



Formulaire de demande de soutien SVN de Gavi

Soumis par
Le Gouvernement de
Cameroun

Date de soumission: **2 Juin 2017**

Date limite de présentation:

- i. **3 Mai 2017**
- ii. 3 May 2017
- iii. 1 September 2017

Sélectionnez l'année de début et de fin de votre Plan pluriannuel complet (PPAC)

Année de début

Année de fin

Formulaire révisé en 2016

(À utiliser avec les directives de Décembre 2016)

Note: Veuillez vous assurer que la demande a bien été reçue par Gavi avant ou le jour de la date limite.

**CLAUSES ET CONDITIONS GÉNÉRALES DU SOUTIEN DE
Gavi**

FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR LES PROGRAMMES APPROUVÉS

Le pays du candidat ("Pays") confirme que tous les financements fournis par Gavi seront utilisés et appliqués pour la seule fin de réalisation du/des programme(s) approuvés décrits dans la demande de soutien du pays. Toute modification substantielle du/ des programme(s) approuvé(s) doit être examinée et approuvée à l'avance par Gavi. Toutes les décisions de financement concernant la demande de soutien sont du ressort du Conseil de Gavi et sont subordonnées aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

AMENDEMENT À L'APPLICATION

Le Pays avisera Gavi dans son Rapport annuel de situation s'il souhaite proposer un changement à la description du/des programme(s) dans sa demande de soutien. Gavi apportera les documents nécessaires à l'appui du changement approuvé et la demande du Pays sera amendée en conséquence.

RESTITUTION DE FONDS

Le Pays accepte de rembourser à Gavi tous les montants de financement qui n'auront pas été utilisés pour le/les programme(s) décrits dans sa demande de soutien. Le remboursement du pays est réalisé en dollars US, et, sauf accord spécifique, dans un délai de soixante (60) jours après que le Pays a reçu la demande de remboursement de Gavi et viré sur le(s) compte(s) indiqué(s) par Gavi.

SUSPENSION/ FIN

Gavi peut suspendre tout ou partie de son financement au Pays si elle a des raisons de soupçonner que les fonds ont été utilisés à d'autres fins que pour les programmes décrits dans la présente demande de soutien du Pays, ou dans tout amendement à la demande approuvée par Gavi. Gavi se réserve le droit de mettre fin à son soutien au pays pour le(s) programme(s) décrits dans sa demande en cas d'utilisation abusive attestée des fonds de Gavi.

ANTICORRUPTION

Le Pays confirme que les fonds fournis par Gavi ne seront pas offerts à un tiers et qu'il ne cherchera pas non plus à retirer des cadeaux, des paiements ou des avantages directement ou indirectement en rapport avec cette demande qui pourraient être considérés comme une pratique illégale ou une prévarication.

CONTRÔLE DES COMPTES ET ARCHIVES

Le pays procédera à des vérifications annuelles des comptes et les partagera avec Gavi comme demandé. Gavi se réserve le droit, de procéder elle-même ou de faire procéder par un agent à des contrôles ou autres évaluations de la gestion financière afin de s'assurer de l'obligation de rendre compte des fonds alloués au pays.

Le pays tiendra des archives comptables précises justifiant de l'utilisation des fonds de Gavi. Le pays conservera ses archives comptables conformément aux normes comptables approuvées par son gouvernement pendant au moins trois ans après la date du dernier décaissement de fonds de Gavi. En cas de litige sur une éventuelle malversation de fonds, le pays conservera ces dossiers jusqu'à ce que les résultats de l'audit soient définitifs. Le pays accepte de ne pas faire valoir ses privilèges documentaires à l'encontre de Gavi en rapport avec tout contrôle des comptes.

CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LÉGALE

Le pays et les signataires pour le gouvernement confirment que sa demande de soutien et son rapport annuel de situation sont exacts et corrects et représentent un engagement juridiquement contraignant pour le pays, en vertu de ses lois, à réaliser les programmes décrits dans cette demande et amendés, le cas échéant, dans le rapport annuel de situation.

CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE RESPONSABILITÉ DE Gavi

Le pays confirme qu'il a pris connaissance de la politique de Gavi sur la transparence et la responsabilité et qu'il respecte ses obligations.

UTILISATION DE COMPTES BANCAIRES COMMERCIAUX

Il incombe au pays de vérifier avec toute la diligence requise l'adéquation des banques commerciales utilisées pour gérer le soutien sous forme d'apport de fonds de Gavi. Le pays confirme qu'il assumera l'entière responsabilité du remplacement du soutien de Gavi en apport de fonds qui serait perdu en raison d'une faillite de la banque, de fraude ou tout autre événement imprévu.

ARBITRAGE

Tout litige entre le pays et Gavi occasionné par la présente demande ou en rapport avec elle qui n'aura pas été réglé à l'amiable dans un délai raisonnable sera soumis à un arbitrage à la demande de Gavi ou du pays. L'arbitrage sera conduit conformément au Règlement d'arbitrage de la CNUDCI alors en vigueur. Les parties acceptent d'être liées par la sanction arbitrale, comme règlement final de ce différend. Le lieu de l'arbitrage sera Genève, Suisse.

Les langues de l'arbitrage seront l'anglais ou le français.

Pour tout litige portant sur un montant égal ou inférieur à \$US 100 000, un arbitre sera désigné par Gavi. Pour tout litige portant sur un montant supérieur à \$US 100 000, trois arbitres seront nommés comme suit : Gavi et le pays désigneront chacun un arbitre et les deux arbitres ainsi nommés désigneront conjointement un troisième arbitre qui présidera.

Gavi ne pourra être tenue pour responsable auprès du pays de toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans cette demande, y compris et sans limitation toute perte financière, conflit de responsabilités, tout dommage matériel, corporel ou décès. Le pays est seul responsable de tous les aspects de la gestion et de la mise en œuvre des programmes décrits dans sa soumission.

1. Type de soutien demandé

Veuillez spécifier quel type de soutien de Gavi vous souhaitez demander

Type de soutien	Vaccin	Année de départ	Année de fin	Deuxième présentation préférée[1]
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	2018	2019	PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE

[1] Si pour diverses raisons, le premier vaccin préféré n'est disponible qu'en quantité limitée ou n'est pas disponible à court terme, Gavi prendra contact avec le pays et ses partenaires en vue d'explorer les alternatives possibles. Un pays ne sera pas obligé d'accepter sa deuxième ou troisième préférence. Néanmoins, Gavi analysera avec lui l'ensemble des facteurs (comme les conséquences sur le calendrier d'introduction, les capacités de la chaîne du froid, la charge de morbidité, etc.) susceptibles d'influencer la sélection du vaccin le plus adapté. Si un pays n'indique pas de deuxième ou troisième préférence, on supposera qu'il préfère reporter l'introduction du vaccin jusqu'à ce que la présentation préférée soit disponible. Il convient toutefois de noter que ce choix risque de retarder l'introduction réelle dans le pays.

2. Table des matières

1. Type de soutien demandé

2. Table des matières

3. Résumé analytique

4. Signatures

4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunisation

4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

5. Données sur le programme de vaccination

5.1 Informations de référence

5.1.1 Enseignements tirés

5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

5.1.3 Genre et équité

5.1.4 Qualité des données

5.1.5 Données spécifiques au PVH

5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

5.2.1 Description des cohortes systématiques et multi-âge supplémentaires

5.2.2 Objectifs spécifiques au PVH

5.3. Cibles pour la/les campagne(s) préventive(s)

5.4. Cibles pour la (les) mini-campagne(s) de rattrapage unique

6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

6.1. Évaluation de la charge de morbidité des maladies correspondantes (si disponible)

6.1.1 Information spécifique sur la charge morbide du PVH

6.1.2 Description du profil des provinces/régions

6.1.3 Stratégie d'administration du vaccin contre le PVH

6.1.4 Mobilisation sociale

6.1.5 Intégration de la santé des adolescents

6.1.6 Engagement des OSC

6.1.7 Rôles et responsabilités des principales parties prenantes et des partenaires techniques

6.2 Vaccin demandé (PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

6.2.1 Prix des vaccins

6.2.2 Information sur le co-financement

6.2.2.1 Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte systématique

6.2.2.2 Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte multi-âge

6.2.3 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

[6.2.3.1 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi \(et coût estimé en USD\)](#)

[6.2.3.2 Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi \(et coût estimé en USD\)](#)

[6.2.4 Allocation d'introduction d'un vaccin nouveau ou sous-utilisé](#)

[6.2.5 Soutien opérationnel nouveau et sous-utilisé](#)

[6.2.6 Assistance technique](#)

[7. Campagnes de prévention SNV](#)

[8. Campagnes de suivi des vaccins nouveaux et sous-utilisés](#)

[9. Approvisionnement et gestion](#)

[9.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés](#)

[9.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV](#)

[9.3 Homologation des produits](#)

[9.4 Gestion des déchets](#)

[9.5 Approvisionnement et gestion pour la/les campagne\(s\) de suivi](#)

[10. Liste de documents joints à la présente demande](#)

[11. Annexes](#)

[Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS](#)

[Annexe 1.1 PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 1.1 A Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 1.1 B Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 1.1 C Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 1.1 D Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant](#)

[Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée](#)

[Annexe 2.1 PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 2.1 A Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 2.1 B Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 2.1 C Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 2.1 D Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant](#)

[Annexe 3 - Campagne\(s\) préventive\(s\) SNV](#)

[Annexe 4](#)

[Tableau Annexe 4A:](#)

[Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur](#)

[Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé](#)

[Tableau Annexe 4A:](#)

[Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur](#)

[Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé](#)

[12. Formulaire bancaire](#)

3. Résumé analytique

Veillez fournir un résumé de la proposition de votre pays, contenant notamment les informations suivantes:

- Pour chaque demande spécifique, soutien systématique aux nouveaux vaccins ou campagne SNV :
 - Durée du soutien
 - Le montant total des fonds demandés
 - Caractéristiques du(des) vaccin(s), le cas échéant, et le motif du choix de la présentation
 - Mois et année d'introduction du vaccin prévus (y compris pour les campagnes et pour les vaccinations de routine)
- Données de référence pertinentes, et notamment:
 - Données sur la couverture DTP3 et rougeole (telles que figurant sur le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF)
 - Population cible déterminée à partir de l'évaluation des risques de fièvre jaune et de méningite A
 - Nombre de naissances, cibles et couverture vaccinale du vaccin
- État de préparation du pays
 - Résumé des activités prévues pour préparer le lancement du vaccin, y compris les évaluations GEV, les progrès concernant les plans d'amélioration de la GEV, les plans de communication, etc.
 - Synthèse du rapport d'évaluation de la GEV et rapport d'étape sur la mise en œuvre du plan d'amélioration
- Nature des parties prenantes ayant participé à l'élaboration de cette proposition

Le Gouvernement du Cameroun a l'honneur de solliciter l'introduction au niveau national du vaccin contre les infections à Papillomavirus humain (HPV) à compter du mois d'octobre 2018.

Le Cameroun a bénéficié du soutien des Fonds GAVI pour le renforcement des services de vaccination depuis l'an 2001, de l'appui pour la sécurité des injections de 2003 à 2005, et pour l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous utilisés dans le PEV à savoir le vaccin contre la Fièvre Jaune en 2004, celui contre l'Hépatite Virale B sous la forme tétravalente (DTC-HepB) en 2005, le vaccin contre l' Haemophilus influenzae type b (DTC-HepB + Hib) sous la forme pentavalente en février 2009, le vaccin anti-pneumococcique en juillet 2011, le vaccin anti-rotavirus en 2014 et le Vaccin Polio Inactivé en 2016. Le Cameroun a bénéficié également en 2011 et 2012 de l'appui à la vaccination par le vaccin MenAfriVac dans le cadre de la lutte contre les épidémies dues au méningocoque A.

Ces appuis de GAVI ont contribué à l'amélioration tant qualitative que quantitative des performances du PEV. La Couverture Vaccinale(CV) nationale administrative pour le DTC3 est passée de 43% en 2001 à 85% en 2016. Le pourcentage de Districts de Santé ayant une CV supérieure à 80% est en constante amélioration, de 56% en 2007 à 64% en 2016. La dernière Evaluation de la gestion efficace des vaccins (EGEV) a été réalisée en octobre 2013. Un plan d'amélioration de la gestion des vaccins a ensuite été élaboré. La mise en œuvre du plan est en cours. Le rapport et l'état de mise en œuvre des activités du plan sont joints en annexe. La prochaine évaluation de la gestion efficace des vaccins (EGEV) est prévue en 2018.

Selon Globocan 2012, l'incidence du cancer du col de l'utérus au Cameroun est de 2000 cas par an. Ce cancer occupe la 2ème place parmi les cancers chez la femme. L'incidence standardisée sur l'âge du cancer du col de l'utérus est de 30 pour 100 000 femmes au Cameroun contre une moyenne mondiale de 15 pour 100 000. Ce cancer est causé dans plus de 99% des cas par les génotypes oncogènes du HPV.

La prise en charge du cancer du col de l'utérus au Cameroun est coordonnée par le Comité National de Lutte Contre le Cancer (CNLCA) depuis 2003. Ce dernier a élaboré un plan d'action qui a pour objectifs de proposer et coordonner les politiques et stratégies pour prévenir le cancer, dépister les cas, dispenser le traitement et les soins palliatifs aux patients.

Dans le cadre de la prévention du cancer du col, le Cameroun a effectué entre 2014 et 2016, une phase de démonstration de l'introduction du vaccin anti-HPV dans deux districts de santé (Foumban et Edéa). Ce vaccin était administré aux filles âgées de 9 à 13 ans. L'évaluation de la première année de mise en œuvre de la démonstration a montré une couverture vaccinale de l'ordre de 64,7%. Cette évaluation a également mis en évidence, l'acceptation du vaccin par les bénéficiaires et le personnel soignant ainsi que, la capacité du système de santé à faire face à l'intégration de ce vaccin dans son programme de vaccination systématique.

