

REPUBLIQUE DU
CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE

DIRECTION DE LA SANTE
FAMILIALE

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL DU
PEV



REPUBLIC OF
CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH

DEPARTMENT OF FAMILY
HEALTH

CENTRAL TECHNICAL GROUP ON
EPI



PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION PLAN PLURIANNUEL COMPLET

2015-2019



Décembre 2014



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION

LETTRE D'ENDOSSEMENT DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DU CAMEROUN

Dans le but d'améliorer la qualité de vie des populations camerounaises à travers la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement, dans sa Stratégie Sectorielle de Santé s'est fixé l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Il s'agit plus spécifiquement d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 92% d'ici 2019 et la maintenir élevée chez les différents groupes cibles concernés. Ceci cadre avec le Plan Mondial pour les vaccins 2011-2020 et du Plan Stratégique régional auxquels le pays a souscrits.

Ayant constaté avec satisfaction la nette évolution du taux de couverture vaccinale enregistré par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui est passé de 84,3% en 2010 à 88,59% en 2013, la survenue d'épidémies de poliomyélite, rougeole et fièvre jaune viennent révéler que ces résultats restent encore fragiles. Le présent PPAC a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui des Partenaires au développement pour servir de document de plaidoyer, afin d'assurer la pérennité des financements des activités de vaccination.

En vue d'examiner et valider ce PPAC, une réunion du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) s'est tenue le 22 janvier 2015 sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Président du CCIA.

Fort des résolutions de cette réunion, le Gouvernement et ses Partenaires ont manifesté leur engagement :

- L'Etat camerounais s'engage à œuvrer pleinement pour la résorption des gaps financiers du Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 et la réalisation des objectifs de son Programme Elargi de Vaccination ;
- Les Partenaires, malgré les incertitudes liées à la programmation biennale ou quinquennale de leur budget, s'engagent à soutenir le Gouvernement camerounais pour la réalisation des objectifs du PEV et la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 ;
- Le Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 sera conjointement réajusté chaque année. L'Etat et ses Partenaires s'attèleront à trouver les moyens en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Ministre de la Santé (ou son Représentant autorisé) :		Ministre des Finances (ou son Représentant autorisé) :	
Nom :	M. André MAMA FOU DA	Nom :	M. Alamine OUSMANE MEY
Date :	20 JAN 2015	Date :	
Signature	 André MAMA FOU DA	Signature	 Alamine Ousmane Mey

Sigles et abréviations

ACD :	(Stratégie) Atteindre Chaque District
AVS :	Activités de Vaccination Supplémentaire
ANR	Autorité Nationale de la Réglementation
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin)
CBS :	Chef de Bureau Santé
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agences
CTD :	Collectivités Territoriales Décentralisées
C2D :	Contrat de Désendettement et de Développement
DTC HepB+Hib :	(Vaccin pentavalent) Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite virale B et <i>Haemophilus Influenzae type b</i>
DQS:	Data Quality Self-Assessment
DS:	District de Santé
GAVI:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GTC-PEV :	Groupe Technique Central du Programme Élargi de Vaccination
HKI :	Hellen Keller International
JLV :	Journées Locales de Vaccination (contre la poliomyélite)
JRF :	Rapport conjoint OMS/UNICEF
MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique (Cameroun)
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCV 13 :	Vaccin (à 13 valences) <i>Antipneumococcique</i> conjugué
PDI :	Plan de Développement Institutionnel
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PFA :	Paralysies Flasques Aiguës
PPAC :	Plan d'Action Pluriannuel Complet
PVS	<i>Poliovirus</i> sauvage
SAB :	Seringue Autobloquante
SAV:	Semaine Africaine de Vaccination
SASNIM :	Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
SSS :	Stratégie Sectorielle de Santé
TMN :	Tétanos Maternel et Néonatal
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA:	Vaccin Anti-Amaril
VAR:	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT :	Vaccin Antitétanique
VPO :	Vaccin antipoliomyélique oral

Table des matières

Sigles et abréviations.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Résumé Exécutif	8
1. Introduction	12
1.1. Généralités.....	12
1.2. Méthodologie d'élaboration du PPAC	12
2. Contexte du Pays.....	13
2.1. Situation géographique et démographique	13
2.1.1. Situation géographique	13
2.1.2. Situation démographique	13
2.2. Environnement politico-administratif et gouvernance	14
2.3. Situation macroéconomique	15
2.4. Situation socioculturelle.....	16
2.4.1. L'Education.....	16
2.4.2. Religion.....	16
2.4.3. Cultures et Traditions	16
2.4.4. Équité en Santé	17
2.4.5. Approche genre.....	17
2.4.6. Les populations spéciales	17
2.5. Situation Humanitaire et Sécuritaire	18
2.6. Environnement communicationnel.....	19
3. Analyse du secteur santé	19
3.1. Engagements du gouvernement	19
3.2. Documentation et politique nationales de la santé.....	20
3.3. Le système de santé	21
3.3.1. Organisation du système de santé	21
3.3.2. Les Intervenants dans le secteur santé.....	22
3.4. Profil épidémiologique	23
3.5. Financement de la santé.....	24
3.5.1. Collecte des dépenses en santé	24
3.5.2. Allocation des dépenses	25
3.5.3. La gestion du risque maladie.....	25
3.6. Évolution des OMD et quelques indicateurs de santé.....	25
3.7. Priorités gouvernementales en matière de santé	27
3.8. Contexte National de la vaccination au Cameroun	28
3.8.1. Offre de Service.....	28
3.8.2. Financement du PEV	29
3.8.3. Information sanitaire et Recherche opérationnelle	30
3.8.4. Leadership et gouvernance.....	30
4. Analyse de la situation du PEV	31
4.1. Financement des activités du Programme	31
4.1.1. Contribution de l'Etat au financement du PEV.....	31
4.1.2. Contribution des partenaires au financement du PEV	32
4.1.3. Evolution du financement de l'achat des vaccins par le gouvernement.....	33
4.1.4. Financement de la demande de la vaccination	33
4.2. Gestion du Programme.....	33
4.2.1. Législation et réglementation.....	33

4.2.2.	Coordination	34
4.2.3.	Planification	34
4.2.4.	Suivi et supervision	34
4.3.	Renforcement des capacités.....	34
4.4.	Prestation de services.....	35
4.4.1.	Vaccination en stratégie fixe.....	35
4.4.2.	Vaccination en stratégies avancée et mobile.....	35
4.4.3.	Stratégie de vaccination supplémentaire	35
4.4.4.	Couvertures vaccinales	36
4.4.5.	Introduction de nouveaux vaccins	37
4.5.	Approvisionnement et qualité des vaccins	37
4.5.1.	Transport / mobilité.....	37
4.5.2.	Approvisionnement et qualité des vaccins.....	38
4.5.3.	Estimation des besoins en vaccins	38
4.5.4.	Libération des lots	38
4.5.5.	Gestion des vaccins.....	38
4.5.6.	Monitoring de l'utilisation des vaccins.....	39
4.5.7.	Sécurité de la vaccination	40
4.6.	Logistique et chaîne du froid	40
4.6.1.	Bâtiments	41
4.6.2.	Chaîne du froid.....	41
4.6.3.	Maintenance des équipements	44
4.6.4.	Élimination des déchets	45
4.7.	Surveillance des maladies évitables par la vaccination.....	45
4.7.1.	Surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA)	45
4.7.2.	Le contrôle de la rougeole.....	45
4.7.3.	Le contrôle de la fièvre jaune.....	46
4.7.4.	Élimination du tétanos maternel et néonatal.....	46
4.7.5.	Surveillance des autres maladies évitables par la vaccination.....	47
4.7.6.	Gestion des données de surveillance et de vaccination	47
4.7.7.	Gestion des MAPI.....	48
4.8.	Communication	48
4.8.1.	Génération et communication de la demande	48
4.8.2.	Plaidoyer	48
4.8.3.	Mobilisation sociale.....	49
4.8.4.	Communication pour le changement de comportement.....	49
4.8.5.	Communication pour le changement social	49
4.8.6.	Marketing social.....	50
4.9.	Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM).....	51
4.9.1.	Financement.....	51
4.9.2.	Gestion du programme	51
4.9.3.	Renforcement des capacités	52
4.9.4.	Prestation de service (Vaccination systématique)	52
4.9.5.	Monitoring, Supervision et Évaluation	53
4.9.6.	Approvisionnement en vaccins de qualité	54
4.9.7.	La logistique	54
4.9.8.	La surveillance et initiatives de lutte accélérée contre les maladies	55
4.9.9.	La surveillance au cas par cas.....	56
4.9.10.	La communication pour le développement.....	56
4.10.	Problèmes principaux.....	57

4.10.1.	Gestion du programme.....	57
4.10.2.	Financement des activités.....	57
4.10.3.	Renforcement des capacités.....	57
4.10.4.	Prestation des services (Vaccination systématique).....	57
4.10.6.	Approvisionnement en vaccins de qualité.....	58
4.10.7.	Logistique.....	58
4.10.8.	Communication pour le développement.....	58
4.10.9.	Surveillance épidémiologique et initiatives de lutte accélérée contre les maladies cibles du PEV.....	58
5.	Objectifs.....	62
5.1.	Objectifs globaux.....	62
5.1.1.	Prestation des services (vaccination systématique).....	62
5.1.2.	Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid.....	62
5.1.3.	Communication et génération de la demande.....	63
5.1.4.	Surveillance épidémiologique et Initiatives de lutte accélérée contre les maladies.....	63
5.1.5.	Gestion du programme.....	64
5.1.6.	Renforcement des capacités.....	64
5.1.7.	Financement du Programme.....	64
5.2.	Objectifs spécifiques.....	64
5.3.	Problèmes, Objectifs, Etapes, Buts Régionaux, Priorité.....	65
5.3.1.	Prestations de service.....	65
5.3.2.	Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid.....	66
5.3.3.	Gestion du programme.....	68
5.3.4.	Surveillance épidémiologique.....	72
5.3.5.	Initiatives de lutte accélérée contre les maladies.....	73
6.	Activités essentielles et chronogramme.....	75
7.	Budget.....	85
7.1.	Coûts et financements du Programme Elargi de Vaccination 2015-2019.....	85
7.2.	Méthodologie.....	85
7.3.	Analyse des coûts 2013 et futurs du programme.....	85
7.3.1.	Analyse des coûts 2013.....	85
7.3.2.	Analyse des coûts futurs.....	87
7.4.	Analyse des financements 2013 du programme, projection pour les années à venir et détermination du gap financier.....	88
7.4.1.	Analyse des financements de l'année 2013.....	88
7.4.2.	Analyse des financements du programme pour la période 2015-2019.....	89
7.4.3.	Analyse des écarts dans les financements.....	100
7.4.4.	Réduction des écarts.....	101
7.5.	Stratégies de viabilité financière.....	101
7.5.1.	Stratégies de viabilité financière du PEV.....	101
8.	Mécanismes de suivi et d'évaluation.....	103
8.1.	Le Système National d'Information Sanitaire.....	103
8.2.	Réunions de coordination et de monitoring.....	104
8.3.	Supervision formative.....	104
8.4.	Revue.....	104
8.5.	Enquêtes.....	104
9.	Annexes :Financement du programme : Assurances et risques (en \$ US).....	107
	Annexe 1 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2015 (en Dollars US).....	107
	Annexe 2 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2016 (en Dollars US).....	111

Annexe 3 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2017 (en Dollars US)	115
Annexe 4 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2018 (en Dollars US)	120
Annexe 5 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2019 (en Dollars US)	124

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : EVOLUTION DES POPULATIONS CIBLES DU PEV DE 2015 A 2019	14
TABLEAU 2 : EVOLUTION DU BUDGET DE L'ETAT AFFECTE AU MINSANTÉ (EN MILLIARDS DE FCFA)	24
TABLEAU 3 : EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DE SANTE PUBLIQUE	26
TABLEAU 4 : CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT AU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2011 A 2013	29
TABLEAU 5 : CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT AU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2011 A 2013(EN FCFA)	31
TABLEAU 6 : FINANCEMENT DES PARTENAIRES DU PROGRAMME DE 2011 A 2013 (EN F CFA)	32
TABLEAU 7 : FINANCEMENT TOTAL DU PEV DE 2011 A 2013(EN FCFA)	32
TABLEAU 8 : COUVERTURES VACCINALES ADMINISTRATIVES DE 2011 A 2013	36
TABLEAU 9 : RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA GEV PAR NIVEAU ET PAR CRITERE 2010 ET 2013	39
TABLEAU 10 : ÉVOLUTION DE TAUX DE PERTE EN VACCINS DE 2011 A 2013	40
TABLEAU 11 : INFRASTRUCTURES PAR NIVEAU ET INTERVALLE DE CONSERVATION DES VACCINS	40
TABLEAU 12 : CAPACITE ET COUTS (POUR STOCKAGE POSITIF) AU NIVEAU CENTRAL	41
TABLEAU 13 : CAPACITE ET COUTS (POUR STOCKAGE POSITIF) AU NIVEAU CENTRAL	41
TABLEAU 14 : CAPACITE ET COUTS (POUR STOCKAGE POSITIF) AU NIVEAU REGIONAL	42
TABLEAU 15 : REPARTITION DES EQUIPEMENTS A REMPLACER ENTRE 2014-2018	43
TABLEAU 16 : COUT DE REHABILITATION DES EQUIPEMENTS DES DISTRICTS ET AIRES DE SANTE ENTRE 2014-2018	44
TABLEAU 17 : COUT DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS DE LA CHAINE DU FROID	44
TABLEAU 18 : INDICATEURS DES PERFORMANCES DE LA SURVEILLANCE DES PFA AU CAMEROUN ENTRE 2011 ET 2013	45
TABLEAU 19 : EVOLUTION DE CAS SUSPECTS ET DECES LIES A LA ROUGEOLE DE 2011 A 2013	46
TABLEAU 20 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE ROUGEOLE DE 2011 A 2013	46
TABLEAU 21 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE FIEVRE JAUNE DE 2011 A 2013	46
TABLEAU 22 : BILAN DE LA SURVEILLANCE SENTINELLE DES DIARRHEES A ROTAVIRUS ET DES MENINGITES BACTERIENNES PEDIATRIQUES DE 2011 A 2013	47
TABLEAU 23 : OBJECTIFS DE LA COUVERTURE VACCINALE DE 2015 A 2019	64
TABLEAU 24 : OBJECTIFS DE TAUX DE PERTES EN VACCIN	65
TABLEAU 25 : INDICATEUR POUR L'ANNEE DE REFERENCE 2013	86
TABLEAU 26 : TABLEAU DE FINANCEMENT DU PEV EN 2013	88
TABLEAU 27 : COUT GLOBAL ESTIME (*) 2015-2019 DU PROGRAMME (EN \$ US)	89
TABLEAU 28 : PROPOSITIONS DE FINANCEMENT FAITES PAR LES DIFFERENTS BAILLEURS DE FONDS (EN DOLLARS US)	89
TABLEAU 29 : FINANCEMENT SECURISE PAR LES DIFFERENTS BAILLEURS DE FONDS (EN DOLLARS US)	90
TABLEAU 30 : PROMESSES DE FINANCEMENT (FINANCEMENT PROBABLE) FAITES PAR LES BAILLEURS DE FONDS (EN DOLLARS US)	90
TABLEAU 31 : SYNOPTIQUES DES COUTS PAR NATURE DU PROGRAMME (2015-2019)	90
TABLEAU 32 : SYNOPTIQUES DU FINANCEMENT PAR NATURE ET PAR SOURCE DE FINANCEMENT DU PROGRAMME	92
TABLEAU 33 : COMPOSITION DES ECARTS FINANCIERS (EN \$ US)	100
TABLEAU 34 : INDICATEURS DE SUIVI	104

Liste des figures

FIGURE 1: FINANCEMENT DES PARTENAIRES DU PROGRAMME DE 2011 A 2013	32
FIGURE 2: CONTRIBUTION ETAT - PARTENAIRES DANS LE FINANCEMENT DU PEV DE 2011 A 2013	33
FIGURE 3: ÉVOLUTION DE LA CATEGORISATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE L'ANNEE 2011 A 2013	36
FIGURE 4: PROFIL DES COUTS DE L'ANNEE DE BASE 2013 (COUTS PARTAGES EXCLUS)	86
FIGURE 5 : EVOLUTION DES COUTS DE 2015 A 2019	87
FIGURE 6 : POURCENTAGE DE L'EVOLUTION DES COUTS DE 2015 A 2019	88
FIGURE 7: REPARTITION DU FINANCEMENT DU PEV EN 2013	89

Résumé Exécutif

Le développement global du Cameroun est soutenu par la Vision du Cameroun à l'horizon 2035 qui décrit le Cameroun comme: «un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité», dont l'une des aspirations est l'accès de tous aux services sociaux de base de qualité. Sur la plan social et du développement humain, l'un des objectifs de la vision est de réduire le risque de décès chez les enfants à travers le relèvement de la couverture vaccinale complète de 75 à 95%, la couverture de tous les DS en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Face à ce défi, le gouvernement Camerounais, conscient de l'impact de la vaccination sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et fort de ses engagements à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, a fait du PEV l'un des programmes prioritaires du PNDS.

Ce plan pluriannuel qui couvre la période 2015-2019 s'aligne sur les directives du Plan d'Action Mondial pour les vaccins 2011-2020 et du Plan Stratégique Régional de la Vaccination. Il a été élaboré sur la base d'une revue documentaire, et doit répondre aux problèmes de l'heure selon les termes de référence sur la vaccination dans le monde, sous l'intitulé *Vision et stratégie (GIVS) 2006-2015* élaborés par l'OMS et l'UNICEF. Il est basé d'une part sur les cinq opérations du système de vaccination (la prestation des services, la communication pour le développement, l'approvisionnement en vaccin et qualité, la logistique et la surveillance épidémiologique), et d'autre part sur les trois composantes d'appui (la gestion du programme, le financement et le renforcement des capacités).

Les activités du PEV sont en majorité financées par les partenaires malgré les efforts consentis par l'Etat pour le relèvement de sa contribution. L'achat des vaccins est effectué concomitamment par GAVI, et le Gouvernement sous forme de co-financement. Les ressources prévues dans le budget de l'Etat sont mobilisables pour l'achat des vaccins à travers l'UNICEF.

D'après les projections du PIB et de l'évolution de la population à la lumière du DSCE, le Cameroun atteindra un PIB par habitant de l'ordre de 1500 dollars en 2019. Par conséquent, il ne pourra plus être éligible à ce financement d'ici 2019, conformément aux nouvelles dispositions de soutien de GAVI qui fixe le plafond du PIB par habitant à 1500 dollars. Cette situation souligne la nécessité de créer un Fonds de soutien à la Santé avec un guichet sur la vaccination, en vue de permettre au PEV d'assurer une autonomie financière pour atteindre et maintenir ses objectifs de couverture vaccinale.

Après l'analyse par une équipe multidisciplinaire, des forces, faiblesses, opportunités et menaces par composante, les problèmes clés d'une part, les objectifs à poursuivre d'autre part, retenus dans les deux registres "Composantes d'appui du PEV", et "Opérations du PEV", se présentent ainsi qu'il suit :

A. Problèmes selon les composantes d'appui du PEV

De la gestion du programme

- Faiblesse des processus gestionnaires du PEV aux niveaux intermédiaire et opérationnel.
- Gestion non optimale du programme.

Du financement des activités

- Faible contribution de l'Etat aux activités du PEV ;
- Absence d'un mécanisme de financement de la demande et de l'offre de qualité.
- Insuffisance des financements pour la mise en œuvre de l'ensemble des activités du programme.
- Retards dans la mise à disposition de la contribution financière de l'Etat pour l'achat des vaccins.

Du renforcement des capacités

- Absence d'un plan de formation pluri annuel
- Absence d'un plan de formation du personnel en service.

B. Problèmes selon les composantes opérationnelles du PEV

De la prestation des services

- Faible mise en œuvre des stratégies vaccinales
- Non atteinte de toutes les cibles lors des campagnes ;

De la communication pour le développement

- Efficacité et efficience insuffisantes de la communication en faveur de la vaccination.
- Insuffisance de la mise en œuvre des activités de communication pour la vaccination de routine ;

De la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV

- Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV non optimale ;
- Faible qualité de la mise en œuvre des AVS ;
- Faibles performances en matière de surveillance intégrée des maladies et de riposte y relative en général, ainsi que des maladies évitables par la vaccination en particulier.

De l'approvisionnement en vaccin et qualité

- Gestion insuffisante des vaccins et intrants au niveau opérationnel
- Gestion des vaccins inadéquate.
- Taux de perte en vaccin élevé.
- Mauvaise gestion des déchets de la vaccination.

De la logistique

- Insuffisance des ressources logistiques ;
- Absence d'un système de maintenance des équipements de chaîne du froid et matériel roulant.
- Insuffisance des équipements de la logistique tant en quantité qu'en qualité.

C. Objectifs poursuivis :

En ce qui concerne les objectifs à atteindre au cours des cinq prochaines années, le PEV s'engage à porter la couverture vaccinale à au moins 92 % au niveau national d'ici 2019. Un effort particulier sera mis pour protéger le maximum d'enfants contre le maximum de maladies évitables par la vaccination, en introduisant de nouveaux antigènes dans le programme : Anti méningocoque A, anti HPV, VPI, RR, 2ème dose anti rougeoleux,

Td, HepB0. Le défi majeur à ce niveau étant de pouvoir cofinancer l'achat des vaccins qui sont de plus en plus onéreux.

L'espace de stockage pour accommoder les nouveaux vaccins est disponible à tous les niveaux grâce aux efforts fournis au cours des 5 dernières années pour approvisionner le niveau central, le niveau régional, les districts de santé et formations sanitaires en chaîne du froid tant en qualité qu'en quantité. Ces efforts seront poursuivis et soutenus pendant les 5 prochaines années que couvre ce plan.

