à GAVI. En 2014, la population totale affichée par la direction nationale des statistiques (6 809000) est légèrement supérieure à celle estimée par le Ministère de la santé (6758311). En appliquant la proportion de naissance de 4,50 % à cette population, on a 306405 naissances vivantes au lieu de 304124 naissances vivantes tel qu'indiqué dans le présent rapport.

En termes de taux d'abandon et de taux de perte, les objectifs de 2013 ont été atteints : Le taux d'abandon en 2013 est de 5% contre un objectif de moins de 10%.

Il faut noter que le PAO 2014 a tenu compte des faiblesses sus évoquées principalement à travers :

- Les stratégies de plaidoyer pour mobiliser les ressources financières humaines et matérielles pour la mise en œuvre de toutes les composantes de l'ACD.
- Le renforcement de l'équipement de la chaîne du froid dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins
- Le renforcement des capacités par la formation en maintenance préventive et curative de la chaîne du froid l'équipement de la chaîne du froid dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins
- La réalisation du DQS pour améliorer la qualité des données

Le RSS de GAVI contribue en partie à surmonter les obstacles grâce au recrutement du personnel dans les districts ciblés par le soutien, par l'achat du matériel roulant : 10 véhicules 4X4, 75 motos, 420 vélos (500 000 USD) et par la supervision intégrée dans 25 districts sur 40. D'autre part le financement RSS ne couvre pas certaines composantes de l'approche ACD notamment les stratégies avancées, ou le monitoring.

La mise en œuvre des activités RSS a observé des retards en 2013 et n'a pas eu d'impact sur la vaccination pendant cette période. Ce retard est lié aux procédures de la passation des marchés. Les différentes étapes de la procédure de passation de marchés ne sont pas pour le moment maîtrisées par les différents acteurs. C'est cela qui est à l'origine des retards.

Tableau1 : Délais de la passation au marché

ETAPES	NOMBRE DE JOURS
Préparation du dossier d'appel d'offre	Sans délais
Examen du dossier par la DNCMP et avis de non objection	15
Publication dans le journal officiel et invitation à la soumission	7
Ouverture des offres	30
Evaluation des offres	30
Examen du rapport de l'évaluation par la DNCMP et avis de non objection	15
Signature du contrat	21
Délai d'exécution	Variable selon la nature du marché

Les outils de gestion de la vaccination prennent en compte les données sexospécifiques. Il n'y a pas d'écarts significatifs dans les couvertures vaccinales par sexe. En 2013, 51 % des enfants vaccinés sont des garçons et 49% sont des filles. Ces proportions correspondent à la répartition des filles et des garçons dans la population générale des moins d'un an.

Les autres aspects liés à l'équité notamment handicap, minorité, l'appartenance religieuse ou niveau de l'éducation de la mère ne sont pas évalués. Le rapport de l'EDS 2013 sera disponible en Q3 2014 qui fournira des données sur l'équité. Une étude documentaire est prévue à cet effet pour cette année.

3. Gouvernance

Il y a 3 réunions de CCIA et 5 réunions de CCSS et les sujets débattus sont les événements majeurs, la recherche de partenariat, validation des rapports. Les partenaires impliqués dans le PEV siègent à la fois dans le CCIA et CCSS. Les réunions sont convoquées et dirigées par le Ministre de la santé.

La mobilisation des membres de CCSS est difficile du fait de sa composition (beaucoup de partenaires à mobiliser) du fait que le CCSS a pu se tenir 5 fois sur 4 programmés, nous estimons que les membres se réunissent assez fréquemment. Cependant, il est à noter qu'à cause de l'effectif élevé des membres du CCSS, la totalité des membres ne participent pas à chaque réunion.

Les comptes rendus émettent des recommandations claires suivies d'un plan de mise en œuvre. Les membres s'acquittent de leur mandat.

