



RAPPORT D'ÉVALUATION CONJOINTE

EDITION 2018



NOVEMBRE 2018

Table des matières

<i>Sigles et abréviations</i>	2
<i>Liste des tableaux</i>	4
<i>Liste des figures</i>	4
<i>Liste des annexes</i>	5
1. INFORMATIONS GENERALES	6
2. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION	6
3. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE	7
4. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION	8
5. FINANCEMENT DE LA VACCINATION	21
6. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI	24
7. BESOIN EN ASSISTANCE TECHNIQUE	34
8. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE	36
9. PLAN D'ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN RESSOURCES/SOUTIEN IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE	41
10. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES	44
11. ANNEXES :	45
Conformité avec les exigences de rapports de Gavi.	45
Liste des présences à l'évaluation conjointe	45
Rapport de l'Enquête équité	45
PV de la Réunion du CPSD avec liste de présence à cette réunion.	45

Sigles et abréviations

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACD: Atteindre chaque district

ACE: Atteindre chaque enfant

ASC: Agent de santé communautaire

AT: Assistance technique

AVS : Activité de vaccination supplémentaire

BCG: Bacille de Calmette et Guérin

BDS: Bureau du district sanitaire

BPS : Bureau de la province sanitaire

CDF: Chaîne de froid

CDS: Centre de santé

CPPS: Coordonnateur provincial de promotion de la santé

CPSD : Cadre de concertation des partenaires pour le développement

CRB : Croix rouge du Burundi

CTN-FBP: Cellule technique National pour le financement basé sur les performances

CV: Couverture vaccinale

DHIS 2: District Health information system, version 2

DPSHA: Département de Promotion de la Santé Hygiène et Assainissement

DSNIS: Direction du système national d'information sanitaire

DS : District sanitaire

DTC: Vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche

DTC4: Vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche, 4ème dose

DTP-HepB-Hib: Vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche, hépatite B et hémophilus influenza type b

EC: Evaluation conjointe

ECF: équipements de la chaîne de froid

ECV: enquête de couverture vaccinale

EDS: enquête démographique et de santé

EPI: Extended Program on Immunization

Gavi : Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation

GASC: Groupement d'agents de santé communautaire

GEV: Gestion efficace des vaccins

GTCV: Groupe technique consultatif pour la vaccination

GT: Groupe Thématique

HCR: Haut commissariat pour les réfugiés

HPV: Human papilloma virus

IST/CA : ISTEEBU: Institut des statistiques et d'études économiques du Burundi

MAPI: Manifestations adverses post immunisation

MCD: Médecin chef de district
Men A: Méningite à méningocoques de sérotype A
MEV: Maladies évitables par la vaccination
MLM: Middle level management
MoU: Memorandum of understanding
MSPLS: Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida
NA: Non applicable
ND: Non disponible
OMS: Organisation mondiale de la santé
ONG: organisation non gouvernementale
OSC: Organisation de la société civile
PAA : Plan annuel d'activités
PBF: Financement basé sur les performances
PCV-13: Vaccin contre le pneumocoque
PEF: Partners Engagement Framework
PEV: Programme élargi de vaccination
PFA: Paralysie flasque aiguë
PIB: Produit intérieur brut
PNLMTNC: Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées et la cécité
PNSR: Programme national de santé de la reproduction
POECF: Plateforme d'optimisation de la chaîne de froid
PPAC : Plan pluriannuel complet
PRONIANUT: Programme national intégré pour l'alimentation et la nutrition
PTF: Partenaires techniques et financier
RA: Ressources additionnelles
RAS: Rien à signaler
RGPH: Recensement général de la population et de l'habitat
RR: Vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole
RSS: Renforcement du système de santé
SAV: Semaine africaine de vaccination
SIS : Système d'information sanitaire
SSME: semaine santé mère-enfant
SVN: Soutien aux vaccins nouveaux
TCA: targeted country assistant
Td: Vaccin contre le tétanos et la diphtérie
TMN: Tétanos maternel et néonatal
TPFA_NP: Taux de paralysie flasque aiguë non polio
TPS : Technicien de promotion de la santé
UE: Union Européenne

UGP: Unité de gestion des Projets

UG RSS : Unité de gestion du programme de renforcement du système de santé

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USD: dollar américain

VAR: vaccin contre la rougeole

VAT: Vaccin contre le tétanos

VaRota: Vaccin contre la diarrhée à rotavirus

VPH: vaccine contre le papillomavirus humain

VPI : Vaccin contre la poliomyélite inactivé

VPO : Vaccin contre la poliomyélite oral

Liste des tableaux

Tableau N°1	Informations générales
Tableau N°2	Demande de renouvellement
Tableau N°3	Remarques sur la demande de vaccins
Tableau N°4	Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins
Tableau N°5	Enfants incomplètement vaccinés RR2 (effectif en chiffre absolu)
Tableau N°6	Enfant complètement vacciné avant la première anniversaire
Tableau N°7	Ressources humaines en santé selon les Normes
Tableau N°8	Financement de la santé selon les différents comptes nationaux Financement de la santé selon les différents comptes nationaux
Tableau N°9	Budget du MSPLS par rapport au Budget du Gouvernement et part du budget alloué à la vaccination dans le budget du MSPLS
Tableau N°10	Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues
Tableau N°11	Etat de mise en œuvre du soutien vaccin
Tableau N°12	Part des partenaires dans le budget FBP (Clinique, Centrale et communautaire)
Tableau N°13	Performance du soutien Gavi/RSS
Tableau N°14	Besoin en Assistance technique
Tableau N°15	Suivi des recommandations de l'EC Précédente
Tableau N°16	Résumé des résultats, des actions et des besoins en ressources/soutien identifiés
Tableau N°17	Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

Liste des figures

Figure 1	Evolution des couvertures vaccinales en pentavalent 3
Figure2	Evolution des couvertures vaccinales en RR1
Figure3	Evolution des couvertures vaccinales en RR2
Figure4	Evolution du Taux d'enfants complètement vaccinés
Figure5	Comparaison de la CV en pentavalent 3
Figure6	Couverture en penta 3 : 2015 ;2016 ;2017 et 2018
Figure7	Schématisation des facteurs expliquant la disparité des Couvertures vaccinales
Figure8	Nombre de districts rapportant ≤50; 50-79%, 80-89%, 90-94%, ≥95% en penta 3
Figure9	Evolution des taux d'abandon pour certains antigènes de 2014 à 2018

Figure10	Comparaison des besoins en vaccins et approvisionnement en vaccins au niveau périphérique : Cas du pentavalent
Figure11	Performance des DS dans la surveillance des PFA
Figure12	Part des partenaires dans budget FBP (Clinique, Centrale et communautaire)

Liste des annexes

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi.

Liste des présences à l'évaluation conjointe

Rapport de l'Enquête équité

PV de la Réunion du CPSD avec liste de présence à cette réunion.

RAPPORT D'ÉVALUATION CONJOINTE (JA) 2018

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Tableau n°1 : Informations générales

Pays	BURUNDI
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	Bujumbura, 6-9 Novembre 2018
Participants/affiliation¹	Voir en annexe
Fréquence des rapports de résultats	-
Période fiscale²	Juillet 2018-Juin 2019
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2011-2015 étendu à 2018
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	NA

2. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Tableau n° 2: Demande de renouvellement

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui x	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A x <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/>	Non x <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

Tableau n°3 : Remarques sur la demande de vaccins

Population	10 217 903			
Cohorte de naissances	480 242			
Vaccin	Pentavalent (DTC-Hib, Hep B)	ROTARIX	PCV13	VPI
Population dans la cohorte d'âge cible	368062	368062	368062	368062
Population cible devant être vaccinée (première dose)	374282	374 282	374282	370502
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	370502	372 392	370502	
Taux de couverture implicite	98%	99%	98%	98% ³
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	91%	93%	91%	0%
Dernier taux de couverture admin disponible	92%	93%	92%	0%
Taux de perte	9%	5%	7%	
Stock tampon	25%	25%	25%	25%
Stock signalé (au 30 juin 2018)	510 600	309 700	295 700	58 800

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.

³ Depuis 2017, nous observons une érosion de la CV, nous maintenons cette cible car nous comptons améliorer les couvertures sur base des recommandations issues de l'enquête équitée.

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

Tableau n° 4 : Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins

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
	HPV	2019	2020
	Hep B dose à la naissance	2019	2020

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

Depuis la dernière évaluation conjointe en octobre 2017, le pays n'a pas enregistré de changements majeurs pouvant engendrer des risques potentiels de nature à affecter la performance du système de santé en général et du programme de vaccination en particulier.

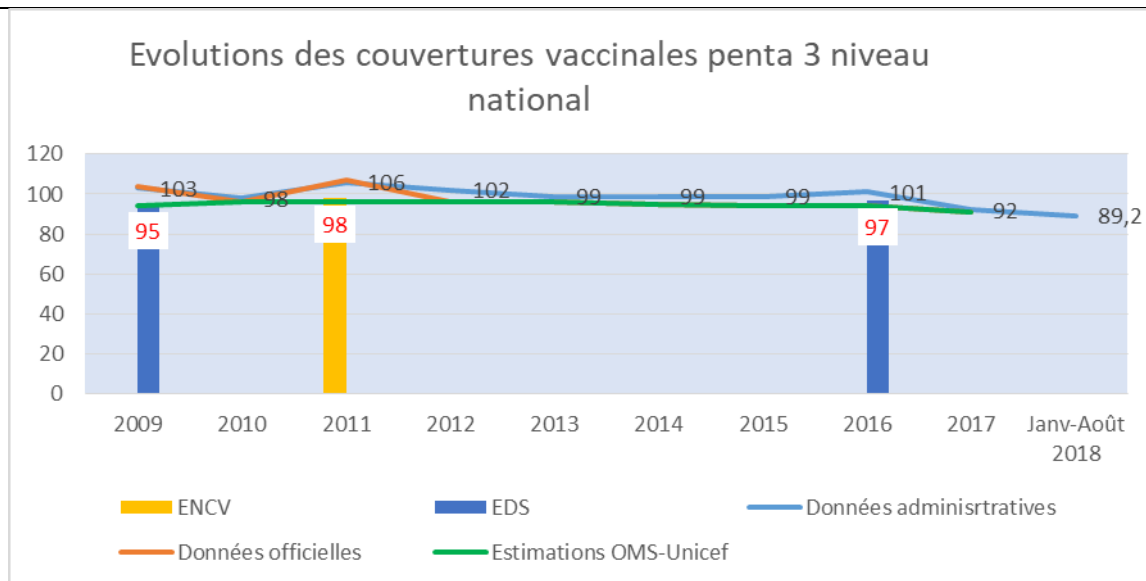
Toutefois certains facteurs contextuels du moment pourraient affecter négativement les performances des programmes de vaccination:

- Le changement de l'année fiscale au Burundi, dans le but de s'aligner à l'année fiscale des pays de l'East African Community, n'aura pas un impact sur les performances du Programme de vaccination mais sur la périodicité des rapports Ainsi donc, l'année fiscale commence le 01^{er} Juillet de l'année en cours pour se terminer le 30 Juin de l'année suivante.
- La survenue des épidémies de poliomyélite (VDPVII) et de rougeole en RDC dans les zones frontalières avec le Burundi incite à renforcer le système de surveillance mais également de riposte;
- La demande d'asile des populations de la RDC (le Burundi accueille des réfugiés venant de la RDC (71.727 réfugiés congolais au Burundi (source: bulletin du HCR « en bref » République Démocratique du Congo, juillet 2018). Toutefois, il convient de signaler que tous les camps des réfugiés sont dotés de centres de soins qui offre les services de vaccination suivant le calendrier vaccinal en vigueur au Burundi.
- Risque de flambée d'épidémies de paludisme dans certaines provinces qui affecterait négativement les performances de la vaccination;
- Des mouvements transfrontaliers des populations burundo-congolaises dans le cadre du commerce international et sous régional;
- Performance sous-optimale du Système de surveillance AFP;
- Faible performance dans la surveillance des MEV La part du Gouvernement dans le financement du PEV, en plus des ressources humaines et des infrastructures, reste faible et représente 6% en 2016 tandis que le soutien des partenaires extérieurs représente 94% en 2016;
- Sur le plan macroéconomique, le Produit Intérieur Brut par habitant (PIB/hab) et le taux d'accroissement sont passés respectivement de 290 USD avec un taux d'accroissement de 4,7 en 2014 à 280 USD avec taux d'accroissement de - 0,5 en 2016 PIB: 342 USD
Le PIB, en 2017, serait de 290USD selon les estimations de la Banque Mondiale.
- Longues procédures de décaissement des fonds des partenaires qui retardent la mise en œuvre des activités du programme élargi de vaccination.
- Le risque de propagation des épidémies d'Ebola à partir de la RDC fait que le personnel de santé est mobilisé pour la surveillance de l'Ebola.
- Baisse des taux de couverture vaccinale Durant l'année 2017

4. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

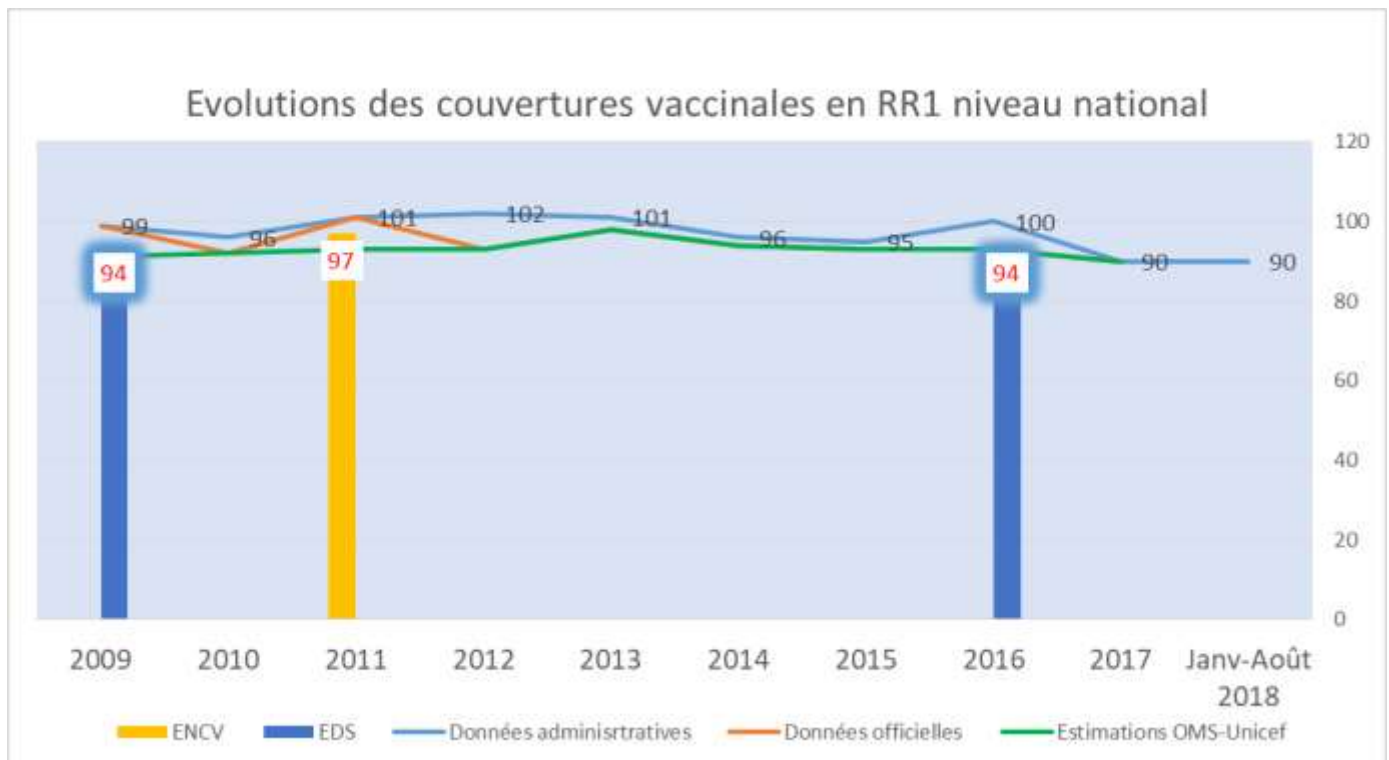
4.1. Couverture et équité en matière de vaccination.