Les principaux objectifs à atteindre suivant les cinq composantes opérationnelles et les trois composantes d'appui **d'ici 2019** sont :

De la prestation des services :

- Porter la couverture vaccinale de 88 à au moins 92 % au niveau national, et à au moins 90 % dans tous les Districts de Santé pour la troisième dose du vaccin pentavalent ; de 83 à 90% au niveau national pour le vaccin anti rougeoleux;
- Réduire de 43,5% (en 2011) à 34,8% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles;
- Porter de 0% à 100% la proportion des districts de santé qui collectent les données de vaccination par sexe d'ici 2017;
- Introduire de nouveaux vaccins : Anti méningocoque A, anti HPV, VPI, RR, 2ème dose anti rougeoleux, Td, HepB0.

De l'approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne de froid :

- Rendre efficace le système de distribution des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement;
- Renforcer les capacités de stockage au froid et à température ambiante pour tous les vaccins et consommables requis pour le programme y compris pour les nouveaux vaccins;
- Doter 100% des équipements de la chaîne du froid d'outils de contrôle continu de la température;
- Equiper chacun des 189 DS d'un incinérateur répondant aux normes de l'OMS;
- Augmenter la couverture des besoins en matériel roulant de 26% à 50% d'ici 2019.

De la communication et génération de la demande :

- Impliquer dans 100% des aires et districts de santé fonctionnels, au moins un acteur communautaire dans la promotion de la vaccination et la recherche des perdus de vue;
- Porter le niveau de connaissance des populations sur les bienfaits de la vaccination de 67% en 2011 à au moins 90%;
- Amener au moins 90% de la population participante à avoir confiance et demander la vaccination;
- Amener 100% des responsables administratifs (Gouverneurs, Préfets, Sous-préfets, Maires, Délégués du Gouvernement) et au moins 80% des leaders traditionnels et religieux à s'engager pour la vaccination des enfants;

De la surveillance épidémiologique et Initiative de lutte accélérée contre les maladies :

- Atteindre et maintenir les indicateurs de certification de la polio dans tous les districts de santé;
- Atteindre et maintenir les indicateurs d'élimination de la rougeole;
- Maintenir à au moins 80%, la proportion de districts ayant investigué au moins un cas de fièvre jaune ;
- Maintenir le statut d'élimination du TMN;

- Investiguer au moins un cas de MAPI grave pour 1 000 000 de doses de vaccin administrées;
- Déterminer l'incidence des maladies évitables par les nouveaux vaccins et la distribution des souches circulantes.

De la gestion du programme

- Renforcer le cadre législatif, juridique et régulateur propice pour la vaccination et son financement durable;
- Mettre en place et rendre fonctionnel un cadre de redevabilité à tous niveaux;
- Passer à l'échelle nationale le financement basé sur les résultats;
- Renforcer le système de gestion des données de la vaccination à tous les niveaux pour une prise des décisions éclairée.

Du renforcement des capacités

- Mettre en œuvre au moins 80% des activités du plan stratégique de formation du personnel en gestion du PEV.

Du financement du Programme

- Mobiliser chaque année au moins 90% des financements alloués à la vaccination;
- Augmenter à 100%, la capacité d'absorption des ressources allouées à la vaccination;
- Développer un mécanisme de suivi budgétaire et des dépenses de la vaccination à tous les niveaux.

Le montant total du PPAC 2015-2019 s'élève à \$ **US 508 491 197**, dont un financement certain à hauteur de \$ US 385 261 480, le gap de \$ US 123 229 716 pouvant être néanmoins considéré comme probable.

Le grand défi, malgré les stratégies de la viabilité financière décrites, reste le financement durable de la vaccination. A cet effet, le processus enclenché de création d'un fonds de soutien à la santé avec un guichet pour la vaccination, permettra d'assurer la mise en œuvre des activités de vaccination et partant de garantir le financement durable de la vaccination au Cameroun.

1. Introduction

1.1. Généralités

La vaccination est une intervention de santé publique dont le bénéfice coût-efficacité est reconnu au niveau international. Elle contribue à environ 25 % dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

En mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Plan d'Action mondial pour les vaccins (GVAP 2011-2020), un cadre stratégique offrant une vision pour la prochaine décennie. Un Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020 est disponible. Ces documents invitent les pays de la sous-région africaine à développer la composante vaccination de leurs stratégies sectorielles et plans nationaux de santé et à allouer des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs en matière de vaccination.

Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2011-2015 du PEV élaboré en 2010 sur la vision de la « Vaccination dans le monde, Visions et Stratégies 2006-2015) a été décliné en Plans d'Action Annuels et mis en œuvre. Entre 2011 et 2013, la couverture vaccinale en Penta 3 a évolué de 82,21% à 88,59% au niveau national. Malgré cette évolution croissante, l'objectif de 90% planifié n'a pas été atteint. Le vaccin anti-pneumococcique a été introduit en Juillet 2011. Le pays a obtenu le statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal (Incidence du tétanos néonatal inférieure à un cas pour 1000 naissances vivantes) en 2012. Une Revue externe globale du PEV, suivi d'un inventaire de la logistique ont été réalisés en 2013. L'évaluation de la qualité des données et de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV) ont été associées à cette revue qui répondait à un certain nombre de défis en rapport avec les aspects institutionnels, les prestations de service, l'approvisionnement en vaccins de qualité, la surveillance épidémiologique, la mobilisation sociale et le plaidoyer, la gestion du programme, ainsi que les coûts et les financements du programme de vaccination.

L'élaboration du PPAC 2015-2019 se justifie par l'arrivée à terme du précédent Plan en 2015, et la prise en compte des :

- directives du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP 2011-2020) ;
- orientations du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV 2014-2020);
- résultats de la Revue externe du PEV ;
- conclusions des différentes évaluations indépendantes et enquêtes conduites pour le PEV.

Par ailleurs, ce document servira d'outil de plaidoyer dans la mobilisation des ressources pour atteindre les objectifs du programme au cours des cinq prochaines années.

1.2. Méthodologie d'élaboration du PPAC

Le PPAC 2015-2019 a été élaboré entre août et décembre 2014 à travers un processus de planification participative.

Les gestionnaires des programmes nationaux de vaccination, les chargés de logistique, les points focaux planification des Ministères de la Santé des pays d'Afrique Centrale avec les partenaires au développement, ont reçu des orientations sur les

nouvelles directives d'élaboration des Plans Pluri Annuels Complets (PPAC) dans le contexte du GVAP et du PSRV, à Yaoundé du 7 au 11 Juillet 2014.

Le premier draft du PPAC 2015-2019 a été élaboré au cours d'un atelier organisé à Nkolandom (Ebolowa), réunissant les cadres des départements ministériels de la Santé Publique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des Finances, de l'Economie, Planification et Aménagement du Territoire (MINEPAT), des représentants des partenaires au développement notamment l'OMS, l'UNICEF, Sabine Vaccine Institute, Agence de Mun représentant de la Plateforme des Organisations de la Société civile pour la Promotion de la Vaccination et du Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC) et des élus du peuple qui représentent les Institutions locales (Maires et Députés).

Au cours de cet atelier, les panélistes ont suivi les étapes ci-après :

- Analyse situationnelle et fixation des priorités ;
- Choix de la vision et détermination des principes directeurs ;
- Fixation des objectifs et jalons ;
- Planification des stratégies ;
- Détermination des liens entre les buts nationaux, régionaux et globaux ;
- Elaboration d'un cadre d'activités et de suivi-évaluation ;
- Estimation des coûts et financements, sur la base de l'outil d'analyse des coûts et financements du programme mis à la disposition du Cameroun par l'OMS.

2. Contexte du Pays

2.1. Situation géographique et démographique

2.1.1. Situation géographique

La République du Cameroun, pays d'Afrique Centrale, s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad, entre le 2^{ème} et le 13^{ème} degré de latitude Nord, le 9^{ème} et le 16^{ème} degré de longitude Est. Sa situation géographique particulière explique la diversité de son climat (équatorial et tropical) et de son paysage naturel. Cette diversité permet le découpage du pays en quatre principales zones écologiques :

- la zone côtière couvrant les Régions du Littoral, du Sud et du Sud-ouest avec des précipitations abondantes ;
- la zone sub-sahélienne couvrant les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-nord, avec un climat sahélien ;
- la zone de forêt couvrant les Régions du Centre, du Sud et de l'Est, avec un climat humide et pluvieux ;
- la zone des hauts-plateaux couvrant les Régions de l'Ouest et du Nord-ouest, caractérisée par une forte pression démographique.

Le Cameroun a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Est par la République Centrafricaine, au Nord-est par la République du Tchad, au Sud par la République du Congo, la République du Gabon et la République de Guinée Équatoriale, au Sud-ouest par l'Océan Atlantique et à l'Ouest par la République Fédérale du Nigeria.

2.1.2. Situation démographique

D'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat conduit en 2005, la population du Cameroun est estimée en 2015 à 21 954 353 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,5% (RGPH, 2005). Le poids démographique repose principalement sur 4 régions à savoir le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral

(15,1%) et le Nord (11,0%) ; le Sud (3,4%) et l'Est (3,8%) étant les régions les moins peuplées (RGPH, 2005). Les données récentes font état d'une forte pression démographique qui s'exerce principalement sur les services sociaux de base tels que l'éducation et la santé, y compris les services de vaccination (MINEPAT, 2012)¹. Cette pression s'observe surtout au niveau des villes avec une population urbaine de 55% (2014)² et un taux d'accroissement urbain de 4,2% entre 2005 et 2010 (MINEPAT, 2012)². La situation est aggravée par le développement de l'habitat spontané qui a pour conséquence un accès difficile aux services de santé.

Tableau 1 : Evolution des populations cibles du PEV de 2015 à 2019

Cible	2015*	2016**	2017**	2018**	2019**
Population totale	21 917 602	22 465 542	23 027 181	23 602 860	24 192 932
Enfants de 0 à 11 mois (3,8%)	832 874	853 696	875 039	896 915	919 337
Enfants de 0 à 5 ans (16,9%)	3 704 075	3 796 677	3 891 594	3 988 883	4 088 606
Enfants de 0 à 15 ans (43,6%)	9 556 074	9 794 976	10 039 851	10 290 847	10 548 118
Femmes enceintes (5%)	1 094 784	1 122 154	1 150 208	1 178 963	1 208 437
Femmes en âge de procréer (24,3%)	5 325 977	5 459 127	5 595 605	5 735 495	5 878 882

* Population publiée par le BUCREP à partir du recensement de 2005

** Population estimée à partir des projections du RGPH de 2005 sur un taux d'accroissement annuel de 2,5 % de 2016 à 2019.

2.2. Environnement politico-administratif et gouvernance

Le Cameroun est un pays à régime présidentiel qui s'est engagé vers la démocratisation de la vie politique et sociale par le multipartisme réintroduit à travers la loi N°90/053 du 19 décembre 1990. Plus de 200 partis politiques exercent en toute liberté. La constitution du 18 Janvier 1996 consacre la séparation des pouvoirs :

- Le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République élu au suffrage universel direct pour un mandat de sept ans renouvelable ;
- Le pouvoir législatif est exercé par un parlement bicaméral constitué du Sénat et de l'Assemblée Nationale ;
- Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême et les différentes juridictions.

A la faveur de la réforme constitutionnelle de 1996, le Cameroun devient un Etat unitaire décentralisé avec comme collectivités territoriales décentralisées les régions et communes : ces dernières étant représentées au parlement par le Senat.³ Selon le Décret n° 2008/376 du 12 novembre 2008 portant organisation administrative de la République du Cameroun, le Cameroun est divisé en 10 Régions administratives (anciennement appelé Province). Les régions sont divisées en départements (58), eux-mêmes divisés en arrondissements (360).

Une loi d'orientation sur la décentralisation a été votée et promulguée en 2003, organisant entre autres le transfert de compétences et de ressources aux communes. Au niveau du secteur santé, le décret N° 2010/0246/PM fixe les modalités d'exercice de

¹ MINEPAT, 2012. Etude sur les conditions de bénéfice du dividende démographique au Cameroun

² MINEPAT, 2012. Etude sur les conditions de bénéfice du dividende démographique au Cameroun

³ MINATD & GIZ. 2010. Le processus de décentralisation au Cameroun : outils sur le cadre juridique et la structure du pouvoir.

certaines compétences transférées par l'Etat aux communes. Il s'agit notamment de la construction, de l'équipement et de la gestion des Centres de Sante Intégrés. Les maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District, des Centres Médicaux d'Arrondissement tandis que celle des Hôpitaux Régionaux et Hôpitaux Centraux est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines.

Dans le domaine de la protection des droits de l'homme et des libertés civiles, on note une évolution positive (suppression de la loi d'exception, multipartisme, liberté de la presse, etc.). La convention sur l'élimination de toute forme de discrimination envers les femmes, la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et la convention sur les droits de l'enfant, ont été ratifiées par le Gouvernement. La société civile participe activement à l'action gouvernementale à travers les engagements et initiatives communautaires et de plaidoyer au niveau stratégique.

Le Gouvernement a mis en place des dispositions visant à accélérer le renforcement de l'Etat de droit et du système judiciaire, ainsi que la gouvernance, à travers l'amélioration de l'environnement des affaires ; le renforcement de la lutte contre la corruption et détournement de fonds ; l'information et le contrôle citoyen de la gestion des affaires publiques (DSCE, 2009)⁴.

2.3. Situation macroéconomique

Le Cameroun a enregistré de bonnes performances macroéconomiques en début du millénaire, ce qui lui a permis d'être admis à l'Initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le point de décision a été franchi en octobre 2000. La mise en œuvre des programmes consignés dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2003), approuvé par les Institutions de Bretton-Woods (IBW), a permis au Gouvernement de maintenir la stabilité macroéconomique et de soutenir des taux de croissance positifs jusqu'en 2010. Depuis 2010, la nouvelle politique socio-économique du Gouvernement est traduite par les documents suivants:

- **Cameroun Vision 2035** dont le but est de faire du « Cameroun, un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité » ;
- Le **Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)**, élaboré pour la période 2010-2019, est désormais, conformément à la Déclaration de Paris (2005), le cadre de référence de la politique et de l'action Gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière de développement. Il constitue ainsi le vecteur de la recherche de la croissance et de la redistribution de fruits jusqu'aux couches les plus vulnérables de la population avec un accent particulier sur les femmes et les jeunes ;
- Les stratégies sectorielles et leurs plans opérationnels qui ont été élaborés pour la réalisation des objectifs du DSCE.

La population tire ses revenus principalement des activités agro-pastorales et de l'exportation des matières premières (pétrole, aluminium, cacao, café, coton, banane, etc.), les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés.

- En 2013, le PIB était estimé à 14 635 milliards de francs CFA avec un taux de croissance annuel de 5,5% et un taux d'inflation de 1,9% (World Bank, 2014)⁵ ;

⁴ DSCE, 2009.

⁵ World Bank, 2014. Country / Cameroon. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon/overview>

- En 2014, la croissance est estimée à 6% essentiellement tirée par le secteur pétrolier (PRC, 2014)⁶ ;
- Entre 2015 et 2017, les projections font état d'un taux de croissance annuel moyen de 6,3% (PRC, 2014)⁷.

Concernant le taux d'inflation, Il était respectivement de 2,4% et 2,1% en 2012 et en 2013 ; et ne devrait pas dépasser 3% en 2014, en raison de la poursuite par le gouvernement des actions de lutte contre la vie chère (PRC, 2014).

Malgré cette croissance à la hausse du PIB, le taux de pauvreté monétaire stagne autour de 40%(40,2% en 2001 et 39,9% en 2007) selon ECAM II et ECAM III respectivement. Selon les données d'ECAM III, environ 87% des pauvres se retrouvent en zone rurale et 52% dans les régions septentrionales. Quant à la prévalence de la pauvreté, elle est de 55% en milieu rural contre 12% en milieu urbain.

2.4. Situation socioculturelle

2.4.1. L'Education

Le Cameroun avec un taux d'alphabétisation de 81,8% en 2011 (EDS-MICS 2011), se situe au 16^{ème} rang des pays Africains. Toutefois, il ressort de l'EDS-MICS 2011 que 15 % des hommes de 6 ans et plus et une proportion plus élevée de femmes (26 %) n'ont aucun niveau d'instruction. C'est en milieu rural que la proportion de personnes sans instruction est la plus élevée (38 % pour les femmes et 22 % pour les hommes). À l'opposé, c'est dans les villes de Yaoundé/Douala que ces proportions sont les plus faibles (5 % pour les femmes et 3 % pour les hommes).

C'est dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord que l'on enregistre les proportions les plus élevées d'enquêtés sans aucun niveau d'instruction. Enfin, les résultats selon le quintile de bien-être montrent que les proportions de femmes et d'hommes n'ayant aucun niveau d'instruction diminuent de manière importante des ménages les plus pauvres aux plus riches (EDS-MICS 2011).

2.4.2. Religion

Les principales religions pratiquées au Cameroun sont : le Christianisme (70%), l'Islam (20,9%) et l'Animisme (5,6%) (INS, 2011)⁸ . On note une prolifération de nouvelles églises dites de réveil dont certains leaders et adeptes ont une certaine appréhension sur les services de santé y compris la vaccination. L'ampleur de ce phénomène et son implication sur les services de santé et de vaccination doit être documenté.

2.4.3. Cultures et Traditions

Le Cameroun présente une grande diversité culturelle avec plus de 230 groupes ethniques et deux langues officielles (l'Anglais et le Français). Cependant, l'efficacité des mesures de promotion des pratiques modernes de santé, dépend entre autres facteurs, de l'identification des comportements, des attitudes, des pesanteurs socioculturelles et le poids des traditions.

⁶ Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2015

⁷ Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'Etat pour l'exercice 2015

⁸ INS, 2011. Etat et structure de la population : Indicateurs démographiques.

Malgré les efforts du Gouvernement et de ses partenaires à promouvoir la santé infantile et maternelle, quelques facteurs socioculturels demeurent des barrières au changement de comportement des populations cibles. Concernant la perception de la vaccination dans l'ensemble, 95,5% des répondants y sont favorables. Mais dans les régions septentrionales, certains parents sont encore réticents.

2.4.4. Équité en Santé

Le gouvernement mène des actions visant à améliorer l'accessibilité aux soins pour toutes les couches des populations sans exclusivité. Malgré ces efforts, des disparités subsistent quant à l'accessibilité aux soins de qualité notamment pour les populations vulnérables. Ces disparités sont d'ordre économique, géographique et socioculturel :

- **Disparité économique**

Près de 60% des Camerounais n'arrivent pas à faire face à leurs dépenses de santé (PNDS, 2011-2015). Les soins publics bénéficient davantage au plus aisés: 14,5% de parts du public pour le quintile le plus pauvre en 2007 ; 25% pour le quintile le plus riche. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait les 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres (PETS2 2010).

- **Disparité géographique**

L'analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle l'existence de deux groupes de régions :

- Un premier groupe (Centre, Extrême-Nord, Littoral, Ouest, Nord-ouest et Sud-ouest) le mieux servi avec une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible
- Un deuxième groupe (Adamaoua, Est, Nord et Sud) moins servi, caractérisé par un ratio population/formation sanitaire élevé et une densité faible.

Par ailleurs on note une disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, la vaccination complète est plus assurée en milieu urbain (63 %) qu'en milieu rural (46 %) et varie énormément d'une région à l'autre (RASS 2012).

- **Disparité socioculturelle**

Certains groupes de populations, à l'exemple des Pygmées et des nomades, n'ont pas toujours accès aux services de santé à cause de leurs croyances, perceptions et modes de vie.

2.4.5. Approche genre

L'implication équitable du genre est prise en compte dans tous les aspects de la vie sociale (DSCE). Dans cette perspective le gouvernement entend poursuivre la sensibilisation des parents et de la communauté, notamment dans les zones rurales, afin de permettre à la jeune fille et au jeune garçon de bénéficier des mêmes conditions d'accès aux services sociaux de base y compris la vaccination. Cependant, il n'existe pas de disparité spécifique liée au genre pour l'offre de service de vaccination au Cameroun (EDS-MICS 2011).

2.4.6. Les populations spéciales

Ce sont des populations pour qui des stratégies de vaccinations spécifiques doivent être développées. Au Cameroun dans le contexte actuel elles peuvent être subdivisées en 2 :

- **les populations marginales,**

Suivant le décret No 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, on distingue deux grands groupes des populations dites marginales au Cameroun :

- les Pygmées et les Mbororos qualifiés d'autochtones ou indigènes.
- les populations des criques et des îles, les pêcheurs, les montagnards et les populations transfrontalières.

Les Mbororos, estimés à environ 60 000, se retrouvent beaucoup plus dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. Une des particularités de cette population est leur transhumance. Les Pygmées, estimées à 40 000 âmes, se trouvent dans les zones forestières des régions de l'Est et du Sud généralement sous forme de campements. Les peuples montagnards se recrutent essentiellement dans la région de l'Extrême Nord.

Les populations des zones insulaires constituent également une particularité. Elles se recrutent dans plusieurs DS notamment des zones côtières (Littoral, Sud et Sud-ouest) et même à l'intérieur du pays autour des étendues d'eaux ou des grands fleuves (Lac Tchad, Lagdo, Sanaga, etc). Ces populations sont constituées le plus souvent des pêcheurs dont la mobilité est fonction des saisons de pêche.