C'est dans ce cadre que le pays a prévu d'introduire le vaccin anti-HPV dans la vaccination systématique. Le pays a choisi le vaccin anti-HPV quadrivalent. Ce vaccin a été choisi parce qu'il protège contre 4 génotypes (16 et 18 responsables de 70% des cancers du col de l'utérus et les génotypes 6 et 11 responsables des condylomes acuminés) et confère une protection croisée contre les génotypes oncogènes 31 et 45. Le génotype 45 ayant été identifié dans les prélèvements cytologiques des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus au Cameroun.

L'introduction se fera au mois de septembre 2018 dans tous les districts de santé du pays. La population cible en 2018 est constituée des filles âgées de 9 pour la cohorte de routine et de 10 à 14 ans pour la cohorte multi-âge. Les estimations de la cible selon les projections démographiques fournies par le Ministère de la Santé Publique sont de 1 812 789 filles pour l'année 2018. La couverture vaccinale ciblée au cours de la première année est de 70%.

Le pays a retenu une stratégie mixte (école, formation sanitaire et communauté) pour la vaccination des filles scolarisées et non scolarisées. Cette approche mixte consiste à l'organisation de stratégie fixe-avancée dans les établissements scolaires, des stratégies fixes dans les formations sanitaires et des stratégies avancées au sein des communautés, pour atteindre le plus grand nombre de filles. Des stratégies de communication spéciales seront développées pour atteindre les filles scolarisées dans les écoles et les filles non scolarisées au sein des communautés. L'introduction du vaccin anti-HPV sera l'occasion de renforcer les messages d'éducation sur diverses questions relatives à la santé des adolescents (la prévention du VIH/Sida, la sexualité des adolescents, le lavage des mains).

Un Groupe Technique Consultatif (GTC) pour la vaccination contre le HPV a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique pour la phase de démonstration du vaccin anti-HPV. Ce groupe est composé des représentants : des Directions du Ministère de la Santé Publique, des Ministères des Enseignements Secondaires et de l'Education de base, des Finances, de la Promotion de la Femme et de la Famille, du Comité National de Lutte contre le Cancer, du PEV et des différents partenaires du PEV. Le suivi des activités préparatoires sera assuré par le GTC. Les réunions de suivi seront organisées sur un mode bimensuel six mois avant la date probable de l'introduction et hebdomadaire deux mois avant l'introduction. La mise en œuvre des activités préparatoires au niveau des régions sera suivie à travers des téléconférences mensuelles puis hebdomadaires avec les UR-PEV. Les challenges seront discutés pendant ces téléconférences et des solutions adéquates proposées.

Les défis auxquels le pays devra faire face en vue de l'introduction de ce vaccin sont : la gestion d'une nouvelle cible par le PEV, l'organisation et la coordination de l'administration du vaccin dans les écoles et les communautés, la capacité de stockage des vaccins au niveau opérationnel pendant l'année d'introduction et la communication en vue de prévenir la survenue de rumeurs ou poches de refus. La formation des prestataires ainsi que la sensibilisation des communautés permettront de relever certains de ces défis.

Le budget pour l'introduction du vaccin anti-HPV est estimé à 1 907 517 USD soit une contribution de l'Etat de 80 308 USD, 1 743 131 USD de GAVI, 34 410 de l'OMS, 14 668 de l'UNICEF et 35 000 USD de CHAI. Ce montant n'inclut pas le coût de l'achat du vaccin.

4. Signatures

4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

Le gouvernement de Cameroun souhaite consolider le partenariat existant avec Gavi afin de renforcer son programme national de vaccination infantile systématique, et demande précisément par la présente le soutien de Gavi pour :

PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE introduction systématique

Le Gouvernement de Cameroun s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base

durable, conformément au plan pluriannuel global présenté avec le présent document. Le Gouvernement demande à Gavi et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est présentée dans cette demande de soutien.

Le(s) tableau(x) **6.2.3, 6.2.4** de la section Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique) systématique de la présente proposition donne(nt) le montant du soutien (en nature ou en espèces) qui est demandé à Gavi. Le(s) Tableau(x) **6.2.3, 6.2.4** de la présente proposition indiquent l'engagement financier du Gouvernement pour l'approvisionnement de ce nouveau vaccin (soutien NVS uniquement).

En accord avec les réglementations internes budgétaires et de financement, le gouvernement distribuera sa part des financements au mois de **Décembre**.

Le règlement de la première année de soutien cofinancé sera dû aux alentours de **Not Selected 2018** pour **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**.

A noter que toute demande non signée par les ministres de la Santé et des Finances, ou de leurs fondés de pouvoir, ne sera pas examinée ou recommandée pour approbation par le Comité d'examen indépendant (CEI). Ces signatures figurent dans les documents N° : 1 et 2 à la section 10. Pièces jointes.

Ministre de la Santé (ou représentant autorisé)		Ministre des Finances (ou représentant autorisé)	
Nom	M. André MAMA FOU DA	Nom	M. Alamine OUSMANE MEY
Date		Date	
Signature		Signature	

Des preuves de l'implication du ministère de l'Éducation devront être produites pour le soutien à l'introduction du vaccin anti-VPV dans le programme de vaccination systématique. Le ministère de l'Éducation devra être impliqué dans le processus du CCIA (option privilégiée) et/ou le ministère de l'Éducation (ou l'autorité déléguée) devra apposer sa signature (Document N° : 3 à la section 10. Pièces jointes).

Ministre de l'Éducation (ou représentant autorisé)	
Nom	Youssef née Adidja Alim
Date	
Signature	

Le présent rapport a été établi par (Ces personnes pourront être contactées par le Secrétariat Gavi si des informations complémentaires à cette soumission sont nécessaires):

Nom entier	Fonction	Téléphone	E-mail
Dr SOBNGWI Joëlle	CHAI/New vaccines Introduction	+237/ 6 77 22 81 09	jsobngwi@clintonhealthaccess.org
Dr SUME Gerald Etapelong	PF/PEV de Routine-OMS	+237/6 94 23 82 04	sumeetapelongg@who.int
Dr YAUBA SAIDU	CHAI /PM Vaccine	+237/6 50 82 84 51	ysaidu@clintonhealthaccess.org
Dr. EKOMANE Ename Ename Christine Harmelle	Secrétaire Permanent du PEV	+237/6 95 13 04 36	gtc_peg@yahoo.fr - harmelle277@gmail.com
Dr. Gregoire Kananda M Kipanya	Immunization Officer - PEV/Unicef	+237/ 22 22 31 82	gkananda@unicef.org
Dr. NIMPA Marcellin	PF/Surveillance-OMS	+237/6 77 87 73 87	nimpam@who.int
Dr. NSANGO CHARLES	Secrétaire Permanent adjoint du PEV	+237/ 6 99 24 94 26	charlesnsangou@yahoo.fr

4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

Les institutions et les partenaires (dont les partenaires de développement et les organisations de la société civile) qui apportent leur soutien aux services de vaccination sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme de coordination inter-agences (CCI, CCSS ou comité équivalent). Le CCI, le CCSS ou le comité équivalent est chargé de la coordination et de l'utilisation à bon escient du soutien SSV et SVN systématique de Gavi et/ou du soutien aux campagnes. Veuillez fournir des informations sur le CCI, le CCSS ou le comité équivalent de votre pays dans le tableau prévu ci-après.

Profil du CCIA, CCSS ou comité équivalent

Nom du comité	Comité de Coordination Inter-Agences pour la vaccination (CCIA)
Structure organisationnelle (p. ex. sous-comité, comité autonome)	Comité indépendant

Les termes de référence ou les principes directeurs du CCIA, y compris des informations sur sa composition, le quorum, le processus de résolution des litiges et le calendrier des réunions, figurent en annexe (Document N° : 4) .

Fonctions principales et responsabilités du CCIA/CCSS:

A ce titre, le CCIA est notamment chargé de :

- Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale du Programme Elargi de Vaccination ;
- Coordonner, harmoniser et veiller à la cohérence de l'ensemble des interventions des différents partenaires ;
- Adopter les plans d'action annuels du Programme Elargi de Vaccination et les budgets y afférents ;
- Mobiliser les ressources nécessaires aux activités du Programme Elargi de Vaccination;
- Coordonner et suivre la mise en œuvre des activités des différents volets du Programme Elargi de Vaccination ;
- Suivre la réalisation des plans d'action ;
- Evaluer la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination.

4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunitisation

Nous soussignés, membres du CCIA, du CCSS ou comité équivalent [1] nous sommes réunis le **12/05/2017** pour examiner cette proposition. Lors de la réunion, nous avons adopté cette proposition sur la base des pièces justificatives annexées. Le compte rendu de cette réunion est joint à la présente (Document numéro 5). Les signatures confirmant la demande figurent dans le document 7 (veuillez utiliser la liste des signatures dans la section ci-dessous).

Fonction	Titre / Organisation	Nom	Veuillez signer ci-dessous pour confirmer votre participation à la réunion au cours de laquelle la demande a été examinée.	Veuillez signer ci-dessous pour confirmer l'approbation du compte rendu de la réunion au cours de laquelle la demande a été examinée.
Président	Ministre de la Santé Publique	M. André MAMA FOU DA		
Secrétaire	Secrétaire Permanent du GTC-PEV	EKOMANE Ename Ename Christine Harmelle		
Membres	CDC	Dr Omer PASI		
	Représentant OMS-CAMEROUN/Vice-Président	Dr ROUNGOU Jean Baptiste		
	Centre Pasteur du Cameroun	Dr. GUY VERNET, Directeur		
	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun	Dr. Marius Macaire BILOA		
	Plateforme de l'organisation de la société civile pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé	M. Bertrand KAMPOER		
	Directeur Pays CHAI	M. Divine NZUOBONTANE		
	Association Culturelle Islamique du Cameroun	M. ISSA DANAMOU		

Croix Rouge Camerounaise	M. William ETEKI MBOUMOUA		
Conseiller Santé/Ambassade de France	Mme Caroline COMITI		
Représentant UNICEF-CAMEROUN	Mme Félicité TCHIBINDAT		
Comité National d'Experts Polio	Pr. TETANYE EKOE		
Directeur de la santé familiale du CCIA	Pr.Robinson MBU		

En soumettant cette proposition, nous confirmons que le quorum est atteint. **Oui**

Le compte rend des trois dernières réunions du CCIA figure en annexe (DOCUMENT N° : 6) .

4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

Un GTCV a-t-il été établi dans votre pays ? **Non**

En l'absence de GTCV, les pays devraient préciser le rôle et le fonctionnement du groupe consultatif et décrire leurs plans en vue de créer un GTCV. Ce document est joint comme

5. Données sur le programme de vaccination

5.1 Informations de référence

Veillez remplir le tableau ci-dessous à l'aide des données les plus récentes provenant des sources disponibles. Veillez indiquer la source des données et la date, et joindre le document source lorsque cela est possible. Les documents suivants doivent être

- Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) (ou plan équivalent). Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 9.
- Plan(s) d'introduction des vaccins nouveaux / Plan d'action Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 12.
- Liste de vérification, liste d'activités et calendrier de l'introduction des nouveaux vaccins Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 12.
- Évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 20.
- Les deux formulaires de rapport conjoint OMS/UNICEF les plus récents sur les maladies évitables par la vaccination.
- Les documents stratégiques du secteur de la santé, des documents budgétaires, et autres rapports, enquêtes, etc., le cas échéant.
- En cas de campagnes de masse préventives contre la fièvre jaune et la méningite A, les évaluations du risque concerné. Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 24 et DOCUMENT NUMÉRO 25.

Veillez utiliser les plus récentes données disponibles et spécifier la source et la date.

	Chiffre	Année	Source
Population totale	24 253 757	2017	Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2005)
Cohorte de naissance	1 091 419	2017	RGPH 2005
Taux de mortalité infantile	60	2014	MICS 2014
Nourrissons survivants[1]	840 654	2017	RGPH 2005
RNB par habitant (US\$)	2 770	2013	Banque Mondiale
Dépenses totales de santé	728 108	2012	Comptes Nationaux de la Santé de 2012 (CNS)
Dépenses gouvernementales de santé en % des dépenses	5	2012	Comptes Nationaux de la Santé de 2012 (CNS)

globales			
----------	--	--	--

[3] Nourrissons survivants = nourrissons ayant survécu les 12 premiers mois de la vie

5.1.1 Enseignements tirés

Soutien pour les nouveaux vaccins de routine

Si des vaccins nouveaux ou sous-utilisés ont déjà été introduits dans votre pays, veuillez donner des détails sur les enseignements tirés de la ou des introductions précédentes, notamment concernant les éléments suivants : capacité de stockage, protection contre la congélation accidentelle, formation du personnel, chaîne du froid, logistique, couverture et baisse des taux, taux de gaspillage, etc. Veuillez également suggérer des points d'action ou indiquer les mesures prises pour y remédier. Veuillez vous référer au précédent rapport d'évaluation post-introduction (EPI), le cas échéant. S'ils sont compris dans le plan d'introduction, veuillez citer la section uniquement. Si cette information est déjà comprise dans le PINV/PA, veuillez référencer le document et la section/page où cette information peut être trouvée.

