

Evaluation Conjointe des performances des programmes GAVI

Sénégal

1. Brève description du processus

Phase de préparation au Secrétariat qui a consisté à une revue des documents, réunions avec les experts RSS et TAP pour discuter des sujets à traiter dans le pays.

Dans le pays, le processus d'évaluation s'est déroulé en 3 grandes étapes :

La première ou Phase préparatoire, au cours de laquelle, l'équipe de GAVI a eu des séances préparatoires avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et l'OMS le 2 juin. Aussi, des réunions avec les partenaires un par un ont été faites pour avoir une meilleure compréhension des difficultés et les défis dans le pays.

Ensuite les 3 et 4 juin 2014, l'atelier d'évaluation proprement dit qui a vu la participation de personnes ressources provenant du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (de la DP, du DAGE, DPRS, DIEM), GAVI, OMS (Bureau Régional et pays), UNICEF (Bureau Régional et pays), USAID, INTRAHEALTH, de la société civile, etc...

Enfin, le 5 juin 2014, l'équipe d'évaluation fera une restitution pour validation des résultats de l'évaluation lors d'un CCIA au MSAS.

Le présent rapport d'évaluation sera par la suite soumis à GAVI (et ses partenaires) pour approbation.

2. Réalisations et contraintes

Couverture vaccinale: Contexte :

Les années 2009 à 2013 ont été marquées par une rétention des données par les prestataires de soin (De 2009 à 2013 le Sénégal a connu une période difficile marquée par la rétention des données sanitaires suite à un mot d'ordre syndical). Aussi le Programme de vaccination du MSAS avec l'appui de ses partenaires a-t-il eu recours à des enquêtes de couverture vaccinale (ECV 2010), l'Enquête Démographie et Santé (EDS) MICS (Multi-Indicators Cluster Survey) en 2011 et l'ECV en 2012 pour apprécier les couvertures vaccinales (CV). Il en est ressorti qu'au cours de cette période, les objectifs de CV ont été toujours atteints.

La rétention a été levée au premier trimestre de l'année 2013 mais la collecte des données a été laborieuse au niveau opérationnel. Les données de 2013 n'ont pu être disponibles qu'en Mars 2014. La complétude des données intra district 76% alors que celle du niveau national est de 83%. Aucun indicateur n'a pu être atteint compte tenu du faible taux de complétude. Cependant l'enquête démographique de Santé (EDS continue de 2013) a donné les résultats suivants en terme de couverture par antigènes BCG 96%, Penta3 89%, Polio3 83%, Rougeole 79% et ECV (enfant complètement vacciné) 70%.

Résultats :

Numéro	Réalizations conformément au rapport conjoint OMS/UNICEF		
	2013		
	Objectif original	approuvé	Rapporté
BCG couverture	95 %	conformément à la lettre de décision	95 %
VPO3 couverture	85 %		100 %
DTC3 couverture	100 %		100 %
Taux de perte[1] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%) pour le vaccin DTC	10		10

DTC-HepB-Hib couverture	95 %	100 %
Taux de perte maximal pour le vaccin DTC-HepB-Hib, 10 dose(s) par flacon, LIQUIDE	25 %	0 %
Antipneumococcique (VPC13) couverture	90 %	0 %
Antirougeoleux couverture	85 %	89 %
AT+ couverture	85 %	85 %

Introduction du PCV a été faite en Novembre 2013.

Il est à noter un faible niveau de performance des couvertures vaccinales notamment en Penta 3 qui pourrait s'expliquer par les principales raisons suivantes:

- faible complétude (intra et inter district)
- qualité des données (données recueillies en fin d'année 2013, données non reçus à temps)
- surestimation des populations cibles. En effet, depuis 2002, le pays a basé ses estimations sur les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2002, et utilisant un taux de croissance de 2.7%. Le RGPH de 2013 a révélé une surestimation de 5.4% de la population et de 60% de la cohorte de naissance avec un taux de 2.5% même si par ailleurs il ne s'agit que de résultats provisoires.

Il est à noter qu'il n'y a pas eu d'obstacles majeurs dans la mise en œuvre des activités du Programme. Toutefois pour une meilleure performance du programme, plusieurs difficultés apparaissent, il s'agit entre autres de :

- l'insuffisance des ressources humaines à tous les niveaux,
- l'absence de financement pour le soutien au service de vaccination sur le budget national, en effet, le budget national est resté stable tandis que le nombre de nouveaux vaccins introduit a augmenté les 2 dernières années, et
- la faible complétude et parfois absence de rapports des districts.

Pour chacune des Difficultés identifiées, des démarches sont entreprises :

- Mesure 1 :
 - Pourvoir les postes vacants à la Direction de la Prévention (DP) selon l'organigramme en vigueur
 - Affecter du personnel au niveau des Points de Prestation de Services (PPS) fermés ou non fonctionnels
- Mesure 2 :
 - Suivi de l'engagement du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) à augmenter la ligne vaccins et consommables pour 2014
 - Réajuster la ligne budgétaire pour la vaccination à partir de 2015
 - Plaidoyer pour un virement global annuel des fonds alloués à l'achat des vaccins et consommables
- Mesure 3 :
 - Plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour des mesures en faveur de la complétude des données

Vaccination et genre :

Au Sénégal, la sexospécificité est prise en compte dans les outils de rapportage des données de vaccination. Les écarts dans la couverture vaccinale en fonction du sexe sont surveillés.

Ces données sont régulièrement analysées, et activement évaluées. A cet effet, les données de l'enquête (EDS continue en 2013) ont montré qu'il n'y a pas d'obstacles liés à la sexospécificité dans l'accès à la vaccination. Estimation de couverture de DTP3 : Garçons 88.9% et filles 88.1%.

Les résultats de l'EDS continue de 2012-2013 ne montrent aucune différence significative des couvertures vaccinales selon le sexe et le milieu de résidence.