- **les réfugiés**

En raison de l'instabilité qui trouble la région, le Cameroun offre actuellement l'hospitalité à plus de 291 000 réfugiés et demandeurs d'asile provenant de pays limitrophes et principalement de la République Centrafricaine (RCA), du Nigéria et du Tchad. Ces populations se retrouvent majoritairement (77%) dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord (UNHCR, Cameroun 2014).

2.5. Situation Humanitaire et Sécuritaire

Le Cameroun fait face à certains risques humanitaires caractérisés au 30 octobre 2014 par les éléments suivants⁹ :

- 7 millions d'habitants à risque d'épidémies ;
- 291 000 réfugiés et 20 000 déplacés recensés principalement dans les régions de l'Est (52%), de l'Adamaoua (24%) et du Nord (2%). Le reste des déplacés se retrouvent répartis dans les sept autres régions (UNHCH Cameroun, Novembre 2014)
- 1,8 millions d'habitants en situation d'insécurité alimentaire ;
- 63 000 cas de malnutrition sévère et 150 000 cas de malnutrition modérée chez les enfants.

Cette situation est due à trois principaux facteurs :

- La récurrence des catastrophes naturelles (inondations, sécheresse, invasion de criquets pèlerins), couplée à une flambée des prix sur les marchés, qui cause une situation de vulnérabilité dans plusieurs ménages et communautés ;
- Les conflits au Nord du Nigeria et en République Centrafricaine qui entraîne la survenue de nombreux réfugiés sur le sol Camerounais, ainsi que de déplacés internes ;

- Le faible taux de couverture en certains services sociaux de base tels que l'accès à l'eau potable et aux services de santé dans certaines régions du pays qui occasionnent la survenue de maladies hydriques et de la malnutrition.⁹

Par ailleurs la situation de conflits et de terrorisme dans le nord du Nigeria et en RCA a des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les régions de l'Extrême Nord et de l'Est, entravant l'offre de services sociaux de base.

2.6. Environnement communicationnel

Le paysage médiatique est varié et en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Cette richesse du réseau informationnel constitue un facteur favorable à la promotion à grande échelle des activités de vaccination au Cameroun. On y retrouve 04 principaux sous-secteurs : audio, audiovisuel, écrit, et cybernétique.

Concernant l'exposition des responsables des personnes en charge des enfants aux medias, une enquête nationale menée en 2013 a révélé qu'au moins une fois par semaine, 50,9% ne suivent aucun media (MINSANTÉ, 2013)¹⁰ ; 11,3% lisent au moins un journal; 42,3% regardent la télévision et 24,2% écoutent la radio.

En matière de **télécommunications**, le Cameroun a un taux de pénétration de 71,4% pour la téléphonie mobile et de 1,5% pour l'accès à la connexion internet. On note une grande disparité entre les zones urbaines et rurales (ANTIC, 2011). On note également une influence grandissante des réseaux sociaux.

Les acteurs de la société civile, à l'instar des ORC, OBC, structures de dialogue et autres associations, mènent une Communication de proximité pour la santé qui occupe de plus en plus une place importante dans la vaccination.

Hormis les plans stratégiques élaborés par programme (PEV, VIH/SIDA, TB, Paludisme, etc), il n'existe pas une stratégie globale de communication pour la santé au Cameroun. Aussi, dans sa stratégie opérationnelle de communication, le Ministère de la Santé Publique dispose de plusieurs outils à savoir : une cellule de communication, des sites web consacrés, une flotte à coût zéro constituée de 1900 téléphones et 13 appareils de téléconférence, et un partenariat avec les sociétés de téléphonie mobile pour la sensibilisation des populations sur des sujets de santé. En dehors du MINSANTE, d'autres départements ministériels contribuent au renforcement du système de communication en faveur de la santé.

3. Analyse du secteur santé

3.1. Engagements du gouvernement

Dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le Cameroun a souscrit à plusieurs engagements parmi lesquels : (i) la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) 1994, (ii) l'adoption du concept de la santé de la

⁹ Ibid.

¹⁰ MINSANTE, 2013. Enquête Post Campagne sur l'utilisation de Moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action. Rapport Principal. Pg 36.

reproduction en 1999, (iii) l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, (iii) La charte africaine sur les droits de l'homme relatifs aux droits de la femme et de l'enfant (protocole de Maputo) 2006, (iv) la Campagne pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique (CARMMA) en 2010, (v) le plan d'action mondial du Secrétaire Général des Nations Unies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant en 2011, (vi) le renouvellement de l'engagement en faveur de la survie de l'enfant (Une Promesse Renouvelée) en 2012.

3.2. Documentation et politique nationales de la santé

1°) Le Cameroun dispose d'une **Loi cadre sur la santé** promulguée en 1996. Elle fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé. Cette dernière s'appuie, entre autres principes, sur :

- L'accessibilité universelle aux soins essentiels et de qualité
- La protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes et les enfants
- La promotion de l'utilisation des médicaments essentiels accessibles et de qualité dans toutes les formations sanitaires

2°) Le développement global du Cameroun est soutenu par la **Vision du Cameroun à l'horizon 2035** qui décrit le Cameroun comme: «un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité», dont l'une des aspirations est l'accès de tous aux services sociaux de base de qualité. Sur la plan social et du développement humain, les objectifs de la vision sont :

- Réduire la mortalité générale ;
- Suivre en particulier le problème de la mortalité maternelle pour la ramener à moins de 200 décès pour 100000 naissances vivantes contre 782 actuellement ;
- Réduire le risque de décès chez les enfants à travers le relèvement de la couverture vaccinale complète de 75 à 95%, la couverture de tous les DS en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ;
- Renforcer l'éducation et la formation des ressources humaines dans le domaine de la santé.

3°) Le **Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi 2010 - 2019 (DSCE)** est l'outil de planification de la première étape qui devra canaliser l'action vers l'atteinte des objectifs identifiés. Le DSCE s'exécute au travers des stratégies sectorielles et des Plans Pluriannuels ministériels qui en sont des déclinaisons successives.

4°) Le Ministère de la Santé Publique dispose d'une **Stratégie sectorielle de la santé (SSS) pour la période 2001 - 2010**. Elle a été révisée en 2009 et portée à l'horizon 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit d'un cadre stratégique, qui fixe les grandes orientations de l'action de tous les acteurs du secteur santé et en décline les principales modalités de mise en œuvre. Les principaux objectifs de cette SSS sont :

- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

La SSS se définit en 4 domaines d'intervention dont celui consacré à la Santé de la Mère, de l'enfant et de l'adolescent. L'un des résultats attendus de ce domaine

d'intervention était qu'à l'horizon 2015, l'offre des soins et services d'immunisation soit améliorée avec une couverture vaccinale (DTC3, VAR, VPO3, BCG) d'au moins 92%. La présente SSS arrivée à échéance est en cours d'évaluation et de révision.

5°) Le **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 - 2015** a été élaboré pour la mise en œuvre de la SSS. Il est l'outil de référence pour toute intervention dans le secteur santé du Cameroun. Le PNDS est un outil de facilitation de l'élaboration du **Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CDMT)** du secteur santé et de sa Matrice d'Actions Prioritaires. Elle pourra permettre de savoir ce qui est dépensé pour chaque domaine d'intervention de la Stratégie sectorielle, voire pour chaque type d'intervention. Le PNDS est la source principale pour l'élaboration du budget programme, du Plan d'Actions Prioritaires (PAP), de la Feuille de Route annuelle ainsi que des Plans de Travail Annuels (PTA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6°) Le **Plan Pluri Annuel Complet du PEV (PPAC) 2011-2015** était le deuxième du genre dans le Programme Elargi de Vaccination du Cameroun. Il a été élaboré en alignement avec tous ces documents stratégiques de la santé, pour répondre aux problèmes et défis de la vaccination, en se référant sur la Vision et Stratégie de la vaccination (GIVS 2006 - 2015) élaborée par l'OMS et l'UNICEF.

7°) Pour l'atteinte des objectifs du programme plusieurs documents de planification spécifique ont été élaborés et mis en œuvre :

- Plans stratégiques d'élimination de la mortalité maternelle et infantile
- Plan d'élimination du tétanos néonatal
- Plan stratégique de communication en faveur de la vaccination
- Plan stratégique de la santé de reproduction
- Plan d'élimination de la rougeole
- etc

3.3. Le système de santé

3.3.1. Organisation du système de santé

Au Cameroun le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux :

- Le niveau périphérique ou opérationnel compte en 2014, 189 districts de santé subdivisés en 1766 aires de santé.
- Le niveau intermédiaire avec ses 10 Délégations Régionales de la Santé Publique, appuient les districts de santé dans la mise en œuvre de la politique de santé.
- Le niveau central ou stratégique, qui élabore les stratégies de la politique en matière de santé, supervise leur exécution et gère le système public de santé.

Le système national de santé s'articule en trois sous-secteurs : public, privé (lucratif et non lucratif) et de la médecine traditionnelle. Le sous-secteur de la médecine traditionnelle est en plein développement institutionnel et juridique. L'offre de service est dominée par les sous-secteurs publics avec 56% des structures sanitaires et 66 % des ressources humaines en santé. Le sous-secteur privé confessionnel quant à lui représente 14% des structures sanitaires et 19% des ressources humaines en santé¹¹.

¹¹ Rapport du recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun. 2011

3.3.2. Les Intervenants dans le secteur santé

La mise en œuvre de la politique nationale de santé publique interpelle plusieurs intervenants, l'Etat, les collectivités territoriales décentralisées, les ménages et les communautés.

- (a) L'État intervient comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, Communication, Agriculture, etc.) ;
- (b) Les collectivités territoriales décentralisées (régions et communes) sont responsables de la gestion et de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire communaux au niveau local. Depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 Juillet 2004, ces collectivités disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et leur implication dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé.

- (c) Les acteurs communautaires. A ce jour, l'ampleur de la contribution des acteurs communautaires à l'offre de soins et de services de santé au niveau primaire n'est pas documentée. Cependant, leur présence est visible et incontournable à travers tout le système de santé. En matière de promotion de la vaccination, le système communautaire est marqué par l'implication de la Plateforme pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC) qui regroupe 33 OSC focales dans l'ensemble des 10 régions et environ 222 associations à base communautaire. Sous l'impulsion de la subvention du RSS reprogrammé, 145 OBC de district sont engagées dans la promotion de la vaccination dont le paquet d'activités consiste à organiser des visites de sensibilisation et collecte d'information auprès des tradithérapeutes ; sensibiliser des associations sur la vaccination de routine, la recherche des perdus de vue et la surveillance des maladies; organiser des visites de plaidoyer auprès des leaders traditionnels et religieux en faveur de la vaccination et des conversations communautaire sur la vaccination. A cela il faut ajouter 1346 associations dans les aires de santé qui ont été formés pour délivrer les messages de promotion de la vaccination.

Afin de renforcer la qualité des interventions des acteurs communautaires et leur permettre également de constituer un système de santé communautaire solide, le Ministère de la Santé Publique à clarifier leur statut et le cadre formel de collaboration avec le secteur public à travers la Stratégie de Partenariat du Secteur Santé.

- (d) Les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun. L'offre des soins de santé du secteur privé se fait par le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif.
- (e) Les partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun. Ceux-ci appuient le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. La non-optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées et l'insuffisance de la coordination des actions des partenaires sont quelques défis à relever.

3.4. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies infectieuses ou transmissibles qui représentaient 56% du poids de la morbidité globale en 2010, contre 36% pour les maladies non-transmissibles et 8% pour les accidents et traumatismes (GBD, 2010).¹² Chez les enfants de moins de cinq ans, le facies épidémiologique est essentiellement constitué des maladies infectieuses selon l'OMS (2010)¹³, avec une forte mortalité due au Paludisme (18%), à la pneumonie (18%), et à la diarrhée (16%).

Cependant, on observe une réduction globale du poids des maladies infectieuses depuis le début des années 2000. De manière spécifique, on pourrait citer la réduction du taux d'incidence et de prévalence des infections à VIH et du Paludisme (GBD, 2010 ; EDS-MICS, 2011 ; PNLP, 2014). Cette réduction de la morbidité globale pourrait être attribuable au renforcement du dispositif social en général et sanitaire en particulier à travers la mise en œuvre du Plan Stratégique de Réduction de la Pauvreté 2001-2010 dont l'une des principales articulations était la SSS 2001-2010. A ce titre, les programmes de lutte contre les principales maladies ont été renforcés, avec un accent particulier sur les maladies évitables par la vaccination, l'épidémie à VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

L'afflux massif de réfugiés dans les régions de l'Est, de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua expose le pays à des risques sanitaires. On peut citer la résurgence en 2013 de maladies évitables par la vaccination telles que la Poliomyélite, la Fièvre Jaune et la Rougeole, plaçant le pays en situation d'urgence sanitaire.¹⁴ Entre Octobre 2013 et Juillet 2014, 09 cas de PVS ont été notifiés chez des enfants âgés de 8 mois à 7 ans.¹⁵ La surveillance au cas par cas de la fièvre jaune depuis janvier 2013 a permis de confirmer 09 cas dont 1 décès sur les 1 554 cas suspects enregistrés dans les régions du Littoral, du Centre, de l'Ouest, du Sud-Ouest, de l'Est et de l'Extrême-Nord.¹⁶ En 2013, 182 cas de Rougeole ont été confirmés sur 1 043 cas suspects prélevés dans 80,1% des districts de santé.¹⁷ Par ailleurs, il a été observé une flambée des cas d'hépatite dans la région du Nord Cameroun, et une recrudescence des cas de paludisme dans la Région de l'Extrême-Nord¹⁸.

La situation sanitaire dans le pays est d'autant plus fragilisée par la réapparition du Choléra et l'état d'alerte engendrée par la maladie à virus Ébola. L'épidémie de choléra qui sévit au Cameroun depuis Avril 2014 a fait plus de 3 020 cas et 177 décès. Environ 85% des cas de choléra ont été enregistrés dans la région de l'Extrême-Nord Cameroun, avec une recrudescence des cas à la frontière avec le Nigeria, dans la ville de Maroua et en bordure du lac Tchad. La région de l'Est a enregistré son premier cas de choléra le 01 Novembre 2014 dans le camp de réfugiés de Gado à la frontière avec la RCA. Le 06 Novembre 2014, 14 cas et 0 décès de cholera ont été enregistrés dans deux sites de réfugiés. Les personnes infectées étaient des réfugiés centrafricains et plus précisément des nomades foubés. L'épidémie s'étend également au camp de Garoua Boulai (13 cas) et celui de Timangolo (1 cas)¹⁹.

Aucun cas suspect de la maladie à virus Ebola n'a été déclaré au Cameroun. Mais le pays est en état d'alerte car les risques d'importations de cette épidémie au Cameroun sont

¹² Global Burden of Diseases, 2010.

¹³ OMS, 2010. Cameroun: Fiche d'information des statistiques sanitaires.

¹⁴ Faty Ndiaye, .Sume G, .Nimpa M. Bulletin sur les épidémies au Cameroun en 2013. Bulletin No1. Nov 2013

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ UN Children Fund, Cholera outbreak in the West and Central Africa : Regional Update, 2014

réels puisque l'épidémie qui sévit en République de Guinée depuis mars 2014 s'est étendue au Libéria, à la Sierra Léone et depuis le 25 Juillet, au Nigeria voisin où deux décès ont été enregistrés. La surveillance a été renforcée dans tous les postes de santé aux frontières, dans les aéroports et ports.²⁰

3.5. Financement de la santé

3.5.1. Collecte des dépenses en santé

Les dépenses totales en santé au Cameroun représentaient 4% du PIB en 2011 et étaient supportées essentiellement par les ménages (52,2%), le budget de l'état (32,9%) et les fonds des bailleurs (14,4%); les contributions des employeurs ne représentant que 0,5%. Le volume de ces dépenses totales en santé était de FCFA 503 984 766 906 avec près de 93% de dépenses courantes et 7% de dépenses en capital (CNS, 2011)²¹.

Tableau 2 : Evolution du budget de l'Etat affecté au MINSANTÉ (en milliards de FCFA)

Années	2011	2012	2013	2014
Budget de l'Etat	2 571	2 800	3733,65	3 312
Budget du MINSANTÉ	151,810	151,42	164,747	165,870
Pourcentage	5,9	5,4	4,41	5

Source : Loi de finance 2011, 2012, 2013.

Une analyse du budget alloué au ministère de la Santé montre qu'il a baissé, passant de 5,9 à 4,41% de l'enveloppe nationale entre 2011 et 2013²². En l'absence des données sur les budgets santé des secteurs apparentés de prestataires de soins, il est difficile d'apprécier le taux réel des ressources allouées par l'Etat au secteur santé. Toutefois, il convient d'affirmer que le Cameroun est encore très éloigné de la Déclaration d'Abuja qui préconise que 15% du budget national soit alloué au secteur de la santé.

Le Cameroun a bénéficié de financements innovants de la santé suite aux nombreuses initiatives internationales visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Il s'agit des financements de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation (Global Alliance for Vaccines and Immunisation ou GAVI), du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, de la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination, de l'UNITAID, etc. Par ailleurs, l'allègement de la dette du Cameroun à travers les mécanismes de l'initiative PPTE a apporté des ressources additionnelles au secteur santé (C2D, PPTE, IADM). Par ailleurs, l'approche sectorielle de santé (SWAp) lancé officiellement le 17 juin 2010, qui a cédé place au concept de Programme Conjoint, apparaît comme un instrument clé de mobilisation et d'optimisation de l'utilisation des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé.

Le processus de décentralisation pourrait offrir de nouvelles opportunités de financement du secteur santé à travers les possibilités de financement sur fonds propres des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), la mobilisation des ressources locales et le transfert des compétences.

²⁰ OMS, Octobre 2014. Feuille de route pour la riposte au virus Ebola, Rapport de situation.

²¹ MINSANTE, 2011. Comptes Nationaux de Santé.

²²Source : Loi de finance 2011 et 2013

3.5.2. Allocation des dépenses

L'allocation de ces ressources a été orientée majoritairement vers la consommation des biens médicaux (43%), la gouvernance et l'administration des systèmes de santé (33%), les soins curatifs (15%); les soins préventifs ne représentant que 3% (CNS, 2011). Les programmes de vaccination ont été financés à concurrence de 1,3% (CNS, 2011).

Pour optimiser les performances, le Cameroun a opté pour la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). A cet effet, le Gouvernement a promulgué en 2007 une loi portant Nouveau Régime Financier de l'Etat qui est entrée en vigueur le 1^{er} Janvier 2013²³. Cette loi qui prône l'approche de Planification par le « Budget Programme » a été implémentée dans tous les secteurs y compris celui de la santé. En plus l'approche du financement basé sur la performance (FBP) est en phase pilote dans certains districts de santé de 4 régions du pays et les résultats sont prometteurs; notamment en matière de couverture, d'utilisation, de qualité des soins et de suivi /évaluation dans les formations sanitaires (Njoumemei & Fadimatou, 2013)²⁴.

Par ailleurs, il est à noter que dans le budget alloué au MINSANTÉ, les dépenses de fonctionnement pour la période 2011 à 2013 représentent en moyenne 53,7% de l'enveloppe globale (contre 71% pour la période 2006-2010); 46,3% du budget étant consacré à l'investissement. L'allocation des ressources, longtemps non rationalisée en l'absence d'un outil d'arbitrage approprié, s'est améliorée avec l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour la santé.

Cette répartition tient compte du fait que dans le système de comptabilité nationale, les médicaments et les dispositifs médicaux (vaccins, ARV, moustiquaires compris) sont codifiés en ressources de fonctionnement.

3.5.3. La gestion du risque maladie

Les soins de santé font majoritairement l'objet d'un paiement direct par les ménages (52,2%). Les mécanismes de paiement anticipés restent embryonnaires (mutuelles de santé, assurance maladie, carte magnétique, etc). Concernant le régime d'assurance maladie volontaire, il ne représente que 1,2% tandis que le régime de financement des ONG est de 1,8% et celui des entreprises 0,3% (CNS, 2011). Ceci expose de manière significative les populations aux dépenses catastrophiques de santé.

3.6. Évolution des OMD et quelques indicateurs de santé

Dès l'année 2000, le Cameroun s'est engagé à atteindre les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015. Trois de ces objectifs concernent directement la santé à savoir réduire la mortalité infanto-juvénile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

En vue d'atteindre ces objectifs, le Gouvernement Camerounais a pris des engagements au niveau national et international, notamment le Protocole de Maputo en 2006, l'initiative de la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) en 2009, « the Global Strategy for Women's and Children's Health » en 2010, the « Global plan for the elimination of new HIV infections among children and keeping mothers alive » en 2011, une promesse renouvelée pour la survie de l'enfant en juin 2012 et le mouvement « Scaling Up Nutrition » en 2013. Ces engagements visent entre

²³ Loi N 2007/007 du 26 décembre 2007 portant Régime Financier de l'Etat (Cameroun, 2007)

²⁴ Njoumemei, Z., Fadimatou, A., 2013. Financement basé sur la performance pour le suivi évaluation du système de santé au Cameroun. *African Evaluation Journal* 1(1), Art #22, 11 pages.

autres à améliorer la situation de la femme, de l'enfant et des couches vulnérables en assurant le droit à la santé en général et en particulier le droit en matière de santé de la reproduction, le droit à la sécurité alimentaire, la protection contre des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé, telles que les mutilations génitales féminines, et à relever le défi de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile.

Les stratégies mises en œuvre au cours des dernières années ont des effets positifs sur certains indicateurs sanitaires : Le taux de mortalité infantile est passé de 80,5‰ à 62‰, tandis que la prévalence du VIH/SIDA a régressé de 5,5 à 4,5%. Toutefois, le secteur de la santé est appelé à gérer les défis en permanence. La mortalité maternelle reste encore élevée (782 décès pour 100 000 naissances vivantes).