Figure 1 : Evolution des couvertures vaccinales en pentavalent 3



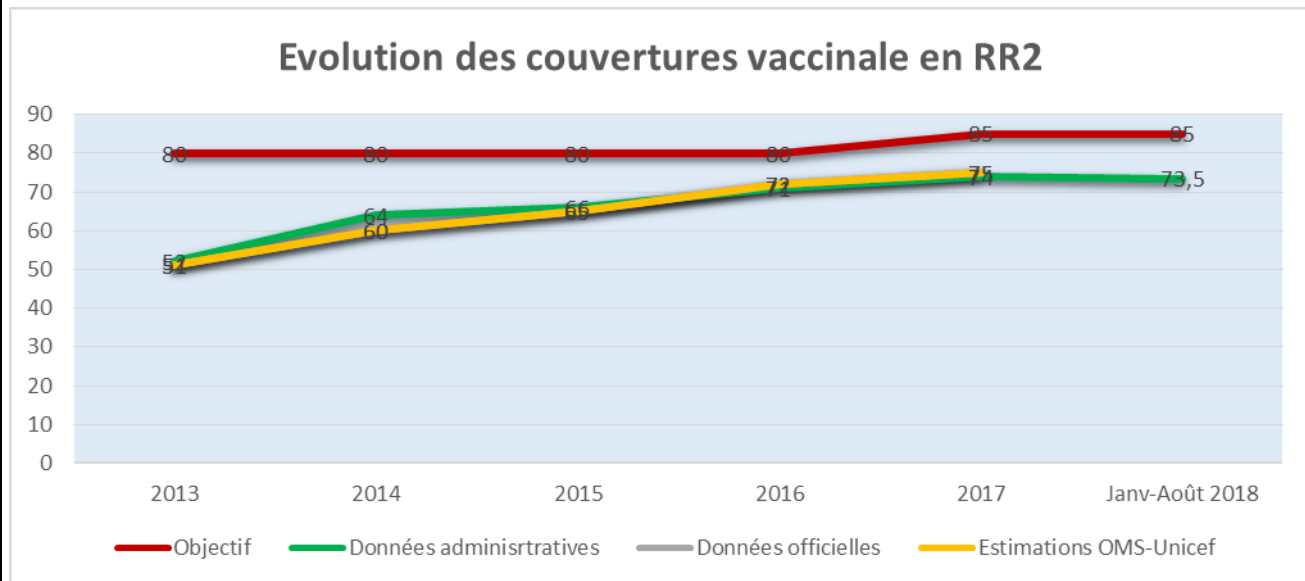
La couverture en RR1 est supérieure à 90% depuis longtemps mais on assiste actuellement à une tendance à la baisse depuis 2017 avec une couverture vaccinale de 90% .Il en est de même pour la période de Janvier à Août 2018 . Une baisse de 10 % entre 2016 et 2017 selon les données administratives et de 3% selon les données WUENIC a été observée. Cette baisse est fruit d'une combinaison de beaucoup de facteurs qui sont largement commentés dans l'enquête équité.

Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales en RR1



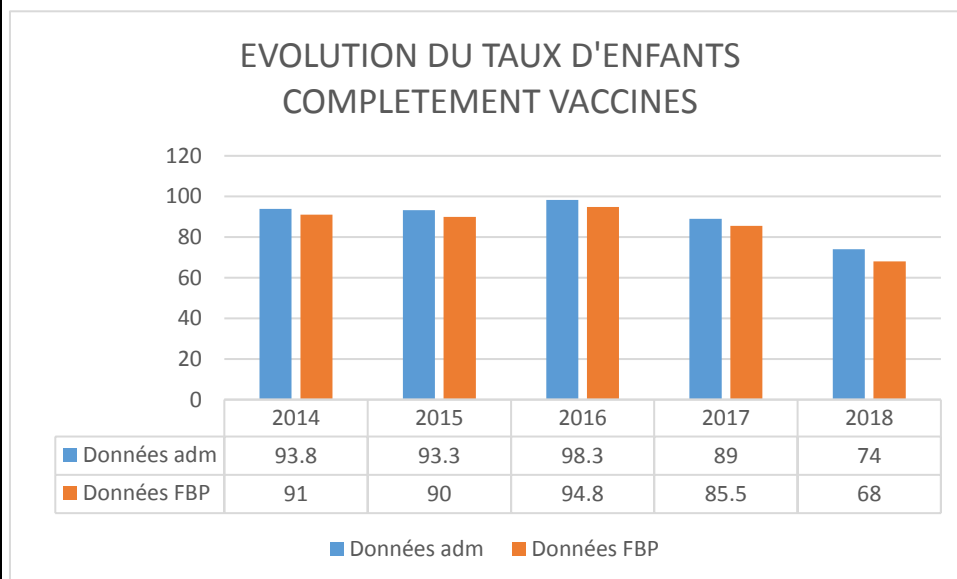
La couverture en RR1 est supérieure à 90% depuis longtemps mais on assiste actuellement à une tendance à la baisse depuis 2017 avec une couverture vaccinale de 90% .Il en est de même pour la période de Janvier à Août 2018 .

Figure 3 : Evolution des couvertures vaccinales en RR2



La CV en RR2 est de loin inférieur à celle des autres antigènes administrés dans le PEV de notre pays. Même si on n'a pas encore atteint l'objectif fixé de 85% en 2018, le pays note une évolution positive de couverture depuis l'introduction de ce vaccin en 2013 jusqu'en 2018 (passant de 52 à 74%). Pour améliorer les couvertures en RR2, la définition de l'indicateur enfant complètement vacciné, contractualisé dans le cadre du PBF, a été modifié. Depuis l'année 2018 ; les enfants complètement vaccinés sont ceux ayant reçu toutes les doses recommandées par le PEV avant leur deuxième anniversaire (y compris le RR2 et le DTC4). Au paravent cet indicateur se limitait uniquement aux enfants de moins d'un an.

Figure 4 : Evolution du Taux d'enfants complètement vaccinés



Les taux d'enfants complètement vaccinés issus des données administratives sont légèrement supérieurs à ceux issus des données du PBF. Cette légère différence est due au fait que le PBF prend en compte les enfants ayant débuté et terminé au même CDS, tandis que les données administratives prennent en compte tous les enfants ayant terminé le calendrier vaccinal sans considérer le lieu de vaccination.

Pour 2018, les données considérées sont celles de janvier à Août et la définition de l'enfant complètement vacciné a changé. En effet, est considéré comme enfant complètement vacciné, tout enfant ayant reçu toutes les doses recommandées par le PEV avant son deuxième anniversaire (y compris le RR2 et le DTC4).

Par ailleurs, la troisième enquête démographique et de santé (EDSIII 2016-2017) a ressorti que 85 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins recommandés par le PEV avant leur premier anniversaire. De plus, ces résultats sont comparables aux données de l'analyse équité édition 2018, qui révèlent que la CV au niveau national est de 87,0 % pour ce qui concerne les enfants de moins de 1 an qui ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV.

Cette CV varie significativement d'un DS à un autre, allant de plus de 90% dans 16 DS, à 70 et 79% dans 6 DS. Quinze (15) DS avaient des taux de CV situés entre 80 et 89%.

Selon les données de l'analyse équité, la CV au niveau national est 67,7% pour les Enfants Complètement Vaccinés (ECV) (avant deux ans, cette CV varie significativement d'un DS à un autre allant de plus de 90% à Rwibaga à moins de 60% dans 9 DS. Notons par ailleurs que 80 à 89% des enfants étaient complètement vaccinés dans 3 DS (Muyinga Kibumbu et Gihofi) contre 70 à 79% dans 12 DS et 60 à 69 % dans 17 DS.

Tableau n°5 : Enfants incomplètement vaccinés RR2 (effectif en chiffre absolu)

	POP 2017	Cible PEV 12-23 mois (3,6%)	%	Effectif
Mpanda	213096	7 671,5	55,1	4 227,0
Nyanza-Lac	252305	9 083,0	46,5	4 223,6
Nord	308142	11 093,1	36,5	4 049,0
Kirembe	304099	10 947,6	35,1	3 842,6
Makamba	281122	10 120,4	37,3	3 774,9
Kinyinya	252581	9 092,9	39,9	3 628,1
Cibitoke	284561	10 244,2	34,8	3 565,0
Kabezi	212511	7 650,4	46,5	3 557,4
Kirundo	225762	8 127,4	41,9	3 405,4
Giteranyi	307158	11 057,7	30,0	3 317,3
Rumonge	252222	9 080,0	35,7	3 241,6
Ngozi	307055	11 054,0	28,6	3 161,4
Musema	247271	8 901,8	34,9	3 106,7
Buhiga	286623	10 318,4	29,5	3 043,9
Buye	217719	7 837,9	37,4	2 931,4
Bubanza	205356	7 392,8	39,6	2 927,6
Kayanza	269181	9 690,5	29,2	2 829,6
Mairie Centre	152781	5 500,1	50,0	2 750,1
Bugarama	183564	6 608,3	41,3	2 729,2
Isale	232781	8 380,1	31,8	2 664,9
Nyabikere	253667	9 132,0	28,6	2 611,8
Mabayi	285430	10 275,5	25,4	2 610,0
Busoni	180026	6 480,9	38,6	2 501,6

Tableau 3: Priorisation des DS en fonction des EIV avant 2an (suite)

Gitega	282278	10 162,0	24,6	2 499,9
Kibuye	236192	8 502,9	28,9	2 457,3
Vumbi	218275	7 857,9	31,0	2 435,9
Gahombo	208252	7 497,1	32,1	2 406,6
Mutaho	215081	7 742,9	29,9	2 315,1
Rutana	199243	7 172,7	31,8	2 280,9
Muramvya	182407	6 566,7	34,0	2 232,7
Matana	247344	8 904,4	24,1	2 146,0
Kiganda	179801	6 472,8	30,5	1 974,2
Mukenke	153680	5 532,5	35,2	1 947,4
Butezi	126720	4 561,9	41,9	1 911,4
Muyinga	292382	10 525,7	17,8	1 873,6
Ryansoro	164232	5 912,4	30,5	1 803,3
Gashoho	183345	6 600,4	26,9	1 775,5
Bururi	140261	5 049,4	34,6	1 747,1
Ruyigi	116531	4 195,1	37,6	1 577,4
Gihofi	213623	7 690,4	19,6	1 507,3
Fota	160350	5 772,6	22,4	1 293,1
Cankuzo	150042	5 401,5	23,6	1 274,8
Kibumbu	177784	6 400,2	19,3	1 235,2
Muroro	133289	4 798,4	24,8	1 190,0
sud	154539	5 563,4	21,3	1 185,0
Rwibaga	127754	4 599,2	1,0	46,0
BURUNDI	9978419	359 223,1	32,3	116 029,1

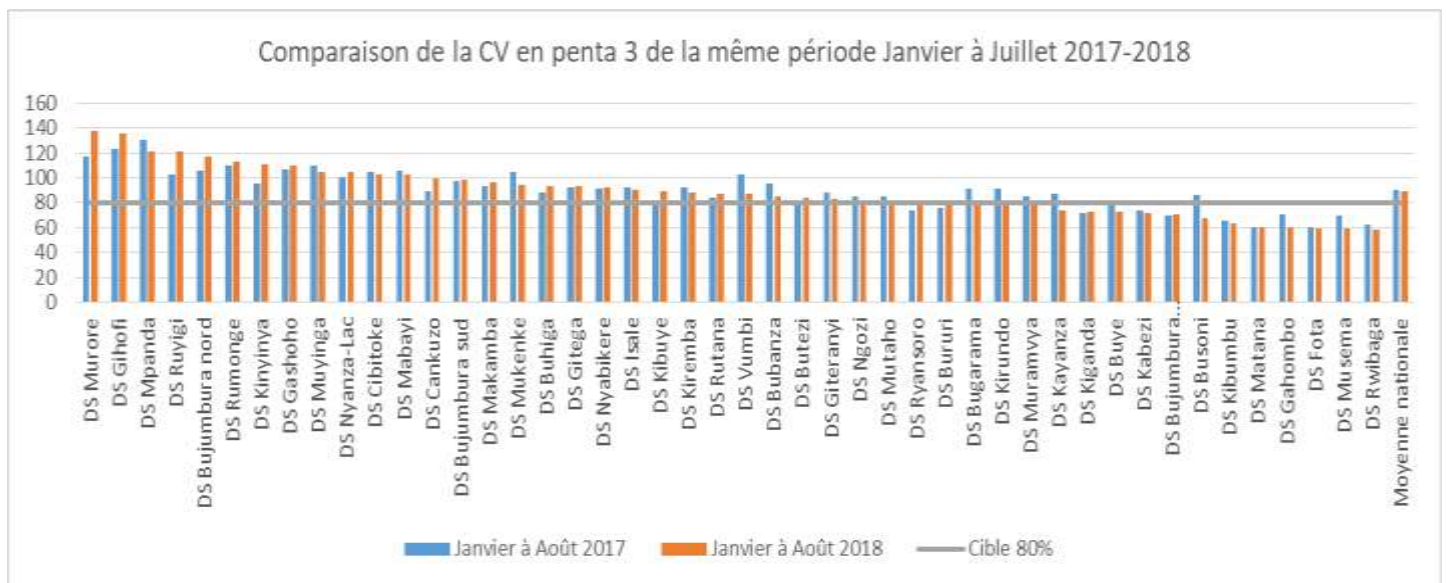
Les principales raisons sont:

- ✓ l'ignorance de la vaccination à 18 mois (42,7%). En effet, plusieurs parents ne connaissent pas encore le nouveau calendrier de vaccination tenant en compte les enfants de 18 mois et ne savent pas que le rattrapage peut se faire entre 18 et 23 mois pour que les enfants soient complètement vaccinés.
- ✓ la négligence de la vaccination souvent justifiée par les parents sous forme de l'oublie de la date du rendez-vous et du manque de temps (29,7%),
- ✓ l'éloignement du CDS (18,3%),
- ✓ la rupture de stock de vaccin (13,8%),
- ✓ la perte de carnet de vaccination (11,9%)

D'autres facteurs influencent aussi la CV : **la distance jusqu'au centre de vaccination: plus le lieu d'immunisation est éloigné, moins les enfants sont complètement vaccinés, l'éducation des parents (niveau d'instruction): moins les parents sont scolarisés, moins leurs enfants bénéficient d'une vaccination complète**

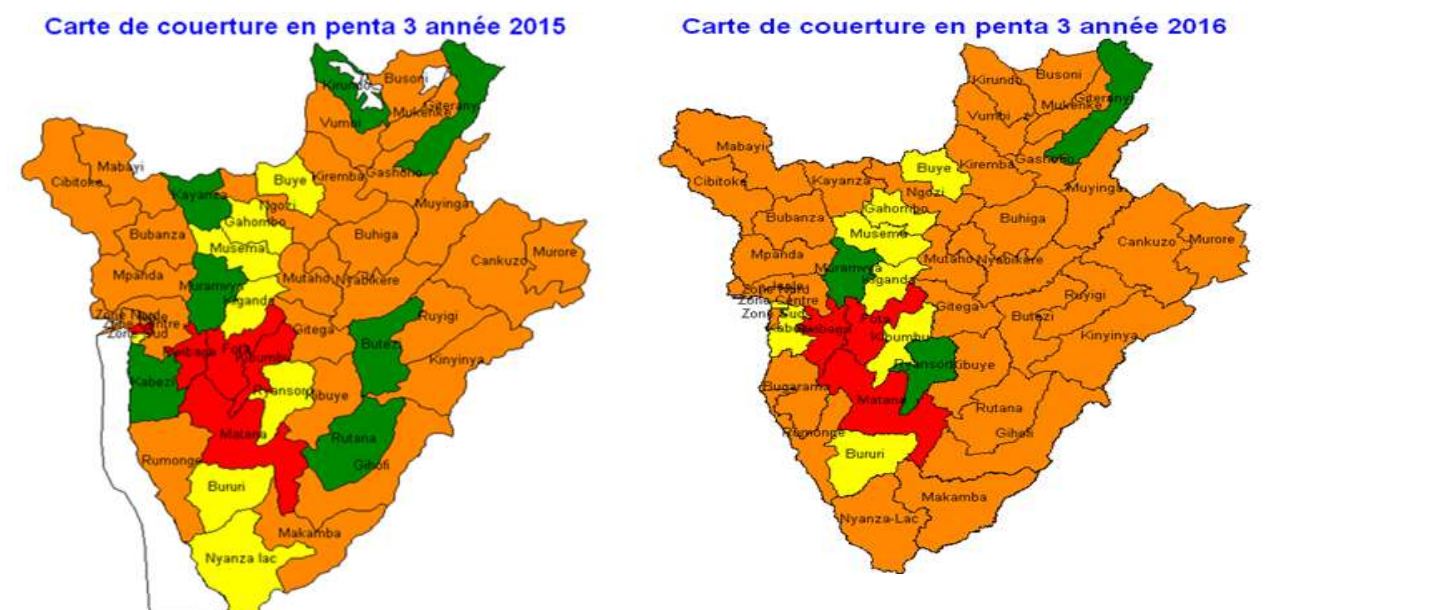
Il convient de signaler que selon cette même étude, certains groupes religieux / sectaires (adeptes d'Euzebie, adeptes d'Abosohoké...) et ethniques (Batwas...) refusent de faire vacciner leurs enfants. Cette situation nécessite des réponses spécifiques de mobilisation sociale