Il importe cependant de relever que la situation économique du ménage fait apparaître des disparités importantes, en particulier entre les enfants des ménages du quintile le plus bas et ceux des quintiles les plus élevés.

En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 60 % chez les premiers alors qu'il s'établit à 76 % chez les enfants du quintile moyen et du quatrième quintile et à 73 % pour le quintile le plus élevé.

Le niveau d'instruction des mères est aussi une variable discriminante pour la vaccination des enfants : la couverture vaccinale des enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus est bien meilleure (81 %) que celle des enfants dont la mère a un niveau primaire (71 %) ou aucune instruction (69 %).

La plupart des contraintes et obstacles à l'atteinte des résultats escomptés en matière de vaccination restent liées au système de santé dont le renforcement est indispensable pour garantir la pérennité de la performance du PEV. La mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) au niveau de l'ensemble des Districts du pays dans le cadre de la relance globale du PEV de routine, pourrait contribuer à la levée de ces obstacles. Aussi, La gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans, y compris la vaccination permettra d'accélérer l'atteinte de l'équité dans l'offre de services de vaccination.

3. Gouvernance

Le Sénégal dispose d'un comité consultatif pour la vaccination (CCVS) qui est un organe consultatif chargé d'apporter aux autorités sanitaires et aux gestionnaires du Programme national de vaccination des orientations dans la définition et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

Le Comité de coordination inter-agences (CCIA), dans sa branche politique, tient une réunion trimestrielle présidée par le Ministre de la santé en présence de tous les partenaires de la vaccination (les autres ministères techniques, les organismes partenaires (OMS, UNICEF, UNSAID, Coopération Belge, Coopération Luxembourgeoise, Coopération Japonaises, coop. Française, GAVI,...) et les organisations de la société civile). Ce comité valide les décisions proposées par le CCIA technique et facilite la mobilisation des ressources.

Le CCIA technique, quant à lui, réunit mensuellement les partenaires techniques autour du staff de la DP.

Par ailleurs il convient de noter que le CCIA Technique et le CCIA Politique peuvent se tenir de façon extraordinaire en cas de besoin.

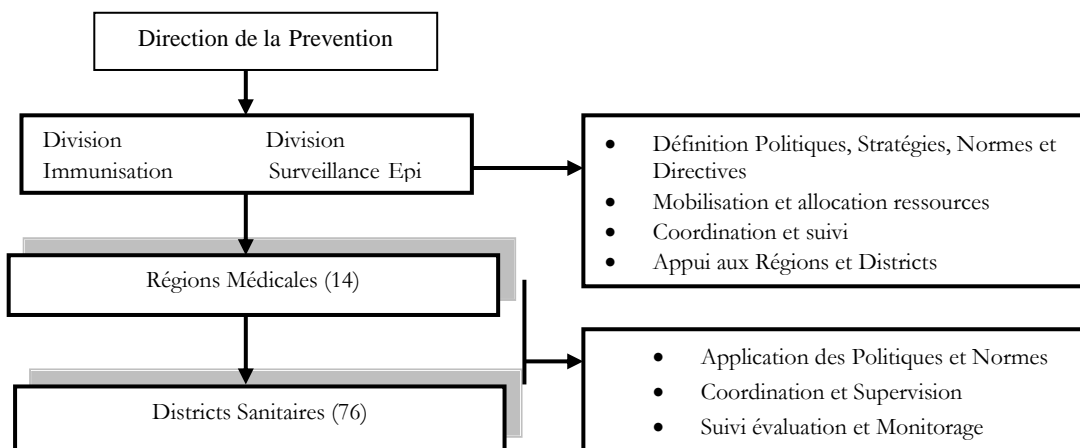
Il a été noté que l'insuffisance de préparation des réunions ne favorise pas toujours l'implication et la présence effective du Ministre.

Le Comité de pilotage du RSS ne réussit pas à tenir régulièrement des rencontres. Toutefois il convient de préciser la tenue de réunion mixte CCIA/Comité de pilotage, car certains membres siègent à la fois dans le CCIA et dans le Comité de pilotage du RSS.

A l'issue de chaque réunion du CCIA, les conclusions et mesures discutées sont approuvées par tous les membres et inscrites dans le compte rendu de chaque réunion

4. Gestion des programmes

Le programme de vaccination nationale (ancrage institutionnel):



Capacité du PEV : l'équipe du PEV au niveau central se résume à un médecin de santé publique coordinateur, un pharmacien logisticien et de 2 techniciens supérieurs de santé.

Au niveau régional 4/14 disposent de médecins BRISE et d'un superviseur PEV. Il y a un superviseur PEV pour les 10 restantes et les 76 districts et district.

Les décisions d'introductions de nouveaux vaccins sont prises au niveau politique et une planification est faite en conséquence par l'équipe du PEV et est validée par le CCIA. Le programme national dispose d'un plan stratégique national quinquennal et qui est opérationnalisé chaque année sous forme de plan de travail annuel (PTA).

Le Sénégal a élaboré un PPAC 2012-2016, révisé en 2013, qui est assorti d'un budget et a été validé par le CCIA. Ce plan tient compte des performances des années antérieures et fait des projections jusqu'en 2016.

En ce qui concerne le suivi de performances du programme, Les indicateurs de performance sont précisés dans le plan stratégique. L'on note une atteinte des objectifs en général.

Les activités du RSS ont été exécutées à plus de 90% selon le plan d'action validé. Cependant les montants alloués pour certaines activités ont été surestimés. Un seul camion sur les deux prévus a été acheté du fait de l'insuffisance des ressources allouées. Tout ceci, ajouté aux activités non complètement exécuté explique le reliquat observé sur les fonds.

Concernant le Soutien aux vaccins nouveaux (SNV), les activités ont été déroulées sans contrainte majeure. Deux activités n'ont pas été exécutées. Il s'agit de l'achat des incinérateurs et le reprographie des outils de gestion. S'agissant des incinérateurs il s'est posé un problème de choix des équipements et les discussions sont encore en cours avec les partenaires. Concernant les outils de gestion, le retard est lié à un problème de procédure de passation de marché.