Tableau 3 : Evolution de quelques indicateurs de santé publique

#	Objectifs	Cibles/Indicateurs	2001 (ECAM2)	2007 (ECAM3)	2011 (DHS)	Régions les moins performantes en 2007
1	Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	Pauvreté Extrême	40,2%	39,9%	NA	Nord (62,7%), Extrême-Nord (65,9%), Adamaoua (52,9%)
		Taux de malnutrition modérée et sévère chez les moins de 5 ans	22,0%	24,5%	33%	Nord (50,3%), Extrême-Nord (47,4%), Adamaoua (24,6%)
2	Education primaire	Achèvement du cycle primaire	59,1%	71,5%	78,5%	
		Taux de scolarisation	82,3%	83,1%	81,8%	Nord (46,9%), Extrême-Nord (41,3%), Adamaoua (57,3%)
3	Égalité des sexes	Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire	0,94	0,95	0,9	Nord(0,86), Extrême-Nord(0,76), Adamaoua(0,64)
4	Santé des enfants	Mortalité infantile chez les moins de 5 ans pour 1000 (1998-2004)	146,3	144	122	Nord(202,9), Extrême-Nord(202,9), Adamaoua(202,9)
		Taux de mortalité infantile pour 1000 (1998-2006)	80,5	79,8	62	Nord(103,2), Extrême-Nord(103,2), Nord(103,2)
		Taux de vaccination contre la rougeole (2004-2006)	64,8%	78,8%	70,6%	Extrême-Nord (55,3%), Est (73,0%), Adamaoua (74,2%)
5	Santé Maternelle	Accouchements assistés (2004-06)	61,8%	58,9%	63,6%	Extrême-Nord (19,4%), Est (27,5%), Nord (29,3%)
		Taux de mortalité maternelle pour 100,000 (1998-2004)	430	669	782	NA
6	Contrôle des maladies	Prévalence du VIH		5,5%	4,5%	Femmes (6,8%), Hommes (4,1%)
		Prévalence du Paludisme chez les moins de 5 ans	40%	15%	30%	
7	Environnement	Accès à l'eau potable	40,6%	51%	71%	Extrême-Nord (29,4%), Est (19,6%), Nord (23,1%)
		Accès à un assainissement amélioré	44,7%	31,7%	68,6%	Extrême-Nord (5,3%), Est (13,7%), Nord (6,0%)
		Amélioration du logement	22,7%	25,5%	15,3%	Sud (10,8%), Centre (10,0%), Littoral (5,5%)

Source: Health Sector Strategy and Economic Development in Cameroon: History, Challenges and Perspectives.

Le tableau ci-dessus montre une évolution de quelques indicateurs sanitaires mais des efforts restent à faire au niveau de l'état nutritionnel des enfants et des facteurs associés à la mortalité maternelle.

3.7. *Priorités gouvernementales en matière de santé*

La vision partagée du développement du Cameroun est celle de devenir **un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité** à l'horizon 2035. Elle se décline en plusieurs objectifs notamment :

- réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ;
- devenir un pays à revenu intermédiaire ;
- atteindre le stade de Nouveau Pays Industrialisé ;
- renforcer l'unité nationale et consolider le processus démocratique.

Cette vision inclut un phasage correspondant à des étapes de planification décennale. La première étape est centrée sur l'accélération de la croissance, la création d'emplois décents et la réduction de la pauvreté. Quatre (4) objectifs plus spécifiquement sont poursuivis, à savoir :

- porter la croissance annuelle à environ 5,5% en moyenne dans la période 2010-2020 ;
- ramener le sous-emploi de 75,8% à moins de 50% en 2020 avec la création de dizaines de milliers d'emplois décents par an dans les dix (10) prochaines années ;
- ramener le taux de pauvreté monétaire de 39,9% en 2007 à 28,7% en 2020 ;
- réaliser à l'horizon 2020, l'ensemble des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Pour réaliser les objectifs susmentionnés, le gouvernement a adopté une triple stratégie cohérente et intégrée à savoir : une stratégie de croissance, une stratégie d'emploi et une stratégie d'amélioration de la gouvernance et de la gestion stratégique de l'Etat, rassemblées dans le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

Afin de mettre en œuvre ses objectifs, les engagements du Ministère de la Santé Publique se déclinent à travers les cinq objectifs stratégiques en cohérence avec le DSCE, définis dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) pour la période allant de 2001 à 2015. Il s'agit notamment de :

- réduire de 3/4 la mortalité maternelle ;
- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- amener 80% des 181 Districts de Santé existants à atteindre la phase de consolidation ;
- amener 100% des structures des niveaux régional et central à jouer respectivement leurs rôles d'appui technique, stratégique et d'orientation recours.

Ces objectifs restent d'actualité bien que la nouvelle Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 soit en cours d'évaluation et de révision. Le PPAC 2015-2019, dont l'évaluation à mi-parcours est prévue entre 2017 et 2018, s'arrimera aux objectifs de la nouvelle SSS.

D'après la nomenclature du « Budget Programme », la vaccination est une Action du Programme « Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ». Les activités de vaccination contribuent à l'atteinte du 4^{ème} Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD-04) qui

consiste à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 par rapport au taux de 1990.

3.8. Contexte National de la vaccination au Cameroun

3.8.1. Offre de Service

(a) Infrastructures et équipement

Les équipements du PEV se composent d'équipement de conservation des vaccins, équipements de transport des vaccins, matériels roulant, générateurs électriques et équipements pour la destruction des déchets biomédicaux. La chaîne de froid est constituée de 91% de réfrigérateurs et 8% de congélateurs. Les équipements de conservation des vaccins se composent de 2734 réfrigérateurs, 252 congélateurs et 22 chambres froides d'après l'inventaire des équipements de la chaîne du froid et de la logistique du Cameroun mené en Juillet 2014. Cet inventaire a montré que 2180 équipements de conservation de vaccins sont alimentés par électricité, 121 au pétrole et 634 fonctionnent au butane, 10 équipements fonctionnent à l'énergie solaire et 56 réfrigérateurs enregistrés n'ont pas de renseignement sur la source d'énergie utilisée.

Au niveau des dépôts régionaux du PEV, les équipements de conservation des vaccins sont répartis en 9 Chambres froides, 42 Congélateurs et 56 Réfrigérateurs. Au niveau des districts sanitaires, l'inventaire a révélé 561 équipements de conservation de vaccins dont 390 réfrigérateurs et 171 congélateurs. Parmi les 390 réfrigérateurs, 54 sont de marques non homologuées.

La couverture des besoins en matériels roulant au niveau opérationnel est en moyenne de 36% pour les besoins en moto au niveau des aires de santé, 54% pour ceux en véhicules au niveau des districts de santé et de 40% pour ceux en hors bords (PTA –PEV, 2014).

(b) Paquet de services offerts et modalités d'offre des services

Les interventions offertes dans le cadre du PEV au Cameroun sont essentiellement des activités de prévention des maladies évitables par la vaccination : Poliomyélite, Rougeole, Fièvre Jaune, Tétanos, Tuberculose, diarrhée à Rotavirus, pneumonie Pneumococque/Haemophilus, hépatite virale B, Diphtérie, Coqueluche. À ce titre, les populations sont atteintes à travers diverses modalités d'offre de services, il s'agit des activités vaccinales de routine qui se déroulent en poste fixe et en stratégies avancées/mobiles et des activités vaccinales supplémentaires qui comprennent les campagnes de vaccinations locales ou nationales, Dans un souci d'intégration des activités de santé maternelle et infantile, le paquet de service offerts par le PEV inclut l'administration de la vitamine A et le déparasitage des enfants. Par ailleurs, de nouveaux services sont progressivement introduits dans le PEV. À cet effet, l'antigène RR (Rougeole/Rubéole) est en phase pilote.

(c) Qualité, utilité et accessibilité des services offerts

Le taux d'accessibilité des services de vaccination était de 95% en 2013 (Penta1) et le taux d'utilisation de 88%(Penta3), soit un taux d'abandon spécifique de 7%. Les régions les moins accessibles étant le Nord-Ouest (75%), le Littoral (80%), le Centre (87%) et le Sud-Ouest (88%) ; 9 régions sur 10 ayant une couverture supérieure à 80%. Par ailleurs on note que 78% de districts de santé fonctionnels ont eu une couverture en Penta 3 >80%.

(d) Ressources humaines

Le PEV compte 101 personnels travaillant à temps plein dont 41 au niveau du Groupe Technique Central et 60 dans les Unités Régionales PEV des 10 Délégations régionales de la Santé Publique. Dans les 181 districts de santé fonctionnels et les formations sanitaires qui vaccinent, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. Ce personnel est composé de Médecins, Cadres administratifs, Techniciens Supérieurs de la Santé, Infirmiers, Agents, Secrétaires et Chauffeurs. Concernant la formation des personnels impliqués dans le PEV au niveau opérationnel seul 16% ont reçu au moins une formation sur le PEV (PTA-PEV, 2014).

Des mesures incitatives pour la motivation du personnel ont été partiellement prises. A titre d'exemple l'amélioration des conditions de travail (construction de l'immeuble abritant les bureaux du PEV, acquisition du matériel roulant, connexion interne) à tous les niveaux de la pyramide et la signature par le Ministre de la Santé Publique d'une Décision accordant une prime spéciale au personnel en service au PEV. Par ailleurs il existe d'autres formes de motivation telles que les distinctions honorifiques et les promotions professionnelles. Si la description des postes est claire et précise au niveau central (texte organique du GTC-PEV), elle est inexistante dans les unités PEV déconcentrées.

3.8.2. Financement du PEV**(a) Financement des activités**

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Pluriannuel 2011-2015, le PEV a engagé, avec l'appui de Sabin Vaccine Institute une réflexion pour la mise sur pied d'une législation sur la vaccination avec création d'un Fonds de soutien à la Santé pour le financement durable de la vaccination. Ce projet de loi qui sera soumis à la représentation nationale cette année pourra connaître son aboutissement dans un avenir très proche.

(b) Évolution du financement

Dans la stratégie sectorielle de santé 2011-2015 réactualisée, le PEV est l'une des interventions prioritaires du domaine santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant. Le budget alloué pour le financement de ses activités a connu une augmentation constante de 2011 à 2013 aussi bien de la part de l'État que des partenaires comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Contribution du Gouvernement au financement du programme de 2011 à 2013

Année Budget MINSANTE	Affectée au MINISANTE	Ressources de l'Etat affectées au PEV
2011	151 810 000 000	1 482 541 985
2012	151 420 000 000	1 691 859 893
2013	162 448 000 000	2 190 960 477

Source : Budget MINSANTE 2011, 2012, 2013

L'augmentation progressive de la contribution de l'Etat au financement du PEV pendant la période 2011 à 2013 peut s'expliquer d'une part par le plaidoyer mené par les dirigeants du PEV auprès des décideurs politiques sur l'importance de la vaccination dans le processus de développement, et d'autre part la prise en compte de la vaccination comme investissement dans le budget de l'Etat.

Dans l'ensemble, le budget du PEV de 2011 à 2013 a connu une amélioration. Cependant, il est à noter que le financement du PEV demeure dépendant des partenaires

malgré les efforts consentis par l'Etat pour le relèvement de sa contribution. Cette situation remet au goût du jour la nécessité de créer un Fonds de soutien à la Santé en vue de permettre au PEV d'assurer une autonomie financière afin d'atteindre et de maintenir ses objectifs de couverture vaccinale. D'après les projections du PIB et de l'évolution de la population à la lumière du DSCE, le Cameroun atteindra un PIB par habitant de l'ordre de 1 500 dollars en 2019. Par conséquent, le pays ne pourra plus être éligible à ce financement d'ici 2019, Conformément aux nouvelles dispositions de soutien de GAVI qui fixe le plafond de l'éligibilité à un PIB de 1500 dollars par habitant.

(c) Vaccins et Intrants

Depuis 2002, le PEV a connu une nette avancée vers l'initiative de «l'Indépendance Vaccinale». Dans ce cadre, le Gouvernement a créé dès 2001-2002 une ligne budgétaire consacrée exclusivement à l'achat des vaccins, des consommables et à la maîtrise des procédures d'acquisition de ces vaccins. Tous les vaccins sont approvisionnés au pays par le canal de l'UNICEF. Les vaccins et consommables du PEV sont réceptionnés au niveau central par le GTC-PEV. Ils sont ensuite redistribués trimestriellement au niveau régional, et mensuellement au niveau des districts et des centres de santé. Le taux de couverture des besoins par région était de 92% en 2013 pour le Penta et le taux de perte pour le même antigène était de 7% pour la même année.

3.8.3. Information sanitaire et Recherche opérationnelle

La qualité des données s'est améliorée au niveau opérationnel. Toutefois, il existe de nombreuses discordances de couverture entre les antigènes administrés simultanément. En effet en se référant au rapport final de l'Auto Évaluation de la qualité des données de vaccination (DQS) dans le cadre de la revue externe du PEV menée en 2013, la qualité du rapportage varie d'une structure à l'autre et d'un antigène à un autre. Au niveau du centre de santé, les facteurs de vérification variait de 30% à 252% en 2013. Seul 21% des districts de santé avait rapporté avec exactitude toutes leurs données. Concernant la recherche opérationnelle en matière de vaccination, le PEV Cameroun a participé à des ateliers de renforcement des capacités en la matière, et participe aux travaux de recherche initiés par les Facultés de médecine de Yaoundé et de Douala.

3.8.4. Leadership et gouvernance

Au niveau du Ministère de la Santé, sous la tutelle de la Direction de la Santé Familiale, il existe une Sous-direction qui a en charge la coordination des activités de vaccination qu'elle partage avec le Groupe Technique Central du Programme Elargi de Vaccination (GTC-PEV).

Le GTC-PEV assure la gestion quotidienne du Programme Elargi de vaccination. Il est constitué d'un Secrétariat permanent et de cinq (5) Sections, et dispose d'un organigramme avec des postes bien décrits. Le GTC-PEV est appuyé dans la coordination du programme par le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA). Les 10 Délégations régionales de la Santé Publique disposent des Unités Régionales PEV. Au niveau des districts sanitaires et des aires de santé, les activités du PEV sont couvertes par les Bureaux de Santé et les Formations sanitaires.

Le PEV dispose d'un PPAC 2011-2015 qui est en cours d'actualisation et prendra en compte les nouvelles orientations du GVAP. Il dispose également d'un PTA 2014. En 2013 80% des délégations régionales, 69% des districts de santé et 56% des centres de santé avaient un plan d'action budgétisé dont la mise en œuvre n'était pas satisfaisante. Le taux de réalisation des supervisions était de moins de 50% à tous les niveaux et 2 réunions de monitoring et évaluation du PEV ont été tenues en 2013.

4. Analyse de la situation du PEV

Le PEV compte 117 personnels travaillant à temps plein dont 44 au niveau du groupe technique central et 73 dans les Unités Régionales PEV des 10 Délégations régionales de la Santé Publique. Dans les 189 districts de santé fonctionnels et les formations sanitaires qui vaccinent, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. Ce personnel est composé de Médecins, Cadres et Agents Contractuels, Décisionnaires, Techniciens Supérieurs de la Santé et Infirmiers.

La gestion des ressources humaines connaît des améliorations continues. Des mesures incitatives pour la motivation du personnel sont mises en œuvre. D'autres formes de motivation telles que distinctions honorifiques, promotions professionnelles pour la reconnaissance du mérite du personnel sont appliquées.

Néanmoins, on note une insuffisance quantitative et qualitative du personnel au niveau opérationnel. En 2013, une Revue externe du PEV a été réalisée. Elle a fourni des éléments de base pour la prochaine programmation des activités du PEV.

L'analyse situationnelle du PEV s'articulera autour des composantes d'appui et des opérations du système de vaccination.

4.1. Financement des activités du Programme

Les sources de financement du PEV sont:

- Le budget de l'Etat (sous forme de crédits alloués aux trois niveaux de la pyramide sanitaire);
- Les fonds d'appui apportés par les partenaires: GAVI, OMS, UNICEF, Plan Cameroon, HKI (Hellen Keler International), AFD (Agence Française de développement), GIZ (Coopération Allemande), Fondation internationale pour la Croix Rouge (FICR), Sabin Vaccine Institute (SVI) ;
- Les fonds locaux, parfois sous forme de dons en nature.

La principale stratégie de financement durable de la vaccination est l'élaboration d'un avant-projet de Loi qui vise la création d'un Fonds de soutien à la Santé avec un guichet pour la vaccination, ceci avec l'appui de Sabin Vaccine Institute. Cet avant-projet de Loi est coordonné par un comité interministériel.

4.1.1. Contribution de l'Etat au financement du PEV

Dans la stratégie sectorielle de santé 2001-2015 réactualisée, le PEV est l'une des interventions prioritaires du domaine santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant. Le budget alloué pour le financement de ses activités a connu une augmentation constante aussi bien de la part de l'Etat que des partenaires comme l'indique les tableaux ci-dessous.

Tableau 5: Contribution du Gouvernement au financement du programme de 2011 à 2013(en FCFA)

Année	Budget MINSANTE	Ressources de l'Etat affectées au PEV	Pourcentage (%)
2011	151 810 000 000	1 482 541 985	0,9
2012	151 420 000 000	1 691 859 893	1,1
2013	162 448 000 000	2 190 960 477	1,3

Source: Rapports financiers PEV et Lois de finance 2011, 2012, 2013

L'augmentation progressive de la contribution de l'Etat au financement du PEV pendant la période de 2011 à 2013 peut s'expliquer par le plaidoyer mené par les dirigeants du PEV avec l'appui du Parlement auprès des décideurs politiques sur l'importance de la vaccination dans le processus de développement. Cependant, pour que cette augmentation soit conséquente, il est souhaitable que **la vaccination soit prise en compte comme un investissement dans le budget de l'Etat.**

4.1.2. Contribution des partenaires au financement du PEV

Tableau 6: Financement des partenaires du programme de 2011 à 2013 (en F CFA)

Année	OMS	UNICEF	GAVI/SSV	SVI	HKI	Plan	FICR	Total
2011	795 629 600	877 695 683	9 461 960 440	7 534 112	90 716 250	2 000 000	0	11 235 536 085
2012	902 071 540	2 068 521 832	12 141 088 965	11 275 278	153 661 350	0	39 629 500	15 316 248 465
2013	2 161 422 438	2 151 485 895	8 879 168 490	0	91 239 000	0	0	15 474 276 300

Source : Rapports financiers PEV 2011 à 2013

On observe une augmentation progressive du financement de la vaccination par les partenaires. Il est passé de 11 235 536 085 FCFA en 2011 à 15 474 276 300 F CFA en 2013.

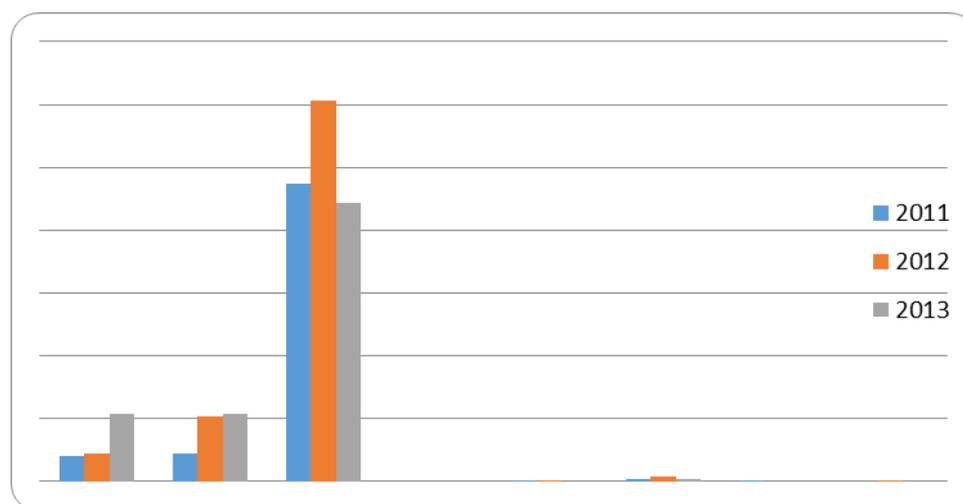


Figure 1: Financement des partenaires du programme de 2011 à 2013

On note l'appui substantiel de GAVI pour l'achat des nouveaux vaccins et la mise en oeuvre des campagnes de vaccination.

Tableau 7: Financement total du PEV de 2011 à 2013(en FCFA)

Etat	5 365 362 355
Partenaires	42 026 060 850
Total	47 391 423 205

Source: Rapports financiers PEV 2011, 2012, 2013

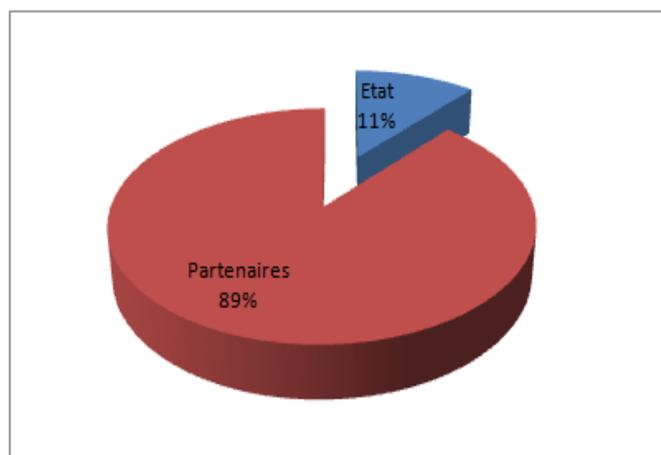


Figure 2: Contribution Etat - Partenaires dans le financement du PEV de 2011 à 2013

Dans l'ensemble, le budget du PEV de 2011 à 2013 a connu une amélioration. Cependant, les activités du PEV sont en majorité financées par les partenaires malgré les efforts consentis par l'Etat pour le relèvement de sa contribution. Cette situation souligne la nécessité de créer un Fonds de soutien à la Santé avec un guichet pour la vaccination, en vue de permettre au PEV d'assurer une autonomie financière pour atteindre et maintenir ses objectifs de couverture vaccinale.