Enseignements tirés	Mesures
Planification et coordination - la nécessité d'impliquer toutes les parties prenantes (Ministères, société civile, partenaires au développement ...) - la nécessité de mobiliser et de mettre à temps les fonds à la disposition des acteurs à tous les niveaux.	Mise en place par le Ministre de la Santé Publique d'un Groupe Consultatif Technique constitué de toutes les parties prenantes (Représentants des directions et programmes concernés du MINSANTE, Ministère des finances, Ministère de l'éducation de base, Ministère des enseignements secondaires, Ministère de la promotion de la femme et de la famille, Ministère de la jeunesse et de l'éducation civique, des organisations de la société civile et des partenaires au développement) en vue de l'introduction du vaccin anti-HPV ; - Implication des comités de coordinations régionales pour la planification et la mise en œuvre des activités de l'introduction du vaccin anti-HPV ; - Plaidoyer pour la mobilisation et la mise à disposition à temps des fonds ;
Formation - Renforcement des capacités de tous les acteurs à tous les niveaux	Implication des enseignants et leaders communautaires dans la formation pour l'introduction du vaccin anti-HPV ;
Communication/mobilisation sociale - l'implication des leaders locaux permet de faire adhérer les parents et les jeunes filles à la vaccination, contrairement aux moyens de communication mis en œuvre (dépliants et affiches) qui semblent plus ou moins efficaces pour atteindre le groupe cible. - Anticipation sur les rumeurs, la survenue de poches de refus	Renforcement de la communication de proximité avec les parents, les leaders communautaires et la communauté éducative ; - Elaboration à l'avance d'un plan de crise
Logistique/chaîne du froid - Evaluation et renforcement des capacités de stockage - Renforcement des compétences des acteurs sur la gestion des vaccins et intrants	Réalisation d'un inventaire des équipements de la chaîne du froid en janvier 2016 et une actualisation annuelle a été proposée; - Renforcement de la capacité de stockage à tous les niveaux à travers le plan d'extension et réhabilitation de la chaîne du froid 2017-2021; - Supervision formative des acteurs de la vaccination à tous les niveaux ;
Gestion des déchets et sécurité des injections - Mise à la disposition des prestataires les équipements d'élimination des déchets.	- Mettre en place un plan de collecte et d'acheminement des déchets vers les sites d'incinérations ; - Renforcer les capacités des prestataires à la gestion des déchets de vaccination ;
Suivi-évaluation - l'importance d'une évaluation rapide post introduction pour réajuster la mise en œuvre.	Mise en œuvre des évaluations rapides 4 à 8 semaines post introduction du vaccin ;

5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

Veuillez fournir des informations concernant le cycle de planification et de budgétisation dans votre pays

Le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2020 est le cadre de référence de l'action gouvernementale

Le cycle national de budgétisation est annuel (janvier à décembre).

Veillez indiquer le nom et la date du document de planification pertinent pour la santé

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027

Le PPAC (ou le plan pluriannuel mis à jour) est-il conforme au document proposé (calendrier, contenu, etc.) ?

Oui la proposition est conforme au PPAC (2015-2019)

Veillez indiquer le cycle national de planification et budgétisation pour la santé

La planification pour la santé au Cameroun est cadrée sur la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui définissent les grandes orientations stratégiques en matière de santé. Tenant compte du PNDS, chaque direction technique ou programme prioritaire élabore des plans pluriannuels et des plans annuels.

Le processus d'élaboration du budget est annuel. Il est adopté par le parlement.

Le cycle national de planification et de budgétisation pour les plans d'actions de la santé est quinquennal (PNDS) et annuel (PTA du MINSANTE).

Veillez indiquer le cycle national de planification pour la vaccination

Le cycle national de la planification pour la vaccination est quinquennal et annuel. Il se fait sur la base du Plan Pluriannuel complet du PEV et des plans de travail annuels.

5.1.3 Genre et équité

Veillez décrire les obstacles à l'accès, l'utilisation et l'administration des services de vaccination au niveau du district (ou équivalent) qui sont d'origine géographique, socio-économique et/ou sexospécifiques. Veillez décrire les mesures prises pour surmonter ces obstacles et mettre en évidence les endroits où ces points ont été traités dans le(s) plan(s) d'introduction vaccinale.

Les obstacles à l'accès et l'utilisation des services de vaccination sont d'origine diverses :

Sur le plan de l'offre de services de vaccination, on observe une faible mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » (Rapport de la revue externe du PEV 2013) avec pour conséquence directe, une offre des prestations de vaccination irrégulière. En effet, moins de 50% de formations sanitaires vaccinent au quotidien et offrent les services de vaccination en stratégie avancée.

L'analyse de la couverture vaccinale sur le plan socioéconomique montre que le quintile le plus riche présente une couverture en DTC3 plus élevée que le quintile le plus pauvre (95,1% contre 57,6%), MICS 2014. De même, le milieu de résidence constitue également une barrière à l'accès aux services de vaccination. En effet, la couverture vaccinale (DTC 3) en milieu urbain est de 91% tandis qu'elle est de 75% en milieu rural.

Les taux de couvertures vaccinales ne mettent pas en évidence l'existence de barrières sexospécifiques à l'accès à la vaccination.

Sur le plan géographique et socioculturel, on distingue des groupes de populations spéciales, difficiles d'accès et marginalisées au Cameroun, qui se caractérisent par leurs modes de vie, leurs cultures ou encore leur implantation dans des zones particulièrement enclavées. Les indicateurs de santé de ces zones reflètent un accès difficile aux services de santé en général et à la vaccination en particulier.

La mise oeuvre des stratégies fixes temporaires dans les établissements scolaires, l'implication de la communauté éducative et des leaders communautaires dans la sensibilisation, les stratégies avancées au sein des communautés, l'implication des forces de l'ordre et des ONG humanitaires permettront d'atteindre le maximum des filles scolarisées et non scolarisées. Le monitoring des performances vaccinales au vaccin anti-HPV permettra d'identifier les faiblesses et de les corriger.

Veillez examiner si les questions d'équité (facteurs socio-économiques, géographiques et sexospécifiques) sont prises en compte dans le processus d'élaboration des stratégies de mobilisation sociale, entre autres, en

vue d'améliorer la couverture vaccinale. Précisez si ces questions sont abordées dans le(s) plan(s) d'introduction.

Les questions d'équité sont prises en compte dans le processus d'élaboration des stratégies de mobilisation sociale, en vue d'améliorer la couverture vaccinale à travers : (i) la mise à profit des agents de santé communautaires pour faciliter la recherche, le dénombrement et la localisation des filles à vacciner et des perdus de vue pour les deux doses; (ii) la promotion de la vaccination et des autres interventions de prévention des maladies de l'enfant en partenariat avec les agents de santé communautaires et les Organisations de la Société Civile; (iii) le plaidoyer initié par le PEV auprès des autorités administratives, traditionnelles, religieuses et certains élus du peuple qui fait d'eux des porte-paroles indiqués pour orienter les décisions et les actions en vue d'améliorer dans leurs localités respectives, la participation communautaire et le financement local des soins de santé primaires, y compris celui de la vaccination.

Dans le cadre de l'introduction du vaccin anti-HPV, la vaccination ne concerne que les filles. Des stratégies spécifiques pour assurer l'équité entre les filles scolarisées et non scolarisées ont été proposées dans le plan d'introduction. Des efforts particuliers seront déployés pour la vaccination des filles dans les zones difficiles d'accès et dans les zones en insécurité, tel que l'implication des forces de l'ordre et des ONG humanitaires. Une attention spéciale sera portée sur les filles vulnérables (filles séropositives au VIH qui auront besoin de trois doses de vaccin et des filles à mobilité réduite, mal entendantes, mal voyantes) à travers la collaboration avec les centres de prise en charge de ces filles.

Toutes ces questions sont abordées dans le plan d'introduction joint en annexe.

Veillez décrire les enquêtes nationales qui ont été conduites de manière systématique dans le pays pour évaluer les obstacles liés à l'égalité entre hommes et femmes et à l'équité. Veuillez mettre en évidence si cette demande comprend des activités destinées à évaluer les obstacles liés à l'égalité entre hommes et femmes et à l'équité.

Plusieurs études menées au Cameroun, mettent en exergue les problèmes et obstacles liés à l'égalité entre hommes et femmes et à l'équité. L'indice d'inégalité de genre (IIG) est un indice composite qui révèle les discriminations faites aux filles et aux femmes. Cet indice reflète les désavantages des filles et des femmes sur trois dimensions : santé de la reproduction, autonomisation/habilitation et activité économique. Au Cameroun, cet indice montre que :

- La mortalité maternelle reste élevée (782 pour 100 000 naissances vivantes) et l'accès aux soins des femmes dans certaines régions notamment les régions septentrionales reste faible.
- les disparités entre les sexes se sont sensiblement réduites en ce qui concerne la scolarisation dans le primaire mais n'a pas évolué dans l'enseignement secondaire.
- En ce qui concerne l'accès à l'emploi, la situation des femmes s'est légèrement améliorée dans l'ensemble mais des disparités persistent dans certaines régions. Cependant, les femmes accèdent plus difficilement que les hommes à des postes de responsabilité, au crédit, au foncier et aux biens de production de façon générale ; L'accès à la propriété foncière demeure de nos jours l'un des problèmes cruciaux auxquels les femmes font face
- Certaines dispositions de la législation ou du droit coutumier encore en vigueur n'accordent pas à la femme les mêmes droits qu'à l'homme et ne leur réservent pas non plus le même traitement dans le cadre du mariage, du divorce et du veuvage ;
- 32% des entreprises seulement sont gérées par des femmes.

Les principales études réalisées sont les suivantes :

(1) Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

(2) Rapport national des progrès des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 2012) :

(3) Les droits des peuples autochtones au Cameroun Rapport supplémentaire soumis suite au troisième rapport périodique du Cameroun, 54èmesession ordinaire, Octobre 2013, Banjul, Gambie

(4) Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2014

(5) Rapport national sur l'état de la population (Bureau Central des Recensements et des Etudes de

Population, 2014)

Le plan d'introduction prévoit des évaluations au bout d'une année d'administration du vaccin anti-HPV. Ces évaluations prennent en compte des indicateurs d'équité socio-économique, géographique, d'accès aux services de vaccination. Les activités de sensibilisation et de communication qui seront menées cibleront tous les adolescents indépendamment du genre.

Veillez indiquer si des données ventilées par sexe ont été collectées puis utilisées dans les systèmes de rapports concernant la vaccination systématique.

Les données de vaccinations sont collectées et ventilées par sexe depuis 2015. Mais on ne note pas de différence significative entre les deux sexes pour ce qui est de la vaccination.

Le pays se trouve-t-il actuellement en situation de fragilité (p. ex. insécurité, conflit, post-conflit, réfugiés et/ou personnes déplacées, catastrophe naturelle récente, actuelle ou potentielle, telle que crues, tremblement de terre, sécheresse ou autre)? Dans l'affirmative, veuillez décrire comment ces aspects peuvent influencer sur le programme de vaccination, la planification de l'introduction de la vaccination systématique ou les campagnes et le financement de ces activités.

Certaines zones du pays se trouvent actuellement en situation de fragilité (insécurité aux frontières avec la RCA et le Nigéria, réfugiés et/ou personnes déplacées dus aux exactions de la secte Boko Haram dans le septentrion). L'accès dans ces zones est difficile et la plupart des infrastructures sanitaires de base ont été détruits ou sont fermés faute de personnels. Ces zones sont : onze districts de santé de l'Extrême-Nord : Kousseri, Goulfey, Mada, Makary, Mora, Kolofata, Koza, Mokolo, Mogodé et Bourha ; et six districts de santé dans la région de l'Est, frontaliers avec la RCA : Garoua Boulaï, Kette, Ndelele, Batouri, Yokadouma, Moloundou).

La planification et la mise en œuvre de l'introduction du vaccin anti-HPV dans ces zones pourraient perturbées par l'insécurité, les déplacements ou l'afflux de populations. Le manque de prestataires de santé pose un défi à la vaccination des filles au moment de l'introduction du vaccin dans ces zones. L'implication des forces de l'ordre et des ONG humanitaires dans l'administration du vaccin permettra de relever les défis de la vaccination dans ces zones. Ces stratégies sont utilisées avec succès lors des activités de vaccination supplémentaires.

5.1.4 Qualité des données

Veillez joindre un rapport d'évaluation de la qualité des données (DQA - Data Quality Assessment) rempli au cours des 48 mois précédents à l'aide de l'enquête nationale la plus récente incluant les indicateurs de couverture immunitaires (DOCUMENT NUMÉRO : 11) et un plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination (DOCUMENT NUMÉRO 33). Sous réserve de disponibilité, un rapport relatif à la progression de la mise en œuvre du plan d'amélioration doit également être présenté (DOCUMENT NUMÉRO : 32, DOCUMENT NUMÉRO : 33).

5.1.5 Données spécifiques au PVH

Les pays qui demandent un soutien VPH et qui ont déjà mené un programme pilote ou de démonstration, doivent inclure des détails sur les leçons tirées pour l'administration du vaccin anti-VPH.