Figure 5 : Comparaison de la CV en pentavalent 3



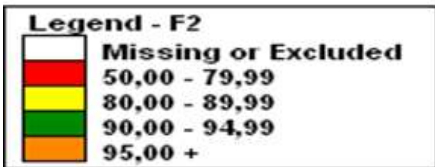
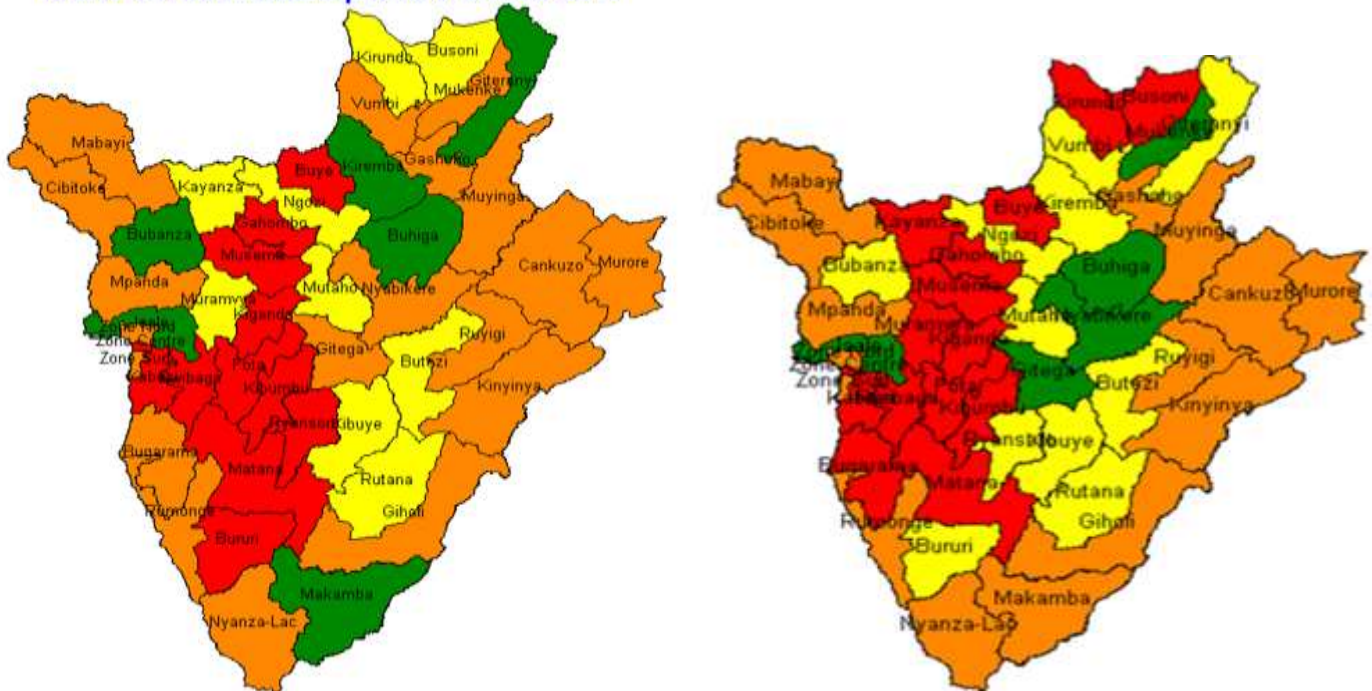
Les performances de Janvier à août pour les années 2017 et 2018 sont superposables. Quinze DS sont en dessous de 80% en 2018 contre treize en 2017.

Figure 6 : Couverture en penta 3 : 2015 ;2016 ;2017 et 2018



Carte de CV penta3 janv-Août 2018

Carte de couverture penta 3 année 2017



Selon les données administratives, de 2015 à 2017, les districts avec la CV en penta 3 inférieure à 80% ne cessent d’augmenter passant de 5 en 2015 à 12 en 2017 et de Janvier à Août 2018 ces DS sont au nombre de quinze. Notons en outre, qu’en 2017, il y avait 11 DS avec des CV au-delà de 100%.

Selon l’enquête de l’analyse équité, Certains DS affirment que leurs populations sont surestimées, raison pour laquelle, en se référant aux rapports du PEV, leurs taux de CV sont bas et souhaitent un autre dénombrement (Bugarama, Bujumbura Mairie Sud, Buye, Fota, Gahombo, Kayanza, Kibumbu, Kibuye, Kiganda, Makamba, Matana, Muramvya, Musema, Ryansoro);

Par ailleurs, d’autres DS trouvent que leurs populations sont sous-estimées, raison pour laquelle, leurs taux de CV dépassent 100% pour la plupart d’antigènes.

La figure 7 ci-dessous schématise les facteurs expliquant la disparité (inégalité) de couverture vaccinale entre les DS rapportés par les répondants des FG. C’est donc la synergie d’au moins sept facteurs qui est à l’origine de ce phénomène pour ce qui concerne la partie qualitative de l’étude.

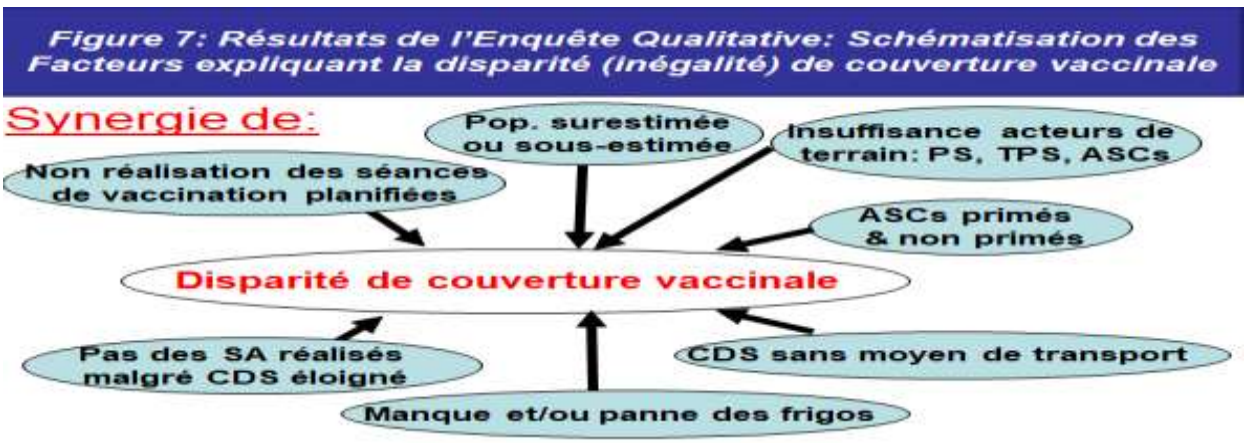
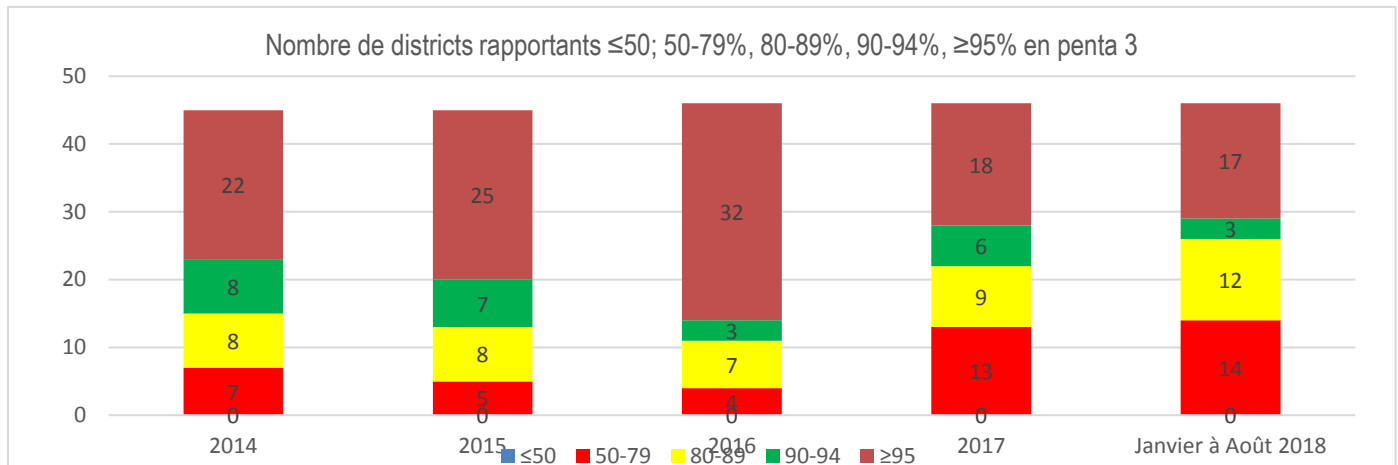
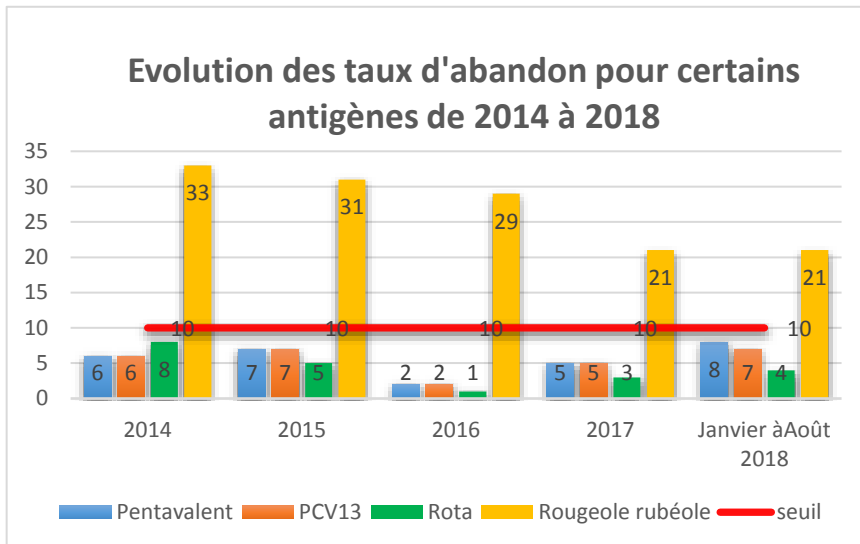


Figure n°8 : Nombre de districts rapportant ≤50; 50-79%, 80-89%, 90-94%, ≥95% en penta 3



Le nombre de districts moins performants en pentavalent III augmente depuis 2017.

Figure 9 : Evolution des taux d'abandon pour certains antigènes de 2014 à 2018

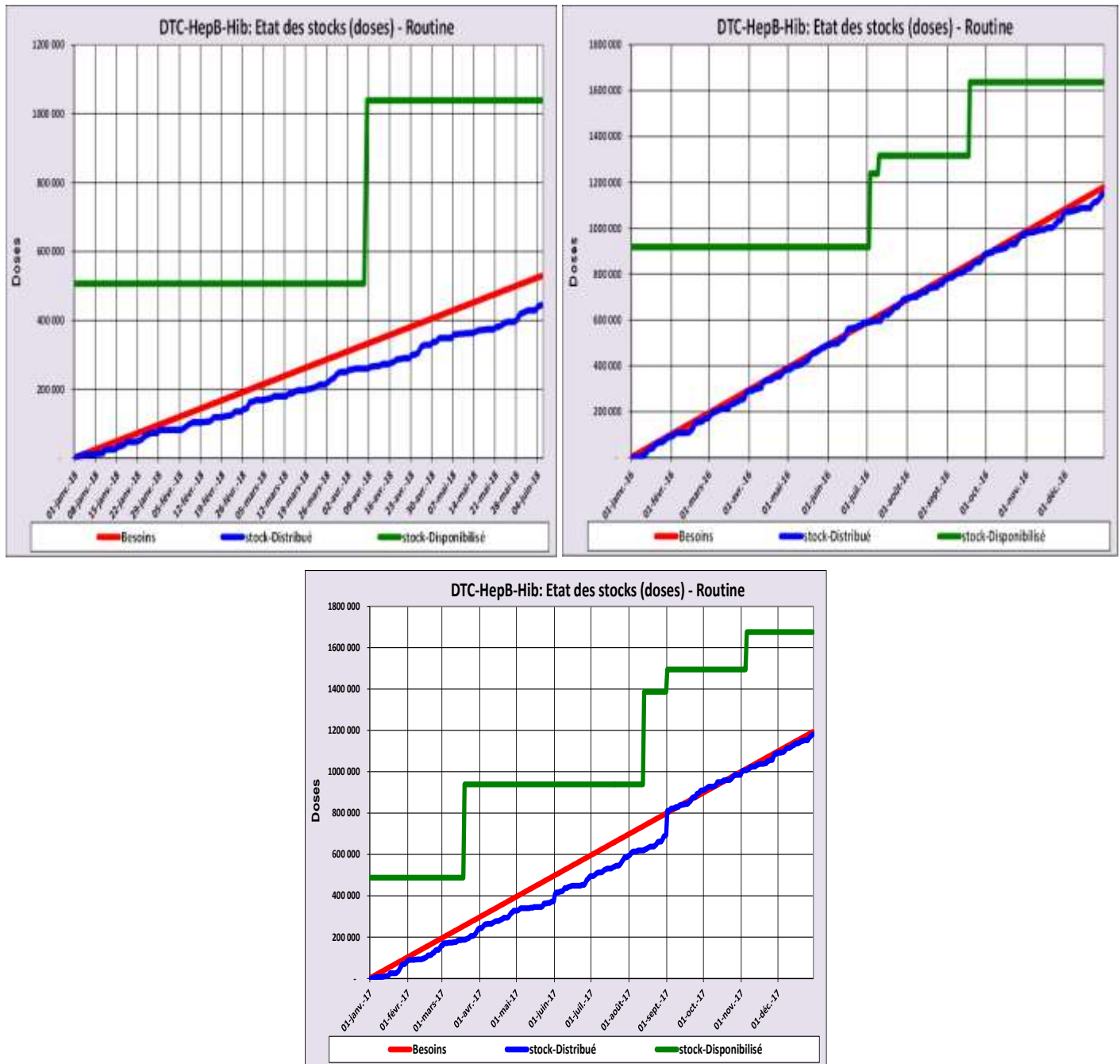


Les taux d'abandon sont inférieurs à 10% ce qui est encourageant sauf celui en RR qui tend lui aussi à diminuer depuis l'introduction du RR2. Mais en début 2018 les taux d'abandon en penta et PCV 13 sont anormalement élevés avoisinant 10%.