D'après les projections du PIB et de l'évolution de la population à la lumière du DSCE, le Cameroun atteindra un PIB par habitant de l'ordre de 1500 dollars en 2019.

Par conséquent, il ne pourra plus être éligible à ce financement d'ici 2019, conformément aux nouvelles dispositions de soutien de GAVI qui fixe le plafond du PIB par habitant à 1500 dollars.

4.1.3. Evolution du financement de l'achat des vaccins par le gouvernement

L'achat des vaccins est effectué concomitamment par GAVI et le Gouvernement sous forme de co-financement. Les ressources prévues dans le budget de l'Etat sont mobilisables pour l'achat des vaccins à travers l'UNICEF.

La quote part de l'Etat a connu une augmentation passant de \$ US 1 832 000 en 2011 à \$ US 2 790 614,75 en 2012 et \$ US 1 834 971 en 2013. Ce financement concernait essentiellement les onze (11) antigènes couverts par le programme (BCG, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, VAR, VAA, Hépatite B, VPO, Hib, PCV 13, Rota virus).

En vue de rendre la gestion des ressources financières plus transparente, aux niveaux central et régional, le logiciel TOMPRO a été acquis en 2010. Les gestionnaires comptables du niveau intermédiaire ont été désignés et formés sur l'utilisation de cet outil.

4.1.4. Financement de la demande de la vaccination

Il existe plusieurs mécanismes de financement de la demande au Cameroun (PBF, mutuelle santé, chèque santé). Ces mécanismes innovants pour améliorer l'utilisation des services ne font pas encore de la vaccination une priorité.

4.2. Gestion du Programme

4.2.1. Législation et réglementation

Dans le cadre législatif et réglementaire, trois des six fonctions de l'Agence Nationale de Réglementation (ANR) sont mises en œuvre :

- l'autorisation de mise sur le marché et l'homologation,
- la surveillance post commerciale y compris la pharmacovigilance ;

- la mise en circulation des lots.

4.2.2. Coordination

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, le PEV est piloté par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) présidé par le Ministre de la Santé Publique. Ce comité est l'organe de concertation, d'orientation et de prise de décisions stratégiques en matière de vaccination. C'est aussi le cadre de coordination et de mobilisation des ressources pour les activités du PEV. Le CCIA tient des réunions trimestrielles ordinaires régulières et extraordinaires en cas de nécessité. Les procès-verbaux de ces réunions sont archivés au niveau du GTC-PEV qui assure le secrétariat. On note une insuffisance des mécanismes de pilotage technique (CCIA technique) et de gestion scientifique du PEV (GTCV). Sous la tutelle de la Direction de la Santé Familiale, le Groupe Technique Central du Programme Elargi de Vaccination (GTC-PEV) est l'organe exécutif du Programme Elargi de vaccination. Il est dirigé par un Secrétaire Permanent, assisté d'un Adjoint. Il dispose d'un organigramme avec une description des postes.

Au niveau régional, des mécanismes de coordination et de concertation entre les partenaires (CCIA régionaux) ne sont pas mis en place. Les équipes techniques des districts et centres de santé sont assistées dans la coordination respectivement par des Comités de Santé de Districts (COSADI) dont 65 % sont fonctionnels et par des Comités de Santé d'Aires (COSA) dont 75 % sont opérationnels.

4.2.3. Planification

La loi cadre sur la santé qui date de 1996 et qui mériterait d'être révisée, tient lieu de document de Politique Nationale. La Politique Nationale de Santé est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2015) issu de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2001-2015.

Depuis 2008 on assiste avec l'avènement du SWAp, à une planification intégrée stratégique sous le nom de : « Plan de Développement Sanitaire du District de Santé (PDS) (2008-2012) ». Cette planification stratégique s'est faite de bas en haut et intègre tous les volets de la santé ainsi que les interventions prioritaires comme le PEV. Le PDS se décline en Plan de Travail Annuel (PTA). Les plans d'activités 2012 et 2013, de même que les Plans de riposte contre les épidémies sont disponibles au niveau du GTC-PEV. Mais les microplans de la vaccination de routine, bien que disponibles dans la quasi-totalité des districts de santé, n'ont pas été suivis dans la mise en œuvre au cours des deux dernières années.

4.2.4. Suivi et supervision

Les performances de la vaccination et la surveillance sont régulièrement suivies au niveau central, régional (80%) et district (96%) tandis qu'au niveau des centres de santé, ce suivi est faible. L'évaluation de la qualité des données a mis en exergue la faible promptitude et complétude, et les déficiences au niveau des composantes « monitoring et supervision ». Au cours des trois dernières années, une seule mission de supervision formative intégrée PEV a été menée par an du niveau central vers les délégations régionales. De 2011 à 2013, les activités de supervision des régions vers les districts et des districts vers les aires de santé ont été faiblement menées et n'ont pas été documentées. Parmi les contraintes, on relève l'insuffisance de financement.

4.3. Renforcement des capacités

Entre 2011 et 2013, le PEV ne disposait pas d'un plan de formation désagrégé par niveau de la pyramide sanitaire. Toutefois, des formations ont été réalisées dans tous les domaines de la gestion du programme : les prestations de service, la surveillance

épidémiologique, la communication, la gestion des vaccins, la qualité des données et la gestion financière.

Bien qu'une amélioration des performances du PEV ait été observée, il est difficile de lier cette performance aux activités de formation.

4.4. Prestation de services

La stratégie préconisée pour atteindre tous les enfants est l'approche « Atteindre Chaque District (ACD) », dont le démarrage de la mise en œuvre a eu lieu en 2002 dans 14 Districts de Santé puis dans 23 Districts en 2003 et depuis 2005, il y'a eu une extension à tous les Districts de Santé.

Les activités de vaccination de routine sont en principe conduites dans toutes les formations sanitaires du pays.

Les stratégies de prestation de service sont :

- la stratégie de vaccination en poste fixe (supérieur à 50 % de la cible à vacciner) ;
- la stratégie de vaccination en poste avancée (20-50% de la cible selon les régions) ;
- la stratégie de vaccination mobile (inférieur à 5% de la cible à vacciner).

4.4.1. Vaccination en stratégie fixe

De la vaccination en stratégie fixe, on note que plusieurs formations sanitaires ne vaccinent pas au quotidien. A ce sujet, le Ministre de la Santé publique a eu à signer une note de service en 2010 rappelant cette vaccination au quotidien tenant compte de la politique du flacon entamé.

4.4.2. Vaccination en stratégies avancée et mobile

D'après les rapports de supervision, 50% de formations sanitaires ne mènent pas des stratégies avancées. Le taux d'exécution de celles programmées est de 70%. Quant à la stratégie mobile, elle n'est pratiquée que lors des sessions de rattrapage ou des campagnes de vaccination.

Ces stratégies sont souvent faiblement mises en œuvre du fait de la non ou mauvaise planification, l'absence d'implication de la communauté et/ou l'insuffisance des ressources (financières, humaines, logistique).

4.4.3. Stratégie de vaccination supplémentaire

Elle est mise en œuvre dans les zones à haut risque (faibles couvertures vaccinales ou épidémies) sous formes d'activités de rattrapage ou de campagnes de masse.

Les Semaines d'Actions de Santé et Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM), offrent un paquet intégré d'interventions 2 fois par an depuis 2008 pour améliorer la survie de la mère et de l'enfant. Généralement, ce paquet est toujours composé d'une supplémentation en vitamine A et du déparasitage des enfants de moins de 5 ans, et parfois de la mesure de l'état nutritionnel des enfants par le périmètre brachial (dans les zones à forte prévalence de malnutrition aiguë globale), de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des campagnes de vaccination contre la Polio ou rougeole, du traitement préventif intermittent contre le paludisme chez les femmes enceintes et du rattrapage des enfants de 0 à 11 mois pour tous les antigènes.

NB : Les enfants âgés entre 12 et 59 mois non vaccinés ou n'ayant pas complété leur calendrier vaccinal reçoivent gratuitement les vaccins du PEV de routine dans les formations sanitaires dans le cadre de la PCIME.

4.4.4. Couvertures vaccinales

Tableau 8: Couvertures vaccinales administratives de 2011 à 2013

Antigène	Année 2011	Objectifs (%)	Année 2012	Objectifs (%)	Année 2013	Objectifs (%)
BCG	80,31	86	81,49	88	82,14	90
Polio 3	80,29	88	84,96	90	87,97	90
Penta 3	82,19	88	85,19	90	88,59	90
Fièvre Jaune	75,38	83	80,07	85	82,78	87
Rougeole	76,01	83	81,76	85	83,17	87
Vat 2+	76,29	84	72,6	86	76,03	88
Pneumo 3	69,57	80	83,57	80	87,98	84

Sources : JRF 2011, 2012, 2013

Les couvertures vaccinales administratives en Penta 3, Polio3, VAR, VAT2+ au niveau national montrent une évolution progressive, avec une couverture en Penta 3 passant de 82,19% en 2011 à 88,59% en 2013. Mais en dehors du Pnemo3 en 2012 et en 2013 aucun objectif n'est atteint pour les autres antigènes.

4.4.4.1. Demande de la vaccination

Le taux de recrutement est satisfaisant, passant de 89,78 % en 2011 à 95,10% en 2013. De même, il y a une bonne utilisation des services de vaccination qui se traduit par un taux d'abandon spécifique de 8,89% en 2011 à 6,32% en 2013.

4.4.4.2. Équité de la vaccination

Elle est monitorée par la proportion de DS qui ont une couverture vaccinale en Penta 3 $\geq 80\%$ (équité géographique) et l'écart entre le quintile de population économiquement riche et celui des populations économiquement pauvres. Cet écart devrait être $\leq 30\%$ selon les enquêtes de couverture vaccinale.

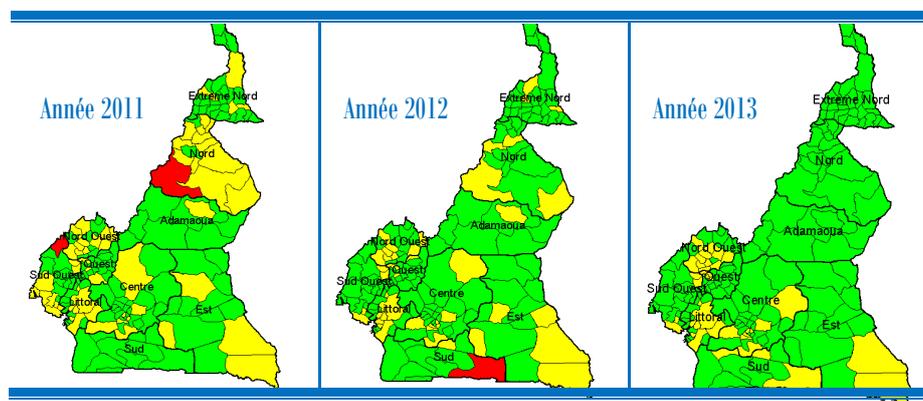


Figure 3: Évolution de la catégorisation de la couverture vaccinale de l'année 2011 à 2013

Légende

Catégories	2011		2012		2013	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CV Penta3 < 50%	2	1,12	1	0,55	0	0
50% \geq CV Penta 3 < 80%	59	33	45	24,9	39	21,55
CV Penta 3 \geq 80%	118	65,9	135	74,6	142	78,45

La proportion de districts de santé avec couverture en DTP3 $\geq 80\%$ est passée de 54,1% en 2011 à 77,35% en 2013, mais l'objectif de 80% n'a pas été atteint. Les doses des vaccins administrés en stratégies avancées ou en stratégies fixes ne ressortent pas de manière segmentées dans les outils d'analyse des données.

La faiblesse de l'équité des services de vaccination se fait remarquer par un taux faible de 32,3 % d'enfants complètement vaccinés parmi les familles les plus pauvres contre 70,3% d'enfants complètement vaccinés dans les familles les plus riches (EDS-MICS 2011).

Il ressort des résultats de la dernière Revue externe du PEV de 2013 que les niveaux des couvertures vaccinales de plusieurs antigènes dans 5/10 régions n'offrent pas des garanties suffisantes pour le contrôle des maladies depuis au moins trois ans. Aussi, les populations à problème pour la vaccination ne sont pas bien connues et les stratégies pour leur couverture ne sont pas développées. La cartographie et le dénombrement de ces populations difficiles d'accès et marginalisées sont en cours de réalisation.

Les couvertures vaccinales sont régulièrement suivies dans 96,15% des districts de santé à l'aide de graphiques mais leur mise à jour n'est pas régulière.

Dans plus de 50% des formations sanitaires, la vaccination des enfants se fait en moyenne une fois par mois. Aussi, les activités de vaccination de routine sont souvent interrompues dans plus de 25 % des formations sanitaires pendant une durée maximale d'un mois lors des activités vaccinales supplémentaires.

4.4.5. Introduction de nouveaux vaccins

Le calendrier d'introduction des nouveaux vaccins du dernier PPAC a été respecté. Ainsi, le pays a introduit en 2011 le vaccin contre les infections à pneumocoques et le vaccin conjugué contre la méningite à Méningocoque A (MenAfrivac) sous forme de campagne dans quatre régions prioritaires, et en 2014 celui contre les diarrhées à Rotavirus et contre le Papillomavirus humain sous forme de démonstration dans deux districts pilotes (Edéa et Foumban).

En outre, le pays se propose d'introduire les nouveaux vaccins selon le chronogramme ci-dessous :

- 2015 : Vaccin Polio Inactivé (VPI), et vaccin combiné Rougeole-Rubéole;
- 2016 : Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) dans tous les districts de santé, et vaccin antitétanique combiné à la diphtérie (Td);
- 2017 : Vaccin conjugué contre la Méningite à Méningocoque A (MenAfrivac);
- 2019 : Vaccin contre l'hépatite virale B (Hep B 0) à la naissance.

4.5. Approvisionnement et qualité des vaccins

4.5.1. Transport / mobilité

Le transport des vaccins et matériel d'injection vers les régions se fait par voie terrestre et par axe. Ces axes sont les suivants :

Axe 1 : Yaoundé-Douala-Buea desservant les dépôts régionaux du Littoral et du Sud-Ouest;

Axe 2 : Yaoundé-Bafoussam-Bamenda pour les dépôts régionaux de l'Ouest et du Nord-Ouest ;

Axe 3 : Yaoundé - Ebolowa pour les dépôts régionaux du Centre et du Sud ;

Axe 4 : Yaoundé-Bertoua qui permet de ravitailler le dépôt régional de l'Est ;

Axe 5 : Yaoundé-N'Gaoundéré-Garoua-Maroua pour livrer respectivement les dépôts régionaux de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord.

Il est à noter que les quatre premiers axes se font exclusivement par camion. En ce qui concerne l'axe 5, le PEV sollicite les services d'un prestataire.

L'État a acquis en 2012, un camion fourgon pour le transport des vaccins et du matériel d'injection. Le Cameroun ne dispose pas de camion ou de voiture frigorifique pour ce transport.

4.5.2. Approvisionnement et qualité des vaccins

Selon le mémorandum d'entente signé en août 2009, le Ministère de la Santé Publique achète les vaccins par le canal de l'UNICEF. Les vaccins traditionnels sont achetés en totalité par l'Etat, tandis que les nouveaux vaccins et les vaccins sous-utilisés sont cofinancés avec GAVI. On note cependant un retard dans la mise à disposition de la contribution de l'État.

Le programme reçoit annuellement deux approvisionnements en vaccins traditionnels et quatre pour chaque nouveau vaccin. Dans le cadre du dédouanement des vaccins et du matériel d'injection, le PEV obtient chaque année auprès du Ministère des Finances l'exonération des frais de douane.

Les opérations d'enlèvement et de transport sont confiées à un transitaire. Le rythme d'approvisionnement des régions est trimestriel. Les districts s'approvisionnent mensuellement au niveau régional tandis que les aires de santé le font au niveau du district à la même fréquence. Cependant, le rythme d'approvisionnement des districts et des aires de santé n'est pas toujours respecté. Cela nécessite la mise en place d'un système d'approvisionnement des districts par la région.

4.5.3. Estimation des besoins en vaccins

L'estimation des besoins annuels utilise la méthode basée sur la population cible. Le personnel à tous les niveaux a été formé à l'utilisation de cette méthode. Cependant, on observe encore des faiblesses dans ce domaine, notamment au niveau des aires de santé, le personnel nouvellement affecté ou recruté n'étant pas suffisamment formé. Le PEV se propose d'y remédier par la formation des prestataires de service.

4.5.4. Libération des lots

Considérant la réglementation du Cameroun en matière de médicament, tout produit entrant dans le pays doit être soumis à une libération des lots avant la mise en circulation. Ceci se fait également pour le PEV par une commission composée de quatre membres dont deux (02) de la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DMPL), et deux (02) du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments.

Le Cameroun dispose d'une Autorité Nationale de Réglementation (ANR) dont les fonctions sont réparties au sein de plusieurs structures coordonnées par la DMPL. La DROS s'occupe de la recherche opérationnelle, la DPML de l'homologation, de la libération des lots et des MAPI et le LANACOME de l'analyse. Seulement trois sur six fonctions sont mises en œuvre, à savoir : l'autorisation de mise sur le marché et l'homologation, la surveillance post commerciale y compris la surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI), la mise en circulation des lots. Un Plan de Développement Institutionnel (PDI) de l'ANR avait été élaboré et couvrait la période allant de 2009 à 2012. Les principales faiblesses de l'ANR sont : une absence de base légale, une absence de directives et procédures pour la surveillance des MAPI et une absence de réalisation des tests sur les vaccins.

4.5.5. Gestion des vaccins

La gestion des stocks est faite aux niveaux central et régional grâce à l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) mis au point par l'OMS et sur des registres manuels. Le niveau

district par contre utilise le District Vaccine Data Management Tool (DVDMT), et de façon manuelle avec les différents registres de gestion de vaccin et de stock.

Une évaluation de la gestion efficace des vaccins (EGEV) a été effectuée en août 2013 et d'après ses résultats, aucun des 9 critères n'a atteint le score de 80% exigé. En ce qui concerne les catégories, seules celles relatives aux « Bâtiments » et « Capacité de stockage » ont atteint respectivement **81%** et **85%**. Le critère « distribution » a enregistré un score moyen national de 59%. D'autres problèmes ont été relevés tels que, l'absence d'un plan de contingence écrit décrivant clairement la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid (dans l'entrepôt et durant le transport), la non disponibilité des indicateurs de congélation durant le transport des vaccins sensibles au gel. Le tableau ci-dessous présente une synthèse des résultats par critère et par niveau des évaluations GEV de 2010 et 2013:

Tableau 9: Résultats de l'évaluation de la GEV par niveau et par critère 2010 et 2013

NIVEAUX	Performance des critères par année									
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
NIVEAU CENTRAL	2010	78%	65%	83%	68%	61%	81%	64%	87%	60%
	2013	47%	31%	61%	60%	64%	80%	32%	68%	52%
			E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
NIVEAU REGIONAL	2010		66%	69%	65%	59%	66%	42%	75%	97%
	2013		59%	75%	62%	57%	68%	50%	77%	84%
			E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
NIVEAU DISTRICTS	2010		71%	72%	56%	54%	57%	48%	69%	63%
	2013		82%	74%	76%	54%	59%	57%	68%	83%
			E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
POINT DE PRESTATION	2010		68%	80%	66%	48%	41%	64%	77%	
	2013		74%	81%	77%	54%	45%	63%	66%	72%
			E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
MOYENNE NATIONAL	2010									
	2013	47%	74%	78%	74%	54%	53%	59%	68%	77%

Critère E1: Procédures de réception des vaccins

Critère E2: Contrôle de la température

Critère E3: Capacité de stockage et de transport

Critère E4: Bâtiments, matériel et transport

Critère E5: Maintenance des bâtiments, des équipements et des véhicules

Critère E6: Gestion des stocks

Critère E7: Distribution

Critère E8: Gestion des vaccins

Critère E9: Systèmes d'information et fonctions de gestion

Cette évaluation a été assortie de la priorisation des problèmes et des recommandations qui devraient permettre au pays d'améliorer les écarts constatés selon un plan de résolution élaboré.

4.5.6. Monitoring de l'utilisation des vaccins

Le suivi de l'utilisation des vaccins est mis en place à tous les niveaux depuis 2004. La collecte des données se fait par le Rapport Mensuel d'Activités (RMA). La synthèse et l'analyse des données sont également faites à tous les niveaux, allant de l'aire de santé

jusqu'au niveau central. Le tableau ci-dessous illustre le suivi des taux de pertes en vaccin au niveau district entre 2011 et 2013.

Tableau 10: Évolution de taux de perte en vaccins de 2011 à 2013

Année	BCG	Penta	VPO	VAR	VAA	VAT	Pneumo
2011	29	4	5	26	24	8	0
2012	29	6	10	34	25	11	4
2013	29	7	10	25	23	11	4

Source : JRF 2011, 2012, 2013

On note une augmentation progressive du nombre de districts qui renseignent sur l'utilisation des vaccins entre 2011 et 2013. Cette amélioration correspond à la période d'utilisation effective du DVDMT au niveau des districts de santé. Des efforts sont à fournir pour que toutes les formations sanitaires qui vaccinent renseignent mensuellement sur les pertes en vaccins et dès lors la situation réelle sera connue (ruptures en vaccins et intrants).