Principales zones programmatiques	Leçons tirées	Comment ces zones ont été gérées dans un plan national
Préparation et planification	Une planification fine et une coordination de qualité entre les agents de santé, les Organisations de la Société Civile, le secteur éducatif et autres secteurs apparentés sont essentielles ; La micro planification intégrant le dénombrement de la cible est un élément essentiel de réussite de l'introduction ; Planifier l'administration du vaccin en fonction du calendrier scolaire et de la saisonnalité.	Mise en place par le Ministre de la Santé Publique d'un Groupe Consultatif Technique constitué de toutes les parties prenantes en vue de l'introduction du vaccin anti-HPV ; Elaboration d'un plan d'introduction détaillé avec chronogramme pour le suivi de la mise en œuvre des activités

Communication et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - L'engagement du gouvernement est capital pour garantir la réussite ; - Les messages délivrés par des sources de confiance (autorités traditionnelles et religieuses) renforcent l'acceptabilité. - Une bonne communication et la demande des consentements rassurent les parents et les filles. 	<p>Implication des autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses dans le lancement de l'introduction du vaccin</p> <p>Elaboration d'un plan de communication détaillé impliquant les leaders communautaires pour améliorer l'acceptabilité.</p>
Stratégies d'administration	<p>Plusieurs stratégies d'administration du vaccin ont été utilisées. Cette stratégie mixte inclut écoles, formations sanitaires et communauté.</p> <p>L'implication et l'adhésion de la communauté éducative et des leaders communautaires à travers cette stratégie a facilité la mise en œuvre de l'activité.</p>	<p>Le pays a opté pour la stratégie mixte de prestations des services.</p>
Couverture	<p>Une bonne estimation de la cible est indispensable pour une bonne appréciation des résultats de couverture obtenue.</p>	<p>Un dénombrement de la cible sera effectué avant la mise en œuvre de l'activité.</p>
Reporting et surveillance	<p>Il est indispensable de rendre disponible les outils de collecte des données actualisés dans les postes de vaccination.</p> <p>Administrer mensuellement le DQS lors des supervisions formatives post-introduction.</p> <p>S'assurer du reporting des MAPI et de la prise en charge des MAPI.</p>	<p>Les outils de collecte de données ont déjà été mis à jour. Leur production et distribution se fera deux mois avant l'introduction.</p> <p>Les supervisions formatives avec administration du DQS se feront de façon intégrées donc intégreront les aspects spécifiques à la gestion des données de l'administration du vaccin anti-HPV.</p> <p>Le reporting des MAPI et leur prise en charge sera assuré de façon intégrée dans le cadre de la surveillance des MAPI déjà en place.</p>
Pérennité	<p>Renforcer la collaboration entre les formations sanitaires et les établissements scolaires dans toutes les aires de santé pour faciliter l'administration des vaccins au sein des formations sanitaires.</p>	<p>Le GTC a proposé dans le plan d'introduction que la vaccination des filles scolarisées soit effectuée au sein des formations sanitaires après la première année d'administration du vaccin anti-HPV. Ceci nécessitera une étroite collaboration entre le Ministère de l'Éducation de Base et le Ministère de la Santé.</p>

Veillez indiquer les informations suivantes pour chaque district où le programme de démonstration/pilote a été mis en œuvre :

Information sur le district	
Nom du district	DS Edéa
Taille de la population cible de la région	8 678
Décrivez comment le district est divisé en zones rurales et urbaines:	Urbain (ville d'Edéa), semi-urbain et rural
Stratégie(s) d'administration utilisée(s) (par ex., à l'école, dans les centres de santé, campagne)	Stratégie école (98%) Centre de santé et communautaire (2%)
Information sur le district	
Nom du district	DS Fouban
Taille de la population cible de la région	10 706
Décrivez comment le district est divisé en zones rurales et urbaines:	Urbain (ville de Fouban), semi-urbain et rural
Stratégie(s) d'administration utilisée(s) (par ex., à l'école, dans les centres de santé, campagne)	Stratégie école (99%) Centre de santé et communautaire (1%)

5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

Pour lutter contre le VPH, Gavi soutient la vaccination de fillettes âgées de 9 à 14 ans, selon les cohortes suivantes :

- Cohorte systématique – les pays doivent identifier une cohorte de fillettes du même âge, pour les vacciner de manière sy

Veillez préciser l'âge choisi pour la cohorte systématique pour le vaccin anti-VPH : par ex. 9 ans

9 ans

Si pertinent, veuillez préciser les âges choisis pour la cohorte multi-âge supplémentaire durant l'année d'introduction : par ex., 10, 11, 12, 13, 14 ans

De :

10 ans

Remarque :

14 ans

Une approche à introduction par phases sera-t-elle adoptée ?

Non

Si une approche par phases sera adoptée, veuillez justifier ce choix.

SO

Veillez vous référer aux pages du PPAC pour vous aider à remplir cette section

Tableau 5.2: chiffres de référence vaccination systématique SVN

Nombre	Année de référence	Données de référence et objectifs	
	2015	2018	2019
Nombre total de naissances	986 292	1 062 129	1 088 682
Nombre total de décès infantiles	153 423	165 214	169 345
Nombre total de nourrissons survivants	832 869	896 915	919 337
Nombre total de femmes enceintes	1 095 880	1 178 963	1 208 437
Population cible ayant reçu le vaccin VPO3[1]	690 881	816 193	845 790
VPO3 couverture[2]	83 %	91 %	92 %
Population cible ayant reçu le vaccin DTC1[1]	763 957	870 008	900 950
Population cible ayant reçu le vaccin DTC3[1]	702 407	816 193	845 790
DTC3 couverture[2]	84 %	91 %	92 %
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%) pour le vaccin DTC	5	6	6
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement pour le vaccin DTC	1,05	1,06	1,06
Cohorte systématique			
Nombre de filles dans la cohorte cible		322 757	327 362

Population cible ayant reçu 1st dose(s) de vaccin PVH	0	225 930	235 701
Population cible ayant reçu 2nd dose(s) de vaccin PVH	0	209 792	222 606
PVH quadrivalent couverture avec la 1ère dose	0 %	70 %	72 %
PVH quadrivalent couverture de la 2e dose	0 %	65 %	68 %
Cohorte multi-âge supplémentaire			
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire	0	1 490 022	
Population cible (cohorte multi-âge supplémentaire) vaccinée avec 1st dose de PVH quadrivalent	0	1 043 015	
Population cible (cohorte multi-âge supplémentaire) vaccinée avec 2nd dose de PVH	0	968 514	
PVH quadrivalent couverture[2]	0%	70%	0%
PVH quadrivalent couverture de la 2e dose	0%	65%	0%
Première présentation : PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE COHORTE SYSTÉMATIQUE + COHORTE MULTI-ÂGE SUPPLÉMENTAIRE			
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévue ultérieurement (%)	0	0	0
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%)	1,00	1,00	1,00
Taux de perte maximal pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	5 %	5 %	5 %
Deuxième présentation : PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE COHORTE SYSTÉMATIQUE + COHORTE MULTI-ÂGE SUPPLÉMENTAIRE			
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévue ultérieurement (%)	0	0	0
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%)	1,00	1,00	1,00
Taux de perte maximal pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE	10 %	10 %	10 %
Population cible ayant reçu 1st dose(s) de vaccin RCV	0	0	0
RCV couverture[2]	0 %	0 %	0 %
Taux annuel d'abandon du DTC [(DTP1 – DTP3) / DTP1] x 100	8 %	6 %	6 %

[1] Indiquer le nombre total d'enfants ayant reçu le vaccin DTC seul ou associé

[2] Nombre de nourrissons vaccinés par rapport au total des nourrissons survivants

[3] Formule pour calculer le taux de perte d'un vaccin (en pourcentage): $[(A - B) / A] \times 100$, sachant que A = solde en stock à la fin de la période d'approvisionnement; et B = le nombre de vaccinations réalisées avec le même vaccin pendant la même période.

5.2.1 Description des cohortes systématiques et multi-âge supplémentaires

Veillez indiquer le pourcentage d'inscription en école primaire

le taux de scolarisation du primaire est de 83,5% chez les filles et 87,3% chez les garçons

Veillez indiquer le pourcentage d'inscription en école secondaire

les taux de scolarisation sont de 55,0% chez les garçons et 50,4% chez les filles

Veillez indiquer l'âge moyen de l'entrée en école secondaire

11 ans

Veillez indiquer une source pour les données d'inscription (par ex. bureau national des statistiques, ministère de l'Éducation, recensement récent, registres d'école, etc.)

Ministère de l'Education de base, Ministère de l'enseignement secondaire ;

Veillez indiquer une source pour les données d'inscription (par ex. bureau national des statistiques, ministère de l'Éducation, recensement récent, registres d'école, etc.)

Ministère de l'Education de base, Ministère de l'enseignement secondaire;

5.2.2 Objectifs spécifiques au PVH

Les cohortes de filles d'une seule année à vacciner contre le PVH doivent se situer dans la population cible recommandée par l'OMS des fillettes de 9 à 13 ans old girls

Veillez spécifier la source des données utilisées pour estimer le nombre de fillettes ciblées et figurant dans le tableau ci-dessus sous "Population cible vaccinée contre le PVH"

Les projections démographiques du Ministère de la Santé Publique et de l'Institut National des Statistiques ont été utilisées pour l'estimation des cibles (MINSANTE/INS, 2014)

5.3. Cibles pour la/les campagne(s) préventive(s)

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

5.4. Cibles pour la (les) mini-campagne(s) de rattrapage unique

Pas de mini-campagne de rattrapage unique cette année

6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

6.1. Évaluation de la charge de morbidité des maladies correspondantes (si disponible)

Si c'est déjà inclus en détail dans le Plan d'introduction ou le Plan d'action, veuillez simplement citer la section.

Maladie	Titre de l'évaluation	Date	Résultats
Infections à HPV, cancers du col de l'utérus, lésions pré-cancéreuses	Human Papillomavirus and Related Diseases in Cameroon.	2012	- 1993 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués annuellement au Cameroun - 2nd cause de cancer parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans au Cameroun - 1120 décès par an sont causés par le cancer du col de l'utérus au Cameroun - 2nd cause de décès par cancer chez les femmes
Tous types de cancers	Current cancer incidence and trends in Yaounde, Cameroon	2012	- Le cancer du col de l'utérus représente 14% de tous les cancers recensés dans le registre de cancers de la ville de Yaoundé entre 2004 – 2006 et 2010 – 2011.
Cancers invasifs du col de l'utérus	Human papillomavirus genotype distribution among Cameroonian women with invasive cervical cancer: a retrospective study	2014	- Sur un échantillon de 181 prélèvements biopsiques de femmes atteintes de cancer du col: o Les génotypes oncogènes les plus fréquemment identifiés étaient les HPV 16 (88%), 45 (32%) et 18 (15%). o Infections multiples: 45%
Cancers invasifs du col de l'utérus	Risk factors associated with human papillomavirus prevalence and cervical neoplasia among Cameroonian women.		- 838 femmes âgées de 25 à 65 ans - Prévalence de HPV: 39% - Facteurs de risque d'infection à HPV: femmes au foyer, co-infection VIH, contraception hormonale
col, lésions pré-cancéreuses	Prevalence, Predictors, and Same Day Treatment of Positive VIA Enhanced by Digital Cervicography and Histopathology Results in a Cervical Cancer Prevention Program in Cameroon.	2007-2014	- Dépistage de 44 979 femmes, 9% présentant les lésions précancéreuses - Facteurs de risque: VIH +, âge précoce du 1er rapport sexuel, faible niveau d'éducation, nombre élevé de grossesse, nombre de partenaires sexuel

6.1.1 Information spécifique sur la charge morbide du PVH

Le pays a-t-il entrepris une évaluation de la charge morbide du cancer du col? Si oui, décrivez la charge, quand et comment l'évaluation a été réalisée. Dans la négative, les pays peuvent se référer aux données de Globocan (disponibles sur le site web du Centre d'information sur le PVH de l'OMS sous <http://www.who.int/hpvcentre/en>).

Plusieurs études sur l'estimation de la prévalence du HPV, des lésions pré-cancéreuses et du cancer invasif du col de l'utérus ont été menées dans le pays.

- La prévalence de HPV est estimée à 39% (Catarino R and al. 2016) : Dépistage par test de HPV en communauté
- La prévalence des lésions précancéreuses : 9% (De Gregorio and al. 2016) : Dépistage en milieu hospitalier par coloration et inspection visuelle
- Prévalence des génotypes oncogènes du HPV : HPV 16 (88%), 45 (32%) et 18 (15%).(Pirek and al., 2015): Génotypage sur prélèvements biopsiques de femmes atteintes du cancer du col de l'utérus
- Les estimations faites par Globocan en 2012 montrent que l'incidence du cancer du col dans le pays est de 2000 nouveaux cas par an et la mortalité est estimée à 1 120 décès par an.

Décrivez les activités de prévention et de contrôle du cancer du col existantes.

Les activités de prévention et de contrôle du cancer du col menées au Cameroun peuvent être classées en 3 catégories :

- La prévention primaire à travers la sensibilisation et la vaccination par le vaccin anti-HPV. Deux campagnes de vaccination de masse contre le HPV ont été organisées en 2010 (dans 3 régions) et 2014. En 2014, la campagne a été effectuée dans deux districts de santé (Foumban et Edéa). Ce vaccin était administré aux filles âgées de 9 à 13 ans. Les évaluations de la première année de mise en œuvre de la démonstration ont montré une couverture vaccinale de l'ordre de 64,7% pour la seconde dose.
- Les activités de prévention secondaire: les services de dépistage des lésions pré-cancéreuses et du cancer du col avec inspection visuelle sont offerts par certaines formations sanitaires à des coûts peu abordables pour la majorité. D'autre part, des campagnes de sensibilisation et de dépistage et traitement immédiat sont organisées à diverses occasions (journée internationale de la femme, semaine de lutte contre le cancer, etc) et par plusieurs institutions sanitaires à travers le pays. Malheureusement aucun système organisé n'est mis en place par le Gouvernement pour la prise en charge du dépistage.
- Le traitement du cancer selon le stade de la maladie et l'état du malade repose sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le traitement est pour le moment peu accessible à toutes les couches de la population. Il n'est pas disponible dans toutes les régions du pays et son coût reste élevé. Toutes les options thérapeutiques ne sont pas disponibles dans le pays.

Le pays a-t-il élaboré une feuille de route ou une stratégie pour établir ou renforcer une approche nationale globale concernant la prévention et le contrôle du cancer du col? **Oui**

Dans l'affirmative, veuillez joindre le document correspondant et vous reporter à la section [10. Pièces jointes](#). (Document N°15,16)

Si non, le pays prévoit-il d'établir une telle feuille de route ou stratégie à l'avenir? Veuillez préciser quand et qui conduira le projet, et quelles agences seront impliquées.

SO

6.1.2 Description du profil des provinces/régions

Les pays doivent fournir une description du profil de chaque province/région, en utilisant le modèle fourni par Gavi

Veuillez joindre les documents nécessaires « Profil VPH d'une région/province » fournis par Gavi en tant que documents obligatoires dans la section Pièces jointes. Numéro de document **16**)

6.1.3 Stratégie d'administration du vaccin contre le PVH

Veuillez fournir des informations sur chacune des **stratégies d'administration** suivantes, qui seront :

- Utilisation des écoles pour administrer des vaccins
- Utilisation des centres de santé pour administrer des vaccins
- Utilisation des locaux communautaires pour administrer des vaccins
- Campagne

Utilisation des écoles pour administrer des vaccins

Veuillez expliquer les raisons de ce choix de stratégie d'administration pour cette région/ce district. Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochains

- Le choix de l'utilisation des écoles pour administrer des vaccins s'est fait sur la base des taux de scolarisation élevé au Cameroun. Le taux de scolarisation de la cohorte de routine est en moyenne de 83,7% dans le pays.
- La phase de démonstration du vaccin anti-HPV a montré que les couvertures vaccinales au niveau des écoles étaient les plus élevées ainsi que l'acceptabilité du vaccin.