Le taux d'abandon entre la première et la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole demeure très élevé. Le nombre d'enfants non vaccinés pour la deuxième dose de RR a été utilisé pour le choix des 15 districts prioritaires nécessitant des interventions particulières au cours de la première année de mise en œuvre du plan consolidé 2018-2020. Cependant, compte tenu des résultats de l'enquête équité et sur base de l'extrapolation de l'échantillon des populations, 20 Districts sanitaires s'avèrent être prioritaires. Ces vingt DS ont été identifiés en triangulant les données en rapport le nombre d'enfant incomplètement vaccinés avant l'âge d'une année et le nombre d'enfant incomplètement vaccinés avant le deuxième anniversaire.

Les 15 districts ont élaboré des micro-plans pro équité pour pouvoir atteindre tous les enfants non vaccinés. Toutefois, il y a nécessité que d'autres districts élaborent des micro plans pro-équité pour pouvoir rehausser les couvertures vaccinales.

Figure 10 : Comparaison des besoins en vaccins et approvisionnement en vaccins au niveau périphérique : Cas du pentavalent



Ces graphiques montrent la comparaison des besoins en vaccins (Rouge) aux quantités distribuées dans les DS (Bleu). Ceci nous montre qu'en 2016 les besoins étaient superposés aux quantités distribuées ce qui signifie que notre objectif de CV était atteint à l'inverse de 2017 où nous remarquons que les quantités distribuées sont très inférieures aux besoins mais vers la fin de l'année la tendance les besoins en vaccins sont superposables aux quantités distribuées.

Pour l'année 2018, jusqu'au mois de juin, nous remarquons que les quantités distribuées sont nettement inférieures aux besoins en vaccins ; ce qui pourrait signifier que les vaccins ne sortent pas donc les objectifs de CV ne sont pas atteints.

Nous espérons qu'avec la SSME deuxième passage, la courbe des quantités distribuées pourra rejoindre celle des besoins en vaccins.

DISTRICTS SOUS PERFORMANTS ET DISTRICTS PRIORITAIRES RSS GAVI

Tableau N° 6: Enfants complètement vaccinés avant la première anniversaire.

Province	District sanitaire	ECV < 1 an
Bubanza	Bubanza	95,3
	Mpanda	79,2
Bujumbura	Kabezi	78,6
	Isare +	90,7
	Rwibaga	100,0
Bururi	Bururi	90,5
	Matana	90,1
Cankuzo	Cankuzo	89,4
	Murore	90,2
Cibitoke	Cibitoke	90,5
	Mabayi	91,1
Gitega	Gitega +	91,5
	Kibuye	85,3
	Mutaho	91,9
	Ryansoro	89,5
Karuzi	Buhiga	84,3
	Nyabikere	85,9
Kayanza	Gahombo+	82,1
	Kayanza	90,4
	Musema	77,2
Kirundo	Busoni	90,0
	Kirundo	85,7
	Mukenke	78,4
	Vumbi	85,7
Province	District sanitaire	ECV <1 an
Makamba	Makamba	86,3
	Nyanza-lac	80,2
Muramvya	Muramvya	80,7

	Kiganda	75,7
Muyinga	Gashoho	84,9
	Giteranyi	85,4
	Muyinga	96,3
Mwaro	Fota	89,0
	Kibumbu	91,5
Ngozi	Buye	80,8
	Kiremba	77,3
	Ngozi	85,4
Rurtana	Gihofi	90,7
	Rutana	89,1
Ruyigi	Butezi	75,2
	Kinyinya	91,1
	Ruyigi	85,2
Bujumbura Mairie	Centre	89,6
	Nord	89,1
	Sud	90,7
Rumonge	Bugarama	92,5
	Rumonge	90,1
Burundi		87,0

Districts prioritaires RSS Gavi

Districts enfant <1 an complètement vaccinés < 80% non prioritaires RSS Gavi

Trois DS (DS Bururi, DS Kabezi et DS Kiganda) ont été ajoutés pour minimiser le plus possible les iniquités et ainsi maintenir les bonnes couvertures vaccinales. Comme le Plan consolidé a été établi sur base des 15 DS sous performants, il y a nécessité de réviser le plan consolidé pour inclure les trois DS.

Selon l'enquête équité, 5 autres DS se trouvent dans une situation de sous performance et feront objet de discussion quant leur inclusion parmi les DS prioritaires (Kiremba, Kirundo, Buhiga, Musema et Buye).

Selon toujours l'enquête équité, 15 Districts sanitaires ont élaboré des microplans pro-équité. Il faudra élaborer les plans pro-équité d'urgence dans 3 Districts sanitaires qui se sont ajoutés aux quinze. Cela se fera après révision du plan consolidé. Cette révision du Plan consolidé devra dégager aussi des fonds pour élaborer des plans pro-équité dans les 28 DS restants.

4.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durable

Selon l'enquête équité, les principaux facteurs influençant les faibles CV sont :

- ✓ l'ignorance de la vaccination à 18 mois (42,7%). En effet, plusieurs parents ne connaissent pas encore le nouveau calendrier de vaccination tenant en compte les enfants de 18 mois et ne savent pas que le rattrapage peut se faire entre 18 et 23 mois pour que les enfants soient complètement vaccinés.

- ✓ la négligence de la vaccination souvent justifiée par les parents sous forme de l'oubli de la date du rendez-vous et du manque de temps (29,7%),
- ✓ l'éloignement du CDS (18,3%),
- ✓ la rupture de stock de vaccin (13,8%),
- ✓ la perte de carnet de vaccination (11,9%)

D'autres facteurs influencent aussi la CV :

- ❖ **La distance jusqu'au centre de vaccination:** plus le lieu d'immunisation est éloigné, moins les enfants sont complètement vaccinés,
- ❖ **L'éducation des parents (niveau d'instruction):** moins les parents sont scolarisés, moins leurs enfants bénéficient d'une vaccination complète
- ❖ **Les ressources humaines en santé**

Les ressources humaines en santé ont connu une évolution en quantité et dans le temps comme le montre le tableau suivant:

Tableau N°7: Ressources humaines en santé selon les Normes

Catégories de ressources humaines	Effectif en 2010	Ratio RH/Pop	Effectif en 2017	Ratio RH/Pop	Normes OMS
Infirmiers	5967	1inf/1.586 hab.	7332	1inf/1.568 hab.	1informer/3.000 hab.
Médecins	418	1 méd/22.634	647	1Méd/17.768hab.	1 médecin/10.000hab.
Sage femmes	16	1 SF/141.190 Femmes en âge de procréer	103	1SF/27.080 hab.	1 Sage-Femme/5.000 femmes en âge de procréer

Ce tableau montre que le personnel infirmier est suffisant selon les normes OMS. Cependant ces infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire burundais. Le milieu urbain et semi-urbain étant plus servis que le milieu rural

Par ailleurs l'analyse de la densité du personnel en santé est de 0.7 alors que les normes de l'OMS prévoient 2.3 personnel qualifié (médecins, sages-femmes et infirmiers) pour 1 000 habitants.:

Le personnel insuffisant dans certaines formations sanitaires en milieu rural (crée une surcharge du personnel des CDS entraînant ainsi un non et/ou mauvais rapportage de toutes les données (non et/ou mauvais enregistrement d'enfants vaccinés dans les outils de collecte des données).

De plus ,on note une insuffisance du personnel formé sur les directives et le management du PEV ainsi qu' une absence d'un guide standardisé pour l'analyse des données .

❖ Facteurs liés à la chaîne d'approvisionnement

Durant l'année 2018, le PEV a acquis un certain nombre d'ECF :

Sur le RSS3 :

- ✓ 223 VLS054, la livraison est prévue en janvier 2019
- ✓ 130 HTC-40, déjà livrés au PEV
- ✓ 5 TCW300, déjà livrés au PEV
- ✓ 18 réfrigérateurs Haier HBC-260
- ✓ 3 congélateurs Vestfrost MF314
- ✓ 1000 fridge Tag2 déjà livrés au PEV
- ✓ 500 Freez tag déjà livrés au PEV

L'installation des réfrigérateurs est lente car une seule maison est qualifiée pour l'installation des réfrigérateurs solaires

OMS et Unicef ont signé deux contrats pour installation de plus 450 réfrigérateurs solaires et deux chambres froides. Plus de 300 réfrigérateurs SDD achetés sur les fonds Gavi sont déjà installés et d'autres sont en cours d'installation. Signalons que dans la mise en œuvre du plan de transition vers les équipements solaires, Unicef a déjà contribué en achetant 45 SDD dont les 5 pour la zone pilote installés depuis 2014.

Au cours de la dernière GEV les insuffisances relevées sont:

- La faible capacité de stockage au niveau de certains centres de santé ;
- Les ruptures de stock des intrants de vaccination ponctuels dans certains centres de santé.
- Faiblesse dans le suivi des paramètres des équipements de la chaîne d'approvisionnement
- La faiblesse dans la maintenance des équipements de la chaîne de froid et dans la sécurisation des entrepôts Insuffisance dans la maintenance des infrastructures
- Insuffisance de la capacité de stockage du matériel sec au niveau de l'entrepôt national ;
- Non intégration du système informatisé du système de gestion des produits pharmaceutiques y compris les vaccins (introduction d'un nouveau logiciel adapté pour les vaccins et autres produits pharmaceutiques)
- L'auto-évaluation GEV non encore réalisée
- Insuffisance de moyens de transport pour l'approvisionnement en vaccins (certains BDS et CDS)

NB : Bien que le PEV est maintenant doté d'un nouvel entrepôt (inauguré lors de l'EC le 6/11/2018) l'insuffisance de la capacité de stockage du matériel sec au niveau de l'entrepôt national persiste. En effet lors de la conception de l'entrepôt, il n'était pas prévu d'y installer deux chambres froides de 40m³ chacune Ces deux chambres froides ont réduit considérablement l'espace réservé pour le stockage du matériel sec.

❖ Fourniture de services et génération de la demande :

- Insuffisance dans l'encadrements des relais communautaires en faveur de la vaccination ;
- Une faible implication des GASC dans la mobilisation communautaire ;
- Les résultats de l'EDS 2016-2017 ne révèlent aucune information sur les barrières liées à l'inégalité des sexes dans la prise de décision dans les ménages.
- La gratuité des soins de santé materno-infantile dans notre pays fait que les femmes fréquentent facilement les CDS et ainsi en profitent pour faire vacciner leurs enfants. Il en est de même que les résultats de l'enquête équité.
- Cependant, on note une insuffisance dans l'implication des pères pour les questions de santé de la famille, en particulier la vaccination

❖ **Leadership, gestion et coordination :**

Selon le rapport provisoire de l'audit institutionnel du PEV,

la structure organisationnelle existante du PEV nécessite quelques changements pour rendre le programme plus efficace et renforcer sa capacité de coordination de mise en œuvre des activités de vaccination. Les changements proposés par rapport à la structure organisationnelle existante sont les suivants :

- ✓ **Suivi et évaluation :** les activités en rapport avec le suivi et évaluation rentrent dans les attributions de la section chargée de la gestion des données et appui au sein du service chargé des prestations. Il est proposé que la section chargée de la gestion des données et appui soit élevé pour être un service chargé du suivi et évaluation et surveillance.
- ✓ **Service administration et finances :** La structure organisationnelle prévoit les postes du chef de service administration et finances et celui du Directeur Administratif et Financier (DAF). Selon la structure organisationnelle actuelle, les tâches du chef de service administration et finances et celles du DAF sont difficilement dissociables et la structure actuelle n'optimise pas la sécurité fiduciaire et séparation des tâches

incompatibles. Il est proposé de scinder le service administration et finances en deux services : Service Comptabilité, sous la responsabilité du chef comptable, et Service gestion des Ressources Humaines et Matérielles.

- ✓ **Gestion des déchets** : la charge du travail de la section chargée de la gestion des déchets au niveau central inclut principalement la destruction des déchets en plastique dont le PEV ne dispose pas d'expertise et contracte une maison externe et par conséquent il est proposé de supprimer la section chargée de la gestion des déchets. Les tâches en rapport avec la gestion des déchets devraient faire partie des attributions des techniciens chargés de la maintenance des équipements de la chaîne de froid.

4.3. Données (analyse situationnelle du plan d'amélioration des données)

➤ Les données de vaccination de routine

Il n'existe pas de collecte parallèle de données du PEV. Actuellement, les données sont saisies dans le DHIS2. La mise à échelle est en sa phase terminale (la majorité des CDS font la saisie dans le DHIS2)

Toutefois, les problèmes ne manquent pas, c'est notamment :

- Faiblesse dans la maintenance des équipements informatiques malgré la mise à échelle DHIS2 au niveau des CDS
- Faible exploitation du DHIS2 (Certaines applications du DHIS2 sont disponibles seulement en version anglaise et ne sont pas exploitées par les utilisateurs)
- Faible utilisation des données au niveau opérationnel
- Faible capacité technique d'analyse des données à tous les niveaux
- L'absence d'outil (guide) standardisé d'analyse des données
- Insuffisance des outils de collecte des données
- Mise en place du PBF communautaire incluant les indicateurs du PEV
- Un plan d'assurance qualité des données du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA est en cours d'élaboration avec implication totale du PEV. Le premier draft est déjà disponible.

La population utilisée par le MSPLS est différente de celle issue de la projection basée sur le RGPH de 2008 faite par l'ISTEEBU. La population du MSPLS est inférieure à cette projection de l'ISTEEBU. On note une nécessité de d'ajuster les dénominateurs par un dénombrement de la population des Districts.

Par rapport à l'amélioration de la qualité des données, explorer les opportunités d'introduire un registre électronique en vaccination avec suivi SMS serait également un bon moyen de rehausser les couvertures vaccinales et l'équité

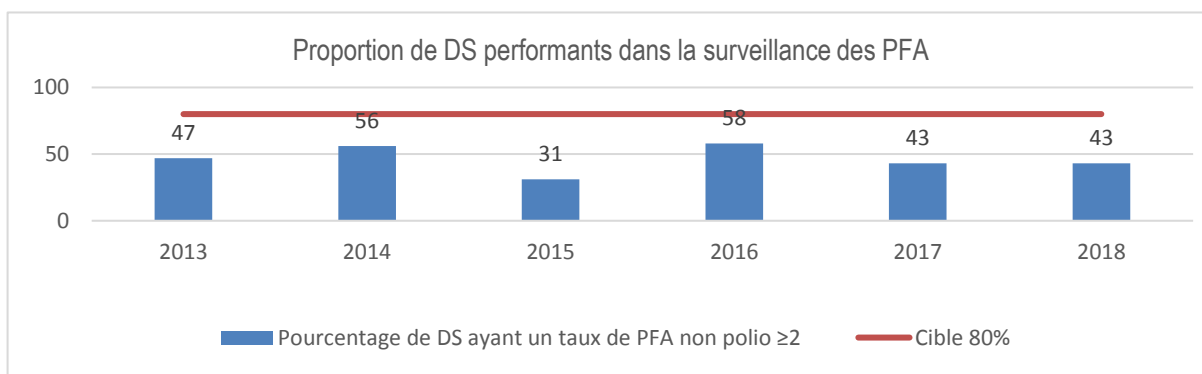
➤ Les données de surveillance des maladies

La surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV) existe malgré des disparités au niveau des districts.

Concernant la surveillance des PFA, il ya un indicateur principal à mesurer : le taux d'investigation des cas de PFA non polio doit être supérieur à 2 cas pour 100000 enfants de moins de 15 ans. L'objectif est que au moins 80% des Districts remplissent cet indicateur.

Ce graphique montre que cet objectif n'est pas atteint durant les cinq dernières années d'où la nécessité

Figure 11 : Performance des DS dans la surveillance des PFA



Toutefois, le système de surveillance burundais affiche des lacunes persistantes à différents niveaux du système de santé :

- Bien qu'il existe des districts silencieux, la surveillance passive des MEV se fait et les données y relatives sont rapportées hebdomadairement.
- La surveillance active n'est pas faite régulièrement par manque de financement.
- La surveillance sentinelle se fait de façon limitée et concerne uniquement deux pathogènes (Pneumocoque et Haemophilus influenzae) et il existe peu de sites sentinelles.

Un renforcement de la surveillance s'avère nécessaire avec un monitoring pour action. Actuellement, un plan de renforcement de surveillance des MEV est déjà disponible et le manuel national de surveillance des MAPI a été élaboré et validé.