Les régions (provinces) ne sont pas représentées dans les réunions de CCIA, CCSS au niveau national toutefois il existe des CCSS au niveau région mais qui ne sont pas toujours fonctionnel. La composition du CCIA ne prend pas en compte le niveau district et région, le CCIA/CCSS est un organe qui est au niveau national. Les OSC y participent activement. Certains aspects des opinions des régions et districts sont pris en compte au cours des réunions avec les membres du CCIA technique (CCSS).

4. Gestion des programmes

Il existe un plan d'action annuel 2014 pour le PEV. Les objectifs sont fixés en tenant compte de la performance de l'année précédente :

Le système d'information sanitaire est en mesure de fournir des données de qualité pour la prise de décision ; les ressources humaines en santé sont en adéquation avec les normes pour assurer la mise en œuvre des soins de santé essentielle ; l'accès aux services essentiels des populations notamment les plus vulnérables est garanti.

Les principaux objectifs sont :

1. Accroître la couverture vaccinale au plan national chez les enfants
2. Accroître la couverture vaccinale à au moins 80% dans chaque district
3. Atteindre les cibles mondiales/régionales des indicateurs de performance de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination à l'échelle national

Ce plan ne prend pas en compte les activités des districts (stratégies avancée, mobilisation sociale) pour éviter les doublons. Chaque district a un plan opérationnel qui prend en compte l'ACD. Mais l'insuffisance de financement de l'approche atteindre chaque district depuis 2011, a eu des effets néfastes sur :

- L'organisation des stratégies avancées. Celles-ci permettent de vacciner un nombre important d'enfants dans les villages reculés et les hameaux, ce nombre pouvant dépasser les 30 % de la cible.
- La motivation des Agents de santé communautaire qui participent avec la formation sanitaire, à la planification des stratégies avancées, aux négociations des calendriers de passages dans les communautés et à la recherche des perdus de vue.

Les PAO des districts sont communiqués à tous les programmes notamment au PEV pour mobiliser les fonds. Le niveau district mobilise les fonds des comités de gestion au niveau local, des partenaires locaux (Plan Togo dans la région centrale et dans le district de l'Est mono), les parlementaires, les associations et ONG. Ce financement est faible par rapport aux besoins des districts.

Les ressources nationales sont allouées chaque année au PEV par le ministère des finances selon les besoins exprimés par le PEV et les disponibilités financières de l'Etat. Ces ressources ne concernent que les fonds destinés à l'achat des vaccins et au cofinancement des nouveaux vaccins. Cependant il y a un plaidoyer permanent qui est engagé entre les ministères de la santé et des finances pour les décaissements du budget alloué, et financements ponctuels de nouvelles interventions et pour une éventuelle augmentation du budget alloué aux vaccins.

Le plan d'action annuel est examiné au CCIA lors de la validation du Rapport Annuel de Situation. Le PPAC 2011-2015 a été adopté et validé au cours d'une réunion du CCIA. Cependant, les plans qui en découlent ne sont pas systématiquement discutés chaque année au CCIA. Il faut noter que le PAO 2014 n'a pas été discuté au CCIA.

Le formulaire du RSA intègre les indicateurs de performances de GAVI pour l'année précédente, de l'année en cours et des années futures.

Pour le PEV les activités qui sont mises en œuvre ne respectent pas toujours ni le chronogramme établi, ni le budget à cause de l'insuffisance de financement et des interférences des autres activités. A partir de 2014 les contraintes liées aux procédures de décaissement de fonds vont constituer d'autres obstacles à la mise en œuvre des activités. Il est donc nécessaire d'alléger ces procédures en particulier les critères d'attribution des marchés (Exemple augmentation du montant exigé pour les appels d'offre, accélération des procédures de passation de marchés). C'est uniquement un plaidoyer en direction du Ministère des finances. Pour les autres modalités de soutien notamment le RSS le problème de ponctualité se pose surtout au niveau de la passation des marchés.

En général, il faudra noter que le budget actuel de l'état ne couvre que les vaccins traditionnels et le co-financement des nouveaux vaccins, mais pas les activités du programme de vaccination de routine.