Veuillez spécifier si les fillettes seront vaccinées par sélection d'un âge spécifique ou par classe d'étude spécifique

Les filles seront vaccinées par sélection d'un âge spécifique : les filles de la cohorte de routine sont âgées de 9 ans et les filles de la cohorte multi-âge sont âgées de 10 à 14 ans.

Veillez remplir le tableau 6.1.3a si vous utilisez la vaccination par âge spécifique ou le tableau 6.1.3b si vous utilisez la vaccination par classe d'étude spécifique, selon le choix ci-dessus.

Tableau 6.1.3 a : Vaccination par âge spécifique

Cohorte systématique	
Âge spécifique choisi	9 years
Population cible des fillettes de l'âge choisi	322757
Fillettes de l'âge choisi inscrites à l'école	302145

Cohorte multi-âge supplémentaire	
Fourchette d'âge spécifique choisie	Début 10 years
	Fin 14 years
Population cible des fillettes de l'âge choisi	1490022
Fillettes dans la fourchette d'âge choisie inscrites à l'école	747991

Tableau 6.1.3 b : Vaccination par classe d'étude spécifique

Cohorte systématique		
Classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude	Nombre de fillettes dans la classe d'étude
	9 years	

Cohorte multi-âge supplémentaire		
Classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude
	9 years	

Si vous vaccinez en fonction de la classe d'étude, veuillez fournir des informations sur la manière dont vous vous assurerez que les fillettes de moins de 9 ans et de plus de 14 ans ne seront pas vaccinées.

SO

Veillez indiquer comment la vaccination sera organisée (durant l'année scolaire, les vacances, les examens), le lieu où les vaccins seront administrés, les personnes qui administreront les vaccins, la façon dont la logistique vaccinale sera assurée si vo

L'organisation de la vaccination se fera en stratégie fixe-avancée au sein des établissements scolaires (en septembre - octobre 2018 et mars - avril 2019 durant la période scolaire). L'organisation de la vaccination sera planifiée en fonction des périodes de vacances et examens scolaires.

Les stratégies fixes dans les formations sanitaires et les stratégies avancées au sein des communautés se feront tout au long de l'année.

Le vaccin sera administré par un personnel de santé formé à cet effet. Le personnel de santé se déplacera

dans les écoles et dans les communautés pour vacciner les filles.

Les vaccins stockés dans les portes vaccins avec accumulateurs seront transportés des formations sanitaires vers les sites de vaccination (écoles, communautés). La quantité des vaccins sera fonction des besoins pour chaque site de vaccination.

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Un personnel supplémentaire ne sera pas embauché.

Par contre, au cours de la 1ère année d'introduction, le pays aura recours à une équipe de bénévoles (personnel de santé à la retraite, étudiant en médecine et en sciences infirmières) qui bénéficiera des primes de transport et de restauration.

Ces frais seront inclus dans les coûts opérationnels.

Veillez décrire la stratégie pour atteindre les fillettes qui pourraient manquer la première session de vaccination ou les sessions d'administration du vaccin de rappel

Les équipes au niveau opérationnel vont travailler en collaboration avec la communauté éducative et avec les leaders communautaires sur la sensibilisation et l'orientation des filles ayant manqué la première session de vaccination vers les formations sanitaires.

La stratégie de vaccination devra-t-elle être adaptée pour les écoles privées ou religieuses ? Si cela est le cas, veuillez élaborer.

Il n'y aura pas de stratégie spéciale adaptée pour les écoles privées ou religieuses. Cependant, les responsables de ces différents secteurs seront impliqués à toutes les étapes du processus d'introduction.

Utilisation des centres de santé pour administrer des vaccins

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district. Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ?

Les formations sanitaires constituent les sites classiques de la vaccination. Le personnel et la logistique sont présents et disponibles. Ces formations sanitaires seront utilisées pour le rattrapage des filles manquées pendant la vaccination dans les écoles et dans la communauté.

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Un personnel supplémentaire ne sera pas embauché.

Veillez fournir des détails concernant les activités de génération de la demande pour encourager les fillettes à se rendre dans le centre de santé.

Pour générer la demande, les stratégies suivantes seront développées : plaidoyer, mobilisation sociale, communication de proximité.

- Un plaidoyer sera mené à l'endroit des autorités administratives, traditionnelles et religieuses, Médecins Chefs des Inspections médico-scolaires ;
- Une collaboration formelle sera développée avec les groupes organisés de femmes, les institutions d'éducation, de promotion de la femme et de la famille ;
- Pour les filles scolarisées, les responsables des établissements scolaires ainsi que les enseignants seront impliqués dans les activités de mobilisation de la communauté éducative ;
- Pour les filles non scolarisées, les agents de santé communautaire seront mis à contribution pour identifier dans les ménages et orienter les filles vers les postes de vaccination.

Veillez fournir des détails sur la façon dont le pays compte établir des liens avec les écoles. Favoriser l'administration du vaccin anti-VPV en mobilisant les écoles, par exemple en encourageant la sensibilisation et la mobilisation des parents et des c

- L'implication du Ministère de l'Éducation de base et des Enseignements Secondaires dans le comité de coordination de la préparation et la mise en œuvre de l'introduction
- L'implication des enseignants dans la formation et la micro-planification de la vaccination
- Les responsables des établissements scolaires ainsi que les enseignants seront impliqués dans les activités de mobilisation de la communauté éducative

Veillez indiquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables.

Les stratégies avancées seront menées dans les écoles des zones difficiles d'accès

Dans les zones d'insécurité, des stratégies spéciales seront effectués en collaboration avec les forces de l'ordre et les ONG humanitaires de la zone pour vacciner les filles (déplacés, nomades, etc...).

Une collaboration avec des écoles spécialisées dans l'encadrement des filles à mobilités réduite et autres filles vulnérables (malentendantes, mal voyantes, etc...) permettra de vacciner cette cible.

Une collaboration avec les centres de prise en charge des personnes séropositives sera mise en place pour faciliter l'orientation des filles vivant avec le VIH vers les centres de vaccination.

Veillez décrire le mécanisme de suivi qui sera utilisé afin de s'assurer que les fillettes reçoivent la deuxième dose du vaccin.

Des registres de vaccination seront produits et distribués dans les sites de vaccination et dans les formations sanitaires. Ces registres vont intégrer des informations telles que les contacts des parents, les adresses afin de faire le suivi de la deuxième dose.

Les cartes de vaccination des filles seront conservées dans les écoles par les enseignants après la 1ère dose. Les cartes seront restituées aux filles, juste après la 2ème dose.

Utilisation des salles communautaires pour administrer des vaccins

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district.

La vaccination dans les sites communautaires offre le meilleur moyen d'atteindre le maximum de filles non scolarisées dans les communautés.

Cette approche sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochaines années.

Cette approche sera utilisée tous les ans. Cette approche utilise les stratégies avancées qui sont une activité de la vaccination de routine. Sa mise en œuvre ne nécessitera pas de financement additionnel.

Veillez indiquer comment vos travailleurs/bénévoles de centres de santé locaux seront impliqués dans cette stratégie

Une équipe de bénévoles (personnel à la retraite, étudiant en médecine et en science infirmière) va appuyer la vaccination de la cohorte multi-âge au cours de l'année d'introduction. Ces bénévoles seront recrutés et formés à la vaccination anti-HPV et seront mis à la disposition des formations sanitaires.

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Non, un personnel supplémentaire ne sera pas embauché pour vacciner les filles de la cohorte multi-âge. Une équipe de bénévoles (personnel à la retraite, étudiant en médecine et en science infirmière) va appuyer la vaccination de la cohorte multi-âge au cours de l'année d'introduction.

Dans quel local communautaire les fillettes seront-elles vaccinées ? Par ex. écoles, sites permanents de sensibilisation, rues, parcs, centres commerciaux, marchés

Des sites aménagés dans les communautés tels que les espaces publics (marchés, stades, parcs, etc.), les salles communales, les chefferies traditionnelles serviront de sites de vaccination. Ces sites seront sélectionnés en collaboration avec les leaders communautaires et les autorités locales.

Quelles interventions seront entreprises pour améliorer l'acceptation et le soutien de la communauté ?

- Les leaders communautaires et religieux seront mis à contribution pour sensibiliser les populations et diffuser les messages sur le HPV dans les communautés
- Des activités spécifiques telles qu'une sensibilisation de proximité, à travers les causeries éducatives, visites à domicile seront mises en œuvre dans les communautés impliquant les leaders communautaires
- La diffusion de messages essentiels en langues locales dans les radios communautaires, les lieux de cultes et autres lieux de regroupement se fera en continu
- Un plaidoyer sera mené à l'endroit des autorités administratives, traditionnelles et religieuses pour s'assurer de leur engagement.
- Une collaboration formelle sera développée avec les groupes organisés de femmes, de promotion de la femme et de la famille

Veillez fournir des détails sur les activités de génération de demande, par ex. la sensibilisation et la diffusion d'information par l'intermédiaire de la communauté ou du secteur de l'éducation et/ou des médias de masse, dont les clubs de jeunesse et le

Pour générer la demande, les stratégies suivantes seront développées : plaidoyer, mobilisation sociale, communication de proximité:

- Un plaidoyer sera mené à l'endroit des autorités éducatives, administratives, traditionnelles et religieuses;
- Une collaboration formelle sera développée avec les groupes organisés de femmes, de promotion de la femme et de la famille ;
- La diffusion de messages essentiels en langues locales dans les radios communautaires, les lieux de cultes et autres lieux de regroupement se fera en continu;
- Les leaders communautaires et religieux seront mis à contribution pour sensibiliser les populations et diffuser les messages sur le HPV dans les communautés;

Veillez expliquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables ?

Les leaders communautaires, leaders d'opinion et les ONG humanitaires des zones difficiles d'accès et des zones d'insécurité seront mis à contribution pour la sensibilisation des filles non scolarisées.

Veillez décrire le mécanisme de suivi qui sera utilisé afin de s'assurer que les fillettes reçoivent la deuxième dose du vaccin.

Des registres de vaccination seront produits et mis à la disposition des sites de vaccination et des formations sanitaires. Ces registres vont intégrer des informations telles que les contacts et les adresses des parents. Ces informations seront utilisées par le personnel soignant et les mobilisateurs sociaux pour le suivi de la deuxième dose.

Les leaders communautaires, les associations des femmes, les pairs seront impliqués dans l'identification et l'orientation des filles non scolarisées vers les formations sanitaires.

Utilisation des campagnes pour administrer des vaccins VPH

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district.

SO

Quel type de campagne sera utilisé pour l'administration du vaccin anti-VPH, par ex. Jours/Semaines de la santé infantile, vaccins antirougeoleux, antirubéoleux ou antitétanique, activités de vaccination supplémentaires et activités d'éducation sanitaire

SO

Comment cette campagne affectera-t-elle l'administration de vaccins systématiques ? Par exemple, le personnel de centres de santé sera-t-il mis à contribution pour cette campagne ?

SO

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

SO

Quel(s) local ou locaux seront utilisés pour administrer les vaccins durant la campagne ?

SO

Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochaines années.

SO

Veillez expliquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables ?

SO

6.1.4 Mobilisation sociale

Veillez remplir le tableau ci-dessous avec les détails afin d'indiquer le type d'information et/ou de matériaux qui seront utilisés/diffusés, le public visé, ainsi que le mécanisme et la fréquence de chacun d'entre eux.

Types d'information ou de matériaux/b>	Public recevant les matériaux/b>	Méthode d'administration	Personnes administrant le produit	Fréquence et date
Par ex., dépliants, affiches, bannières, livrets, publicités à la radio, etc.	Par ex., fillettes, parents, professeurs, travailleurs de santé, fonctionnaires du district, groupes de communauté, etc.	Par ex., réunions de parents, radio, séance d'information à l'école, visite à domicile, etc.	Par ex., professeurs, travailleurs de santé, fonctionnaires du district, etc.	Par ex., quotidiennement, hebdomadairement, deux fois avant le début du programme ; le jour de la vaccination, deux semaines avant le début du programme, etc.
Dépliants	-leaders politiques, administratifs, municipaux, traditionnels et religieux, -responsables d'associations professionnelles de la santé -communauté éducative -parents	-journées d'information -causeries -visites à domicile -réunions éducatives	-point focaux communication Minsanté -formateurs de tous les niveaux (central, régional, opérationnel) -leaders communautaires (religieux, traditionnel) -associations de femmes	-avant et pendant l'introduction -les jours de vaccination

Posters	-filles -communautés -établissement scolaires -formations sanitaires	affichage	-Ministère de la santé -Ministère de l'Education de base -Ministère des Enseignements Secondaires	avant et pendant l'introduction -les jours de vaccination
Banderoles	communautés -établissement scolaires -formations sanitaires	affichage	-Ministère de la santé -Ministère de l'Education de base -Ministère des Enseignements Secondaires	pendant le lancement
Spots radio	- communauté éducative -parents -filles -leaders communautaires -leaders traditionnels	Diffusion à la radio	-Ministère de la santé -Points focaux communication Minsanté -Association journalistes	avant et pendant le lancement

Veillez indiquer un plan de communication de crise pour répondre aux rumeurs et idées reçues sur la vaccination anti-VPH.