- Introduire la surveillance au niveau communautaire (sensibilisation des ASC)
- Renforcer la surveillance cas par cas
- Renforcement de capacités des prestataires
- Rendre disponible les Kits de prélèvement et les frais de transport des échantillons
- Renforcer la surveillance transfrontalière
- Créer de nouveaux sites sentinelles dans chaque hôpital régional et étendre la surveillance sentinelle à d'autres pathogènes (Méningocoque, Rotavirus)
- Investiguer les MAPI graves

... sont autant d'actions qui vont contribuer au renforcement de la surveillance des MEV.

Ceci nécessite:

- **Une assistance technique avec transfert de compétence et constitution d'un pool de formateurs nationaux en surveillance.**
- **Des outils de surveillance permet de :**
 - **Collecter, analyser, interpréter, diffuser les données de surveillance à qui de droit pour la prise de décision**
 - Alerter sur les problèmes aigus (détection précoce des MEV) nécessitant une action rapide ;
 - Evaluer les tendances épidémiologiques dans le temps.
- **Des ressources pour la mise en oeuvre de ce plan de renforcement de la surveillance (à mobiliser).**

5. FINANCEMENT DE LA VACCINATION

- Le financement de la santé provient de trois sources : le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers et les ménages.

Tableau N° 8 : Financement de la santé selon les différents comptes nationaux

	2007	2010	2012	2013 ⁴	Normes OMS
Dépenses courantes en santé (Millions FBU courant)	147.116	285.864	309.692	389.874	
Dépenses d'investissement (Millions FBU courant)		18.331	18.139	40.596	
Dépenses totales en santé (DTS, Millions FBU courant)	147.116	304.195	327.830	430.470	
DTS par habitant (FBU constant)	18.848	23.898	18.620	21.045	
DTS par habitant (USD)	17,42	29,27	25,67	30,53	60
DTS comme % du PIB	10,03%	12,19%	9,19%	10,18%	+ 5%
% du budget de l'Etat alloué à la santé	5,30%	10,41%	9,95%	10,85%	15%
Contribution des ménages pour les dépenses en santé	40%	27%	21%	19%	Moins de 20%

- Le financement de la vaccination provient des sources suivantes: Gouvernement et partenaires techniques et financiers pour l'achat des vaccins et matériel d'injection, matériel,/équipement de la chaîne de froid, les coûts opérationnels pour la vaccination. Depuis 2000, une ligne budgétaire pour le financement de la vaccination est inscrite dans le budget du MSPLS. Le budget alloué à la vaccination est de 1,6% du budget accordé au MSPLS

Tableau N° 9 : Budget du MSPLS par rapport au Budget du Gouvernement et part du budget alloué à la vaccination dans le budget du MSPLS

	2017 ⁵			2018 ⁶		
	BIF	% budget MSPLS par rapport au budget total du gouvernement	% budget alloué aux vaccins par rapport au budget global du MSPLS	BIF	% budget MSPLS par rapport au budget total du gouvernement	% budget alloué aux vaccins par rapport au budget global du MSPLS
Budget total du gouvernement	977469864447	8,6	1,4	1040229333704	8,5	1,6
Budget alloué au Ministère de la santé	84017382930			88755372957		
Contribution du gouvernement à l'achat des vaccins	1150034402			1395000000		

Ce tableau montre qu'il ya eu une légère augmentation du budget alloué à la vaccination entre 2017 et 2018. La tendance devrait continuer avec la promesse du gouvernement de financer une partie des vaccins traditionnels.

⁴ Les derniers comptes nationaux datent de 2013

⁵ Source : Loi Budgétaire 2017

⁶ Source : Loi Budgétaire 2018

- Achat des vaccins : les vaccins traditionnels (BCG,Td,DTC, VPO) sont achetés en totalité par l'Unicef. Le Gouvernement prévoit de contribuer à l'achat des vaccins traditionnels à partir de l'année 2019 ;
- Les vaccins nouveaux et sous utilisés sont achetés par le Gouvernement et Gavi; le depuis 2008, le pays a toujours honoré son cofinancement pour ces vaccins ; le matériel d'injection est acheté en totalité par Gavi, pour les nouveaux vaccins
- Les équipements de la CDF sont achetés par Gavi et l'Unicef
- Le projet KURA KIBONDO a pris le relais du projet KARADIRIDIMBA/RSS-GAVI qui avait un budget de 12 900 000 USD. Ce dernier devrait s'étendre de 2013 à 2015 mais a été étendu jusqu'en fin 2017 sur base d'un MoU tripartite signé en août 2016 entre le MSPLS-GAVI- UNICEF
- Le Projet KURA KIBONDO a pour mission principale la gestion des subventions de Gavi relatives au financement pour le renforcement du Système de la Santé, la subvention de la campagne méningite ainsi que les autres futures subventions allouées au pays (introduction des nouveaux vaccins, etc) et coûts opérationnels telles qu'approuvées par le conseil d'administration de Gavi.

5.1. CADRE DE FINANCEMENT

Les activités du Plan consolidé financées par Gavi s'alignent avec le plan de développement sanitaire de la République du Burundi et sont prises en compte dans les PAA du MSPLS dans un plan pluriannuel 2018-2020. L'exécution du plan consolidé se fait sur un plan annuel.

Dans le cadre de financement de la vaccination par Gavi alliance, Il existe un Accord cadre de partenariat signé en juillet 2013 entre Gavi et le gouvernement

Suite à cet accord, le pays soumet des propositions de financement à Gavi et la dernière soumission remonte en 2014.

Suite à l'évolution des conditions de gestion financière des fonds Gavi, des Exigences en Matière de Gestion des Subventions encadrant la gestion des vaccins et matériels associés ainsi que le soutien financier direct apportés par Gavi au Pays (GMR en anglais) ont été signées entre Gavi et le Gouvernement. Ces exigences en matière de Subventions remplacent l'aide-mémoire.

Il est à noter aussi que le Burundi vient de changer d'année fiscale pour se conformer au calendrier fiscal de l'East African community. L'année fiscale commence le 1^{er} Juillet de l'année en cours pour se terminer le 30 juin de l'année suivante ; ceci entrainera quelques changements dans le reporting programmatique et financier.

L'Unité de Gestion des Projets Kura Kibondo a été renforcée selon les exigences en matière de gestion des subvention de Gavi. Une Mission de Captiva Africa a effectué une revue institutionnelle de l'Unité de Gestion des Projets Kura Kibondo. Leur rapport a mise en évidence un certain nombre de dysfonctionnement qui ont été corrigés par une restructuration de l'UGP. C'est ainsi que le MSPLS a recruté le Responsable Administratif et Financier et le Responsable Technique.

Actuellement L'UGP comprend :

- Un Coordonnateur National ;
- Un Responsable Technique ;
- Un Responsable Administratif et Financier ;
- Un chargé du suivi-évaluation ;
- Un chargé des Marchés Publiques et de la Logistique ;
- Un Comptable
- Un Aide –Comptable ;
- Un secrétaire de direction,
- Deux Plantons et six chauffeurs.

5.2. PLAN ET BUDGET

La subvention du plan consolidé (RSS 3) s'étend sur la période de 2018-2020 et s'élève à 32.609 617 USD. Cette subvention est gérée par 3 respensaires principaux :

- 25% du budget sont gérés par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida via l'Unité de gestion des projets KURA KIBONDO

- 43% du budget sont dédiés au PBF clinique, communautaires. Ce budget est géré par la Banque Mondiale sur base des conventions d'une part entre Gavi et la Banque Mondiale et d'autre part entre la Banque Mondiale et le Gouvernement du Burundi. Ce MoU est en cours de finalisation.
- 32% du budget sont dédiés aux gros achats et financement des OSC. Ce budget est géré par l'Unicef sur base d'un MoU tripartite MSPLS-GAVI- UNICEF. Ce MoU est déjà signé.
- Notons également qu'une agence de suivi est présente pour encadrer l'UGP.

Outre la subvention du plan consolidé, un autre financement à court terme qui est la subvention de soutien aux vaccins nouveaux (SVN) anti méningocoque de type A a été accordé au Pays par la Lettre de décision datée du 20 Juillet 2018 d'un montant de 6 1685 000 USD lié à l'achat des vaccins et un montant de 5 134 286 lié aux coûts opérationnels de la campagne prévue dans la première semaine du mois de décembre 2018.

5.3. DECAISSEMENT ET EXECUTION DES RESSOURCES DANS LES DELAIS

✓ Décaissement PAR GAVI

Le décaissement des fonds alloués aux activités **de vaccination** par GAVI se fait suivant chaque bénéficiaire.

Seule une partie des fonds transitant par **l'UNICEF est déjà décaissée le 27 Juin 2018. Le total de ces fonds d'un montant de 9.926.203 USD.**

Les reliquats sur le compte PEV d'ordre ont été déjà remis sur le compte de l'UGP Kura Kibondo

Les fonds du Plan Consolidé qui sont directement gérés par le Gouvernement sont constitués par **des reliquats en provenance du PEV d'un montant de 209 082 204 BIF, des reliquats du RSS II d'un montant de 2.709.617 USD logés sur le compte pays et du RSSIII pour un montant de 8.034.698 USD.**

Les fonds du RSSIII ne sont pas encore décaissés par Gavi suite à certains préalables (mise à jour du MP, restructuration de l'UGP et paramétrage des budgets dans TOMPRO, révision des coûts unitaires du Plan Consolidé, harmonisation des coûts, actualisation des perdiems, ajustements structurels des perdiems). Notons une partie des fonds RSSIII a été déjà décaissée à l'UNICEF.

Suite à l'urgence de certaines activités, GAVI a accordé trois dérogations sur les fonds existants au Pays (reliquats) pour la réalisation de ces dernières en attendant le démarrage effectif de la mise en œuvre du Plan consolidé.

Une quatrième dérogation de préfinancement vient d'être accordée pour les coûts opérationnels de la campagne Men A soient 561.746 USD

Pour le moment une évaluation des GMRs montrent que des progrès ont été faits notamment par rapport à la mise en place du manuel des Procédures Administratives, Comptables et Financières, le renforcement de l'UGP, la mise en place d'un cadre juridique pour l'UGP mais également le paramétrage des budgets dans le logiciel TOMPRO.

Décaissement des fonds par le MSPLS à travers l'UGP

Le décaissement des fonds pour les activités menées par le MSPLS à travers ses services techniques (Programmes, BPS, BDS) se fait sur la base de requêtes de financement (des TDRs et budgets) adressées à l'UGP dans un délais n'excédant pas 25 jours du trimestre en cours. Ce dernier procède à leurs vérification, conformité, imputation comptable par rapport au budget du Plan Consolidé avant tout décaissement qui ne doit pas excéder 10 jours après réception de la requête.

RAPPORTS ADEQUATS

L'UGP KURA KIBONDO est responsable de la soumission des rapports programmatiques et financiers au Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) pour examen et approbation. Ces rapports devront consolider les informations relatives aux subventions gérées par le MSPLS, l'UNICEF et la Banque Mondiale et seront envoyés à Gavi après approbation

Les obligations de **rapportage** des bénéficiaires de la subvention de Gavi tournent essentiellement autour du plan d'activités annuel (PAA) adopté au début de l'année.

De la même manière que l'UGP, le rapportage des bénéficiaires de la subvention de Gavi sera trimestriel, semestriel et annuel, en ligne avec le modèle prescrit par GAVI, contenant essentiellement :

- ✓ Etat cumulatif des revenus et dépenses de fonds de la composante bénéficiaire ;

✓ Etat cumulatif du niveau d'exécution des activités

6. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

6.1. Performance du soutien au vaccin

a. Introduction

Durant les deux dernières années (2016, 2017), les changements intervenus dans le PEV sont les suivants :

- En avril 2016, il y a eu remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent et introduction de la 4^{ème} dose du DTC
- En décembre 2016 et en juin 2017, le pays a débuté la mise en œuvre de son Projet de démonstration du vaccin contre le HPV pour la première cohorte de filles de la 3^{ème} année primaire et celles âgées de 10 ans non scolarisées dans deux districts sanitaires pilotes (Ngozi et Rumonge).
- En décembre 2017 et juin 2018, il y a eu poursuite du Projet de démonstration du vaccin contre le HPV pour la deuxième cohorte. La vaccination contre le HPV était couplée aux SSME.
- Au cours de la 7^{ème} SAV (mai 2017), une campagne de vaccination de masse au vaccin combiné anti rougeoleux - anti rubéoleux a été organisée au niveau national ; la cible de la campagne était constituée par des enfants de 1 à 14 ans. Cette campagne de vaccination a été suivie, au cours de la SSME de juin 2017, par l'introduction du vaccin combiné anti rougeoleux-anti-rubéoleux dans la vaccination de routine
- En juillet 2017, il y a eu remplacement du PCV 13 monodose par le PCV 13 à 4 doses.
- Au cours de la 8^{ème} SAV couplée à la SSME de juin 2018, il y a eu réintroduction du VPI dans la vaccination de routine.

b. Les réalisations

Le Projet de démonstration du vaccin contre le HPV

Une enquête de couverture vaccinale pour la première cohorte du projet de démonstration a été réalisée en juillet 2018. Les résultats provisoires sont les suivants :

- ❖ En considérant seulement le groupe cible des filles de la troisième année primaire et celles de 10 ans pour les non scolarisées, telle qu'a été considéré lors de la campagne (conformément au plan d'introduction pour le projet pilote), la CV est 93,3 % pour la 1^{ère} dose et 84,9% pour la 2^{ème} dose. avec une légère variation dans les deux districts (91,6% dans le district de Ngozi contre 94,4% à Rumonge)
- ❖ En considérant le groupe cible défini par l'OMS (9 à 13 ans), les résultats ont montré que le niveau de couverture est de 25,4% pour la 1^{ère} dose tandis qu'il est de 23,2% pour la 2^{ème} dose.

Ces faibles couvertures s'expliquent par le fait qu'un effectif important de filles de la tranche d'âge de 9 à 13 ans se trouvant dans les classes inférieures ou supérieures à la 3^{ème} primaire n'ont pas pu être vaccinées du fait que le plan d'introduction adopté par le BURUNDI avait considéré uniquement la classe de 3^{ème} année primaire (ancien système),

En effet, Selon les résultats de l'enquête sur les conditions de vie des ménages (ECVMB 2013-2014), le taux brut de scolarisation des filles au primaire étant estimé à 106,5%, un effectif important de filles de la tranche d'âge de 9 à 13 ans se trouve dans les classes inférieures ou supérieures à la 3^{ème} primaire.