5. Réalisation des programmes

La dernière GEV a été réalisée en avril 2011 et la prochaine sera réalisée en 2015. L'évaluation de 2011 a identifié des limitations de capacité de stock à tous les niveaux et pour des vaccins et pour les diluants et consommables. La maintenance de l'équipement est aussi limitée, beaucoup d'équipement étant en panne. La plupart des catégories ont reçu des résultats en dessous 80%, surtout au niveau régional et district.

Les recommandations de la gestion de PEV sont seulement partiellement appliquées à cause du manque de financement:

L'insuffisance des capacités de stockage due au plan de réhabilitation de la chaîne de froid est partiellement mise en œuvre.

Il y a eu une évaluation du plan d'amélioration de la GEV en 2013. Les réalisations faites sont :

- l'installation des dispositifs d'enregistrement continu de températures (pastilles) au niveau national et des régions,
- la maintenance de l'équipement de la CDF,
- la procédure d'enregistrement des vaccins endommagés,
- la formation sur la gestion des vaccins et l'utilisation de SMT,
- l'utilisation de SMT parallèles aux outils manuels de gestion,
- la mise en place des groupes électrogènes dans les dépôts régionaux,
- la mise en place d'un système de gestion de déchets opérationnel avec la mise en place des circuits et des sites d'élimination.

Toutefois le renouvellement de l'équipement de la chaîne du froid, l'étude de suivi de température au niveau national, l'acquisition des nouvelles chambres froides, ne sont pas réalisés faute de financement. L'élaboration du manuel de procédures de gestion des vaccins reste également à réaliser. Le RSS de GAVI pourrait contribuer à l'amélioration des activités de la GEV sur la base de la nouvelle soumission.

Dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins PCV et Rota, le Ministère de la santé a préparé une requête pour deux chambres froides de 10 et 40m³ et de 10 TCW3000. Cette requête doit encore être validée par le CCIA.

Un inventaire de la chaîne du froid qui a été effectué en 2013 servira comme base pour cette demande.

Il y a eu rupture des vaccins (VPO et VAR) pendant 60 jours. L'une des raisons de cette rupture est que les fonds de l'Etat n'ont pas été disposés à temps à Copenhague. Une autre raison de cette rupture est qu'il y a eu panne de la chambre froide négative. Ce qui a obligé le pays à déplacer les VPO dans la chambre positive et dans ce cas selon les directives ces vaccins décongelés ne pouvaient plus être utilisés après 6 mois même si la PCV est bonne. Ce sont ces directives que le PEV a appliquées qui ont fait que malgré la disponibilité d'une bonne PCV ce vaccin n'a plus été utilisé. En outre, si le plan d'approvisionnement était respecté on n'aurait pas eu de rupture.

Il faut aussi noter la rupture des consommables (seringue BCG, boîtes de sécurité, seringue de dilution). Ces consommables sont retenus au port pour faute de dédouanement. En effet ces consommables ont été envoyés au pays plus de 10 mois qui n'a pas pu les enlever à temps entraînant ainsi une augmentation des surestaries qui ne sont pas payées jusqu'à ce jour.

Pour corriger ces phénomènes, il est proposé de solliciter l'avis des partenaires pour le recrutement d'un transitaire local au niveau du programme pour s'occuper des procédures d'enlèvement ou demander au ministère d'affecter un transitaire au niveau du programme .

Il sera important de faire un plaidoyer pour que l'Etat positionne à temps les fonds requis pour l'achat des vaccins à Copenhague et de faire le suivi du positionnement des fonds requis pour l'achat des vaccins et consommables.

Toutes les campagnes de 2013 n'ont pas respecté le chronogramme établi pour raison de chevauchement des activités et pour l'insuffisance de ressources planifiées pour couvrir tout le pays : deux tours de VPO ont été réalisés, mais une campagne rougeole n'a pas été exécutée en totalité.