Un plan de communication de crise sera élaboré et suivra les étapes suivantes :

Avant la crise :

- Mettre en place un comité de gestion de crise
- Identifier un porte-parole (en général le Ministre de la Santé Publique au niveau national ou des leaders d'opinion) et le former;
- Identifier les medias et les journalistes crédibles qui peuvent aider à contenir la crise le cas échéant:

- Préparer une série de question-réponses

Pendant la crise

- Apprécier et peser les mots à utiliser
- S'exprimer de la manière la plus simple possible : illustrer et non affirmer
- Ouvrir des perspectives

Après la crise :

- Evaluer l'impact de la crise
- Restaurer l'image des services de santé
- Evaluer, corriger et améliorer la communication de crise pendant et après la crise)

6.1.5 Intégration de la santé des adolescents

Indépendamment des stratégies, veuillez fournir une description des services de santé et/ou de l'éducation sanitaire actuellement fournis aux jeunes adolescentes et/ou adolescents de 9 à 14 ans, et indiquer toute synergie potentielle en intégrant la vacce

a. Pour les services sanitaires (notamment: le type de services fournis, la tranche d'âge/le sexe, le caractère obligatoire ou facultatif, le caractère régulier ou ponctuel, en milieu scolaire ou extra-scolaire, qui sont les fournisseurs (gouvernement, ONG), la fréquence, la mesure dans laquelle la collectivité a recours à ces services, comment ils sont perçus par la collectivité.)

Les services sanitaires offerts au sein des établissements scolaires sont les suivants :

- Consultations systématiques par le médecin scolaire : une fois par an, pour les enfants du primaire (5 – 11 ans) ;
- Missions de contrôle d'hygiène et salubrité, lutte contre le choléra : occasionnelles
- Campagnes de déparasitage : une fois par an

Ces services sont obligatoires et fournis par le Gouvernement.

Des ONG offrent occasionnellement des services sanitaires aux établissements scolaires, par exemple le dépistage des troubles de la vue.

b. Pour l'éducation pour la santé (notamment: le thème, le caractère national, sous-national, scolaire ou extra-scolaire, qui dispense l'éducation, à quelle fréquence, cela figure-t-il dans le cursus scolaire, des ONG sont-elles fournisseurs? Comment cette éducation est-elle perçue par la collectivité? Y a-t-il eu une évaluation et, si oui, comment et quels ont été les résultats?)

Au sein des établissements primaires, il existe des clubs santé. Les membres de ces clubs sont formés par les enseignants, le médecin scolaire ou des ONG sur divers thèmes relatifs à la santé des adolescents et ils sont chargés d'éduquer leurs camarades (pair éducation). Ces thèmes sont :

- la santé de reproduction des adolescents : puberté, planification familiale, prévention des grossesses non désirées
- La prévention du VIH/Sida en milieu scolaire : différentes méthodes de prévention
- Hygiène bucco-dentaire : brossage des dents, éducation sur les affections dentaires les plus courantes
- Enseignement de la méthode WASH : lavage des mains au savon, élimination sûre des excréments, eau potable, hygiène personnelle
- Alcoolisme et tabagisme
- Prévention du paludisme en milieu scolaire

Les causeries éducatives et campagnes sanitaires sont organisées à l'occasion des différentes fêtes (fêtes nationales, kermesses, journées internationales du Sida, palu, etc...). Ces activités sont financées par des partenaires au développement (PLAN Cameroun, CAMNAFAW, UNICEF, UNESCO, etc.).

Ces services sont bien perçus par la communauté. Aucune évaluation de ces activités n'a encore été planifiée pour le moment.

c. Pour améliorer la plateforme de vaccination pour les adolescents (peut inclure une intégration avec :

d'autres vaccins pour adolescents (par ex., vaccins contre la rougeole, la rubéole, le tétanos ou la dengue),
servic

Tous les adolescents devraient normalement recevoir une dose de rappel du vaccin contre le tétanos. Le pays prévoit dans son plan de maintien du statut d'élimination du tétanos maternel et néo-natal, l'introduction d'une dose du vaccin anti-tétanique chez les adolescentes. La réussite de l'introduction du vaccin anti-HPV facilitera la mise en œuvre de la vaccination anti-tétanique des adolescentes.

6.1.6 Engagement des OSC

Veillez décrire les OSC et la façon dont elles seront incluses dans l'administration de vaccins anti-VPH, par ex., activités de génération de demande, amélioration de la couverture des fillettes « difficiles à atteindre ».

L'implication des acteurs non étatique dans la mise en œuvre des activités de santé est une option politique ferme du Gouvernement camerounais. Ce choix politique qui vise à développer les synergies d'action et la complémentarité entre les acteurs publics et privés de santé est opérationnalisé à travers la stratégie partenariale dans le secteur de la santé. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique a défini les modalités de la participation communautaire aux activités de santé par l'Arrêté de 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire dans les districts de santé.

La participation communautaire aux activités de santé est fondée sur la collaboration et la complémentarité entre le système de santé et les organismes du système de santé communautaire (Collectivités territoriales décentralisées, COSA/COSADI, ONG/OSC, Associations ou Groupes Communautaires, Organisations confessionnelles, secteur privé, universités). Les principaux acteurs du niveau communautaire intervenants dans les activités de vaccination sont : les Agents de Santé Communautaire (ASC), les OSC/Associations avec notamment le réseau des associations des femmes du MINPROFF et la Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé (PROVARESSC) constituée au niveau régional de 10 OSC points focaux qui coordonnent toutes les activités des OSC intervenant dans la région ; au niveau opérationnel, 189 OSC de district qui assurent le suivi et l'évaluation des activités des OBC dans les villages et quartiers, 1766 OBC des aires de santé et 1766 Structures de dialogue mènent des actions de sensibilisation, de recherche et d'orientation des cibles vers les postes de vaccination dans toutes les communautés avec l'appui de 17000 agents de santé ; les Structures de dialogue, les leaders traditionnels, les leaders religieux.

Dans le cadre de l'introduction du vaccin anti-VPH dans la vaccination systématique, les capacités de ces acteurs communautaires seront renforcées et leurs termes de références révisés en vue de leur implication active dans les activités de génération de la demande, de dénombrement, de recherche et d'orientation des filles perdus de vue vers les postes de vaccination.

6.1.7 Rôles et responsabilités des principales parties prenantes et des partenaires techniques

Veillez remplir le modèle Gavi fourni, pour définir les rôles et responsabilités respectifs de toutes les parties prenantes et des partenaires techniques nationaux.

Veillez joindre les documents nécessaires et vous référer à la section [10. Pièces jointes](#). (Document N°17)

6.2. Vaccin demandé (PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

Ainsi que mentionné dans le PPAG, le pays prévoit d'introduire PVH quadrivalent, à l'aide de **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**.

Quand le pays compte-t-il introduire ce vaccin? **Septembre 2018**

A noter qu'en raison de divers facteurs, la date de lancement peut varier par rapport à la date stipulée dans la demande. Gavi travaillera en étroite collaboration avec le pays et ses partenaires pour remédier à ce problème.

Veillez résumer la capacité de la chaîne du froid (aux niveaux central et autres) et la préparation pour accueillir de nouveaux vaccins, en tenant compte de la formation, de l'équipement de la chaîne du froid et des autres exigences logistiques. Si l'extension de la chaîne du froid est nécessaire, indiquez comment celle-ci sera financée et quand elle sera en place. Le comité d'examen indépendant doit avoir l'assurance que la

chaîne du froid est prête ou sera prête pour l'introduction de routine du nouveau vaccin ; des données probantes/plans doivent être fournis. Toutes les propositions qui comprennent un financement de Gavi pour la chaîne de froid destiné au stockage de vaccins doivent prévoir du matériel préqualifié par l'OMS pour leurs performances, la qualité et la sécurité du programme (PQS). L'achat de matériel non-PQS ne sera prise en compte qu'à titre exceptionnel, justification à l'appui et avec l'accord préalable de Gavi.

Le Cameroun a mené en décembre 2015 et janvier 2016 un inventaire des équipements de la chaîne du froid. Les données de l'ICF ont été utilisées pour déterminer la capacité actuelle disponible à différents niveaux du système de la chaîne du froid.

Au niveau central : Le Cameroun dispose de 03 chambres froides positives de 40 m³ et d'une de 30 m³ soit un total de capacité nette de 35 714 litres. Cette capacité existante est inférieure aux besoins actuels qui sont de 70 000 litres. Pour combler ce gap au niveau central, le pays va acquérir 2 chambres froides à travers le reliquat de la campagne d'introduction du RR et les fonds RSS. L'installation de ces chambres froides fournira la capacité requise pour l'introduction du HPV ainsi que les autres vaccins prévus dans le PPAC.

Dans le but d'améliorer la gestion des vaccins et fournitures, le Cameroun a en perspective la construction d'un entrepôt moderne grâce au financement Gavi. Cet entrepôt permettra l'emplacement des chambres froides et des consommables en un seul endroit.

Au niveau regional: huit sur dix régions ont actuellement la capacité de stockage requise. Les deux autres régions bénéficieront des nouvelles acquisitions à travers les fonds RSS2. Pour l'année d'introduction du vaccin anti-HPV, il ne se pose pas un problème de capacité de stockage au niveau des régions.

Au niveau des Districts: Le Cameroun dispose de 189 dépôts de districts qui assurent le ravitaillement des formations sanitaires. L'inventaire de 2016, a révélé que 141 dépôts auront un déficit de capacité de stockage d'ici 2021. Afin de combler ce gap, le pays a obtenu un accord de financement de Gavi à travers la plateforme d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement dont la mise en œuvre est prévue en 2018. L'installation de ces équipements fournira la capacité de stockage adéquate au niveau des districts.

Au niveau des Formations Sanitaires: l'inventaire de 2016 a montré que le Cameroun dispose de 3570 formations sanitaires qui vaccinent. A ce niveau, le volume estimé par enfant complètement vacciné (ECV) en 2016 est de 133 cm³. Avec l'introduction des nouveaux vaccins, ce volume augmentera de 39%, passant à 186 cm³ en 2021. Comme pour les dépôts des districts, ces gaps seront comblés à travers la plateforme d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement dont la mise en œuvre prévue à partir de 2018, prévoit aussi l'équipement de 629 nouvelles formations sanitaires. L'inclusion de ces nouvelles formations sanitaires permettra d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité.

6.2.1. Prix des vaccins

Vaccin	Présentation	2017	2018	2019
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	1	4.500	4.500	4.500

6.2.2. Information sur le co-financement

L'exigence de cofinancement s'applique aux vaccins pour la **cohorte systématique** (c'est à dire la cohorte qui sera systématiquement vaccinée chaque année dans le cadre du programme de vaccination systématique). Gavi financera toutefois intégralement

Si vous souhaitez cofinancer un montant supérieur, précisez-le à la ligne Votre cofinancement.

Groupe du pays	Phase de transition préparatoire		
	2018	2019	
Cofinancement minimum	0,76	0,87	
Votre cofinancement (veuillez changer si supérieur)	0,76	0,87	

6.2.2.1. Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte systématique

	Source	2018	2019

Nombre de fillettes dans la cohorte systématique à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	225 930	235 701
Nombre de fillettes dans la cohorte systématique à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	209 792	222 606
Couverture vaccinale avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	65%	68%
Cofinancement du pays par dose	Tableau 6.2.2	\$	0,76	0,87

6.2.2.2. Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte multi-âge

	Source		2018	2019
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	1 043 015	0
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	968 514	0
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	65,00%	0

6.2.3 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	72 186	86 917
Nombre de seringues autobloquantes	#	99 256	96 787
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	1 092	1 065
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	413 975	403 682

[1] Le montant du cofinancement pour les pays intermédiaires et les pays en voie de graduation indique les coûts des vaccins, matériel de sécurité des injections associé, et frais d'acheminement. Le montant total de cofinancement ne contient pas les coûts et frais de l'agence d'approvisionnement, tel que les frais de manutention. Des informations sur ces coûts et frais supplémentaires seront fournies par l'agence d'approvisionnement concernée, comme partie de l'estimation des coûts requise par le pays.

6.2.3.1 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	363 536	371 390
Nombre de seringues autobloquantes	#	499 863	413 563
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	5 499	4 549
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	2 084 823	1 724 907

6.2.3.2 Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	2 011 529	0
Nombre de seringues autobloquantes	#	2 212 682	0
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	24 340	0

6.2.4 Allocation d'introduction d'un vaccin nouveau ou sous-utilisé

Calcul de l'allocation d'introduction d'un vaccin pour **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**

Année d'introduction du nouveau vaccin	Jeunes filles de la cohorte (du tableau 5.2)	Montant par naissance en \$US	Total en \$US
2018	322 757	2,40	774 617

La subvention sera basée sur un prix maximum de \$2,4 par fille dans la cohorte de naissance avec un montant minimal de subvention de départ de 100.000 \$

Veuillez expliquer comment l'allocation d'introduction octroyée par Gavi sera utilisée pour faciliter la mise en œuvre opportune et efficace des activités avant et au moment de l'introduction du nouveau vaccin (reportez-vous au PPAC et au plan d'introduction du vaccin).

Après approbation de la requête pour l'introduction du vaccin anti-HPV et la mise à disposition des fonds, par Gavi, les fonds seront alloués aux différents niveaux de système santé pour la mise en œuvre des activités préparatoires notamment par :

- La production et la distribution des modules de formation, supports de communication, outils de gestion des données
- Le renforcement des capacités des acteurs en faveur de l'introduction au niveau national du vaccin anti-HPV
- L'appui à la vaccination en stratégie avancée et mobile
- La surveillance des MAPI
- La communication/ mobilisation sociale
- Le suivi, l'évaluation et la surveillance

Veuillez remplir le modèle de "Budget détaillé pour la subvention d'introduction / les coûts opérationnels" fourni par Gavi et joint en tant que document obligatoire dans la section des annexes.

Budget détaillé joint comme document n° 22.

Dans le cas où le soutien de Gavi ne couvre pas l'intégralité des besoins, veuillez décrire les autres sources de financement et les montants envisagés, si disponibles, pour couvrir vos besoins

Le GAP sera comblé par la contribution de l'Etat et les partenaires techniques locaux (OMS, UNICEF, CHAI, CDC ...)