Tableau N°10: Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues

Indicateurs	Cibles annuelles		Résultats			
	2017	2018	Données adm (2017)	Données de l'EDSIII (2016-2017)	Données de l'enquête équité (2018)	2018 (janvier à août)
						Données administratives
Couverture vaccinale du Pentavalent 3 au niveau national	98%	98%	92%	96,5%		89%

Évaluation conjointe 2018

Couverture vaccinale du vaccin antipneumococcique 3 au niveau national (PCV3)	98%	98%	92%	92%		89%
Couverture vaccinale du vaccin anti-poliomyélite inactivé au niveau national (IPV)	98%	60%	0%	ND		29,7%
Couverture vaccinale du vaccin anti-rougeoleux (première dose) au niveau national (MCV1)	96%	96%	90%	93,8%		90%
Couverture vaccinale du vaccin anti-rougeoleux (deuxième dose) au niveau national (MCV2)	86%	85%	74%	ND		73,5%
Couverture vaccinale du vaccin antirotavirus au niveau national (ROTA Last)	98%	99%	93%	90%		93%
Taux d'abandon entre la couverture vaccinale du Pentavalent 1 et Pentavalent 3	2%	1%	5%	ND		8%
Taux d'abandon PCV1 / PCV3	1%	1%	5%	ND		8%
Taux d'abandon Varota1 / Varota2	1%	1%	3%	ND		4%
Taux d'abandon RR1 / RR2	12%	14%	21%	ND		20,5%
Proportion d'enfants complètement vaccinés	94%	85%	89%	85,2%		74,8%
Couverture vaccinale suite à une campagne contre la rougeole et la rubéole	95%	NA	98,8%	97,5%		NA
Couverture vaccinale du vaccin contre le VPH dans les districts sélectionnés après la première année d'exécution du programme de démonstration	100% 2ème dose 95% 1ère dose 2ème cohorte	100% 2ème dose 2ème cohorte	92,9% 2ème dose 100,2% 1ère dose 2ème cohorte	NA		97,5% (2ème dose 2ème cohort
Proportion des Districts ayant une couverture vaccinale du Penta 3 Supérieur ou égal à 95%	58%	60%	41%	ND		32,6%

Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 80%		78%	74%			67,4%
Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 ≥ 50% et <80%	8%	8%	26%			32,6%

Les couvertures vaccinales obtenues en 2017 sont inférieures aux cibles convenues dans le cadre des performances. Les CV issues de l'enquête sont supérieures ou égales à celles issues des données administratives pour le penta 3, le PCV 13-3, le RR1

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

Le tableau ci –dessous montre l'état de mise en œuvre du soutien vaccin au cours de la période sous revue

Tableau N° 11: Etat de mise en œuvre du soutien vaccinal

Type de vaccins	Quantité prévue dans la lettre de décision (doses)	Quantités reçues	Différence (doses)	Quantité déployée vers les districts jusqu'au 31 Octobre 2018
Pentavalent	788 500	788 700	0	892 520
Varota	681 000	681 000	0	567 050
PCV13	1 168 000	1 168 000	0	865 800
VPI	377 700	225 400	152 300	224 000

Campagnes

- En mai 2017, le pays a réalisé une campagne de vaccination au vaccin anti-rougeoleux anti-rubeoleux. Une enquête de couverture vaccinale post campagne a été réalisée en juin 2018. Les résultats provisoires de l'enquête de couverture vaccinale post campagne réalisée en juin 2018, selon les résultats provisoires, 97,5% des enfants âgés de 9 mois à 14 ans révolus ont participé à la campagne vaccinale de mai 2017. Ce taux est supérieur à l'objectif du Programme Elargie de Vaccination (PEV) qui s'était fixé l'objectif d'atteindre au moins 95% des enfants de 9 mois à 14 ans révolus. Cependant, ce taux varie selon les districts sanitaires. Neuf (9) districts enregistrent des taux de participation inférieures à 95 %. Il s'agit des districts Buja Centre (94,9%), Kinyinya (94,3%), Buja Nord et Nyanza Lac (94,1%), Mabayi (94,0%), Buja Sud (93,5%), Muramvya (92,8%), Gihofi (91,4%) et Murore (90,7%). Environ 2% des enfants du groupe cible (9 mois à 14 ans révolus) n'ont pas participé à la campagne. Les principales raisons de non-participation à la campagne étaient le manque d'information (28,4%), le manque de temps (18%), la non vaccination alors que l'enfant était présent au lieu de vaccination (10,1%), l'absence au pays (9,9%) et l'état de maladie (8,6%). La modalité « autre » restait avec un taux de 9.5%. Les deux principales raisons de non vaccination pour les enfants présents au lieu de distribution est la rupture de stock de vaccins (84,2%) ainsi que l'âge qui n'était pas encore atteint (10.5%).

La campagne de vaccination au vaccin combiné anti rougeoleux anti rubéoleux a permis de vacciner les enfants de l'âge cible du RR2, récupérer les abandons et ainsi augmenter le taux de couverture du vaccin RR2 (la CV est passé de 71%(2016) à 74%(2017)

- Deux passages de SSME ont été organisés en décembre 2017 et en juin 2018. ;
Au cours des deux passages, le pays a poursuivi son projet de démonstration du vaccin contre le HPV dans les deux districts sanitaires (Ngozi et Rumonge) pour la 2^{ème} cohorte de filles de la 3^{ème} année primaire et celles de 10 ans non scolarisées ;

En outre, des campagnes de rattrapage des enfants pour les vaccins RR2/DTC 4 ont été organisées.

- la campagne de vaccination de masse contre la méningite de sérogroupes A est en cours de préparation. Les cibles sont les personnes de 1 à 29 ans et la campagne est prévue pour le mois de décembre 2018. L'objectif de couverture vaccinale pour la campagne est de 95%. La micro planification pour cette campagne est déjà réalisée.

Analyse de la situation pour la rougeole et la rubéole

- Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'élimination de la rougeole (2014- 2018) , le pays a introduit en janvier 2013, la 2ème dose du vaccin contre la rougeole et en 2017, une campagne de vaccination de masse au vaccin combiné rougeole-rubéole a été organisée. Toutefois, la couverture vaccinale au RR2 reste inférieure à 80%.
- Depuis l'introduction du VAR2, la surveillance au cas par cas de la rougeole a pu détecter 16 cas de rougeole confirmés par le laboratoire dont 6 en 2016 (district sanitaire de Mabayi) ; 7 en 2017 (district sanitaire de Cibitoke et un du district Bujumbura Nord) et 3 en 2018.
- Néanmoins des insuffisances dans la surveillance se font remarquer à différents niveaux (personnel insuffisant, non formé et non motivé, moyens diagnostics limités, faible collaboration des acteurs impliqués dans la surveillance, ressources financières limitées)
- Le plan d'élimination de la rougeole rubéole (2014-2018) existe, mais son évaluation à mi-parcours est indispensable.
- **Les introductions des vaccins prévues :**

L'introduction du vaccin contre le HPV dans la routine prévue pour 2020 : une étude des coûts pour la mise à échelle du vaccin contre le HPV a été déjà faite ; le dossier de soumission à Gavi n'est pas encore élaboré. L'introduction de la 5ème et 6ème dose du vaccin contre le tétanos (Td 5, Td 6) est prévue pour 2019- 2020, des ateliers de sensibilisation pour l'introduction ont été organisés. Le dossier de soumission et le plan d'introduction ne sont pas encore élaborés, d'où nécessité d'une assistance technique pour l'élaboration leur élaboration. .

- L'introduction de la dose à la naissance du vaccin contre l'hépatite virale B: son introduction prévue en 2020

Les campagnes prévues :

- La campagne de vaccination de masse contre la méningite à méningocoques de sérogroupes A est prévue pour décembre 2018. Le coût total de la campagne est de 11 742 786 USD (achat des vaccins, matériels d'injections et coûts opérationnels). Tous ces coûts sont à la charge de Gavi.

6.2. Performances du soutien RSS de Gavi

La subvention de Gavi pour le Renforcement du Système de Santé en cours d'exécution provient des fonds du RSSIII, du bonus 2015, des reliquats du Projet RSSII et des fonds SSV totalisant un montant de 32 630 425 USD répartis sur trois ans (2018 : 15 694 514 USD, 2019 : 9 331 413 USD , 2020 : 7 583 690 USD). Un plan consolidé de trois ans a été élaboré ; cette subvention est gérée par le MSPLS à travers l'UGP, l'Unicef et Banque Mondiale successivement 25%, 32% et 43%.

Le plan consolidé de la subvention RSS de Gavi comprend sept objectifs :

- ✓ Renforcer les capacités de l'offre des services de qualité en particulier de vaccination.
- ✓ Améliorer l'utilisation des services de santé en particulier de vaccination au niveau des formations sanitaires par des interventions communautaires dans la zone d'intensification des activités
- ✓ Renforcer les capacités d'approvisionnement, de gestion et de distribution des vaccins et autres intrants
- ✓ Améliorer la qualité des données pour le renforcement du suivi - évaluation des programmes de santé en particulier le PEV
- ✓ Renforcer les capacités opérationnelles de la société civile pour améliorer la collaboration avec le MSPLS et l'extension des interventions sanitaires à haut impact y compris les services de vaccination
- ✓ Renforcer les capacités de coordination, de planification, de gestion des interventions à tous les niveaux du système de santé
- ✓ Gestion des programmes

Le retard de la validation du budget du plan consolidé par le secrétariat de Gavi et le retard de remplissage de certaines exigences en matière de gestion des fonds par le MSPLS, le retard de la signature des MoU ont occasionné un retard de démarrage de la mise en œuvre des activités du plan consolidée.

Le MoU tripartite pour la gestion des fonds de l'année 1 et 2 pour les activités de supply et des OSC par UNICEF a été conclu en mai 2018. Les premières commandes sont déjà lancées et le recrutement des OSC à impliquer dans l'amélioration des performances de la couverture vaccinale dans les 12 DS prioritaires non PBF communautaires est en cours.

Le MoU entre la Banque Mondiale et Gavi pour la gestion des fonds du PBF communautaire, du PBF clinique et du PBF central n'a pas encore abouti. Les négociations entre la BM et le secrétariat de Gavi continuent. Pour cette année 2018, il est fort probable que le budget alloué au FBP ne sera pas utilisé. Il a été convenu entre Gavi, l'UGP et le PEV que le

paiement des primes se fera sur base des indicateurs consensuels pour les deux trimestres (3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2018). Pour le FBP clinique et communautaire, le démarrage se fera après signature du MOU entre la BM et Gavi.

Comparativement aux autres partenaires, impliqués dans le FBP, voici un tableau illustratif :

Tableau N° 12 : **Part des partenaires dans le budget FBP (Clinique, Centrale et communautaire)**

	Budget Global Alloué au FBP 2018 (en BIF)	%
Gouvernement	21 040 097 600	28
Banque Mondiale	21 875 073 033	29
Union Européenne	22 136 699 892	30
Gavi	7 778 434 275	10
CORDAID	2 023 830 000	3
Total	74 854 134 800	100

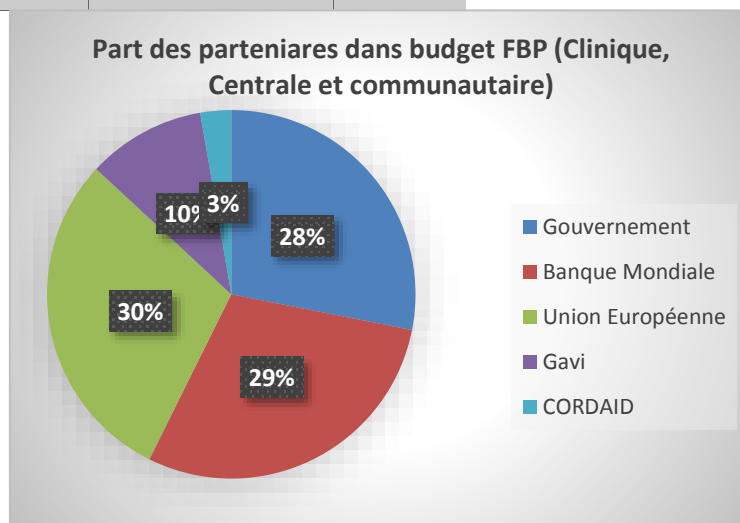


Figure N°12 : **Part des partenaires dans budget FBP (Clinique, Centrale et communautaire)**

Notons également qu'il existe des fonds à la banque mondiale destinés au renforcement des capacités en FBP des cadres de l'UGP et du PEV. Ces formations devraient se faire au premier semestre 2018. Après ce délai, ces fonds vont tomber en annulation.

La mise en œuvre du plan consolidé a connu un retard car certaines exigences en matière de gestion n'étaient pas encore remplies (mise à jour du manuel des procédures administratives, comptables et financières de l'UGP, le paramétrage des budgets dans le logiciel Tompro)

Suite au retard du remplissage des certaines conditions en matières de gestion des fonds notamment la mise à jour du manuel des procédures administratives, comptables et financières de l'UGP, le paramétrage des budgets dans le logiciel Tom2Pro, Gavi a déjà accordée au Gouvernement, depuis avril 2018, trois dérogations pour mettre la mise œuvre des activités jugées urgentes.

Les activités réalisées sont les suivantes :

Appuyer les descentes des techniciens et logisticiens du PEV pour le suivi de l'installation des réfrigérateurs solaires

Organiser et participer dans des réunions avec les partenaires du MSPLS à l'intérieur et à l'extérieur du pays (bureau du district sanitaire, bureau de province sanitaire, programmes) (Participation du Directeur du PEV à l'Assemblée Mondiale de la Santé de mai 2018)

Former en cascade les acteurs de la vaccination sur la réintroduction du VPI (niveau central, EC BPS/BDS, prestataires des centres de santé)

Paramétrage du plan consolidé 2018 - 2020

Assurer le fonctionnement de l'unité de gestion KURA KIBONDOI (connexion internet et téléphone,, entretien bâtiment, carburant,, entretien et maintenance des équipements informatiques, renouvellement IT, ..)

Tableau N° 13 : Performance du soutien Gavi/RSS

Objectif 1 : Renforcer les capacités d'offre des prestations et l'utilisation des services de vaccination de qualité	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer les capacités d'offre des prestations et l'utilisation des services de vaccination de qualité
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Au total, l'objectif 20 activités sont prévues dans l'année1(de Juillet 2018 –Juin 2019). 18 activités sont à réaliser au niveau national tandis que 2 sont prévues dans les 15 DS prioritaires.
% d'activités menées/ utilisation du budget	6 activités sur 20 soit 30% ont déjà été initiées ou réalisées, Sur un montant de \$ 4 379 667 USD, un montant égale à 451 891 USD est déjà engagé ou dépensé soit 10,3%
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	Les principales activités réalisées sont : (i)Participer au financement des coûts opérationnels des Semaines Santé 1 ^{er} passage 2018), (ii)Formation en cascade des acteurs de la vaccination sur la réintroduction du VPI (niveau central, EC BPS/BDS, prestataires des centres de santé) (iii) formation des prestataires et TPS sur les techniques de communication interpersonnel en faveur de la vaccination et sur l'utilisation des outils avec les messages-clé (iv) Multiplication et livraison au PEV de 209 295 carnets santé mère-enfant. Succès et résultats atteints : Principales activités non encore mises en œuvre Contribuer à la contractualisation des centres de santé du pays durant toute la période du projet, (i) Supervisions de routine
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) ¹¹	(i)Organiser des formations au cours MLM-MAPI à tous les niveaux (NC, Provinces, districts, centres de santé) (ii) Appuyer les districts pour le renforcement de la la surveillance active des maladies évitables par la vaccination dans les districts sanitaires (iii) Participer, au financement des coûts opérationnels des semaines santé mère - enfant à hauteur de 30%
II. Améliorer l'utilisation des services de santé en particulier de vaccination au niveau des formations sanitaires par des interventions communautaires dans la zone d'intensification des activités	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Améliorer l'utilisation des services de santé en particulier de vaccination au niveau des formations sanitaires par des interventions communautaires dans la zone d'intensification des activités(RSSIII)
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	14 activités débutent dans l'année 1. 11 seront exécutées au niveau national tandis que 3 seront exécutées uniquement dans les DS prioritaires
% d'activités menées/ utilisation du budget	Sur 14 activités 1 est initiée pour un montant de \$ 471 981 sur un budget total de \$ 3 424 912 soit 13.7%

<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>L'activité principale initiée est : Doter les ASC des outils de travail (kits des ASC : imperméable, mégaphone, piles, sac à dos, téléphone, vélos, parapluie, bottes, ...) Le budget engagé est de 13.7%</p>
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)</p>	<p>(i) Appuyer les districts pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE (ii) Concevoir les spots radio et TV sur la vaccination (iii) Diffuser des messages sur la vaccination de routine à travers les différents canaux de communication (radio, télé, SMS, Affiches, et sur les réseaux sociaux...) (iv) Tenir une réunion de sensibilisation des professionnels des médias sur les activités de vaccination (v) Contractualiser 95 Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) la 1ère année (vi) Elaborer un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le soutien des activités du PEV auprès des décideurs et PTFs y compris le secteur privé et la société civile(deux session)</p>
<p>Objectif 3 : Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et de la sécurité des produits et équipements médicaux</p>	
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Assurer l'accès aux vaccins et une gestion rationnelle de la chaîne d'approvisionnement, de la logistique et de la sécurité des produits et équipements médicaux</p>
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	<p>19 activités planifiées pour l'année 1. 17 seront réalisées au niveau national 2 seront réalisées dans les DS prioritaires</p>
<p>% d'activités menées/ utilisation du budget</p>	<p>6 activités sur 20 ont été réalisées soit 30%</p>
<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>(i) cartographie des chambres froides et étude de suivi de la température (vii) suivi de l'installation des réfrigérateurs solaires par les techniciens et logisticiens du PEV pour le ont été effectués (viii) Paiement de l'assurance tous risques des dépôts du PEV</p>
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique)</p>	<p>(i) Recruter une maison de maintenance préventive et curative des chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs du PEV et des districts(contrat annuel) (ii) Equiper le hangar qui va abriter les 2 chambres froides déjà disponibles et servir de stock pour les intrants secs</p>
<p>Objectif 4: Objectif spécifique 4: Améliorer la qualité des données pour le renforcement du suivi -évaluation des programmes de santé en particulier le PEV</p>	
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Objectif 4: Renforcer le Système d'Information Sanitaire et de suivi et évaluation des interventions communautaires</p>
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	<p>Sur 15 activités planifiées : 11 seront réalisées au niveau national 4 seront réalisées dans les DS prioritaires</p>