Pour l'introduction des nouveaux vaccins en 2014, il ya un retard dans la mise en œuvre des activités de préparation liée au chevauchement des activités ainsi qu'à l'enregistrement des vaccins, lenteur dans les procédures de passation de marché. Pour remédier à ces problèmes il faut alléger les procédures de passation de marché. En outre l'apparition de la fièvre Ebola en Guinée, a mobilisé les équipes du Togo, pour définir et appliquer les stratégies de lutte. Une campagne de lutte contre les maladies tropicales négligées a aussi mobilisé toutes les ECD/ECR pendant un mois (avril – mai) rendant impossible, toute formation dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins.

6. Qualité des données

Il y a des inquiétudes par rapport aux données démographiques à cause des proportions des cibles du PEV issues du dernier recensement qui ne correspondent pas aux réalités du terrain. Les proportions ont été réajustées suite au monitoring, en tenant compte des réalités du terrain (utilisation du nouveau taux de mortalité infantile obtenu en MICS 04).

Les données administratives et les estimations de l'OMS/l'UNICEF se sont approché depuis 2011.

L'enquête MICS fait en 2010 est la dernière enquête en date. Pour améliorer la qualité des données, le DQS a été introduit dans le système de monitoring depuis 2011. Depuis lors les districts réalisent régulièrement le DQS pour améliorer la qualité des données et le système de rapportage.

Le processus d'introduction du DQS n'a pas respecté le chronogramme préétabli. Mais au final toutes les activités prévues ont été toutes réalisées. Le financement du processus d'introduction du DQS a nécessité beaucoup plus de ressources que prévues. Le rapport DQS 2013 n'est pas encore disponible.

L'enquête SARA de 2012 au Togo montre que pour le DTC3 le facteur de vérification des données (VF) est de 0,836 ce qui signifie qu'il y a un sur-rapportage de près de 20% des données des DTC3 au niveau des formations sanitaires enquêtées.

Le DQS est entré progressivement dans la routine au niveau district depuis 2012. Et en 2014, lors des réunions de monitoring les districts vont présenter les résultats de DQS.

7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

La vaccination de routine, les campagnes de vaccination antipolio et la surveillance des PFA font partie intégrante d'un même plan opérationnel.

Toutes les équipes cadre de région et district ont été formés sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination (y compris la surveillance polio) en 2011. Les districts et les régions disposent d'un guide de surveillance des maladies, les fiches techniques de surveillances sont disponibles au niveau des USP.

Les points focaux PEV et surveillance sont polyvalents (disposent des connaissances en PEV et surveillance). Les points focaux surveillance font partie des superviseurs d'équipes de vaccination au niveau du district.

Il y a pas eu de cas de district à risque élevé de poliomyélite. Le dernier cas de Polio au Togo remonte à mars 2009. Le Togo a prévu d'introduire le VPI en 2015.

Le Togo en 2013 n'a pas eu des districts à haut risque à la poliomyélite.

8. Renforcement des systèmes de santé

Le total des fonds RSS engagé pour le Togo est de 4,947,500 US\$. La proposition était prévue d'être mise en œuvre de 2010 à 2013. Mais à cause des retards dans le décaissement, la mise en œuvre a commencé seulement fin 2011. Un total de 2,425,000 US\$ ont été décaissés (dont 1,224,500 US\$ en 2013). 1,249,000 US\$ ont été approuvés mais pas encore décaissés. 1,273,500 US\$ ont été engagés mais pas encore approuvés. La fin des fonds RSS est prévue pour Décembre 2015.

Les objectifs des activités RSS sont les suivants :

1. Accroître au minimum à 80% la couverture en services essentiels intégrés et rationalisés dans les 21 districts sanitaires présentant une faible couverture de vaccination
2. Augmenter au moins à 90% des femmes et des enfants de moins de cinq ans à des prestations de soins essentiels de qualité dans les 21 districts ayant une faible couverture de vaccination d'ici 2013

La mise en œuvre a connu un an de retard (début des activités en 2012 au lieu de 2011 initialement prévue). En 2012 les activités ont été mises en œuvre selon la programmation. En 2013 les activités ont porté essentiellement sur les infrastructures et ont souffert de la lenteur des procédures de passation des marchés.