4.5.7. Sécurité de la vaccination

Un document de stratégie nationale sur la sécurité des injections a été élaboré en 2002. Ce document qui nécessite une mise à jour donne des directives dans les domaines suivants :

- L'utilisation systématique d'une seringue autobloquante pour chaque injection,
- La collecte des seringues et aiguilles usagées dans les boîtes de sécurité.

La dernière revue externe du PEV montre que les directives pour la sécurité des injections sont disponibles dans 9 sur 10 unités régionales du PEV.

Lors des distributions des vaccins, le principe de Bundling (distribution groupée dose de vaccin/seringue autobloquante, flacon de vaccin lyophilisé/seringue de dilution/diluant) est respecté à chaque niveau.

4.6. Logistique et chaîne du froid

La chaîne d'approvisionnement des vaccins part du niveau central jusqu'aux formations sanitaires. Elle comprend :

- 01 magasin central,
- 10 dépôts régionaux correspondant aux 10 régions administratives,
- 189 services santé de district,
- 1 766 aires de santé.

Le tableau ci-dessous montre les types d'équipements utilisés ainsi que la durée de conservation du vaccin par niveau.

Tableau 11: Infrastructures par Niveau et intervalle de conservation des vaccins

Niveau	Type d'équipement	Durée de conservation du vaccin
Central	Chambres froides et congélateurs	Six mois
Régional	Chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs	Trois mois
District	Réfrigérateurs et congélateurs	Un mois
Formation sanitaire	Réfrigérateurs avec freezer	Un mois

Source : Procédures et normes de gestion des vaccins

4.6.1. Bâtiments

Le patrimoine en infrastructure consiste en un bâtiment abritant le GTC-PEV situé à Yaoundé et 10 magasins régionaux. Au niveau opérationnel, le service de vaccination est logé dans les formations sanitaires. Le GTC-PEV ne dispose pas d'un magasin pouvant regrouper les chambres froides et les intrants secs, ce qui constitue un handicap pour leur sécurisation.

Selon le rapport de l'évaluation de la gestion des vaccins effectué en août 2013, le critère « bâtiments » a obtenu un score national de 81%.

4.6.2. Chaîne du froid

1. Niveau central

De 2011 à 2013, la mise en œuvre du plan de réhabilitation de la chaîne du froid a permis l'amélioration du taux de couverture des besoins en équipements conformes aux normes OMS/UNICEF.

Le dépôt central dispose d'une capacité brute de stockage en positif de 38 473 litres, et en négatif de 9 300 litres.

Le calendrier de livraison des expéditions internationales retenu est le suivant:

- BCG, VAR et VAT : 2 livraisons annuelles, soit une période de livraison de 6 mois,
- VPO, VAA et PCV13 : 3 livraisons annuelles, soit une période de livraison de 4 mois,
- Penta : 4 livraisons annuelles, soit une période de livraison de 3 mois,

Un stock de réserve équivalent à 3 mois de consommation est fixé pour chaque vaccin en routine.

Le tableau ci-dessous présente les besoins en capacité de stockage positive (litre) pour la conservation des vaccins du PEV de routine niveau central.

Tableau 12: Capacité et coûts (pour stockage positif) au niveau central

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif (en l)	76 457	83 837	127 809	134 135	138 812	153 168
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	38 473	38 473	38 473	38 473	38 473	38 473
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	1,99	2,18	3,32	3,49	3,61	3,98
D	Nombre annuel d'expéditions	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	245	3 445	25 432	28 595	30 933	38 111
F	Estimation du coût de l'expansion	\$0	\$246 943	\$185 207	\$0	\$0	\$1 114

Tableau 13: Capacité et coûts (pour stockage positif) au niveau central

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	6 590	6 754	3 433	3 557	3 685	0
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	9 300	9 300	9 300	9 300	9 300	9 300
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	0,71	0,73	0,37	0,38	0,40	0,00
D	Nombre annuel d'expéditions	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	6 005	5 923	7 584	7 522	7 457	9 300
F	Estimation du coût de l'expansion	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Avec l'introduction de nouveaux vaccins en l'occurrence le VPI et le RR en 2015 les besoins en espace de stockage positif se font sentir, on estime ce besoin à 160m³ pour un cout de \$246 943 en 2015 et 120 m³ en 2016 pour un coût de \$185 207. Ceci couvrira les besoins jusqu'en 2019 avec l'introduction de la dose de naissance du vaccin hépatite B.

2. Niveau régional

Tableau 14: Capacité et coûts (pour stockage positif) au niveau régional

		Adamaou a	Centre	Est	Extème- Nord	Littoral	NORD	Nord- Ouest	Ouest	SUD	Sud- Ouest
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	8 023	27 698	6 058	27242	22 552	16 499	13 774	13 623	5 299	10 597
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	120	5 188	3 038	7 988	2 968	5 457	228	4 968	5 715	308
C	nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	66,86	5,34	1,99	3,41	7,60	3,02	60,41	2,74	0,93	34,40
D	Nombre annuel d'expéditions	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	2554,329053	4 045	-1 019	1 093	4 549	43	4 363	-427	-3 949	3 224
F	Estimation du coût de l'expansion	\$54 286	\$61 736	\$0	\$6 308	\$54 286	#DIV/0!	\$54 286	\$0	\$0	\$54 286

Ce tableau illustre les besoins en volume de stockage positif additionnel par région ainsi que leurs coûts, en tenant compte de l'introduction de nouveaux vaccins, de l'accroissement de la population et du volume positif existant dans chaque région. Il en résulte que seules 3 régions ont une bonne capacité de stockage en positive entre 2014-2018. Il s'agit de l'Est, l'Ouest et le Sud.

Tableau N° 18: Capacité et coûts (pour stockage négatif) au niveau régional

	Formules	Adamaoua	Centre	Est	Extême-Nord	Littoral	NORD	Nord-Ouest	Ouest	SUD	Sud-Ouest
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif <i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3) #	792	5 392	792	264	3 056	6 184	1 584	792	264	792
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid A/B	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
D	Nombre annuel d'expéditions <i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant) en litre $((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	-792	-5 392	-792	-264	-3 056	-6 184	-1 584	-792	-264	-792
F	Estimation du coût de l'expansion US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

D'ici 2019, toutes les Régions ont une bonne capacité de stockage en négatif.

3. Niveau Service Santé de District (DS) et Aires de santé

Les résultats de l'inventaire de 2013 ont montré que sur une période de 5 ans, 1286 équipements de la chaîne du froid au niveau des districts et aires de santé auront dépassé 10 ans d'âge (norme sur la durée de vie des équipements de conservation de vaccins). Parmi les 1286 équipements à remplacer, l'étude a montré que 229 sont en arrêt pour panne (212 réfrigérateurs et 17 congélateurs).

Le tableau ci-dessous présente la répartition des équipements à remplacer par type et année.

Tableau 15: Répartition des équipements à remplacer entre 2014-2018

Type	Marque	Modèle	Nombre d'équipements par année par modèle					Total
			2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	
Réfrigérateur	Dometic	TCW3000	80	26	5	9	9	129
Réfrigérateur	Dometic	TCW2000AC	376	90	69	72	75	682
Réfrigérateur	Dometic	TCW2000 SDD	87	37	9	12	15	160
Réfrigérateur	Dometic	TCW40 SDD	95	30	33	21	21	200
Réfrigérateur	Dometic	TCW2043 SDD	40	12	21	25	8	106
Congélateur	Vestfrost	MF314	6	2		1		9

Un plan de réhabilitation a été élaboré et cible les équipements de moins de dix ans en panne et ceux de plus de dix ans, soit un total de 489 équipements. Le tableau ci-dessous présente le coût de cette réhabilitation par année de 2014 à 2018.

Tableau 16: Coût de réhabilitation des équipements des districts et aires de santé entre 2014-2018

Type	Marque	Modèle	Coût de remplacement par année par modèle					Total
			2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	
Réfrigérateur	Dometic	TCW3000	\$ 250 425	\$ 81 388	\$ 15 652	\$ 28 173	\$ 28 173	\$ 403 810
Réfrigérateur	Dometic	TCW2000AC	\$ 1 070 528	\$ 256 244	\$ 196 453	\$ 204 995	\$ 213 536	\$ 1 941 756
Réfrigérateur	Dometic	TCW2000 SDD	\$ 786 210	\$ 334 365	\$ 81 332	\$ 108 443	\$ 135 554	\$ 1 445 904
Réfrigérateur	Dometic	TCW40 SDD	\$ 567 378	\$ 179 172	\$ 197 089	\$ 125 420	\$ 125 420	\$ 1 194 480
Réfrigérateur	Dometic	TCW2043 SDD	\$ 392 364	\$ 117 709	\$ 205 991	\$ 245 228	\$ 78 473	\$ 1 039 765
Congélateur	Vestfrost	MF314	\$ 4 500	\$ 1 500	\$ -	\$ 750	\$ -	\$ 6 750
TOTAL			\$ 3 071 405,70	\$ 970 378,13	\$ 696 517,31	\$ 713 008,31	\$ 581 155,76	\$ 6 032 465,21

4.6.3. Maintenance des équipements

L'évaluation de la gestion efficace des vaccins de 2013 a attribué à ce critère un score de 54 contre 51 en 2010. Sur les 40 centres de santé visités seulement 7 ont réalisé un score satisfaisant dans ce critère. La moyenne faible enregistrée est due au fait que cinq centres de santé ont enregistré des scores de 0%. Il n'y a pas de plan de maintenance préventive ni pour les bâtiments, ni pour les équipements de chaîne du froid et de transport. Il a été recommandé d'élaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance préventive pour les équipements de la chaîne du froid, le matériel roulant et les bâtiments.

Tableau 17: coût de maintenance des équipements de la chaîne du froid.

Régions	Coût de maintenance (\$US) par Région					total 5 years
	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	
Adamaoua	\$ 8 167	\$ 9 364	\$ 11 322	\$ 13 131	\$ 14 324	\$ 56 308
Centre	\$ 41 473	\$ 48 774	\$ 59 456	\$ 73 481	\$ 78 207	\$ 301 390
Extrême Nord	\$ 33 629	\$ 46 449	\$ 56 400	\$ 58 100	\$ 63 532	\$ 258 110
Est	\$ 16 205	\$ 16 653	\$ 18 558	\$ 21 565	\$ 22 365	\$ 95 346
Littoral	\$ 20 589	\$ 21 667	\$ 23 871	\$ 25 797	\$ 29 661	\$ 121 585
Nord	\$ 16 476	\$ 20 782	\$ 22 824	\$ 24 389	\$ 29 068	\$ 113 538
Nord ouest	\$ 23 592	\$ 31 793	\$ 32 762	\$ 33 703	\$ 35 068	\$ 156 917
Ouest	\$ 19 274	\$ 20 644	\$ 21 251	\$ 23 430	\$ 24 665	\$ 109 264
Sud	\$ 10 844	\$ 11 696	\$ 12 180	\$ 14 484	\$ 15 644	\$ 64 849
Sud ouest	\$ 22 110	\$ 27 808	\$ 30 182	\$ 32 070	\$ 33 990	\$ 146 159
Total Pays	\$ 212 358	\$ 255 631	\$ 288 805	\$ 320 149	\$ 346 523	\$ 1 423 467

4.6.4. Élimination des déchets

La destruction des seringues et aiguilles usagées se fait au niveau district par incinération ou par brûlage et enfouissement des résidus dans les fosses à deux paliers. Dans la perspective de l'introduction des nouveaux vaccins, 80 incinérateurs ont été acquis et installés sur fonds C2D entre 2010 et 2012. Pour atteindre une couverture de 100% au niveau des districts, il faudra acquérir 109 autres au cours de la période 2015-2019.

4.7. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

La surveillance des maladies évitables par la vaccination se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies et riposte. Dix-neuf (19) maladies à potentiel épidémique sont sous surveillance dont 10 à notification immédiate ou au cas par cas, 07 à notification mensuelle et 02 à notification trimestrielle. Parmi les 10 maladies à notification hebdomadaire et à potentiel épidémique, 04 sont des maladies cibles du PEV, à savoir la Paralysie Flasque Aigue, la rougeole, la fièvre jaune et le tétanos néonatal. Il faut ajouter à ces dernières, les diarrhées à Rotavirus, les infections à Haemophilus influenzae type b et les infections à Pneumocoques qui font l'objet d'une surveillance sentinelle.

4.7.1. Surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA)

Initialement mise en œuvre par les niveaux central et régional, la surveillance des PFA a été décentralisée au niveau des districts de santé depuis 2004. Le Comité National de Certification (CNC), le Comité National d'Experts Polio(CNEP) et le Sous-comité de Confinement (SCC) du PVS au laboratoire, créés en 2001, sont tous fonctionnels et ont des rôles bien définis. La revue externe de la surveillance conduite en 2010 a relevé des insuffisances parmi lesquelles l'absence d'harmonisation des données de surveillance intégrée et celle des maladies cibles du PEV, les faibles taux d'investigation des épidémies dues aux maladies évitables par la vaccination et de réalisation des visites de sites.

Les résultats de la revue externe du PEV en 2013 montrent que, les activités de surveillance active sont assurées dans 78,85% des formations sanitaires visitées. Ces dernières disposent des supports des définitions des cas et des fiches d'investigation/notification des cas. Mais, 65,38% de formations sanitaires ne disposent pas de kits de prélèvements et transport d'échantillons. Aussi, on note une faible proportion des formations sanitaires (69,23%) qui disposent des mécanismes communautaires pour la surveillance des maladies.

Tableau 18: Indicateurs des performances de la surveillance des PFA au Cameroun entre 2011 et 2013

Année	PFA avec selles dans les 14 j	Taux de PFA NP annualisé	PVS confirmés
2011	83,4	2,4	0
2012	78,8	2,8	0
2013	79,2	4,1	4

L'objectif national en matière de détection (TPFA NPA \geq 3) a été atteint en 2013 avec une qualité des selles qui s'est détériorée au cours de la même période.

4.7.2. Le contrôle de la rougeole

L'incidence de la rougeole s'est accrue, passant de 1506 cas en 2011 à 1867 en 2013. Pendant la période on a noté une baisse de la létalité en 2013 par rapport aux

années précédentes (voir tableau ci-dessous). Chaque année, le pays a eu à faire face à des épidémies de rougeole avec un maximum de 72 en 2012. La proportion de district ayant conduit une riposte vaccinale est restée très faible.

Tableau 19: Evolution de *cas suspects* et décès liés à la rougeole de 2011 à 2013

2011		2012		2013	
Cas suspects	Décès	Cas suspects	Décès	Cas suspects	Décès
1506	21	1185	23	1867	18

Tableau 20: Indicateurs de performance de la surveillance rougeole de 2011 à 2013

Année	Taux de rash fébrile non rougeoleux	Cas suspects investigués	% districts ayant investigué au moins un cas
2011	2,5	1506	71,0
2012	2,8	1185	89,0
2013	5,7	1867	86,7

Dans le cadre de la performance de la surveillance de la rougeole, en 2012 et 2013, les 2 indicateurs principaux (pourcentage des DS ayant investigué au moins un cas et le taux de rash fébrile non rougeoleux) ont été atteints.

4.7.3. Le contrôle de la fièvre jaune

Les campagnes de vaccination de riposte contre la fièvre jaune ont aussi été organisées dans certains districts de santé.

Tableau 21: Indicateurs de performance de la surveillance fièvre jaune de 2011 à 2013

Année	Nombre de cas suspects investigués	Cas positifs	% districts ayant investigué au moins un cas
2011	1055	29	82,7
2012	1140	09	85,1
2013	2021	14	94,5

La proportion de district ayant investigué au moins un cas de fièvre jaune est restée supérieure à 80% de 2011 à 2013. Le nombre de cas confirmés est resté élevé : 29 en 2011 et 14 en 2013.

4.7.4. Elimination du tétanos maternel et néonatal

En 2012, le pays a atteint le seuil d'élimination du tétanos maternel et néonatal. Un plan pour maintenir le statut d'élimination a été validé. Le nombre de cas notifiés (MAPE) était de 93 en 2011, 105 en 2012 et 116 en 2013. Le nombre de district ayant franchi le seuil de 1 cas pour 1000 naissances vivantes était de 03 en 2013. Durant cette période, le nombre de cas investigués était de 31 en 2011, 22 en 2012 et 38 en 2013 soit une tendance à la sous investigation des cas par rapport aux cas notifiés (voir tableau ci-dessous).

Des actions de riposte autour des cas et dans les districts ayant franchi le seuil d'élimination ont été menées.

4.7.5. Surveillance des autres maladies évitables par la vaccination

La surveillance des diarrhées à Rotavirus et des méningites bactériennes pédiatriques est faite sur un (01) site sentinelle et trois (03) sites satellites au Cameroun.

Tableau 22: Bilan de la surveillance sentinelle des diarrhées à rotavirus et des méningites bactériennes pédiatriques de 2011 à 2013

Année	Diarrhées à rotavirus		Cas positifs de Méningites bactériennes pédiatriques		
	Cas suspects	Positifs	HiB	Streptococcus pneumoniae	Autres
2011	657	236 (40%)	02	17	11
2012	786	356 (45%)	03	14	06
2013	1119	482 (43%)	02	18	04

Le taux de positivité des diarrhées à Rotavirus est passé de 40% en 2011 à 43,07 en 2013. Tenant compte de l'introduction du vaccin contre la Méningite à Meningocoque A, la surveillance des méningites qui se fait dans la SIMR doit être renforcée.

Quant aux méningites bactériennes pédiatriques, le nombre de cas confirmés de méningite à *Haemophilus influenzae* type b est quasiment nul depuis l'introduction du vaccin en février 2009 dans le PEV de routine ; en 2012 et 2013, ce nombre était respectivement de 03 et 02. Pour les méningites à Pneumocoques, le nombre de cas est de 17 en 2011, 14 en 2012 et 18 en 2013. Les autres germes (entérobactéries) sont respectivement de 11 cas en 2011, 6 cas en 2012 et 04 cas en 2013

4.7.6. Gestion des données de surveillance et de vaccination

La gestion des données se fait par la collecte, l'encodage, le nettoyage et l'analyse des données pour action. Deux types de données sont reçus au niveau central : les données issues de la surveillance au cas par cas et celles de la routine contenues dans le rapport mensuel du PEV.

Le rapportage des données de vaccination de routine se fait à partir des fiches de pointage, des registres de vaccination et des rapports mensuels d'activités dans les formations sanitaires et la synthèse aux niveaux district, régional et central.

Le laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun (CPC) joue un rôle très important dans la réception des prélèvements (selles et sang), leur traitement, l'identification des cas suspects de polio et entérovirus non polio (ENPV) puis la caractérisation et confirmation des Poliovirus vaccinaux et sauvages et enfin la diffusion des résultats au niveau national.

Le circuit utilisé pour la surveillance au cas par cas commence par la réception des échantillons au centre de réception de Yaoundé (PEV) ou de Garoua (DRSP), puis leur acheminement au laboratoire du CPC. Les résultats sont envoyés au PEV pour encodage dans le logiciel Epi Info.

Chaque mois, une réunion de revue est tenue dans le but de détecter les problèmes sur la qualité des données. Après cette revue, les bases de données et le rapport de revue sont partagés avec les Unités Régionales et les partenaires.

Dans le souci d'harmoniser les données, les réunions hebdomadaires se tiennent avec la Direction de la Lutte contre les Maladies, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP) et les autres programmes, et mensuelles avec le CPC, l'OMS et la DLMEP.

Le Projet « Surveillance en Afrique Centrale (SURVAC) », mis en œuvre dans 03 des 10 régions du pays s'est achevé en 2014. Après évaluation, il est question de mettre en place des mécanismes de pérennisation des acquis.

4.7.7. Gestion des MAPI

La surveillance de MAPI est effective au Cameroun. En effet, en 2010, tous les Chefs d'Unités PEV des 10 régions ont été formés à la surveillance des MAPI. Cette formation, qui s'est étendue dans les districts de trois régions (Centre, Littoral et Sud-Ouest), qui a concerné les chefs de service santé de district, les chefs de bureau santé, les points focaux des hôpitaux et les enseignants des écoles professionnelles. On note une tendance générale à la sous notification des MAPI avec seulement 28.7% de district ayant notifié au moins un cas en 2013 contre 80% attendus. Deux cas de MAPI grave ont été investigués en 2012 contre un en 2013.

4.8. Communication

4.8.1. Génération et communication de la demande

La communication se présente indéniablement comme l'une des composantes les plus importantes des programmes de développement. En matière de santé plus spécifiquement, elle permet d'agir sur les comportements jugés à risque, et de ce fait, doit pouvoir être intégrée de manière cohérente dans toutes les activités. Pour le Programme Elargi de Vaccination, elle est une composante essentielle qui contribue à l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale des cibles et d'une surveillance épidémiologique efficace.

La mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet 2011-2015 du Programme Élargi de vaccination (PEV) a été marquée sur le plan communicationnel par des évènements majeurs parmi lesquels l'élaboration en 2013 du plan stratégique de communication 2014-2020, la formation des équipes en charge de la communication des districts de santé et l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rotavirus en 2014 sous le haut patronage de la Première Dame du Cameroun et Marraine de la vaccination.

Au cours des cinq dernières années, cinq stratégies principales ont été utilisées à savoir le plaidoyer, la mobilisation sociale, la Communication pour le Changement de Comportement, le changement social et le marketing social.