Beaucoup d'activités prévues dans le cadre du SNV ont été regroupé ce qui a permis de faire de économies d'échelle expliquant le reliquat sur les fonds.

5. Réalisation des programmes

Des efforts appréciables ont été faits dans le renforcement des capacités de stockage et de conservation des vaccins. Le système de gestion des vaccins et intrants s'est amélioré. L'évaluation de la gestion des vaccins (GEV) de 2012 a mis en évidence les progrès réalisés sur les 9 critères et catégories comparativement à celle de 2009.

Les prévisions d'extension de la capacité de stockage de la chaîne de froid ont été réalisées.

Toutefois des obstacles subsistent au niveau de l'approvisionnement (acquisition/réception de de la logistique roulante (5 véhicules non encore réceptionnés):

- mauvaise coordination entre les différents acteurs
- Lenteur dans les transactions douanières
- Difficulté de choix des incinérateurs

Ces obstacles peuvent trouver une solution au niveau du pays à travers des mesures telles que :

1. la redynamisation du comité de gestion de la logistique,
2. un meilleur suivi du circuit de l'information une anticipation dans les procédures d'exonérations dès réception du connaissance et
3. une meilleure concertation entre les parties impliquées dans le choix des incinérateurs.

En termes de gestion des stocks, aucune rupture de stock n'a été observée en 2013. Un stock de sécurité est mis en place à chaque niveau : 3 mois au niveau central et 1 mois au niveau des régions et districts.

Depuis 2001, un plan d'approvisionnement en vaccins et consommables est élaboré chaque année à partir de l'outil de prévision (forecast), ce qui permet d'avoir une disponibilité permanente en vaccins et consommables au niveau central et intermédiaire. Les procédures standards de réception des vaccins et consommables et du transport de l'aéroport/port jusqu'au dépôt central sont généralement respectées.

Le Sénégal a introduit avec succès dans son PEV de routine le vaccin anti hépatite B en 2004, le vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) en 2005, le vaccin anti-pneumococcique (PCV13) en 2013 et, le vaccin anti-rubéoleux en 2014 (2013 pour la 1ère dose), avec le soutien de GAVI. Ces introductions se sont déroulées comme prévu. L'introduction des nouveaux vaccins a été une réussite et une grande opportunité de revitalisation du PEV.

6. Qualité des données

Il existe des difficultés d'harmonisation des populations cibles et les parties prenantes en sont conscientes et travaillent afin de corriger la situation.

Cette question est récurrente et apparaît notamment lors de la gestion des stocks, la méthode d'estimation des besoins en vaccins est basée sur la population cible à tous les niveaux.

Du fait de la non maîtrise des cibles, certains districts et unités de vaccinations réajustent leurs besoins en tenant compte de la consommation antérieure.

Par ailleurs il convient de rappeler que les Résultats du recensement général de la population de 2013, pourraient dès leur diffusion apporter une solution aux questionnements sur les données démographiques.

La revue externe 2010 et les enquêtes (l'enquête démographique de Santé (EDS continue de 2013) et les Enquêtes de Couvertures Vaccinales ont été menées et ont régulièrement formulé des recommandations afin d'améliorer les données.

7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Le Sénégal a soumis une demande de Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) qui devrait être examinée en Juin. Le VPI n'est pas encore reflété dans le PPAC qui devrait être révisé dans les prochaines semaines.

Par ailleurs les couvertures vaccinales de Penta3 sont déjà élevées (au-delà de 90%) comme le montrent les chiffres de 2009 à 2013. En général on note une tendance à la hausse des couvertures au fil des années.

8. Renforcement des systèmes de santé

Le taux d'absorption de la subvention RSS est très bas en général. Ceci a été expliqué par la lenteur des procédures d'achats et passation de marches. Une alternative a été utilisée en 2013 pour accélérer l'utilisation de ces fonds en utilisant les mécanismes d'achats des agences onusiennes dans le pays.

En 2013, en grande partie les activités ont été mises en œuvre. Par contre il a été noté une sous absorption du budget alloué. Ceci est dû à la non-exécution de toutes activités, en partie due à la non-exécution de certaines activités, notamment celle sous la responsabilité des Organisation de Sociétés Civiles (OSC), retards d'achats des incinérateurs prévu et budgétisé dans le reliquats RSS

en plus de l'économie d'échelle réalisée pour les activités budgétisées sur SSV, notamment sur les préparations des campagnes Rougeole-Rubéole (RR) et introductions de PCV) qui a bénéficié de financement additionnel venant du même partenaire GAVI.

Deux Sociétés Civiles, RESSIP et CONGAD, ont été impliquées dans la mise en œuvre du RSS notamment dans la génération de la demande via la mobilisation sociale et la communication au niveau communautaire. Une des deux OSC n'a pas pu utiliser les fonds alloués du à des changements organisationnel. Les fonds disponibles seront utilisés cette année pour rattraper le retard de mise en œuvre avant la clôture du RSS. Ces deux OSC seront aussi impliquées dans l'élaboration de la nouvelle proposition RSS pour les impliquer dès la phase de planification.

Lors de l'évaluation de la mise en œuvre du RSS en cours, deux grandes défis ont été évoqués le problème de capacités des ressources humaines au niveau central, et au niveau des centres de santé reculés ou non fonctionnels et l'harmonisation et coordinations des activités de renforcements du système de santé.

Certes le RSS GAVI s'intègre dans le cadre des documents politiques de santé du pays. Mais il est bon de rappeler qu'il n'existe pas de plan national de RSS et que la plateforme des partenaires intervenant dans le RSS, mise en place au niveau du Ministère de la santé, est non fonctionnelle.

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

Le Sénégal a bénéficié de subventions cash et a reçu 4.9 millions de dollars US en 2013, dont 3.4 millions de dollars ont été utilisés pour mettre en œuvre l'introduction du PCV et la campagne de Rougeole-Rubéole.