En guise de mesures correctives le plaidoyer sera renforcé. Il y a lieu de lancer à temps les procédures de consultation pour les différents marchés.

Contrairement en 2012 on n'est pas satisfait en 2013, les recrutements et les constructions sont en cours et les couvertures vaccinales ne sont pas atteintes. Les retards dans le recrutement sont liés au fait que ce processus a coïncidé avec le concours de recrutement des agents de la santé par l'Etat dont les résultats sont toujours en attente. Les retards dans les constructions sont liés à la lenteur de la procédure de passation au marché, ainsi que le fait que le budget prévu n'a pu couvrir seulement 5 USP (Unité de Santé Périphérie) sur 6.

Afin d'inverser la tendance de la couverture vaccinale, il faut améliorer la programmation des formations, accélérer le processus de recrutement et renforcer le financement de l'approche ACD (plaidoyer auprès de gouvernement, des bailleurs et des partenaires). Globalement, il faut noter que la proposition de RSS Togo date de 2009, il y a donc des retards importants dans la mise en œuvre. En général, le programme RSS contribue à la motivation du personnel grâce à la dotation des motos pour les stratégies avancées et la supervision ainsi que les constructions et la réhabilitation des logements de fonction.

Les réunions trimestrielles n'ont pas eu lieu pour des raisons de conflits de calendrier par contre les réunions annuelles sont réalisées. A partir du 2ème semestre 2014 une meilleure programmation des réunions trimestrielles sera faite.

Le rapport donne des informations sur 6 indicateurs d'impact et 5 indicateurs de résultat. La demande RSS propose 9 indicateurs d'impact et 6 indicateurs de résultat. Pour quelques indicateurs seulement des données de 2012 sont disponibles. Il n'y a pas eu des activités d'évaluation et suivi. Jusqu'à 2012 on observe un développement positif par rapport aux données de base de 2007/2008. Par contre, entre 2012 et 2013 la performance se détériore.

La société civile, notamment UONGTO, participe activement à la mise en œuvre du RSS. En 2013 UONGTO n'a pas reçu de financement de GAVI, mais il restait encore 81558 US\$ à leur disposition depuis 2012. Sur ce montant 60180 US\$ ont été dépensés en 2013.

60% des activités programmées ont été réalisées. Il y a une absence de reporting pour capitaliser les activités réalisées au niveau opérationnel. L'implication des OSC dans la vaccination a permis de récupérer certains enfants. Au niveau opérationnel la collaboration entre les OSC et les districts est encore faible. Ceci est dû au fait que le choix des ONG ne s'est pas fait avec les districts.

Par rapport au plan de travail le contenu n'est pas connu par des districts.

Pour les années à venir il faut améliorer la collaboration entre les OSC et les districts, partager les PTA des OSC pour éviter les doublons.

Pour l'identification des OSC le processus ne pose pas de problème. Néanmoins il y a certains OSC qui opèrent dans des zones sanitaires qu'ils ne maîtrisent pas. Les responsables des districts ne sont pas toujours impliqués à toutes les étapes de recrutement des OSC.

Le pays est d'accord avec les futures activités de RSS proposé. Mais la prochaine soumission tiendra compte des activités de renforcement de la mise en œuvre de l'ACD et le renforcement de la chaîne de froid.

Il n'y aura pas de reprogrammation du RSS. Mais il est prévu de réallouer 15% des fonds à l'amélioration de la chaîne du froid.

Les chiffres de référence et les indicateurs de performance pour les subventions de RSS ont été définis et les rapports annuels évaluent le niveau des indicateurs contractuels.

Les objectifs futurs n'ont pas été révisés.