% d'activités menées/ utilisation du budget	Sur 15 activités planifiées, 4 activités réalisées
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	(i) réalisation d'une étude de l'analyse équité dans la dispensation des services de vaccination a été effectuée (ii) élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV Appuyer la formation des prestataires sur l'utilisation du DHIS2 dans 15 districts prioritaires
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique	(i) Contribuer à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données, en particulier du PEV (ii) Appuyer les ateliers sur l'analyse, la validation des données de routine du PEV et la gestion des vaccins au niveau des districts sanitaires (ii) multiplication des outils de collecte des données de vaccination (registres, cahiers de pointage, fiches de suivi des abandons) (iii) Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités des OSC
Objectif 5 : Renforcer les capacités opérationnelles de la société civile pour améliorer la collaboration avec le MSPLS et l'extension des interventions sanitaires à haut impact y compris les services de vaccination	Renforcer les capacités opérationnelles de la société civile pour améliorer la collaboration avec le MSPLS et l'extension des interventions sanitaires à haut impact y compris les services de vaccination
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Les activités planifiées seront réalisées au niveau des districts sanitaires prioritaires identifiés (12 DS, la 1 ^{ère} année, et 7 DS la 2 ^{ème} année)
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Sur les 11 activités planifiées, aucune activité n'a été réalisée
% d'activités menées/ utilisation du budget	Aucune activité n'a été menée
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	(i) Organiser un atelier de trois jours pour analyser et valider les plans d'action annuelle des OSC. (ii) Former au cours de la 1 ^{ère} année 3247 Agent de Santé Communautaire de la zone priritaire non couverte par le FBP communautaire et 230 relais
Principales activités planifiées pour la période à venir	Objectif 6 : Renforcer les capacités de coordination, de planification, de gestion des interventions à tous les niveaux du système de santé
Objectif 6 : Renforcer les capacités de coordination, de planification, de gestion des interventions à tous les niveaux du système de santé	Pas Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	2 activités sur 7 soit 28,6% ont été réalisées

Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	(i) Appuyer la DGP dans le suivi de la mise en œuvre des plans annuels d'action (1 mission de suivi de 4 provinces /trimestre ; 3 personnes /mission, 5 jours de
% d'activités menées/ utilisation du budget	(i) Elaborer, valider, multiplier et diffuser un manuel de procédures techniques "Guide Technique" du PEV (ii) Assurer le Suivi et la coordination des activités de communication sur la vaccination par les intervenants dans la communication pour le PEV au niveau de la province et des districts
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	Gestion des programmes
Principales activités planifiées pour la période à venir	Pas de groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif ; les activités planifiées concernent le fonctionnement de l'UGP
Objectif 7 : Gestion des programmes	4 activités sur 12 ont été réalisées soit 33% ont été réalisées, le budget utilisé est de X % ??
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	(i) Organiser et participer dans des réunions avec les partenaires du MSPLS à l'intérieur et à l'extérieur du pays (BDS, BPS, programmes) (ii) mise à jour du manuel des procédures, administratives, comptables et financières de l'Unité de Gestion des Projets KURA KIBONDO
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	(i) Faire l'inventaire et la codification des immobilisations/équipements du MSPLS y compris ceux achetés par Gavi (ii) Assurer le fonctionnement de l'unité de gestion RSS/GAVI

L'exécution programmatique est faible suite au retard du démarrage de la mise en œuvre des activités du plan consolidé.

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

Le pays n'a pas soumis son application au POECF car les fonds de RSS ont suffi pour couvrir les besoins.
Le pays est en train de mettre en œuvre le plan de transition vers les équipements solaires. Cinq réfrigérateurs ont été installés dans les CDS au cours de la phase pilote, 65 réfrigérateurs ont été installés dans les CDS et 4 réfrigérateurs ont été installés dans les bureaux de 4 DS au cours de la **première phase**. Au cours de la deuxième phase **273** réfrigérateurs sur 328 (86%) frigos ont été déjà installés dans les CDS jusqu'au 27 octobre 2018 et l'installation continue

6.4. Performances de gestion financière

Le niveau d'absorption des fonds gérés par le Gouvernement
 Des dérogations ont été accordées au MSPLS pour des activités urgentes:

- ✓ 176.554.668 BIF
- ✓ 586.978.037 BIF
- ✓ 1.764.396.027 BIF

Total: 2.527.928.

Le niveau d'absorption des fonds de l'année 1 gérés par l'Unicef en date du 15 Octobre est de 43%
 Le niveau d'absorption des fonds gérés par la BM: 0%

Le niveau d'absorption des fonds du Plan Consolidé des fonds gérés par l'UGP est de 20.9%

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

NA

6.6. Assistance technique

Pour 2018, l'OMS et l'Unicef ont reçus des fonds de GAVI (TCA 2018) pour couvrir les besoins en appui technique de certaines activités identifiées ensemble avec le PEV lors de l'exercice de l'évaluation conjointe de 2017. Ces appuis techniques ont été recrutés par chaque agence selon leurs procédures soit en international et même au niveau local.

Jusque maintenant, l'OMS a déjà fourni les AT suivants selon la demande du PEV :

- Réalisation d'une auto-évaluation de la GEV : mise en place de la cartographie de la température des chambres froides du PEV (rapport disponible)
- Mise à jour du plan de l'amélioration de la qualité des données (terminé)
- Renforcement de la surveillance des PFA, de la rougeole et autres MEV ; (continue à travers un consultant SSA de l'OMS) ;

D'autres AT sont attendus d'ici fin 2018 (OMS & UNICEF):

- Renforcement des capacités et la mise à jour des outils de notification et de rapportage de la surveillance de la méningite (appui attendu ;
- Monitoring pour la mise en œuvre de la campagne Men A (recrutement en cours).
- Consultant international pour le suivi du programme de mise en œuvre de la couverture équité en matière de vaccination (recrutement en cours)
- Appui logistique pour la campagne MenA (Recrutement en cours)
- Appui technique pour le renforcement des capacités des techniciens du PEV en vue du suivi de l'installation et de la maintenance des réfrigérateurs solaires (Recrutement en cours)

Les AT suivants seront apportés en 2019 en fonction de la planification des activités du PEV :

- Réalisation de la vérification de l'élimination de la rougeole ;
- organisation et réalisation d'une enquête post campagne Men A ;
- mise en place du NITAG/GTCV et le suivi de son fonctionnement
- organisation et mise en œuvre de la revue externe du PEV, volets programmatique et données de vaccination ;
- évaluation du PPAC 2011-2018 et l'élaboration du nouveau PPAC 2019-2023 (volet programmatique et financement) ;
- renforcement de la surveillance des MAPI ;
- Support technique pour le développement des outils de plaidoyer pour un investissement national durable dans la vaccination.

Un montant de 450 870 \$ a été octroyé à l'OMS pour apporter l'appui technique selon les besoins identifiés par le PEV. Actuellement, seul 6% des fonds ont été utilisés suite au retard de mise en œuvre de certains AT et recrutement de consultants,

L'UNICEF a reçu un montant de 481,320 \$ pour les activités du TCA 2018. Le taux d'exécution à ce jour est de 17%.

Pour les fonds TCA 2017, certains AT continuent à être fournis comme l'installation des 148 frigos solaires qui doivent être finalisés avant la campagne de vaccination Men A. Les évaluations post introduction des vaccins RR et HPV seront menés d'ici décembre 2018 ainsi que l'audit de l'utilisation des fonds RR et HPV par le PEV.

Une partie des fonds TCA 2017 octroyé à l'UNICEF ont servi au renforcement de la chaîne de froid à travers l'installation des États de la mise en œuvre du TCA 2017 : Le contrat actuel concerne l'installation de 328 réfrigérateurs solaires. A ce jour, 300 réfrigérateurs solaires ont été installés dans les CDS depuis le début de cette année 2018. Les contrats

actuels (UNICEF & OMS) en cours d'exécution concernent l'installation de 476 réfrigérateurs ce qui portera à 560 réfrigérateurs solaires installés dans le pays, soit 65% du taux de réalisation dans la mise en œuvre de ce plan de transition vers le solaire,

Notons également que d'autres assistances techniques ont été menées par Captiva Africa dans le cadre du renforcement de l'UGP et de l'audit institutionnel du PEV. [Dalberg a aussi mené une assistance technique dans le cadre de mise en place du Groupe Thématique santé Mère-Enfant.](#)

[STPH appui l'UGP de façon continue comme Agence de suivi.](#)

7. BESOIN EN ASSISTANCE TECHNIQUE

Tableau N° 14 : Besoin en Assistance technique

Domaine	Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?*(oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance requise	Partenaire
Chaîne de froid	Renforcer les capacités des techniciens des niveaux central et opérationnel pour l'installation, le suivi et l'entretien des réfrigérateurs solaires	2019-2020	Recrutement d'une expertise extérieure (AMP ou Autre)	UNICEF (reprogrammation des fonds du TCA 2018)
Chaîne d'approvisionnement /Gestion des vaccins	Auto-évaluation de la GEV	2019	Assistance technique locale (Staff du Country Office)	OMS&UNICEF
	Développer un système acceptable LMIS et l'interopérabilité LMIS – DHIS2 (Module gestion des intrants dans le DHIS2)	2019-2020	Consultants internationaux (Contrat institutionnel/Individuel)	OMS & UNICEF (Supply)
	Faire une étude et exécution d'une extension/réhabilitation des stocks du matériel secs du niveau central y compris les étagères de rangement	2019-2020	Appui technique local	UNICEF
	Renforcer les systèmes de sécurité des stocks du PEV (contre l'incendie, les eaux de pluie, etc.)	2019-2020	Appui technique local	UNICEF
Couverture-équité	Assurer une couverture nationale en micro-plan pro-équité : appuyer l'élaboration des micro-plans-équité dans les 31 DS restants (Fonds Gavi Révision budgétaire du RSS3/Fonds additionnels)	2019	Appui technique local	OMS & UNICEF
	Assurer un appui technique international pour la couverture-équité	2019-2020	TA_International	OMS

Évaluation conjointe 2018

	Continuer la mise en œuvre du Plan de communication du PEV_ pour les 18 DS prioritaires	2019	Appui technique local	UNICEF
	Explorer la possibilité d'un bonus de performance pour les DS sur la couverture et l'équité (AT)/Y compris l'approche PBF	2019-2020	Consultant international	UNICEF
	Appuyer l'actualisation des curricula de formation dans les Ecoles paramédicales, Instituts de Santé Publique et Université (Facultés de Médecine): Modules/Cours sur la Vaccination	2019	Consultants national & international	OMS
Qualité des données	Elaborer un guide standard d'analyse des données du SNIS (besoin d'assistance technique) et vulgarisation/dissémination	2019	Consultant international	OMS
	Renforcer les capacités des prestataires des soins des CDS qui produisent les données: Remplissage correct des outils de collecte des données et de rapportage; saisie des données au niveau des FOSA dans le DHIS2	2019	Appui technique local	UNICEF
	Faire l'extension du projet SMSRapid sur le suivi de l'enfant /à mille jours, notamment sur la récupération des irréguliers/abandons dans les 18 DS prioritaires	2019	Appui technique local	UNICEF
	Effectuer l'interopérabilité des bases de données existantes (SMSRapid et DHIS2)	2019-2020	Consultants internationaux (Experts Université d'OSLO)	UNICEF
Surveillance des MEV & MAPI	Renforcer la surveillance des MEV	2019-2020	Assistance technique et financière	OMS
	Appuyer la création de nouveaux sites sentinelles de surveillance des MEV	2019-2020	Consultants national & international	OMS
Financement, Gouvernance, Coordination	Appuyer le fonctionnement du GTCV (Groupe Technique consultatif sur la Vaccination)	2019-2020	Appuis techniques locaux	OMS

	Appuyer le fonctionnement du Groupe technique (du CPSD) Santé de la Mère et de l'Enfant : CCIA technique	2019-2020	Appuis techniques locaux	OMS & UNICEF
--	--	-----------	--------------------------	--------------

Certains recrutements sont en cours et d'autres vont démarrer quand le PEV va donner le nouveau chronogramme pour la Revue externe du PEV, l'évaluation et l'élaboration du PPAC...

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

Tableau N° 15: Suivi des recommandations de l'EC Précédente

Principal résultat 1	La chaîne du froid du PEV est renforcée à tous les niveaux	Etat de mise en oeuvre
Actions convenues du pays	Mise en place de la cartographie de la température des chambres froides du PEV	Réalisée à 100%
	Installation des nouveaux réfrigérateurs solaires et chambres froides	Réalisée et continu (2 chambres froides installées, 70% des réfrigérateurs solaires déjà installés)
	Renforcement des capacités des techniciens du PEV pour le suivi et l'entretien des réfrigérateurs solaires	Renforcement des capacités réalisé en continu
	Elaboration du Plan de maintenance des équipements de la chaîne de froid du PEV à tous les niveaux et sa mise en œuvre	Plan de maintenance non encore élaboré (prévu dans le plan consolidé)
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui technique pour la mise en place de la cartographie de la température des chambres froides du PEV (TCA 2018, OMS)	Réalisée à 100%
	Appui pour l'installation de 2 chambres froides et des réfrigérateurs solaires (TCA 2017, UNICEF)	Réalisée et continu (2 chambres froides installées, 70% des réfrigérateurs solaires déjà installés)
	Appui technique pour le renforcement des capacités des techniciens du PEV pour le suivi et l'entretien des réfrigérateurs solaires ; nécessité d'un expert qui va appuyer le PEV (TCA 2018, UNICEF)	Réalisé et continu
	Appui technique pour l'élaboration du Plan de maintenance des équipements de la chaîne de froid du PEV à tous les niveaux et sa mise en œuvre (TCA 2018, UNICEF)	Non encore réalisé (prévu dans le plan consolidé)
Principal résultat 2	La chaîne d'approvisionnement, la gestion des vaccins et matériel d'injection à tous les niveaux est améliorée	
Actions convenues du pays	Renforcement du monitoring de la température des équipements de la chaîne de froid à tous les niveaux en utilisant les nouveaux outils	Etude de suivi de la température réalisée à 100% avec l'appui d'un Consultant OMS
	Mise en œuvre des recommandations de la GEV	Mise en œuvre des recommandations de la GEV réalisée à 65% (fin septembre 2018)

	Auto-évaluation de la GEV	Suivi de la mise en œuvre des recommandations de la GEV réalisée (appui du Consultant OMS et auto-évaluation de la GEV)
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui pour la réalisation d'une auto-évaluation de la GEV en 2018 (appuis locaux OMS et UNICEF, appui externe OMS, TCA 2018)	Réalisé
Principal résultat 3	La Couverture-équité pour le PEV de routine est améliorée	
Actions convenues du pays	Réalisation de l'analyse-équité des prestations de services de vaccination (TCA-UNICEF 2017)	Analyse équité réalisée (rapport provisoire disponible) avec l'appui d'un Consultant (TCA UNICEF)
	Mise en œuvre des recommandations de l'analyse équité	Mise en œuvre des recommandations de l'analyse équité à faire après
	Poursuite de la mise en œuvre de l'ACD/ACE	Approche ACD/ACE non encore réalisée (prévue dans le plan consolidé)
	Mise en œuvre du plan de communication du PEV	Activités du plan de communication du PEV prévues dans le plan consolidé (formation des TPS sur la communication déjà réalisée)
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui technique par un consultant international pour l'analyse-équité des prestations de services de vaccination (TCA-UNICEF 2017)	Réalisé et continu
	Appui technique international pour la mise en œuvre des recommandations de l'analyse équité (TCA 2018, OMS)	Analyse équité réalisée (rapport provisoire disponible) avec l'appui d'un Consultant (TCA UNICEF)
	Appuis locaux (OMS, UNICEF) pour la mise en œuvre de l'ACD/ACE	Non encore réalisé (activité prévue dans le plan consolidé)
	Appui pour la mise en œuvre du plan de communication du PEV	Appui à la formation des TPS fourni
Principal résultat 4	La surveillance des maladies évitables par la vaccination est améliorée	
Actions convenues du pays	Analyse du risque pour la fièvre jaune	L'analyse du risque pour la fièvre jaune n'est pas encore réalisée (en attente de nouvelles orientations de l'OMS sur la priorisation du risque déjà menée au niveau global)
	Organisation d'une revue documentaire de la surveillance des MEV	Revue documentaire de la surveillance non réalisée (TCA OMS expiré, pas de financement des coûts opérationnels prévu)
	Renforcement de la surveillance active des PFA, de la rougeole et autres MEV	Un plan de renforcement de la surveillance des PFA et des autres MEV a été développé en Septembre 2018 (en attente de financement par l'OMS)
	Surveillance de la méningite	L'introduction de la surveillance de la méningite n'a pas encore commencé (prévue avec la campagne MénA)
	Vérification de l'élimination de la rougeole	En attente des directives de l'OMS pour la mise en place d'un comité national de vérification de l'élimination de la rougeole