Le programme a réalisé des économies d'échelles grâce à une introduction du PCV et la campagne RR qui a permis de mieux utiliser les ressources. Le pays rapporte une économie réalisée de: 1.5 million de dollars US.

Par ailleurs, les activités planifiées ont été réalisées à 90%, et la totalité des fonds prévus n'ont pu être utilisés.

Ces économies n'ont pas été prévues initialement étant donné que les deux activités ont été planifiées initialement à des dates différentes. Aussi, il a été prévu d'acheter des incinérateurs sur ces fonds, du à un problème de spécifications l'UNICEF n'a pas procédé avec ces achats et le ministère est maintenant en discussion pour changer les spécifications ou faire les achats à travers le service de passation des marchés publique national.

10. Gestion financière

Le budget santé est géré par La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) du Ministère des Finances. Une allocation budgétaire est faite au district sur la base de critères définis par le ministère de la Santé.

Le pays dispose de deux comptes bancaires pour les fonds GAVI un compte RSS et un compte SNV. Les rapports financiers disponibles étaient limités à la période du 31 décembre 2013.

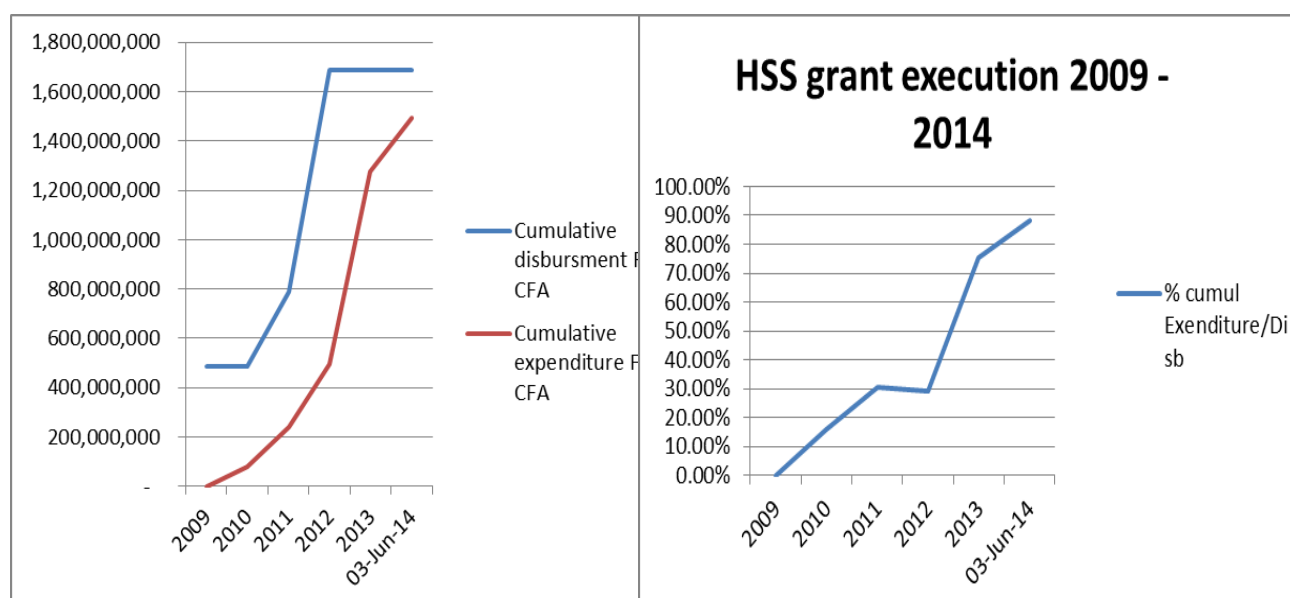
Performance Financière et programmatique

Support	Period of support	Cumulative approved cash grant F CFA	Cumulative disbursed F CFA	Cumulative expenditure F CFA	% cumul Expenditure /disbursed	Savings as of 03 June 2014 F CFA
SSV (FCFA)	2013	2,450,687,458	2,450,687,458	1,697,745,284	69.28%	752,942,174
HSS total (F CFA)	2009 - 2012	1,689,191,767	1,689,191,767	496,124,185	29.4%	
HSS total (F CFA)	2009 - 2014	1,689,191,767	1,689,191,767	1,491,465,332	88.3%	197,726,435

HSS by calendar year (F CFA)	2009	488,606,137	162,374	0.03%
	2010	488,606,137	78,429,259	16.05%
	2011	788,256,315	241,158,444	30.59%
	2012	1,689,191,767	496,124,185	29.37%
	2013	1,689,191,767	1,274,847,377	75.47%
	03-Jun-14	1,689,191,767	1,491,465,332	88.29%

Comme le graphe l'illustre ci-dessous, le programme a eu une performance financière très faible de 2009 à 2012. Le pays a pu améliorer son taux d'absorption en 2013 grâce aux mesures prises, par exemple le changement de la procédure d'acquisition et achats.

Montants décaissés cumulés vs dépenses cumulées Taux d'exécution des Fonds HSS 2009 - Juin 2014



Lors de l'évaluation conjointe nous avons mis à jour la situation financière.