Le RSS de GAVI s'intègre bien dans le cadre global du renforcement du système de santé appuyé par les différents partenaires. Le Plan national de développement Sanitaire (PNDS), le COMPACT constituent les cadres de référence pour assurer la synergie des interventions et éviter les doublons. Le RSS de GAVI n'intègre pas un plan budgétisé pour l'entretien récurrent et le fonctionnement des équipements financés par le RSS. Néanmoins l'entretien récurrent et le fonctionnement est pris en compte par le budget de l'Etat.

9. Utilisation des subventions en espèces autres que pour le RSS de GAVI

Les activités (subvention de SSV, subvention aux OSC) mises en œuvre ne respectent pas toujours le chronogramme établi. Les subventions SSV issues des reliquats des récompenses de 2011 étant très faibles par rapport au budget annuel ont été utilisées pour certaines rubriques de ce budget. Comme mesures correctives la programmation, la budgétisation des activités seront améliorées en terme de précision. Le suivi évaluation se fera par un monitoring régulier du plan annuel.

Les fonds ont été utilisés aux fins prévues pour les subventions SSV et OSC :

La mise en œuvre de l'approche ACD, supervision, l'entretien de la chambre froide, l'équipement et l'entretien du matériel informatique et de la logistique roulante, parmi d'autres.

10. Gestion financière

Les rapports financiers sont présentés à temps mais les audits externes n'ont pas été réalisés selon les délais d'exécution. Les audits internes sont inexistantes. Ceci a pour conséquence que les prochaines tranches de RSS ne peuvent pas être décaissées par GAVI.

En termes de financement, il y a des différences entre les rapports sur l'utilisation des fonds RSS dans le RSA et le rapport financier :

	RSA	Rapport financier
Fonds reçu de GAVI en 2013	1224500 US\$	1224500 US\$
Solde reporté depuis l'année précédente	234073 US\$	507797 US\$
Total fonds disponibles en 2013	1458573 US\$	1667220 US\$

Dépense total en 2013	179628 US\$	424657 US\$
Solde reporté sur 2014	1252562 US\$	1278945 US\$
Taux d'exécution	12,32%	25,32%

En termes de financement, il y a des différences entre les rapports sur l'utilisation des fonds SSV dans le RSA et le rapport financier :

	RSA	Rapport financier
Fonds reçu de GAVI en 2013	0	0
Solde reporté depuis l'année précédente	138323 US\$	106168 US\$ (+ 30385 remboursement de l'emprunt)
Total fonds disponibles en 2013	138323 US\$	136552 US\$
Dépense total en 2013	113847 US\$	105303 US\$
Solde reporté sur 2014	24476 US\$	31249 US\$
Taux d'exécution	82%	77%

Ces différences sont liées au taux d'échange de dollars ainsi qu'au fait que des montants ont été engagés mais pas encore décaissés.

Les éclaircissements financiers du mois d'octobre 2012 concernant une somme de 10 012 300 F Cfa non budgétisé (non éligible) n'ont pas encore été envoyés à GAVI.

11. Objectifs du SVN

Le pays prévoit de vacciner 272,185 enfants avec Penta3, VPO3, rougeole première dose, en 2015, ce qui correspond à une couverture de 95%. Pour Penta3, le chiffre rapporté en 2013, était de 237,467 comparé à 2015, ce qui constitue une augmentation de 15%.

L'appui à la décision de vaccination établira les calculs de doses pour 2015 pour tous les programmes de SNV en utilisant les cibles approuvées (nombre d'enfants et pertes). Le nombre de doses à allouer (et prévues pour expédition) pour les programmes Pentavalent sont basées sur les cibles approuvées (2015), ainsi que les stocks d'entrée (janvier 2014), le plan d'expédition (2014) et les cibles de stocks de clôture (2015). Pour les autres programmes, une analyse du stock est entreprise pour déterminer le niveau effectif du stock qui devrait être déduit de l'allocation 2015. Les calculs pour les seringues et réceptacles de sécurité sont basés sur les calculs des doses. L'ensemble de ces actions est effectué en consultation avec Responsable du programme d'immunisation (dans le cas de changements significatifs) et le pays, et sont validés par le Responsable pays ou le Superviseur.