6.2.5.Soutien opérationnel nouveau et sous-utilisé

Calcul du soutien opérationnel pour le **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**

Année d'introduction du nouveau vaccin	Fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire (selon le tableau 5.2)	Part par fillette dans la cohorte multi-âge supplémentaire en USD	Total en \$US
2018	1 490 022	0,55	819 512

Veuillez décrire la façon dont le soutien opérationnel de Gavi sera utilisé pour atteindre les cohortes multi-âge. Comment ces fonds seront-ils utilisés pour renforcer les activités systématiques, par ex., le renforcement

des activités de sensibilisation

Budget détaillé joint comme document n° 22.

Lorsque le soutien de Gavi ne couvre pas l'ensemble des besoins, veuillez indiquer les autres sources de financement et les montants attendus, s'ils sont disponibles, pour couvrir l'ensemble de vos besoins.

6.2.6.Assistance technique

Veuillez décrire tout domaine particulier pour lequel le Ministère aurait besoin d'une assistance technique pour épauler l'introduction de **PVH quadrivalent**.

Le pays sollicitera une assistance technique pour l'appui à la mise en œuvre des activités de communication, la formation aux niveaux central et régional sur le vaccin anti-HPV, l'élaboration des modules de formation et des supports de communication et les évaluations pré et post-introduction.

7. Campagnes de prévention SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

8. Campagnes de suivi des vaccins nouveaux et sous-utilisés

Pas de soutien pour la campagne de suivi de SNV cette année

9. Approvisionnement et gestion

9.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés

Note: Le vaccin PCV doit être fourni par l'UNICEF afin de pouvoir bénéficier du prix octroyé par les accords de la Garantie de marché (AMC).

a) Veuillez indiquer la manière dont les fonds seront utilisés et gérés, y compris les achats de vaccins (Gavi escompte que la plupart des pays achètent leurs vaccins et matériel d'injection par le biais de l'UNICEF ou du Fonds renouvelable de l'OP):

Les ressources de cette proposition seront gérées par le canal habituel du gouvernement pour les procédures de dépenses. Les fonds (quote part de Gavi) pour l'achat des vaccins et autres intrants de la vaccination seront directement transférés à l'Unicef par Gavi. En effet, le pays achète les vaccins et autres intrants de la vaccination à travers l'Unicef.

b) Si un autre mécanisme d'approvisionnement et d'administration du vaccin (financé par le pays ou par Gavi) est demandé, veuillez fournir les justificatifs

- une description du mécanisme et des vaccins ou des fournitures que le pays achètera ;
- l'assurance que le vaccin sera acheté selon la liste de l'OMS des vaccins pré-qualifiés, indiquant le vaccin spécifique sur cette liste.. En cas d'achat de vaccins produits sur place directement auprès d'un fournisseur qui n'aurait pas été pré-qualifié par l'OMS, il convient également de donner l'assurance que les vaccins achetés respectent la définition de vaccins de qualité de l'OMS pour lesquels aucun problème de qualité non résolu n'a été rapporté à l'OMS et dont le respect des normes est assuré par des autorités nationales de réglementation compétentes, tel qu'évalué par l'OMS dans les pays de fabrication et d'achat.

SO

c) Si vous recevez un soutien financier directement de Gavi (comme un soutien pour les coûts opérationnels des campagnes ou des activités d'introduction vaccinale), veuillez indiquer comment les fonds doivent être transférés par Gavi.

Les fonds seront virés dans le compte PEV Gavi ouvert à la CAA :

- Intitulé : CAA PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)-GAVI
- Code banque : 10004
- Code guichet : 00200
- N° de compte : 08021755974
- Clé de contrôle : 54
- Code Swift : SCBLCMCX
- En Euro :
- STANDARD CHARTERED BANK FRANFURT
- CODE SWIFT: SCBLDEFX
- En USD :
- STANDARD CHARTERED BANK FRANFURT
- CODE SWIFT : SCBLUS33

Les signataires sont :

- Montants < cinq millions : le Directeur de la Santé Familiale et le Secrétaire Permanent du PEV sont cosignataires, après accord du Ministre de la Santé Publique.

Montants ≥ cinq millions : le Ministre de la Santé Publique est le seul signataire.

d) Veuillez indiquer comment les montants co-financés seront payés (et qui en est responsable)

Les fonds de cofinancement sont virés par l'Etat à travers la CAA dans le compte de la centrale d'achat à

Copenhague ou à travers l'Unicef.

e) Veuillez décrire les procédures de gestion financière qui seront appliquées pour la gestion du soutien financier direct au vaccins nouveaux ou sous-utilisés, et notamment pour les achats.

Les ressources de cette proposition seront gérées par le canal habituel du gouvernement pour les procédures de dépenses. Le Groupe Technique Central du PEV (GTC-PEV) comprend cinq sections techniques dont une section Administrative et Financière (SAF) dirigée par un comptable qualifié. Un Contrôleur de gestion (CG) a été désigné par le Ministre de la Santé Publique, et travaille en collaboration avec le Secrétaire Permanent du GTC-PEV pour le suivi de la gestion financière. Par ailleurs, un audit annuel des fonds Gavi est mené et le rapport devrait être partagé à Gavi et aux autres Partenaires, 6 mois après la fin de l'exercice concerné par l'audit.

Il existe un Plan Pluriannuel Complet (PPAC) pour la période 2015-2019 élaboré avec tous les partenaires et qui recense toutes les activités à mener pendant cette période. Ce PPAC s'aligne au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, lui-même issu du Document de Stratégie Sectoriel de la Santé (SSS) 2015-20127. A partir du PPAC 2015-2019, un Plan de travail Annuel est élaboré chaque début d'année, ainsi que les plans de travail trimestriel chaque début de trimestre. Le PTA et le plan de travail trimestriel sont validés par le CCIA.

Pour mener les activités, les fiches techniques sont élaborées par les sections techniques en collaboration avec le SAF et le CG qui vérifient si : (i) les activités sont planifiées dans le PTA ; (ii) le budget est en conformité avec celui prévu dans le PTA ; (iii) les coûts unitaires sont respectés. Les fiches techniques sont ensuite validées par le SAF, le CG et le Secrétaire Permanent et transmises à la signature du MINSANTE. Le PEV dispose au niveau central d'un logiciel de gestion financière et comptable (TOMPRO) qui sera remplacé par le logiciel TOM 2 PRO. En plus, le PEV dispose d'un manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable qui décrit le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière.

f) Veuillez décrire comment la couverture du vaccin introduit sera surveillée, rapportée et évaluée (se référer au PPAG et au Plan d'introduction)

La couverture vaccinale sera suivie à travers les rapports mensuels du nombre d'enfants qui reçoivent la 1ère et la 2ème dose de vaccin anti-HPV. Les données en rapport avec ce vaccin seront incluses dans les rapports de vaccination de routine. Une enquête de couverture pour estimer les taux de couvertures vaccinales est prévue au cours l'année suivant l'introduction du vaccin. Cette enquête permettra de mesurer le niveau d'acceptabilité et de s'assurer que les indicateurs sur l'équité associée à la vaccination des filles scolarisées et non scolarisées, l'équité géographique et l'atteinte des filles vulnérables sont pris en compte.

g) Pour une demande de soutien concernant la deuxième dose du vaccin antirougeoleux, le pays souhaite-t-il recevoir ses dons en nature ou en espèces ? **N/C**

9.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

9.3 Homologation des produits

Pour chacun des vaccins sollicités, veuillez spécifier si l'enregistrement du fabricant et/ou l'homologation nationale du vaccin sera nécessaire en plus de la pré-qualification par l'OMS et, dans l'affirmative, décrivez la procédure et sa durée. En outre, indiquez si le pays accepte la procédure d'enregistrement accéléré des vaccins pré-qualifiés de l'OMS.

Veuillez noter que le temps nécessaire à l'homologation doit être pris en compte dans le calendrier d'introduction et répercuté dans le plan d'introduction du vaccin ou le plan d'action.

Le vaccin anti-VPH quadrivalent est homologué au Cameroun. (fournir les références par SPA)

Pour chacun des vaccins sollicités, veuillez fournir le statut actuel de l'homologation de la présentation préférée et de toute présentation alternative, s'il y a lieu.

Le vaccin anti-HPV quadrivalent constitue l'option préférée du pays. En cas d'indisponibilité du vaccin

quadrivalent sur le marché, la présentation alternative est le vaccin anti-HPV bivalent.

Veillez décrire les réglementations douanières en vigueur au niveau local, les exigences en matière d'inspection avant livraison, les prescriptions spécifiques applicables à la documentation qui risqueraient de provoquer des retards de livraison des vaccins. Si ces retards sont prévus, indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises pour y remédier.

Les opérations de dédouanement et de transport des vaccins de la routine, de l'aéroport vers le dépôt central sont effectuées par le gouvernement.

Dans le cadre du dédouanement des vaccins et matériel d'injection de la vaccination de routine, le PEV demande chaque année et obtient du Ministre des Finances et du Budget, l'exonération des frais de douane. Cependant, le paiement de la taxe informatique, les honoraires du transitaire agréé en douane et le transport restent à la charge du MINSANTE. Une fois les documents de pré-alerte reçus, le GTC-PEV transmet le dossier à la Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP) qui s'occupe des formalités d'enlèvement des vaccins et des consommables.

Le pays est doté d'une autorité nationale de régulation des produits pharmaceutiques dénommée ANR (Agence Nationale de Régulation). Cette autorité procède à la libération des lots de vaccins sur la base des documents reçus de la centrale d'achats pour les vaccins homologués par l'OMS. Le processus dure au maximum deux semaines.

Veillez fournir des information sur l'ANR du pays, et notamment sur son statut (p. ex. est-elle certifiée par l'OMS). Veillez inclure les contacts avec numéros de téléphone et adresses e-mails. L'UNICEF facilitera la procédure en communiquant les critères d'homologation aux fabricants de vaccins le cas échéant.

La DPML (Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires) fait office d'Autorité Nationale de Régulation (ANR). Elle est fonctionnelle et répond à trois fonctions sur les six recommandées à savoir :

- l'homologation des produits et l'octroi des autorisations de mise sur le marché ;
- la libération des lots ;
- la surveillance post commercialisation y compris la surveillance des Manifestations Adverse Post Immunisation (MAPI).
- Dr Ateba Etoundi Aristide Tel: +237 677 60 42 62 e-mail: atebarisotto@yahoo.fr

9.4 Gestion des déchets

Les pays doivent avoir un plan de gestion et de suivi des déchets adapté à leurs activités de vaccination. Il s'agira aussi de détailler le niveau de disponibilité suffisant des fournitures pour la gestion des déchets (y compris les conteneurs de sécurité), des équipements qui permettent une manipulation sûre du matériel de vaccination, de la capacité de stockage, de transport et d'élimination des déchets vaccinaux. Veillez décrire le plan de gestion des déchets du pays pour les activités de vaccination (y compris les campagnes).

La mise en œuvre de l'activité de vaccination en stratégie fixe dans les formations sanitaires et établissements scolaires et sites de vaccination communautaire produira des déchets important d'où la nécessité de définir clairement le circuit de gestion des déchets afin de réduire le risque de contamination par les objets piquants. L'application du principe du bundling assurera la disponibilité des boîtes de sécurité en quantité suffisante. Les seringues utilisées seront mises dans des boites de sécurité et les flacons vides dans des sacs plastiques. Tout comme dans la mise en œuvre des stratégies fixes et avancées les déchets issus des activités de vaccination seront ramenés vers les sites de destruction. La destruction se fera par brûlage et enfouissement ou par incinération. Les protocoles de gestion des déchets seront élaborés et diffusés. Par ailleurs le personnel en charge de la gestion des déchets sera briefé lors des formations.

9.5 Approvisionnement et gestion pour la/les campagne(s) de suivi

Pas de soutien pour la campagne de suivi de SNV cette année

10. Liste de documents joints à la présente demande

Tableau 1: Liste de vérification des pièces jointes obligatoires

Document numéro	Document	Section	Fichier
Approbations			
1	Signature du Ministre de la Santé (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition	4.1.1	Page signature Ministres.pdf Fichier desc: Signature du Ministre de la Santé Date/heure: 17/05/2017 04:18:37 Taille: 637 KB
2	Signature du Ministre des Finances (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition	4.1.1	Page signature Ministres.pdf Fichier desc: Signature du Ministre des Finances Date/heure: 17/05/2017 04:19:06 Taille: 637 KB
3	Signature du Ministre de la Santé (ou de son représentant autorisé) de la proposition de soutien au VPH	4.1.1	Page signature Ministres.pdf Fichier desc: Signature du Ministre de l'éducation base Date/heure: 17/05/2017 04:19:41 Taille: 637 KB
4	Termes de référence du CCIA	4.1.2	ORGANIGRAMME PEV SIGNE DU 08-03-2011.pdf Fichier desc: Organigramme PEV signé du 08-03-2011 intégrant les termes de référence du CCIA (voir Chapitre 2) Date/heure: 17/05/2017 02:05:16 Taille: 2 MB
5	Compte-rendu réunion du CCIA/CCSS avalisant la Proposition	4.1.3	Rapport CCIA du 12 Mai 2017 & Fiche de présence.rar Fichier desc: Rapport CCIA du 12 mai 2017 avalisant la proposition et fiche de présence à ce CCIA Date/heure: 17/05/2017 02:12:10 Taille: 3 MB
6	Signatures du CCIA ou du CCSS ou l'équivalent dans la Proposition	4.1.3	Pages Signatures Membres CCIA- Soumission Introduction HPV Mai 2017.pdf Fichier desc: Signatures du CCIA Date/heure: 17/05/2017 04:20:35 Taille: 1 MB
7	Compte-rendus des trois dernières réunions du CCIA/CCSS	4.1.3	3 derniers rapports CCIA 2016.rar Fichier desc: Compte-rendus des trois dernières réunions du CCIA en 2016 Date/heure: 17/05/2017 12:20:38 Taille: 3 MB
8	Rôle et fonctionnement du groupe consultatif, description des plans pour créer un GTCV	4.2.1	Cameroon Décision Nomination Membres Comité Scientifique.docx Fichier desc: Décision portant nomination des membres du GTCV/comité scientifique de la vaccination. Date/heure: 17/05/2017 12:25:05 Taille: 1 MB