En effet l'état des soldes au 03 Juin 2014 des comptes SNV et RSS:

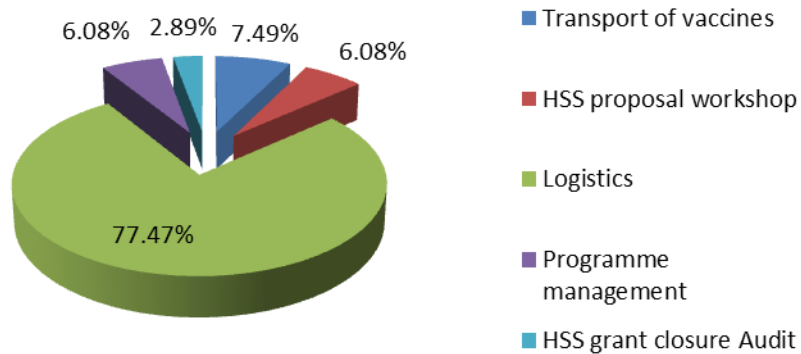
- GAVI SSV: 752 942 174 F CFA (1.5 M de dollars US)
- GAVI RSS: 197 726 435 F CFA (395 452 de dollars US)

Proposition de réallocation du reliquat RSS:

Le pays a soumis une proposition de réallocation des fonds RSS restants pour approbation. Les fonds seront utiliser pour renforcer la maintenance de la chaine de froids, renforcer la capacité de transport des vaccins et supervision ainsi qu'à l'audit de clôture de la subvention RSS et l'appui à l'élaboration de la nouvelle proposition RSS attendu pour septembre 2014. Voir le budget détaillé en Annexe A.

Les fonds sont alloués comme suit :

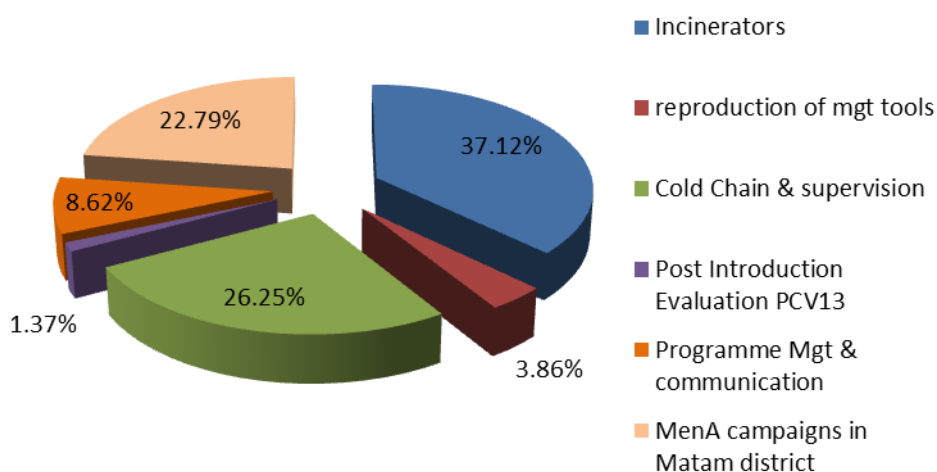
Proposition de réallocation des fonds RSS :



Proposition de réallocation des économies sur SSV :

Comme expliqué ci-dessus, les économies d'échelles faites sur les fonds SSV ont conduit à la disponibilité de 1.5 millions de dollars. Une réallocation de ces fonds a été discutée pour répondre aux besoins déjà identifiés mais non financés. Une proposition approuvée par le CCIA a été envoyée à GAVI pour examen. Voir document en Annexe B.

La proposition de réallocation est comme suit :



Par ailleurs, après examen de l'état du compte SSV en 2013, il a été noté le retrait d'une grande somme en cash, autour de \$500k. Ces fonds ont été utilisés pour financer la campagne Rougeole-Rubéole. Un suivi est fait auprès de la DAGE et le PEV pour limiter les retraits cash aussi importants.

Gestion Fiduciaire:

En ce qui concerne la gestion fiduciaire, le dernier audit a été examiné par les collègues de l'équipe de (Programme Fiduciary Oversight) et a révélé l'utilisation des fonds GAVI pour payer les Taxes.

Les états financiers du Programme RSS ont été **certifiés avec réserve**. La réserve émise par l'auditeur porte sur un montant total de TVA de FCFA 15 120 000 (30 240 dollars US, appliquant un taux de 1\$ = 500 F CFA) payé sur les fonds GAVI, représentant des dépenses inéligibles.

Le pays a été notifié du non éligibilité de ces dépenses et un remboursement de ces taxes est en cours.

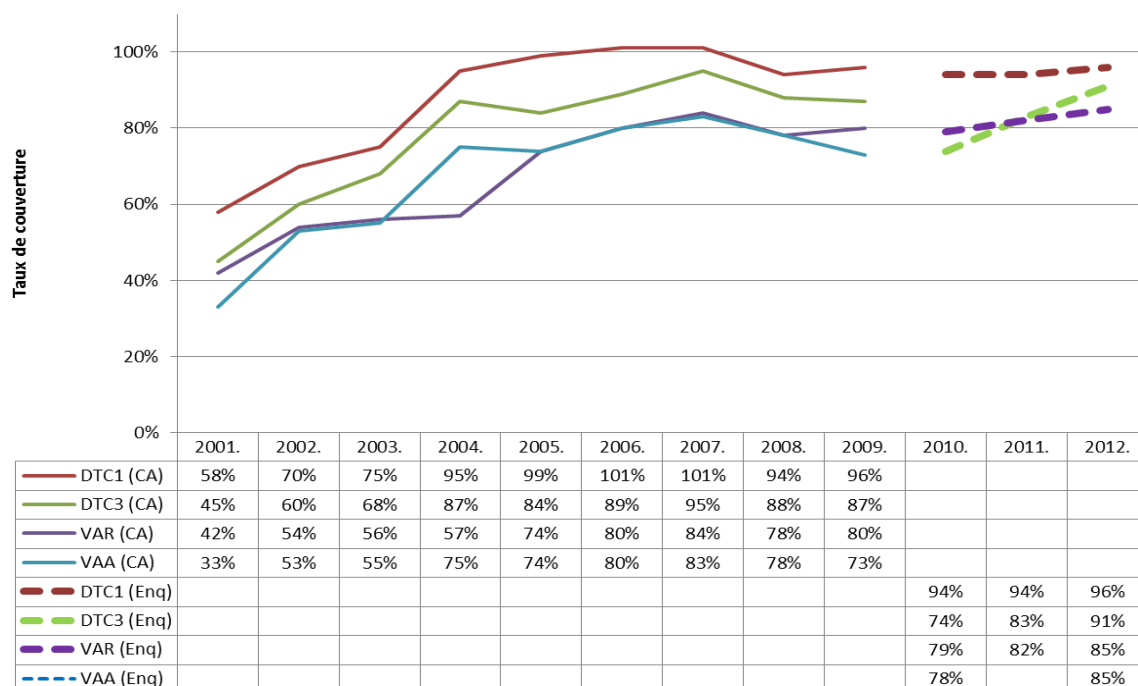
Les principales faiblesses identifiées lors d'audits antérieurs et qui n'ont pas été adressées à la date du présent audit portent sur : (i) des problèmes de collecte des justificatifs de dépenses des fonds remis aux districts sanitaires, (ii) l'absence d'accusé de réception des fonds par les directions bénéficiaires, (iii) un écart de six mois et plus entre la date de tenue de certains ateliers et la date de reversement des reliquats dans le compte du projet.