4.8.2. Plaidoyer

Il a été orienté vers la mobilisation de ressources en faveur de la vaccination et a sollicité l'engagement des décideurs politiques et sociaux à tous les niveaux. A titre d'illustration, des points focaux PEV ont été désignés au niveau des Services du Premier Ministre, du MINFI, du MINEPAT, du Parlement et des Communes et Villes Unies du Cameroun. Toutes ces personnes ont participé à l'élaboration de l'avant-projet de Loi portant création d'un Fonds de soutien à la Santé, soumis à la revue d'un comité interministériel. L'évolution de ce dossier réoriente la création de ce fonds de soutien en faveur de la vaccination. Toutefois, des efforts restent à faire pour l'adoption de cette Loi qui garantirait le financement durable de la vaccination et la mise en place des mécanismes d'appropriation de la mobilisation sociale par la communauté.

Par ailleurs en 2014 un Mémoire d'entente a été signé entre l'État, l'OMS et la plateforme des organisations de la société civile PROVARESSC, pour promouvoir la vaccination, renforcer le dialogue communautaire et renforcer les capacités des Organisations à base communautaire (OBC).

4.8.3. Mobilisation sociale

Dans le souci de susciter une forte demande en matière vaccination, il est important de renforcer l'implication et la participation communautaire, des collectivités territoriales décentralisées et des médias sociaux. A cet effet, une trentaine de radios communautaires a déjà été formée et contractualisée.

Egalement, l'alliance avec les OBC au niveau des districts de santé est en cours avec l'appui technique des organisations de la société civile.

En plus, les termes de référence des équipes régionales de communication prévoient un travail de collaboration avec les structures disponibles dans les districts et les aires de santé telles que :

- les comités de santé (COSA/COSADI),
- les radios rurales/communautaires (RRC),
- les confessions religieuses (églises et mosquées),
- les ONG, associations et organisation à base communautaire (OBC),
- les institutions d'éducation, de la Promotion de la femme et de la Famille etc.

Les radios rurales ou communautaires ont été pour plusieurs années les principaux organes avec lesquels le programme a obtenu des alliances formelles. La collaboration avec le réseau des radios rurales et les radios d'Etat continue aussi bien pour les campagnes de vaccination de masse que pour la vaccination de routine. Les confessions religieuses demeurent aussi d'importants partenaires pour la sensibilisation des populations en faveur de la vaccination.

4.8.4. Communication pour le changement de comportement

Les activités de communication pour le changement de comportement ont consisté en la sensibilisation des groupes et des communautés avec l'utilisation des techniques telles que des causeries éducatives, des communications interpersonnelles, la sensibilisation des familles au porte-à-porte par les mobilisateurs sociaux, la diffusion des messages par mégaphone sur la vaccination par les crieurs, l'utilisation des véhicules sonorisés, la lecture des annonces et communiqués dans les églises, mosquées, écoles, lieux de réunions et la diffusion des spots et microprogrammes sur les radios rurales ou communautaires.

Ces activités se sont souvent déroulées au cours des campagnes de vaccination de masse pendant lesquelles les districts et aires de santé disposent des moyens pour la mise à contribution des points focaux de communication et des mobilisateurs sociaux, et pour des appuis aux radios rurales ou communautaires en vue de la diffusion des messages. Le renforcement du partenariat avec les communautés pourra intensifier ces activités pendant la routine.

En plus des districts et des aires de santé qui reçoivent des appuis pour les activités de vaccination intensifiées (AVI/PIRI), la mise en œuvre des activités de communication pour le changement de comportement connaît une amélioration grâce au partenariat avec les Organisations à Base Communautaire (OBC).

4.8.5. Communication pour le changement social

Sur le plan socioculturel, l'analyse des cinq dernières années relève que des populations spécifiques nécessitent une communication particulière, du fait de leur mode de vie ou de leur niveau général d'instruction en l'occurrence :

- les populations dites autochtones (pygmées) à l'Est, au Sud et dans la partie littorale du pays ;

- les populations nomades telles que les Bororos dans la partie septentrionale et dans le Nord-Ouest du pays ;
- les populations dans les zones d'inondation et celles dans les zones d'accès difficile ;
- les populations réfugiées.

Ces populations sont spécifiques du fait de leur non réponse aux méthodes de communication déjà utilisées, se traduisant par une faible adhésion aux activités de vaccination. Les résultats des différentes analyses précédentes montrent clairement que la contribution de la communication dans le PEV doit tenir compte des réalités géographiques et sociologiques du Cameroun qui est « une Afrique en miniature ».

Des stratégies générales prescrites à tout le pays seraient inefficaces et peu efficaces. On note en effet une diversité ethno-culturelle caractérisée entre autres par la variabilité des structures du pouvoir traditionnel, des habitudes familiales et communautaires et autres normes sociales. Cette diversité détermine fortement la trajectoire de recours aux soins préventifs et curatifs de santé, y compris la vaccination.

Dans le même sens, les pratiques relatives à la santé intègrent essentiellement dans la partie méridionale du pays, les « caisses secours » des associations et tontines, qui se mobilisent essentiellement pour des raisons de santé curative, mais exceptionnellement pour des raisons préventives telles que la vaccination. Ces groupes constituent une excellente opportunité d'atteinte des cibles du PEV. Une communication spécifique, adaptée mérite d'être effectuée dans ces différents espaces sociaux.

Par ailleurs d'après les résultats de l'enquête CAP 2011, les données sur les connaissances et les pratiques en matière de vaccination révèlent que très peu de gens savent que les diarrhées à Rotavirus (5,2%), la pneumonie (10,5%), la fièvre typhoïde (26,0%) sont évitables par la vaccination. Dans l'ensemble, le vaccin contre la fièvre jaune (vaccin anti amaril (VAA)) et le vaccin anti tétanique (VAT) sont les vaccins les moins connus dans les régions.

Dans les ménages, les sujets de vaccination sont très peu abordés par les parents d'ailleurs, certains (47,7%) pensent qu'il n'est pas nécessaire de vacciner les enfants tout le temps. D'autres soutiennent qu'ils manquent de temps (21,7%). Il ne faut pas négliger la peur des effets secondaires qui pourrait être un frein à la pratique de la vaccination. Dans la partie septentrionale en particulier, à obédience majoritairement musulmane, la plainte des hommes qui estiment être exclus des programmes de vaccination influence négativement la participation des ménages à la vaccination.

4.8.6. Marketing social

L'utilisation du Marketing social dans le Programme Elargi de Vaccination développe un climat de confiance entre les prestataires des services de vaccination et les bénéficiaires. C'est une stratégie qui est progressivement mise en œuvre. Elle présente les services de vaccination comme un produit important dont le coût est réduit grâce à la prise en charge des partenaires et de l'Etat.

Les actions de stratégies avancées favorisent l'accès et réduisent davantage les coûts liés au long déplacement. De plus en plus les bénéficiaires deviennent exigeants et, grâce au Marketing social, des mini-événements sont organisés pour donner des explications sur les bienfaits des vaccins habituels et les nouveaux vaccins introduits.

L'analyse des résultats des activités de vaccination ont permis d'identifier d'autres points de rassemblement (les marchés, églises, gares routières) comme opportunité permettant d'offrir le vaccin aux enfants parfois manqués à cause des contraintes parentales, des séances de vaccination y sont désormais menées.

L'entretien de l'image du programme à travers la remise des cartes de vœux et des banderoles de remerciement sont à encourager ainsi que la convivialité de l'espace des points de vaccination.

A travers la revue des différentes opérations et composantes du PEV, se dégagent les succès et les points à améliorer qu'il convient d'identifier.

4.9. Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

4.9.1. Financement

4.9.1.1. Forces

- Existence d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des vaccins;
- Existence d'un avant-projet de Loi sur la vaccination et la création d'un Fonds pour le financement durable de la vaccination en cours d'élaboration.

4.9.1.2. Faiblesses

- Contribution insuffisante de l'Etat dans le financement des activités de la vaccination par rapport aux besoins réels
- Absence de mécanisme de suivi des dépenses infranationales destinées au PEV ;
- Absence des mécanismes de financement de la demande pour les activités de vaccination ;
- Absence de mécanisme garantissant le financement durable de la vaccination
- Absence de provision financière pour le soutien de l'Etat aux AVS
- Analyse de la quote part du budget du MINSANTE affecté au PEV

4.9.1.3. Opportunités

- Mise en place du budget programme, qui permet de passer de la logique de budget des moyens à un budget valorisant la gestion axée sur les résultats ;
- Les questions orales sur la vaccination et les sessions budgétaires, qui offrent une opportunité au Ministre de la Santé Publique de présenter le Programme et les besoins en termes de financement;
- Contribution de plus en plus croissante des partenaires de l'Etat au financement du PEV ;
- Possibilité de mobilisation des ressources au niveau opérationnel ;
- Appui de Sabin Vaccine Institute dans l'adoption de l'avant-projet de Loi sur la vaccination.

4.9.1.4. Menaces

- Sortie future du Cameroun de l'éligibilité aux financements GAVI, sans mise en place des mesures d'autofinancement pour l'achat des vaccins ;
- Financement de certaines activités dépendant des partenaires.

4.9.2. Gestion du programme

4.9.2.1. Forces

- Les activités de planification des interventions du PEV sont régulièrement menées au niveau central ;
- Le pilotage du Programme et sa coordination au niveau central sont effectifs ;
- Mise en place des mécanismes de suivi et évaluation du Programme (Réalisation régulière des revues internes et externes 2011, 2012 et 2013) ;
- Disponibilité d'un avant-projet de loi qui encadre les activités de vaccination

4.9.2.2. Faiblesses

- Les activités de planification des interventions du PEV sont insuffisamment menées au niveau intermédiaire et opérationnel ;

- Non formalisation d'un groupe de travail technique du CCIA au niveau central ;
Absence d'une structure de coordination de type CCIA au niveau régional ;
- supervisions formatives insuffisamment menées à tous les niveaux ;
- Suivi insuffisant des dépenses destinées au PEV au niveau régional et opérationnel ;
- Gestion insuffisante des données de vaccination au niveau régional et opérationnel (saisies multiples des données, analyse et feedback non systématiques) ;
- Implication insuffisante des Comités de Santé de Districts (COSADI) et les Comités de Santé des Aires (COSA) dans la coordination par les équipes techniques des districts et aires de santé;

4.9.2.3. Opportunités

- Disponibilité du rapport de l'enquête EDS-MICS 2011 qui permet de renseigner certains indicateurs du GVAP (genre et équité socio-économique) et disposer des données de base pour les autres indicateurs ;
- Appui constant des partenaires dans la mise en œuvre régulière des activités de suivi-évaluation.

4.9.2.4. Menaces

- Le fonctionnement de l'ANR n'est pas optimal (mise en œuvre de 3 fonctions sur 6 au cours des trois dernières années) ;
- Diminution des fonds de l'État consacrés à la vaccination systématique entre 2011 et 2013 ;
- Absence de sources spécifiques de recettes consacrées au financement du PEV ;
- Capacité insuffisante de mobiliser localement les fonds.

4.9.3. Renforcement des capacités

4.9.3.1. Forces

- Formation continue de 51 personnels à travers des cours Mid Level Management (MLM) du PEV à Buea en 2012 ;
- Formation des PFCOM en 2012 dans 4 régions ;
- Formation en supervision formative en 2013 (Amp) ;
- Formation des gestionnaires des entrepôts en 2012.

4.9.3.2. Faiblesses

- Absence d'un plan de formation entre 2011 et 2013 ;
- Formation continue en gestion du PEV insuffisante et peu coordonnée.

4.9.3.3. Menaces

- Programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination non révisé lors des 3 dernières années
- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel (surtout dans les services de santé de base)
- Instabilité du personnel de santé à tous les niveaux du fait d'affectations non contrôlées (ne favorisant pas la continuité et la pérennisation des stratégies mises en œuvre)
- Charge horaire insuffisante des cours en gestion du PEV dans le curricula de formation initiale en médecine et en soins infirmiers

4.9.4. Prestation de service (Vaccination systématique)

4.9.4.1. Forces

- Existence d'un système de rapportage et d'analyse des données de vaccination à tous les niveaux ;
- Evolution croissante de la couverture vaccinale entre 2011 et 2013 ;
- Bonne utilisation des services de vaccination qui se traduit par un taux d'abandon DTP1-DTP3 de 9% (2011) à 7%(2013) ;
- offre des services de vaccination en stratégie fixe dans toutes les formations sanitaires ;
- Introduction de nouveaux vaccins dans le PEV.

4.9.4.2. Faiblesses

- Non atteinte de l'objectif de CV de 90% entraînant des flambées épidémiques (Rougeole, Fièvre Jaune, Polio) ;
- Activités de stratégie avancée faiblement réalisées ;
- Faible mise en œuvre de la stratégie mobile et non mise en œuvre des activités vaccinales intensifiées ;
- Faible équité de la vaccination.

4.9.4.3. Opportunités

- Projet de cadre législatif pour la vaccination ;
- La décentralisation offre la possibilité aux collectivités territoriale de financer la vaccination au niveau opérationnel.

4.9.4.4. Menaces

- Non maîtrise du dénominateur (surestimation/sous-estimation de la population) ;
- Capacités institutionnelles insuffisantes pour faire face à l'afflux des réfugiés ;
- Accès géographique difficile aux services de vaccination dans certaines localités ;
- Insécurité grandissante dans certaines régions limitant l'offre des services de la vaccination dans certains districts et aires de santé.

4.9.5. Monitoring, Supervision et Évaluation

4.9.5.1. Forces

- Organisation régulière des réunions de monitoring semestriel du PEV au niveau central
- Tenue des réunions mensuelles de revues et harmonisation des données au niveau central ;
- Tenue régulière de réunions trimestrielles d'auto-évaluation du programme, au niveau central;
- Disponibilité des outils de supervision et de monitoring du PEV ;
- Disponibilité de la flotte téléphonique à coût zéro pour la remontée des données

4.9.5.2. Faiblesses

- Insuffisance du monitoring mensuel pour action dans les formations sanitaires, aires et districts de santé;
- Irrégularité des réunions mensuelles de revue des données dans tous les districts et formations sanitaires ;
- Faible utilisation des outils de gestion du PEV (registres de vaccination, fiches de pointage, cartes de vaccination et courbe de suivi) au niveau opérationnel, aboutissant à la faible qualité des données;
- Faible mise en œuvre du DQS au niveau opérationnel ;
- Faible promptitude et complétude des rapports mensuels d'activités ;

- Faible implication des communautés à l'identification et à la résolution des problèmes ;
- Insuffisance quantitative et qualitative des supervisions formatives à tous les niveaux

4.9.5.3. Opportunité

- Appui technique et financier des différents partenaires au programme

4.9.6. Approvisionnement en vaccins de qualité

4.9.6.1. Forces

- Contribution financière régulière de l'Etat pour l'achat des vaccins ;
- Conduite d'une évaluation sur la gestion des vaccins en 2013 ;
- Réalisation régulière de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid et de la logistique ;
- Existence des outils de gestion et de monitoring des vaccins ;
- Existence d'une stratégie de gestion des déchets et de la sécurité des injections.

4.9.6.2. Faiblesses

- Absence d'une stratégie de ravitaillement en vaccins et intrants entre les niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Disponibilité non optimale des vaccins et intrant aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Absence d'un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid ;
- Non utilisation optimale des outils de gestion et de monitoring.

4.9.6.3. Opportunité

- Appui GAVI pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement (GAVI).

4.9.6.4. Menaces

- Lenteur des procédures de décaissement des fonds alloués à l'achat et enlèvement du vaccin et matériel d'injection du port et de l'aéroport
- Absence de sources d'énergie pour le fonctionnement des réfrigérateurs dans la plupart des aires de santé
- Enlèvement et transport des vaccins des AVS par les partenaires

4.9.7. La logistique

4.9.7.1. Forces

- Les taux de pertes en vaccins sont dans les normes pour la plupart des antigènes
- Renforcement continu des équipements de la chaîne du froid
- Renforcement continu du matériel roulant pour l'exécution des stratégies avancées et les supervisions ;
- Capacité de stockage suffisante aux niveaux central et régional pour accommoder les nouveaux vaccins jusqu'en 2013 ;
- Etude sur l'externalisation du plan de maintenance des équipements du PEV en cours de mise en œuvre ;
- Existence d'un document de procédures sur la maintenance hospitalière élaboré par le MINSANTE ;
- Intégration des activités entre les différents programmes

4.9.7.2. Faiblesses

- Baisse du niveau des critères de performance entre l'EGEV de 2010 et celle de 2013 ;
- Absence de régulateur de tension pour les équipements ;
- Absence de groupe électrogène dans plusieurs sites ;
- Absence d'un camion frigorifique pour l'enlèvement et la distribution des vaccins ;
- Existence au niveau opérationnel des réfrigérateurs non conformes aux normes de l'OMS ;
- Insuffisance de matériel de chaîne du froid au niveau opérationnel (Gap de réfrigérateurs à bahut, de congélateurs, de glacières et porte-vaccins) ;
- Insuffisance des bonbonnes de gaz au niveau opérationnel ;
- Insuffisance de maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant au niveau régional et opérationnel ;
- Non adaptabilité des motos acquises sur le terrain ;
- Allocation non pertinente des équipements de la chaîne du froid dans certaines formations sanitaires ;
- Insuffisance de véhicules de supervision et hors-bord au niveau opérationnel ;
- Mauvaise gestion des déchets de la vaccination au niveau périphérique ;
- Faible couverture en matériel roulant au niveau opérationnel ;
- Insuffisance d'incinérateurs fonctionnels.

4.9.7.3. Menaces

- Non-respect des spécifications techniques du matériel proposées par le PEV lors du montage des Dossiers d'Appel d'Offre (DAO)

4.9.8. La surveillance et initiatives de lutte accélérée contre les maladies

4.9.8.1. Forces

- Existence d'un réseau fonctionnel de surveillance des cas de PFA ;
- Atteinte du statut d'élimination du TMN en 2012 ;
- Atteinte des indicateurs de la pré élimination de la rougeole ;
- Réduction du nombre de district à haut risque de fièvre jaune du fait des campagnes de masse.

4.9.8.2. Faiblesses

- Survenue des flambées épidémiques de polio en 2013 ;
- Non atteinte des deux indicateurs de PFA au niveau infranational (plusieurs régions et DS) ;
- Irrégularité des réponses aux flambées épidémiques de la rougeole ;
- Non atteinte des conditionnalités pour l'introduction de la 2eme dose du VAR dans la vaccination de routine ;
- Sous notification des cas de TNN ;
- Insuffisance de réponse aux cas de TNN dans les DS.

4.9.8.3. Opportunités

- Existence d'un Fonds mondial d'appui aux flambées épidémiques de rougeole ;
- Existence d'un partenariat mondial (ICG) par GAVI de lutte contre la fièvre jaune ;
- Existence de l'Initiative Mondiale d'Eradication de la Polio qui soutient les efforts de lutte contre la polio dans les pays.

4.9.9. La surveillance au cas par cas

4.9.9.1. Forces

- Indicateurs de surveillance des PFA, rougeole et fièvre jaune dans les limites admises dans la sous-région Afrique Centrale ;
- Existence d'un Laboratoire national accrédité qui réduit les délais d'acheminement et d'analyse des échantillons ;
- Disponibilité et utilisation de la flotte téléphonique pour la remontée des données.

4.9.9.2. Faiblesses

- Insuffisance de formation des acteurs de la surveillance à tous les niveaux ;
- Mauvais remplissage des fiches d'investigation ;
- Long délais d'acheminement des échantillons des régions septentrionales ;
- Absence des équipements spécifiques de la chaîne du froid rétrograde ;
- Rendu irrégulier des résultats de laboratoire surtout des régions vers DS et DS vers les structures sanitaires ;
- Faible tenue des réunions de coordination trimestrielle des points focaux de surveillance à différents niveaux ;
- Sous notification des cas TNN ;
- Faible complétude et promptitude des données ;
- Faible MEO des Visites de surveillance active ;
- Faible implication des acteurs communautaires dans la surveillance ;
- Insuffisance des ressources financières pour les activités de surveillance au cas par cas et sentinelle ;
- Faible qualité des données de surveillance ;
- Sous notification et investigation des MAPI

4.9.9.3. Opportunités

- Existence d'appuis financiers et techniques aux activités de surveillance, par les partenaires au développement (OMS, UNICEF, ...) ;
- Décentralisation en cours dans le pays (atout pour le renforcement du partenariat et la mobilisation des ressources complémentaires au niveau des Régions et Districts de Santé).

4.9.9.4. Menaces

- Insécurité transfrontalière ;
- dépendance de la surveillance aux financements extérieurs.

4.9.10. La communication pour le développement

4.9.10.1. Forces

- Existence d'un point focal communication dans chaque région, district de santé et aire de santé ;
- Existence d'un Plan Stratégique de communication 2014-2020 validé par le CCIA en Mai 2014 ;
- Financement de la communication et de la mobilisation communautaire inscrit dans le budget de l'Etat ;
- Appui financier des partenaires techniques ;
- Données des enquêtes (CAP, EDS-MICS,...) disponibles fournissant certaines données de base pour des indicateurs non collectés par le système de routine.

4.9.10.2. Faiblesses

- Absence de mécanisme de participation communautaire efficace aux activités de communication pour la promotion de la vaccination ;
 - Faible implication des acteurs communautaires dans la mobilisation pour la vaccination de routine ;
 - Non diffusion du plan stratégique de communication ;
 - Faible mise en œuvre du plan stratégique de communication à tous les niveaux ;
 - Absence de plan opérationnel de communication à tous les niveaux ;
 - Financement de l'État pour les activités de communication et de mobilisation communautaires insuffisant et difficilement mobilisable ;
- Faible exploitation des données et des résultats de la recherche.