31	Compte rendu de la réunion du GTCV avec recommandations spécifiques sur l'introduction du SVN ou la campagne	4.2	Explication absence de compte rendu de la réunion du GTCV .docx Fichier desc: Explication absence de compte rendu de la réunion du GTCV Date/heure: 17/05/2017 12:37:03 Taille: 12 KB
Planification, financement et gestion des vaccins			
9	Plan Pluriannuel Complet - PPAC	5.1	PPAC 2015-2019 -Version definitive du 24-01-2015-22h10.pdf Fichier desc: Plan Pluriannuel Complet - PPAC 2015-2019 Date/heure: 17/05/2017 12:40:24 Taille: 4 MB
10	Outil d'analyse financière du PPAC	5.1	cmyc costing tool 3 version du 31-12-2014 Final.xlsx Fichier desc: Outil d'analyse financière du PPAC 2015-2019 Date/heure: 17/05/2017 12:41:52 Taille: 3 MB
11	S&E et plan de suivi dans le pays plan de suivi existant	5.1.4	Plan intégré de Suivi Evaluation -PISE 2016-2020.docx Fichier desc: Plan intégré de Suivi Evaluation 2016-2020 du Ministère de la Santé Date/heure: 17/05/2017 01:11:02 Taille: 353 KB
12	Plan d'introduction du vaccin	5.1,7.2.3	introplan HPV_150517.doc Fichier desc: Plan d'introduction du vaccin Date/heure: 17/05/2017 01:14:19 Taille: 847 KB
15	Feuille de route ou stratégie pour le vaccin anti-PVH	6.1.1	HPV Application Region Profile FR.xlsx Fichier desc: Feuille de route ou stratégie pour le vaccin anti-PVH Date/heure: 17/05/2017 01:16:44 Taille: 43 KB
16	Résumé de la méthodologie d'évaluation du vaccin anti-PVH	6.1.1,6.1.2	introplan HPV_150517.doc Fichier desc: Methodologie d'évaluation du vaccin anti-HPV décrite à la page 42 du plan d'introduction Date/heure: 17/05/2017 10:50:57 Taille: 847 KB
19	Rapport sur la GEV	9.3	Rapport GEV Cameroun CM 06 10 2013.pdf Fichier desc: Rapport sur la GEV Date/heure: 17/05/2017 01:21:17 Taille: 1 MB
20	Un plan d'amélioration basé sur le GEV	9.3	GEV-Plan-Amélioration-CMR Juillet 2014.xls Fichier desc: Un plan d'amélioration basé sur le GEV Date/heure: 17/05/2017 01:25:05 Taille: 215 KB

21	Rapport de situation du plan d'amélioration de la GEV	9.3	Plan d'amélioration GEV et Rapport d'étape CMR.doc Fichier desc: Rapport de situation du plan d'amélioration de la GEV Date/heure: 17/05/2017 01:25:44 Taille: 4 MB
22	Modèle détaillé de budget pour l'allocation d'introduction d'un vaccin/les coûts opérationnels	6.x,7.x.2,6.x.2,8.2.3	MODELE DE PREVISIONS BUDGETAIRE CMR final.rar Fichier desc: Modèle détaillé de budget pour l'allocation d'introduction d'un vaccin/les coûts opérationnels Date/heure: 17/05/2017 01:35:14 Taille: 1 MB
32	Rapport sur l'évaluation de la qualité des données	5.1.4	DQA Rapport général.docx Fichier desc: Rapport sur l'évaluation de la qualité des données Date/heure: 17/05/2017 01:29:05 Taille: 1 MB

Tableau 2: Liste des pièces jointes en option

Document numéro	Document	Section	Fichier
14	Plan annuel du PEV avec une vision à 4 ans pour la lutte contre la rougeole et la rubéole		PTA 2017 version finale du 02-03-2017.docx Fichier desc: Plan annuel du PEV 2017 Date/heure: 17/05/2017 01:30:16 Taille: 626 KB
17	Evidence of commitment to fund purchase of RCV (in place of the first dose of MCV) / for use in the routine system	5.1.6, 6.1.7	Aucun fichier téléchargé
18	Documentation sur la population visée par la campagne	8.x.1, 6.x.1	Aucun fichier téléchargé
24	Des évaluations de risques et un rapport de réunion de consensus pour la fièvre jaune, y compris les informations de la section 5.3.2. des directives générales concernant le processus d'évaluation de risques pour la fièvre jaune	5.1	Aucun fichier téléchargé
25	Évaluation du risque et rapport de la réunion de consensus pour la fièvre jaune, y compris les informations requises dans les directives SVN, dans le cadre du processus d'évaluation du risque de la fièvre jaune	5.1	Aucun fichier téléchargé
26	Liste des zones/districts/régions et cibles qui bénéficieront des mini campagnes de rattrapage pour la méningite A		Aucun fichier téléchargé
27	Plan d'éradication nationale contre la rougeole (et la rubéole) si disponible		Aucun fichier téléchargé

28	Une description de l'implication des différents partenaires dans la préparation des demandes	4.1.3	Aucun fichier téléchargé
30	Pour les pays qui demandent un soutien pour la rougeole et la rubéole et qui ne financent pas encore la composante monovalente de la rougeole du VVR1, les procès-verbaux du CClA s'engageant à financer à partir de 2018.		Aucun fichier téléchargé
33	Plan d'amélioration de l'évaluation de la qualité des données	5.1.4	Aucun fichier téléchargé
34	Plan d'action pour les campagnes	8.1, 8.x.4	Aucun fichier téléchargé
35	Autre document		Autre documents HPV.rar Fichier desc: Autres documents importants relatifs à cette demande de soutien au vaccin anti-HPV Date/heure: 17/05/2017 01:44:45 Taille: 4 MB
36	Stratégie pour établir ou renforcer une approche nationale complète concernant la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus		Aucun fichier téléchargé
37	Preuve d'autofinancement MCV1	5.1.5	Aucun fichier téléchargé
38	For countries applying for measles/rubella support that are not yet financing the measles monovalent component of MCV1, a signed letter from the Minister of Health and the Minister of Finance committing to finance from 2018 onwards.		Aucun fichier téléchargé
39	Epidemiological analysis/evidence	8.3.1	Aucun fichier téléchargé
40	Post Campaign Coverage Survey report for MR catch-up applications	5.1.x	Aucun fichier téléchargé
41	cMYP addendum on measles and rubella		Aucun fichier téléchargé

11. Annexes

Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS

Annexe 1.1 PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE

Tableau Annexe 1.1 A: Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\$

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	72 186	86 917
Nombre de seringues autobloquantes	#	99 256	96 787
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	1 092	1 065
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	413 975	403 682

Tableau Annexe 1.1 B: Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\$

Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	363 536	371 390
Nombre de seringues autobloquantes	#	499 863	413 563
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	5 499	4 549
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	2 084 823	1 724 907

Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	2 011 529	0
Nombre de seringues autobloquantes	#	2 212 682	0
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	24 340	0

Tableau Annexe 1.1 C: Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE

	Source		2018	2019
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	1 043 015	0
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	968 514	0
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	65,00%	0

Tableau Annexe 1.1 D: Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 1)

		Formule	2018		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	16,57 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	225 930	37 430	188 500
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	968 514		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	435 722	72 186	363 536
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	435 722	72 186	363 536
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	108 931	18 047	90 884
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	544 700	90 240	454 460
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	1		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	599 119	99 256	499 863
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	6 591	1 092	5 499
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g))	2 451 150	406 079	2 045 071
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	21 569	3 574	17 995
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	3 038	504	2 534
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	23 041	3 818	19 223
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	2 498 798	413 975	2 084 823
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	413 972		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	16,57 %		

Tableau Annexe 1.1 D: Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 2)

		Formule	2019		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	18,96 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	235 701	44 700	191 001
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	0		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	458 307	86 917	371 390
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	458 307	86 917	371 390
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	5 647	1 071	4 576
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	464 000	87 997	376 003
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	1		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	510 350	96 787	413 563
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	5 614	1 065	4 549
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g)	2 088 000	395 983	1 692 017
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	18 373	3 485	14 888
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	2 588	491	2 097
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	19 628	3 723	15 905
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	2 128 589	403 682	1 724 907
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	403 680		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	18,96 %		

Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée

Annexe 2.1 - Soutien systématique aux VNS (PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

Tableau Annexe 2.1 A: Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\$

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	70 632	85 046
Nombre de seringues autobloquantes	#	97 119	94 703
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	1 069	1 042
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	413 974	403 683

Tableau Annexe 2.1 B: Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\$

Part arrondie de l'approvisionnement fourni par Gavi pour la cohorte supplémentaire et estimation des coûts relatifs en US\$

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	365 090	373 261
Nombre de seringues autobloquantes	#	502 000	415 647
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	5 522	4 572
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	2 139 806	1 771 742

Tableau annexe 2.1 B : Part arrondie de l'approvisionnement fourni par Gavi et estimations des coûts relatifs en USD
COHORTES SUPPLÉMENTAIRES

		2018	2019
Nombre de doses de vaccin	#	0	0
Nombre de seringues autobloquantes	#	0	0
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	0	0

Tableau Annexe 2.1 C: Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE

	Source		2018	2019
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	0	0
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	0	0
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	0	0

Tableau Annexe 2.1 D: Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 1)

		Formule	2018		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	16,21 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	225 930	36 624	189 306
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	0		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	435 722	70 632	365 090
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	435 722	70 632	365 090
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	108 931	17 658	91 273
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	544 700	88 297	456 403
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	2		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	599 119	97 119	502 000
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	6 591	1 069	5 522
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose (g)	2 505 620	406 166	2 099 454
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	21 569	3 497	18 072
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	3 038	493	2 545
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	23 553	3 818	19 735
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	$(N+O+P+Q+R+S)$	2 553 780	413 974	2 139 806
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	413 972		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	U/T	16,21 %		

Tableau Annexe 2.1 D: Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 2)

		Formule	2019		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	18,56 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	235 701	43 738	191 963
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	0		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	458 307	85 046	373 261
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	458 307	85 046	373 261
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	5 647	1 048	4 599
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	464 000	86 102	377 898
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	2		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	510 350	94 703	415 647
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	5 614	1 042	4 572
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g)	2 134 400	396 068	1 738 332
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	18 373	3 410	14 963
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	2 588	481	2 107
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	20 064	3 724	16 340
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	2 175 425	403 683	1 771 742
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	403 680		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	18,56 %		

Annexe 3 - Campagne(s) préventive(s) SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

Annexe 4

Tableau Annexe 4A: Prix des produits

Les prix estimés des approvisionnements ne sont pas divulgués

Vaccin	Présentation	2017	2018	2019
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	1	4,500	4,500	4,500

Approvisionnement	Formulaire
-------------------	------------

Note: PMP - prix moyen pondéré (à utiliser pour toutes les présentations: pour DTP-HepB-Hib, il s'applique à 1 dose liquide, 2 dose lyophilisées et 10 dose liquides. Pour la fièvre jaune, il s'applique à 5 dose lyophilisées et 10 doses lyophilisées)

Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur

Antigène vaccinal	Type de vaccin	2018	2019
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	VPH	0,94 %	0,94 %

Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé

Vaccin	2018	2019
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	0,76	0,87

12. Formulaire bancaire

Conformément à la décision sur le soutien financier prise par Gavi, le Gouvernement de Cameroun demande par la présente qu'un paiement soit effectué par transfert bancaire électronique de la manière suivante:

Nom de l'établissement (titulaire du compte):

Caisse Autonome d'Amortissement (CAA)

Adresse:

B.P. 7167

Ville, pays:

Yaoundé, Cameroun

N° de téléphone:

(237) 242 22 26/242 22 01 87

N° de fax:

(237) 242 22 01 29

Monnaie du compte bancaire:

XAF

Au crédit de:

Intitulé du compte bancaire:

CAA-Programme Elargi de Vaccination (PEV) - GAVI

N° du compte bancaire:

10004-00200-0802-1755974-54

Nom de la banque:

Standard Chartered Bank

Le compte bancaire va-t-il être utilisé exclusivement par ce programme? Non

Qui est l'auditeur du compte? CLS Audit Conseil

Signature du membre du gouvernement ordonnateur

		Timbre
Nom:	M. André MAMA FOU DA	
Fonction:	Ministre de la Santé Publique	
Signature:		
Date:	15/05/2017	

ÉTABLISSEMENT BANCAIRE		BANQUE CORRESPONDANTE (aux États-Unis)	
Nom de la banque:	Standard Chartered Bank		Standard Chartered Bank
Nom de la branche:	Yaoundé		
Adresse:	B.P. 1784		
Ville, pays:	Yaoundé, Cameroun		
Code Swift:	SCBLCMCX		
Code guichet:	00200		
N° ABA:	0802 1755974		
N° téléphone:	242227700		

N° fax:	242222646	
---------	-----------	--

Je certifie que le compte N° 10004 00200 0802 1755974-54 est détenu par CAA-Programme Elargi de Vaccination (PEV)-GAVI auprès du présent établissement bancaire

Le compte doit être signé conjointement par au moins 2 (nombre de signataires) des signataires autorisés suivants:

1	Nom:	M. André MAMA FOU DA
	Fonction:	Ministre de la Santé Publique
2	Nom:	Pr. Robinson MBU
	Fonction:	Directeur de la Santé Familiale
3	Nom:	Dr. ENAME Harmelle
	Fonction:	Secrétaire Permanent du GTC-PEV

Nom du représentant de la banque ordonnateur	
Dieudonné EVOU MEKOU (Directeur Général CAA)	
Signature:	
Date:	15/05/2017
Timbre:	