Le pays a planifié et demande d'effectuer un audit de 2013 et le premier semestre 2014, qui va servir d'évaluation de clôture du RSS en cours de mise en œuvre et qui prend fin cette année.

11. Objectifs du SVN : Performance passée et investissements futurs

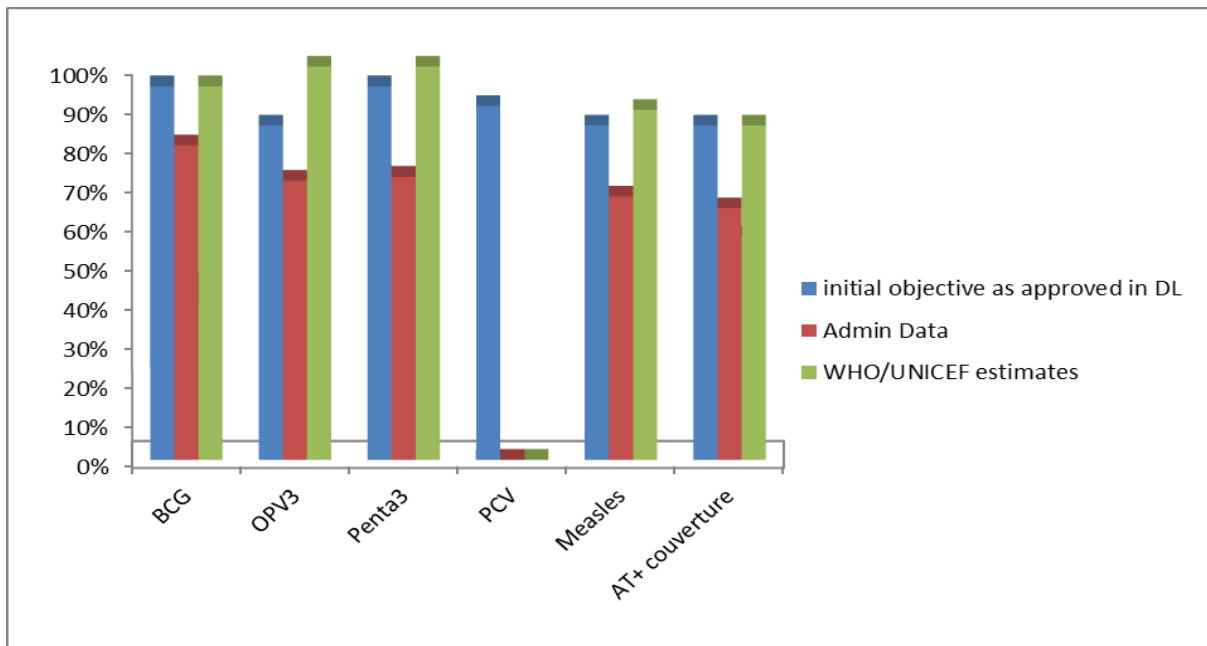
Résultat du PEV 2001 à 2012

La couverture de DTC3 au Sénégal est passée de 45% en 2001 à plus de 90% en 2012. Le graphe ci-dessous illustre la progression. Il est à noter que due à la rétention de donnée le pays n'a pas pu rapporter les résultats en 2009. Cependant à partir de 2010 des estimations ont été rapportées en utilisant l'Enquête Démographie et Santé (EDS) continue.



Résultats du PEV 2013

En 2013, le programme a une cible de base de 529 434 enfants à vacciner. Les résultats rapportés et estimés par l'OMS et UNICEF sont comme ci-dessous :



Selon les données administratives le programme n'aurait pas atteint son objectif de couverture et les estimations d'OMS/UNICEF semblent être élevées en comparaison avec les données administratives rapportées. Ceci s'explique par le fait que malgré que la rétention de données soit levée début 2013, il reste des districts qui n'envoient pas leur rapport de données. Par conséquent la complétude des données est estimée à 76%. En plus, la question se pose sur l'estimation du dénominateur au vue des résultats préliminaire de la dernière enquête EDS. Ces résultats préliminaires, non encore publiés semblent indiquer une cible plus faible que celle utilisée.

La performance du programme étant relativement stable, dans le contexte d'absence de données administrative complète, et du fait qu'EDS continue évalue la performance de l'année précédente, nous recommandons la continuité des soutiens aux vaccins selon les objectifs définis par le pays dans le tableau ci-dessous

Ceci étant, le pays devrait clarifier la cible à la lumière des derniers résultats de l'EDS et ajuster les cibles si besoin il y aurait. Les résultats préliminaires auraient montré une cohorte de naissance plus faible que celle utilisée pour les projections.

Concernant pentavalent l'objectif est de 536 345 enfants ce qui constitue une augmentation de 7% par rapport à 2013. Le programme national prévoit un taux de perte pour le Penta de 10% en 2015 Et un suivi sera fait auprès du ministère pour discuter les estimations de taux de perte des vaccins Pentavalent 10 doses (dont la recommandation ne dépasse pas les 25%) et la mise en œuvre de la politique de flacon entamé (PFE).