	Renforcement de la surveillance des MAPI	Projet pilote de surveillance des MAPI en cours au District Sanitaire Mairie Nord, élaboration et validation des outils en cours de préparation
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui technique externe pour l'analyse du risque pour la fièvre jaune (TCA 2017, OMS)	Non réalisé
	Appui de l'OMS pour l'organisation d'une revue documentaire de la surveillance des MEV (TCA 2017, OMS)	Non réalisé
	Appui technique pour le renforcement de la surveillance des PFA, de la rougeole et autres MEV (TCA 2018, OMS)	En attente du financement de l'OMS
	Appui technique pour le renforcement des capacités et la mise à jour des outils de notification et de rapportage de la surveillance de la méningite (TCA 2018, OMS)	Formation prévue du 12 au 17 Novembre 2018 sur la gestion des données de la méningite
	Appui OMS pour mener un premier exercice de vérification de l'élimination de la rougeole (TCA 2018, OMS)	Non réalisé
	Appui technique international pour le renforcement de la surveillance des MAPI (TCA 2018, OMS)	Non encore réalisé
Principal résultat 5		
Actions convenues du pays	Organisation de la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV), édition 2018	La célébration de la 8ème SAV a été marquée par la réintroduction du VPI dose complète et couplée à la SSME, 1ère Edition 2018
	Organisation technique et mise en œuvre de la campagne Men A	Organisation technique et logistique de la campagne MenA en cours et demande d'assistance technique déjà adressée à l'OMS et à l'UNICEF
	Organisation de la logistique de la campagne Men A	Organisation technique et logistique de la campagne MenA en cours et demande d'assistance technique déjà adressée à l'OMS et à l'UNICEF
	Elaboration du plan de communication pour la campagne Men A	Plan de communication pour la campagne MenA déjà élaboré
	Organisation d'une enquête post campagne Men A	L'enquête post-campagne MenA sera réalisée dans les 3 mois suivant la campagne MenA
	Participation à l'organisation des SSME (2ème édition de 2018 et 1ère édition de 2019)	Les préparatifs pour la SSME, 2ème Edition 2018 sont en cours (la SSME est prévue du 20 au 23 Novembre 2018)
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appuis techniques locaux OMS et UNICEF pour l'organisation et la mise en œuvre de la SAV, édition 2018	Réalisée

	Appui technique externe pour la micro planification et le suivi de la mise en œuvre de la campagne Men A (TCA 2018, OMS)	Assistance technique déjà demandée à l'OMS pour le monitoring de la campagne MenA, assistance technique fournie par l'UNICEF
	Appuis techniques locaux OMS et UNICEF pour l'organisation et la mise en œuvre de la campagne Men A	Réalisée en continu
	Appui technique pour l'organisation de la logistique de la campagne Men A (TCA 2018, UNICEF)	Réalisée en continu et assistance technique demandée à l'UNICEF
	Appui technique pour l'enquête post campagne Men A (TCA2018, OMS)	L'enquête post-campagne MenA sera réalisée dans les 3 mois suivant la campagne MenA
Principal résultat 6	La qualité des données du SNIS en général et du PEV en particulier, la planification, le suivi & l'évaluation de la mise en œuvre des activités de vaccination sont améliorés	
Actions convenues du pays	Mise à jour du plan de l'amélioration de la qualité des données du PEV	Réalisée
	Réalisation de la revue documentaire annuelle de la qualité des données du PEV	La revue annuelle sera réalisée dès l'année 2019
	Evaluation post introduction du RR	Non réalisée (en attente des fonds de l'OMS)
	Evaluation post introduction HPV (première année)	Cette évaluation sera couplée à l'évaluation post-introduction RR
	Elaboration/révision du plan national du cancer (Cfr budget HPV)	Non réalisée
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui technique externe pour la mise à jour du plan de l'amélioration de la qualité des données du PEV (TCA 2017, OMS)	Réalisée
	Appuis techniques locaux (OMS et UNICEF) pour la revue documentaire annuelle de la qualité des données du PEV	La revue annuelle sera réalisée dès l'année 2019
	Appui technique externe pour mener l'évaluation post introduction du RR (TCA 2017, OMS)	TCA 2017 expiré
	Appui technique externe pour mener l'évaluation post introduction HPV (première année, TCA 2017, OMS)	TCA 2017 expiré
	Appui technique externe pour l'élaboration/révision du plan national du cancer (Cfr budget HPV)	Non réalisée
Principal résultat 7	La coordination, la Gestion/administration du programme sont renforcés	
Actions convenues du pays	Renforcement du fonctionnement du CPSD et des Groupes thématiques dans le cadre de l'amélioration des échanges ou discussions sur les questions relatives à la vaccination	

	Mise en place du GTCV	TDRs récemment fournis par l'OMS
	Revue externe du PEV	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019
	Elaboration du nouveau PPAC (PPAC 2019-2023)	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019
	Elaboration d'un document de plaidoyer pour la pérennité de la vaccination au Burundi	Non encore réalisé (prévu dans le plan consolidé)
Calendrier associé	2018	
Besoins en assistance technique	Appui technique externe pour le renforcement du fonctionnement du CPSD et des Groupes thématiques (Gavi via OMS)	Appui technique de l'OMS et de GAVI fourni pour l'évaluation de la fonctionnalité du CPSD et pour la mise en place du Groupe Thématique Santé Mère Enfant
	Appui technique externe (Consultant & Staff régional) pour la mise en place du GTCV et le suivi de son fonctionnement (TCA 2018, OMS)	Non encore réalisé
	Appuis techniques externes (consultants et staff du niveau régional) pour l'organisation et la mise en œuvre de la revue externe du PEV, volets programmatique et données de vaccination (TCA 2018, OMS)	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019
	Appuis techniques externes (consultants et staff du niveau régional) pour l'organisation et la mise en œuvre de la revue externe du PEV, volets « Chaine de froid » et « Chaine d'approvisionnement » (TCA 2018, UNICEF)	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019
	Appuis techniques locaux et externes pour l'évaluation du PPAC 2011-2018 et l'élaboration du nouveau PPAC 2019-2023 (TCA 2018, OMS & UNICEF)	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019
	Appui technique pour l'élaboration d'un document de plaidoyer pour la pérennité de la vaccination au Burundi, pour l'organisation des réunions de plaidoyer auprès des décideurs du plus haut niveau (TCA 2018-Unicef)	Prévue au 3ème trimestre 2018-2019

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

Tableau n° 16: Résumé des résultats, des actions et des besoins en ressources/soutien identifiés

Thèmes	Action	Responsable	Delai
Augmentation des CV et Equité en vaccination	Faire un dénombrement des enfants cibles de la vaccination dans tous les DS pour répondre au problème de non maîtrise du dénominateur et l'identification/localisation et récupération des enfants non vaccinés	PEV	T1
	Contribuer à l'élaboration des micro plans pro-équité : appuyer l'élaboration des micro-plans-équité dans les 31 DS restants (Fonds Gavi Révision budgétaire du RSS3/Fonds additionnels),	PEV	T1
	Continuer la mise en œuvre du Plan de communication du PEV_priorités pour les 15DS+3 DS	PEV	Continu
	Planifier des stratégies adaptées par DS pour atteindre les enfants non atteints	PEV	T1
	Contribuer à l'actualisation des curricula de formation dans les Ecoles paramédicales, Instituts de Sante Publics et Université (Faculté de Médecine) : Cours de Vaccinologie	UGP/DRH	T2
	Explorer la possibilité d'un bonus de performance pour les DS sur la couverture et l'équité	UGP/CT6FBP	T1
	Financer l'elaboration des plans proéquité dans 3 districts sanitaires prioritaires ainsi que dans les 28 ⁷ autres DS non prioritaires	UGP	T1
	Contribuer à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données du MSPLS	PEV/UGP	T1
Qualité des données	Réviser le guide standard d'analyse des données du SNIS (besoin d'assistance technique) et vulgarisation/dissémination	DSNIS/PEV	T1
	Contribuer à la réalisation des activités de collecte des données de routine (Impression /multiplication des outils de collecte, connectivité internet, supervision, renforcement de capacités, kits informatiques, Renforcer les capacités des prestataires des soins des CDS qui produisent les données : Remplissage correct des outils de collecte des données et de rapportage	DSNIS/PEV	T1
	Contractualiser une maison pour le suivi de l'informatisation des FOSA...	UGP/PEV	T1
	Mettre à jour les projections des populations jusqu'au niveau des collines de recensement	ISTEEBU,DSNIS	T1
	Effectuer l'interopérabilité des bases de données existantes (SMS Rapid, Channel) avec le DHIS2	DSNIS	T1

⁷ 15 DS ont déjà élaboré des plans pro-équité, il reste 31 DS qui n'ont pas encore des plans pro-équité

	Organiser des formations de renforcement de capacités sur l'outil « WHO_RDQA » d'analyse de la qualité des données.	OMS/UNICEF	T1
	Explorer les opportunités d'introduire un registre électronique en vaccination avec suivi SMS	DSNIS	T1
	Participer dans des formations sur le FBP Clinique et communautaire (Financement BM)	PEV/ UGP	T1 et T2
	Appuyer le dénombrement des enfants cibles du PEV et enregistrement communautaire	PEV /DSNIS/BDS	T1
	Etudier et mettre en œuvre l'interopérabilité entre le DHIS2 et le SIGL	DSNIS	T1
	Contribuer au financement de l'extension du projet SMS/suivi de l'enfant /à mille jours en zones urbaines	Gavi	T1
	Finaliser, valider, et mettre en œuvre le plan de renforcement de surveillance des MEV	PEV	T1
	Constituer un pool de formateurs nationaux en surveillance	PEV	T1
	Renforcer la surveillance cas par cas	PEV	continu
	Introduire la surveillance au niveau communautaire (sensibilisation des ASC)	PEV/DPSHA	T1
	Contribuer au renforcement de la surveillance des MEV (Multiplication des outils, réunions, sensibilisation, renforcement de capacités, Kits de prélèvement, frais de transport des échantillons,	PEV	Continu
	Contribuer au financement de la surveillance sentinelle dans les hôpitaux régionaux	UGP	T2
	Contribuer financièrement à la surveillance active dans les DS	UGP	T1
	Contribuer au financement de la surveillance dans les camps de réfugiés	PEV/UGP	Immédiat
	Contribuer au financement de nouveaux sites sentinelles dans chaque hôpital régional	UGP	T1
	Etendre la surveillance à d'autres pathogènes (Méningocoque, rotavirus)	UGP/PEV	T1
	Contribuer au financement d'une recherche opérationnelle sur la qualité des vaccins	UGP	T2
	Investiguer les MAPI graves	PEV	continu
Chaîne d'approvisionnement t/ CDF / GEV	Planifier l'auto-évaluation de la GEV en 2019	PEV	T1
	Moderniser le système de suivi des paramètres des équipements de la CDF à tous les niveaux (T°, alarme, possibilité de synchronisé, rapide SMS, ODK avec visualisation et cartographie, DHIS2) Voir possibilité d'échange d'expérience ou Appui technique ou expertise locale	PEV	T1

	Poursuivre la mise en œuvre du plan de transition (Ressources déjà prévues dans le plan consolidé)	PEV	Continu
	Contribuer au financement d'une étude de faisabilité de mise à rebut des réfrigérateurs à absorption (Ressources Additionnel)	Gavi	T1
	Développer un système acceptable LMIS et l'interopérabilité LMIS – DHIS2	PEV/DSNIS	T3
	Planifier une extension/réhabilitation des stocks du matériel secs du niveau central (RA)	PEV	T1
	Renforcer les systèmes de sécurité des stocks du PEV (contre l'incendie, les eaux de pluie, etc.) (RA)	UGP	T3
	Mettre en œuvre les recommandations issues de la cartographie des chambres froides et suivi de la température (RA)	PEV	Immédiat
Gestion financière	Expérimenter la méthode MobileMoney pour le transfert des fonds aux prestataires (Vaccinateurs) (RA)	UGP/PEV	Durant la Campagne Men A
	Finaliser le paramétrage des budgets de la campagne de vaccination contre la méningite (RA)	UGP	immédiat
Financement, Coordination et gouvernance	Préparer l'audit Gavi 2019: audit très détaillé durant le deuxième semestre 2019 , concernera toutes les subventions, impact sur le retour des subventions du pays(le processus et calendrier) (RA)	UGP	immédiat
	Mener la revue externe du PEV (AT & RA)	PEV	T1
	Elaborer le PPAC du PEV (2019- 2023) (AT)	PEV	T1
	Faire un plaidoyer pour que le Gouvernement mobilise les fonds pour l'achat des vaccins traditionnels	PEV	Immédiat
	Mettre en place des groupes de soutien pour la vaccination : GTCV (Groupe Technique consultatif sur la Vaccination_NITAG : National Immunization Technical Advisory Group) (AT)	PEV	T1
	Réviser le plan consolidé pour tenir en compte les actions prioritaires identifiées pendant evaluation conjointe notamment le financement de 3 Districts sanitaires (Gitega , Gahombo et Isare)	UGP/PEV	T1
	Evaluer la mise en oeuvre de ces recommandation à chaque fin de trimestre	UGP/PEV/Partenaires	T2,T3,T4

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

En date du 30 Novembre 2018, une réunion du CPSD (équivalent de la CCIA) s'est tenue sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA . Etaient présents les partenaires Techniques et financiers (Le Chef de file des PTF, L'OMS , UNICEF, EU, ENABEL, UNDP,...) et les hauts cadres du MSPLS. Après présentation des grandes recommandations issues de l'évaluation conjointe 2018, des observations suivantes ont été données :

- a. Reformuler la recommandation en rapport avec l'élaboration du guide d'analyse des données SIS au niveau des formations sanitaires. En effet ce guide existe et a été rédigé en 2015. La recommandation irait plutôt dans le sens de le réviser.
- b. Evaluer la mise en œuvre des recommandations à chaque fin de trimestre ;
- c. Explorer la possibilité d'acquisition des équipements en incluant le coût relatif à la maintenance ;

D'autres échanges allant dans le sens soutenir les recommandations en rapport avec le dénombrement des enfants cibles du PEV, l'interopérabilité LMIS avec DHIS2 ont été partagées et le rapport a été validé moyennant quelques amendements.

Le Procès verbal de la réunion du CPSD sera envoyé comme annexe à ce rapport d'évaluation conjointe

11. ANNEXES :

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi.

Tableau N° 17: Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires			
Rapports financiers *			
Rapports financiers périodiques			
État financier annuel			
Rapport d'audit financier annuel			
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) *			
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination			
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données			
Plan d'amélioration des données (DIP)			
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)			
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)			
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			
Évaluation post-introduction (EPI)			
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans			
Plan opérationnel pour le programme de vaccination			
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			
Rapports spécifiques au VPH			
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			

Liste des présences à l'évaluation conjointe

Rapport de l'Enquête équité

PV de la Réunion du CPSD avec liste de présence à cette réunion.