12. Financement et viabilité du PEV

Le budget de l'Etat consacré à l'achat des vaccins y compris le cofinancement est passé de 200 millions FCFA en 2003 à 400 millions FCFA en 2013 et à 495 000 000 FCFA en 2014 Il y a un besoin d'augmenter ce budget pour faire face à la pérennité de l'achat de vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins.

La ligne budgétaire doit inclure les vaccins traditionnels ainsi que les activités de mise en œuvre du PEV de routine.

Les ressources de l'Etat étant consacrées essentiellement à l'achat des vaccins, des consommables et le matériel la chaîne de froid ne sont pas transférées au niveau opérationnel. Toutefois le décret présidentiel de 1991 qui institue les comités de gestion des formations sanitaires autorise l'utilisation des fonds issus du recouvrement de coût pour financer les activités locales notamment le PEV.

Ici, il s'agit des fonds additionnels qui devraient compléter une ligne budgétaire sécurisée par l'état, prenant en compte des activités du PEV de routine.

Le soutien de GAVI en espèces et/ou le SVN a été inclus dans le budget du secteur de la santé.

13. Renewal Recommendations

Topic	Recommendation
[NVS or HSS]	Décaissement de la prochaine tranche RSS (1249000 US\$) quand un minimum de 2/3 des fonds qui sont actuellement au niveau pays sont utilisés et les rapports audit ont été soumis. L'approbation de renouvellement de Penta, Fièvre Jaune, Rota et PCV

14. Other Recommended Actions

Topic	Action Point	Responsible	Timeline
<i>Equité</i>	Planifier une étude sur l'équité dans les couvertures vaccinales; Etude documentaire	UNICEF	Début 2015
<i>Gestion financière</i>	Alléger le processus de passation des marchés : plaidoyer	CSO (AMP) DEPI	Décembre 2014
	Plaidoyer pour la mobilisation des fonds de l'Etat pour les activités de PEV de routine <ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser une ligne budgétaire pour les services de vaccination (SSV) :! stratégie ACD, etc. - Produire une note technique de plaidoyer ; - Accompagner DEPI à faire le plaidoyer à partir de cette note technique 	DEPI & Partenaires : Gouvernement DEPI Partenaires :OMS, UNICEF, etc.	Août 2014
	Plaidoyer : Le Gouvernement devra mettre en application les clauses de l'accord cadre de partenariat en rapport avec l'exonération des frais de douane et des taxes	DEPI	Août 2014
<i>Gestion financière</i>	Soumettre les rapports audit RSS 2012 & 2013	DEPI	Octobre 2014
<i>Gestion financière</i>	Soumettre les rapports audit SSV 2013	DEPI	Octobre 2014
<i>Gestion financière</i>	Envoyer à GAVI les éclaircissements financiers soulevé dans un courrier en octobre 2012 concernant une somme de 10 012 300 F Cfa non budgétisé (non éligible).		
<i>Gestion financière</i>	OSC type A : Envoyer à GAVI le relevé bancaire. Clarifier/corriger la différence de 1,000,000 FCFA entre les rapports sur l'utilisation des fonds dans le RSA et le rapport financier.	UONGTO/DEPI	September 2014
	Pays à clarifier – avec des pièces justificatives – les différences de 122,024,772 FCFA entre les rapports sur l'utilisation des fonds RSS dans le RSA et le rapport financier ; et de 4,956,223 FCFA entre le bilan de clôture rapporté dans le 2013 RSA et le rapport financier.	DEPI	September 2014
	Le plan d'action annuel doit être discuté et validé systématiquement par le CCIA et assurer l'harmonisation des plan des districts et plan d'action annuel PEV.	DEPI/ CCIA	On-going