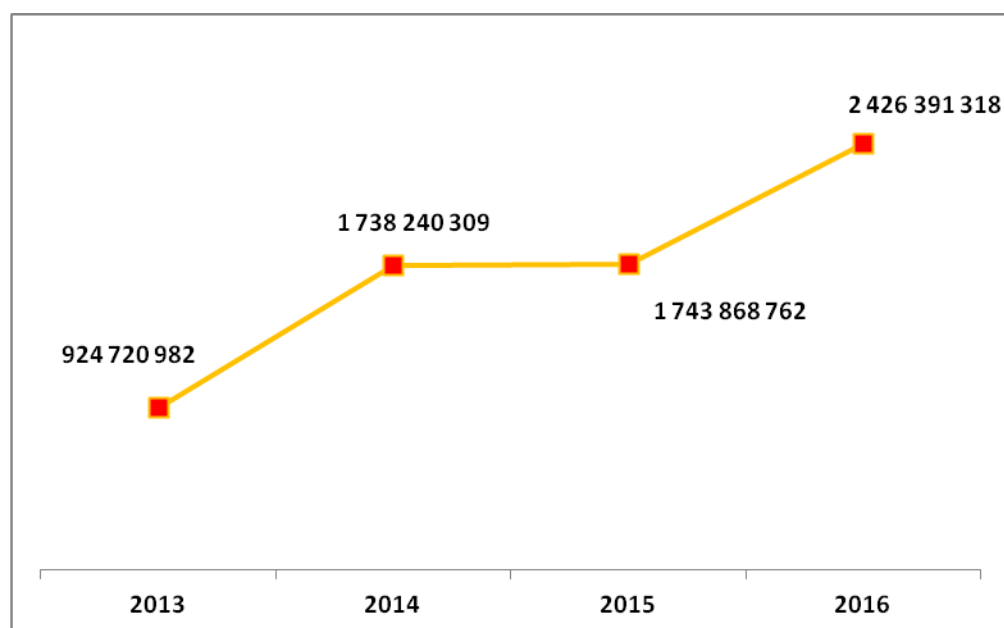
Type de soutien	Vaccin actuel	Présentation préférée	Cible 2015 (# d'enfants à vacciner)	Actif jusqu'à
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	DTC-HepB-Hib, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	DTC-HepB-Hib, 10 dose(s) par flacon, LIQUIDE	536 345	2015
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	Antipneumococcique (VPC13), 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	Antipneumococcique (VPC13), 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	474 287	2016
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	Antirovirus, calendrier –doses	Antirovirus, 2 calendrier -doses	536 345	2016
Soutien aux campagnes de prévention	Seconde dose de Rougeole-Rubéole		508 116	

12. Financement et viabilité du PEV

La contribution de l'Etat est en augmentation constante depuis 2013 pour le secteur santé et le sera selon les prévisions de 2015 et 2016. Le président et son gouvernement sont très engagés dans le secteur de la sante mère-enfant, avec une nouvelle initiative de gratuité de soins pour les 0 – 5 ans et un projet de couverture universelle d'assurance en cours. Ceci étant, le budget national pour la vaccination est resté stable pendant que les coûts d'introduction de nouveaux vaccins augmentent ainsi que la quote-part du pays (cofinancement).

Le Sénégal par ailleurs prend en charge les vaccins traditionnels. Une allocation annuelle est faite auprès de l'UNICEF pour prépayer les vaccins traditionnels. Il y a eu un changement du a la non disponibilité des fonds, ou le pays a opté pour un paiement trimestrielle, ce qui pose un problème pour placer les commandes de vaccins. Début de Juin, UNICEF a émis des préoccupations sur la disponibilité de ces fonds que la division des approvisionnements de l'UNICEF Copenhague n'a pas encore reçus. Ce problème a été discuté et une recommandation a été émise au Ministère de la sante et ministère des finances pour faire une allocation annuelle du budget pour les vaccins traditionnels afin d'éviter les retards d'approvisionnement.

Evolution du besoin du financement de la vaccination a charge de l'Etat de 2014 à 2016 (F CFA)



Le budget du secteur de la santé inclus le soutien de GAVI en espèce et/ou le SNV. Après révision du Revenu National Brut par habitant, et les projections disponibles le Sénégal est un pays éligible au soutien de GAVI au moins jusqu' à 2020.

Un plaidoyer devrait être fait au niveau du Ministère de la Santé et des Finances pour ajuster le budget des vaccins et la vaccination afin de répondre aux obligations de financements des vaccins traditionnels et le cofinancement.

Obligations de co-financement 2015 :

Le pays a opté pour le paiement de co-financement comme suit :

Type de soutien	Vaccin actuel	Actif jusqu'à	Co-Financement/dose 2015
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	DTC-HepB-Hib, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	2015	\$0.35
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	Antipneumococcique (VPC13), 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	2016	\$0.30
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	Antirrotavirus, 2 calendrier -doses	2016	\$0.23
	Seconde dose de Rougeole-Rubéole RR 10 doses lyophilisé	2016	

13. Recommandation au Panel Haut Niveau

Topic	Recommandation
NVS	<p><u>Renewal/extension of existing GAVI programmes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Penta (Pentavalent (DTC-HepB-Hib, 10 doses) 2015: • Yellow Fever (Antiamaril, 10 doses) 2015: • PCV13 2015 • Rota 2015
Economies faites sur VIG et SVN	Approbation de la proposition de réallocation des économies faites sur les subventions d'introduction du PCV et la campagne RR. Voir Annexe A.
RSS	Approbation de la proposition de réallocation des fonds RSS restants. Voir Annexe B

14. Résumé des mesures proposées et approuvées par le CCIA

Les principales mesures proposées sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Résumé des mesures proposées et approuvées par le CCIA

Thème	Problème identifié	Mesure	Responsable	Calendrier
Approvisionnement	Coordination entre les différents acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre fonctionnel le comité de gestion de la logistique : tenir une réunion pour redynamiser le comité, élaborer un calendrier des réunions et se rencontrer chaque fois que de besoin, - Assurer le suivi du circuit de l'information 	DIEM	20 juin 2014
	Lenteur dans les transactions douanières	Anticiper dans les procédures d'exonération dès réception du connaissance	DAGE	
	Difficulté de choix des incinérateurs	Tenir une réunion avec les logisticiens de l'UNICEF, de l'OMS et du MSAS sur la question	DP	
Gestion du programme	Insuffisance des ressources humaines à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Pourvoir les postes vacants à la DP selon l'organigramme en vigueur - Affecter du personnel au niveau des PPS fermés ou non fonctionnels 	DRH DRH/RM/DS	
	Absence de financement pour le soutien au service de vaccination (coûts opérationnels)	- Proposer une solution pour disposer de fonds pour le SSV dans le budget	DAGE/DP	15 juin
Achat des vaccins	Coût des nouveaux vaccins introduits non pris en compte dans le budget	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'engagement du MEF à augmenter la ligne vaccins et consommables pour 2014 - Réajuster la ligne budgétaire à partir de 2015 - Plaidoyer pour un virement global annuel des fonds alloués à l'achat des vaccins et consommables 	DAGE/cabinet	
Maintenance des équipements	Déficit en ressources humaines qualifiées	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de techniciens pour les unités techniques de maintenance - Formation continue - Contractualisation avec le privé (RSS) 	DIEM/DRH	

	Insuffisance d'outillage technique	- Achat d'outillage technique (prochain RSS)	DIEM	
	Insuffisance du financement pour l'acquisition de matériel et de pièces de rechange	- Plaidoyer pour une augmentation de la ligne budgétaire existante	DIEM /DAGE	
CCIA / Comité de pilotage RSS	Irrégularité des réunions du comité de pilotage RSS	- Tenir régulièrement les réunions du comité de pilotage	DP	
Gestion de données	Faible complétude et parfois absence de rapports des districts	- Plaidoyer auprès du Ministre pour des mesures en faveur de la complétude des données	CCIA	Juin 2014
SVN	Existence d'un reliquat dans les allocations pour l'introduction des nouveaux vaccins	- Envoyer à GAVI un plan validé de réallocation des fonds avant le 27 juin 2014	DP	20 JUILLET 2014 Déjà reçu
RSS	Situation financière du compte au 30 avril 2014 non rapportée	- Joindre le relevé du compte au rapport d'évaluation conjointe	DAGE	05 JUILLET 2014
	Existence d'un reliquat pour le RSS	- Proposer un plan de réallocation des reliquats des activités exécutées - Demander une prolongation pour les activités non exécutées	DP	20 JUILLET 2014
	Insuffisance de suivi des activités du RSS	- Désigner un point focal chargé du suivi de l'exécution des activités en rapport avec les centres de responsabilité	DP	Décembre 2014
	Plateforme RSS au niveau du MSAS non fonctionnelle	- Harmoniser les interventions en matière de RSS à travers le PIS	OMS (chef de file des PTF) DPRS	Décembre 2014
	Insuffisance de l'implication de la société civile	- élargir la représentation de la société civile et renforcer leurs interventions dans la vaccination - allouer des ressources conséquentes à travers la contractualisation	Comité de pilotage	Septembre 2014

Annexe A : Proposition de réallocation des fonds RSS par le pays :

Appui transport des vaccins			
Designation	nombre	cout unitaire	totale
PEC manutention	6	25000	150,000
colisage	6	25000	150,000
transport vaccin vers dépôts central et régionaux	1	400000	400,000
convoyeurs	2	150000	300,000
location camion	2	3200000	6,400,000
total			7,400,000
nombre de mise en place	2		14,800,000

atelier élaboration RSS			
	nombre	cout unitaire	totale
participants	20	150000	3,000,000
pause	125	8000	1,000,000
location salle	2	375000	750,000
transport	20	10000	200,000
chauffeur	1	150000	150,000
matériel didactique	20	3000	60,000
reprographie	1	100000	100,000
carburant	40	792	31680
total			5,291,680
nombre d'atelier	2	5,291,680	10,583,360
consultant rédaction du document final	1	1420000	1,420,000
Total			12,003,360

Logistique				
Designation	nombre	cout unitaire	totale	
achat camion sec	1	78000000	78,000,000	51%
achat véhicule de supervision	4	16250000	65,000,000	42%
contrat de maintenance chambre froide	1	5000000	5,000,000	3%
ordinateurs portable	5	1000000	5,000,000	3%
total			153,000,000	

cout de gestion			
Designation	nombre	cout unitaire	totale

frais d'audit	1	5700000	5,700,000
inventaire des immobilisation GAVI	1	5000000	5,000,000
frais de gestion	1	7000000	7,000,000
total			17,700,000

Annexe B : Proposition de réallocation de l'économie faite sur les Fonds SSV :

LOGISTIQUE

Designation	nombre	cout unitaire	totale
chambre froide de 40m3	1	20000000	20,000,000
refrigerateurs solaires	30	3000000	90,000,000
vehicule de supervision	2	14000000	28,000,000
moto pour stratégies avancées	25	2000000	50,000,000
achat pièces de rechange			10,000,000
Total			198,000,000

evaluation post introduction PCV13

Designation	nombre	cout unitaire	totale
PEC superviseur	20	300000	6,000,000
PEC chauffeur	9	300000	2,700,000
carburant	2,000	800	1,600,000
total			10,300,000

Designation	nombre	cout unitaire	totale
appui à la mise en œuvre des plans ACD des districts	10	4000000	40,000,000
appui à la mise en œuvre du plan de communication de routine des districts	5	5000000	25,000,000
Total			65,000,000

campagne MenA	cible	cout/cible vacciné(0,9\$)	total
	447635	384	171891840

Total

754,291,840

F CFA