4.9.10.3. Opportunités

- Existence de nombreux acteurs communautaires et groupes organisés au niveau opérationnel ;
- Existence d'un réseau de radios communautaires ;
- Financement programme transitoire de Renforcement du système de santé disponible ;
- Financement du GAVI CSO pour le renforcement d'une plateforme nationale de la société civile pour la mobilisation communautaire ;
- Appui financier et technique des partenaires pour les activités de communication ;

4.9.10.4. Menaces

- Insuffisance de financement de la mobilisation communautaire ;
- Résistance à la vaccination des membres de certains groupes religieux, surtout lors des campagnes de masse.

A l'issue de l'analyse en « Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces », les principaux problèmes sont exposés ci-dessous suivant les composantes d'appui et les opérations du système de vaccination.

4.10. Problèmes principaux

Problème central : Les performances du PEV au Cameroun sont insuffisantes

4.10.1. Gestion du programme

- Faible processus gestionnaire du PEV aux niveaux intermédiaire et opérationnel.

4.10.2. Financement des activités

- Faible contribution de l'Etat aux activités du PEV ;
- Absence d'un mécanisme de financement de la demande et de l'offre de qualité.

4.10.3. Renforcement des capacités

- Absence d'un plan de formation pluri annuel

4.10.4. Prestation des services (Vaccination systématique)

- Faible mise en œuvre des stratégies vaccinales

4.10.5. Monitoring, Supervision et Evaluation

- Qualité insuffisante des données de vaccination

4.10.6. Approvisionnement en vaccins de qualité

- Gestion insuffisante des vaccins et intrants au niveau opérationnel

4.10.7. Logistique

- Insuffisance des ressources logistiques ;
- Absence d'un système de maintenance des équipements de chaîne du froid et matériel roulant.

4.10.8. Communication pour le développement

- La communication en faveur de la vaccination est peu efficace.

4.10.9. Surveillance épidémiologique et initiatives de lutte accélérée contre les maladies cibles du PEV

- la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV n'est pas optimale ;
- Faible qualité de la mise en œuvre des AVS ;

(a) Analyse de la performance du système de vaccination

Composantes du système	Indicateurs proposés	RÉSULTATS			Commentaires
		2011	2012	2013	
1. GESTION DU PROGRAMME					
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR ?	3 sur 6	3 sur 6	3 sur 6	
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui	
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Non	Non	Non	
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ?	Non	Non	Non	
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Oui	Oui	Oui	
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microplan annuel de vaccination	ND	169/181	180/181	
Coordination	Nombre de réunions du CCI (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	10	7	6	
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	0	0	0	
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	1	1	1	
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé pour une population de 10 000 habitants	14	14	14	
	Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants	Non disponi	Non disp	Non disponi	

Composantes du système	Indicateurs proposés	RÉSULTATS			Commentaires
		2011	2012	2013	
		ble	onible	ble	
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP	0	50	0	Région du Sud-Ouest
	Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des deux dernières années (données provenant des rapports EPI et PEV)	0	0	40	Districts de santé de Pitoa et de Lagdo
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	Non	Non	Non	
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque district	0	1	1	
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT					
	Indicateurs	2011	2012	2013	
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	2 976 328 805	1 455 147 893	743 236 940	
	Quel est le financement réel de la proportion que représente la ligne budgétaire (<i>line item</i>) dans le budget national en faveur du programme de vaccination ?		76%		
	Pourcentage des ressources nécessaires au programme de vaccination provenant réellement du budget national de santé (tel qu'identifié dans le plan budgétaire annuel)			13%	
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700)	3737	1878	936	
	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	Non	Non	Non	
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS					
	Indicateurs	2011	2012	2013	
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	ND	26%	26%	
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	Oui	Non	Oui	
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois	BCG, VPO : 1 mois ½ ;		2 mois	
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s)	BCG, VPO		BCG	

Composantes du système	Indicateurs proposés	RÉSULTATS			Commentaires
		2011	2012	2013	
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	ND	ND	71%	
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ?			2013	
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	0%		0%	
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid	0%	0%	0%	Niveau Central uniquement
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Oui	Oui	Oui	
5. SERVICES DE VACCINATION					
Couverture de routine	Couverture par DTC3	82.21	85.19	88.59	
Demande	Pourcentage d'abandon du DTC1 - DTC3 à l'échelon national	8.89	9.57	6.32	
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC1 - DTC3 > 10 %	61/179 =34.08 %	69/181=38.12%	48/181=26.52%	
Équité	Nombre de districts avec une couverture en Penta3 < 80 %	61/179	46/181	39/181	
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	43	ND	ND	87,4 - 43,9
	Pourcentage de visites de sensibilisation planifiées qui ont été effectivement réalisées	ND	ND	ND	
	Liste descriptive des districts/communautés à haut risque ayant été identifiés	non	non	non	
	Plan de lutte contre les risques élevés chez les communautés défavorisées	non	non	non	
Nouveaux vaccins	Pourcentage de couverture de vaccination VPC (ou de couverture pour d'autres nouveaux antigènes)	69.57	84.96	87.97	VPO
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION					
	Indicateurs	2011	2012	2013	
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté (exhaustivité)		1336 /2292 =70.9 1%		
	Taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	2.4	2.8	4.1	
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	73.57%	100%	72.68 %	

Composantes du système	Indicateurs proposés	RÉSULTATS			Commentaires
		2011	2012	2013	
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	ND	ND	ND	
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rotavirus	Oui	Oui	Oui	
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/VPH)	Oui	Oui	Oui	
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard	0/286=0%	3/104=0.3%	2/634=0.3%	
Contrôle de la couverture	Écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par DTC3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	82.21% -78.2% =4.1%	85.19% -78.2% =6.99%	88.59% -78.2% =10.39%	Ecart entre chiffres officiels et ECV au Cameroun menée par l'UNICEF en 2011 (Evaluation de la première SASNIM/SASV 2011 et de la CV de routine)
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100%	100%	100%	
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Oui	Oui	Oui	
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête				
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE					
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	non	non	Oui	
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	oui	non	non	

(b) Priorisation des problèmesProblème central : **Les performances du PEV au Cameroun sont insuffisantes**

N°	Problèmes	Vulnérabilité du problème	Faisabilité dans le temps	Disponibilité financement	Pondération
1	Absence d'un plan de formation pluri annuel	14	13	11	9,5

2	Faible mise en œuvre des stratégies vaccinales	12	11	12	8,75
3	Faible processus gestionnaire du PEV aux niveaux intermédiaire et opérationnel	13	11	8	8
4	la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV n'est pas optimale	10	11	11	8
5	Faible qualité de la mise en œuvre des AVS	11	10	10	7,75
6	Gestion insuffisante des vaccins et intrants au niveau opérationnel	12	9	8	7,25
7	Absence d'un système de maintenance des équipements de chaîne du froid et matériel roulant	9	9	8	6,5
8	Insuffisance des ressources logistiques	8	9	8	6,25
9	La communication en faveur de la vaccination est peu efficace	10	7	8	6,25
10	Faible contribution de l'Etat aux activités du PEV	6	8	7	5,25
11	Absence d'un mécanisme de financement de la demande et de l'offre de qualité	6	7	7	5

5. Objectifs

5.1. Objectifs globaux

Les objectifs globaux du PPAC 2015-2019 en fonction des domaines s'énoncent comme suit :

5.1.1. Prestation des services (vaccination systématique)

D'ici 2019 :

- Porter la couverture vaccinale pour :
 - la troisième dose du vaccin pentavalent de 88 à au moins 92 % au niveau national, et à au moins 80 % dans tous les Districts de Santé;
 - le vaccin anti-rougeoleux de 83 à 90% au niveau national;
- Réduire de 43,5% à 34,8% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles;
- Porter de 0% à 100% la proportion des districts de santé qui collectent les données de vaccination par sexe d'ici 2017;
- Introduire de nouveaux vaccins : Anti méningocoque A, anti HPV, VPI, RR, 2ème dose anti rougeoleux, Td, HepB0.

5.1.2. Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid

D'ici 2019 :

- Rendre efficace le système de distribution des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement;

- Renforcer les capacités de stockage au froid et à température ambiante pour tous les vaccins et consommables requis pour le programme y compris pour les nouveaux vaccins;
- Doter 100% des équipements de la chaîne du froid d'outils de contrôle continu de la température;
- Equiper chacun des 189 DS d'un incinérateur répondant aux normes de l'OMS;
- Augmenter la couverture des besoins en matériels roulants de 26% à 50%.

5.1.3. Communication et génération de la demande

D'ici 2019 :

- Impliquer dans 100% des aires et districts de santé fonctionnels, au moins un acteur communautaire dans la promotion de la vaccination et la recherche des perdus de vue;
- Porter le niveau de connaissance des populations sur les bienfaits de la vaccination de 66% en 2011 à au moins 90%;
- Augmenter à au moins 90% de la population participante à avoir confiance et demander la vaccination;
- Amener 100% des responsables administratifs (Gouverneurs, Préfets, Sous-préfets, maires, Délégués du gouvernement) et au moins 80% des leaders traditionnels et religieux à s'engager pour la vaccination des enfants;

5.1.4. Surveillance épidémiologique et Initiatives de lutte accélérée contre les maladies

D'ici 2019 :

- Atteindre et maintenir les indicateurs de certification de la polio dans tous les districts de santé :
 - TPFANPA ≥ 4 au niveau national et dans toutes les régions, et ≥ 3 dans 80% des Districts de santé;
 - Qualité des selles $\geq 90\%$ au niveau national et dans toutes les régions, et $\geq 80\%$ dans au moins 80% des Districts de santé;
 - Taux de réalisation des visites de surveillance active d'au moins 80% dans les sites de HP;
- Atteindre et maintenir les indicateurs d'élimination de la rougeole :
 - Proportion des districts ayant notifié un cas de rougeole à au moins 80% au niveau national et dans toutes les régions;
 - Taux de rash fébrile non rougeoleux d'au moins 2 cas pour 100 000 habitants;
 - Incidence de la rougeole à moins d'un cas pour 1,000,000 d'habitants d'ici 2019 ;
 - Taux d'investigation de rougeole à au moins 2 cas pour 100 000 habitants au niveau national et dans toutes les régions;
- Maintenir à au moins 80%, la proportion de districts ayant investigué au moins un cas de fièvre jaune;
- Maintenir le statut d'élimination du TMN avec :
 - Proportion de cas investigués de TMN à au moins 80%;
 - Incidence à moins d'un cas de TNN pour 1000 naissances vivantes au niveau national et dans tous les DS;
- Investiguer au moins un cas de MAPI grave pour 1 000 000 doses de vaccin administrées;
- Déterminer l'incidence des maladies évitables par les nouveaux vaccins et la distribution des souches circulantes;

5.1.5. Gestion du programme

D'ici 2019 :

- Renforcer le cadre législatif, juridique et régulateur propice pour la vaccination et son financement durable;
- Mettre en place et rendre fonctionnel un cadre de redevabilité à tous niveaux d'ici décembre 2015;
- Passer à l'échelle nationale le financement basé sur les résultats;
- Renforcer le système de gestion des données de vaccination à tous les niveaux pour une prise des décisions éclairée.

5.1.6. Renforcement des capacités

D'ici 2019 :

- Mettre en œuvre au moins 80% des activités du plan stratégique de formation du personnel en gestion du PEV;

5.1.7. Financement du Programme

D'ici 2019 :

- Mobiliser chaque année au moins 90% des financements alloués à la vaccination et accroître chaque année la part de l'Etat au budget de la vaccination;
- Augmenter à 100% la capacité d'absorption des ressources allouées à la vaccination;
- Développer un mécanisme de suivi budgétaire et des dépenses de la vaccination à tous les niveaux.

5.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il faudra atteindre les objectifs suivants :

Tableau 23: Objectifs de la Couverture Vaccinale de 2015 à 2019

Cibles de couverture vaccinale	Cibles de couverture vaccinale					
	Niveau de base 2013	2015	2016	2017	2018	2019
Type de vaccin Vaccination systématique						
DTC-HepB-Hib	89%	89%	89%	90%	91%	92%
BCG	82%	89%	89%	90%	91%	92%
Tétanos Toxoid (TT)	68%	72%				
Rougeole	83%	85%				
Polio (VPO)	88%	89%				
Vitamine A 100000 UI	86%	89%	91%	92%	93%	94%
Vitamine A 200000 UI	86%	89%	91%	92%	93%	94%
Fièvre Jaune	83%	89%	89%	90%	91%	92%
PCV-13	88%	89%	89%	90%	91%	92%
Rotavirus		80%	82%	85%	90%	92%
Men_A				85%	90%	92%
VPI		75%	79%	80%	80%	82%
HPV		80%	85%	85%	85%	85%
RR		89%	89%	90%	91%	92%
Td			75%	77%	80%	82%
HepB 0						96%
bVPO1,3			92%	93%	94%	94%

Le pays compte introduire les vaccins et intrant suivants :

- Vaccin Polio injectable (VPI) en 2015;
- Vaccin combiné Rougeole Rubéole (RR) en 2015;
- Vitamine A à 6 mois (au lieu de 9 mois comme actuellement)
- Vaccin contre le « Human Papilloma Virus » (HPV) responsable du cancer du col de l'utérus en 2016;
- bVPO 1 et 3 en 2016
- Vaccin anti tétanos et anti diphtérique (Td) en 2016;
- MenAfriVac en 2017;
- HepB 0, en 2019;

Tableau 24: Objectifs de taux de pertes en vaccin

Objectifs taux de pertes en vaccin	Niveau de base		Cibles de taux de pertes en vaccin			
	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Type de vaccin						
Vaccination systématique						
DTC-HepB-Hib	7%	6%	6%	6%	6%	6%
BCG	29%	25%	25%	25%	25%	25%
Tétanos Toxoid (TT)	11%	10%				
Rougeole	25%	10%				
Polio (VPO)	10%	10%				
Vitamine A 100000 UI		5%	5%	5%	5%	5%
Vitamine A 200000 UI		5%	5%	5%	5%	5%
Fièvre Jaune	23%	20%	20%	20%	20%	20%
PCV-13	4%	3%	3%	3%	3%	3%
Rotavirus		5%	5%	5%	5%	5%
Men_A				10%	10%	10%
VPI		10%	10%	10%	10%	10%
HPV		5%	5%	5%	5%	5%
RR		10%	10%	10%	10%	10%
Td			15%	15%	15%	15%
HepB 0						10%
bVPO1,3			10%	10%	10%	10%

5.3. Problèmes, Objectifs, Etapes, Buts Régionaux, Priorité

5.3.1. Prestations de service

Prestation de service (Vaccination systématique)	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
Couverture vaccinale	Non atteinte de l'objectif de CV (90%) en Penta 3	1	Atteindre la cible en matière de couverture vaccinale au Cameroun	Porter de 88% à 92% la couverture vaccinale Penta3 au niveau national	2015: 89% 2016: 90% 2017: 91% 2018: 92% 2019: 92%
	Non atteinte de l'objectif de CV VAT2+ (80%)	1	Maintenir le statut d'élimination du TNN	Porter de 68% à 80% la couverture vaccinale VAT2+ au niveau national	2015: 72% 2016: 75% 2017: 78% 2018: 80% 2019: 80%

Demande de vaccination	Taux d'abandon BCG-VAR élevé	2	Partager les bénéfices de la vaccination de façon équitable	Réduire de 15% à moins de 10% le taux d'abandon général (BCG-VAR) au niveau national	2015: 14% 2016: 13% 2017: 12% 2018: 11% 2019: 10%
Offre	Insuffisance de prestation de services	1	Contribuer à améliorer l'offre de service de vaccination	Porter de 80% à 100% le nombre de Centre de sante qui réalisent les activités de vaccination en stratégie avancée	2015: 82% 2016: 90% 2017: 95% 2018: 100% 2019: 100%
Équité de la vaccination	La proportion des districts ayant une couverture vaccinale supérieure à 80% est faible	2	Atteindre toutes les couches de population	Porter de 78% à 100% la proportion des districts ayant une couverture vaccinale supérieure à 80%	2015: 80% 2016: 83% 2017: 90% 2018: 95% 2019: 100%
	L'écart entre les quintiles socio-économiques est élevé	2		Réduire de 43,5% à 34,8% l'écart entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	2017: 39% 2019: 34,8%
Introduction de nouveaux vaccins			Augmenter le nombre d'antigènes dans le calendrier vaccinal	Atteindre une couverture vaccinale de 90% pour le vaccin contre les diarrhées à Rotavirus au niveau national	2015: 85% 2016: 88% 2017: 90% 2018: 90% 2019: 90%
				Introduire de nouveaux vaccins (VPI, HPV, RR, Td, MenAfrivac, HepB 0) dans le PEV de routine	2015: VPI, RR 2016: HPV, Td 2017: MenAfrivac 2019: HepB 0

5.3.2. Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid

Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapas
Transport / mobilité	Déficit de matériels roulants pour le transport des vaccins et consommables	2	Permettre un approvisionnement régulier en vaccins et consommables	Rendre efficace le système de distribution de vaccin à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	2016: Stratégie de livraison des vaccins 2017: 100% des districts de santé disposent d'un moyen de transport 2019: 80% des centres de santé

Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
					disposent d'un moyen de transport
Chaîne du froid	Capacité de stockage des vaccins insuffisante	1	Assurer une bonne conservation des vaccins et consommables selon les normes	Renforcer les capacités de stockage au froid et à température ambiante pour tous les vaccins et consommables requis pour le programme y compris pour les nouveaux vaccins	2015: 295 Réfrigérateurs et 8 Congélateurs 2016: 337 Réfrigérateurs 2017: 239 Réfrigérateurs et 1 Congélateur 2018: 319 Réfrigérateurs
	Mauvais état de fonctionnement des équipements de la chaîne du froid	1		Assurer une maintenance préventive et curative de tous les équipements	2015: Disponibilité d'un plan de maintenance 2016: Mise en œuvre du plan de maintenance
Gestion des vaccins	Absence de monitoring continu de la température	1		Doter 100% des équipements de la chaîne du froid d'outils de contrôle continu de la température	2015: Tous les équipements sont dotés d'un outil de contrôle de la température
	Faible maîtrise de la gestion des vaccins	2	Assurer une utilisation optimale des vaccins et consommables	Former tous les agents dans la gestion efficace des vaccins	2015: Formation sur la gestion efficace des vaccins pour les niveaux central et régional 2016: 50% des districts de santé 2017: 100% des districts de santé 2018: 100% des centres de santé
	Rupture de stock de vaccins	1	Assurer une disponibilité continue des vaccins	Suivre le processus d'achat des vaccins et consommable auprès de l'Etat et des partenaires	

Approvisionnement en vaccins de qualité, logistique et chaîne du froid	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
Élimination des déchets	Les méthodes d'élimination des déchets ne respectent pas les normes de protection de l'environnement	3	Éliminer proprement les déchets selon les normes de protection de l'environnement	Equiper chacun des 109 districts de santé restants d'un incinérateur	2015: 33 incinérateurs installés 2016: 36 incinérateurs installés 2017: 40 incinérateurs installés 2018: 109 incinérateurs installés 2019 :189 incinérateurs installés

5.3.3. Gestion du programme

Gestion du programme	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
Législation et réglementations	Fonctionnement non optimal de l'ANR	2	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Passer de 3 à 4 fonctions de l'ANR (Laboratoire et contrôle qualité)	2015: Plaidoyer pour équiper le Laboratoire National de Contrôle du Médicament (LANACOME) 2016: Mise en œuvre de la quatrième fonction de l'ANR
Politique	Absence d'une loi pour la mise en place d'un Fonds pour la mobilisation d'un financement suffisant, sécurisé et durable	1	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Mettre en place un cadre légal et institutionnel pour le financement durable de la vaccination	2015: Relancer la tenue des réunions du comité inter ministériel 2016: Soumission de l'avant- projet de loi à l'Assemblée Nationale
Planification	Elaboration irrégulière et utilisation insuffisante des microplans PEV au niveau des régions, DS et AS	1		Amener 100% des régions, DS et AS à mettre en œuvre annuellement au moins 80% des activités de leur microplan PEV.	2015: 50% 2016: 80% 2017: 90% 2018: 100% 2019: 100%

Gestion du programme	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
	Non révision de la SSS et non existence d'un document formel de la politique nationale de santé (PNS)	1		Elaborer la politique et actualiser la stratégie nationale de santé	2015: Disposer de la stratégie sectorielle de santé actualisée 2015: Exposé de motifs pour l'élaboration du PNS
Coordination	Absence de CCIA au niveau régional	2	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Mettre en place et rendre fonctionnel les CCIA au niveau des 10 régions	2015: Faire fonctionner les fonds pour la promotion de la santé comme CCIA régionaux dans les 6/10 régions où ils existent; 2016-2019: Suivre la mise en place des fonds pour la promotion de la santé dans les 4/10 régions restantes et leurs conférer la fonction de CCIA.
	Absence d'un GTCV pour la vaccination	2	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Doter le Pays d'un GTCV fonctionnel	2015: Création, organisation et mise en place du GTCV; 2016-2019: Suivi du fonctionnement du GTCV
Système d'information et qualité des données	Gestion du système des données du PEV non optimale	2	Les systèmes de vaccination forts font partie intégrante d'un système de santé efficace	Amener à au moins 80% la promptitude et à 100% la complétude des données de vaccination de routine, de la surveillance, de la communication et des finances du PEV	Promptitude/Complétude 2015 : 60% / 80% 2016 : 65% / 85% 2017 : 70% / 90% 2018 : 75% / 95% 2019 : 80% / 100%

Gestion du programme	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapas
Recherche et Développement (RD)	Recherche opérationnelle insuffisante	2	Les innovations apportées par la recherche-développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les bénéfices de la vaccination	Disposer d'un plan de RD et le réaliser au moins à 80% d'ici 2019	2015: Elaboration du plan de RD; 2016: Mise en œuvre du plan à 20% 2017: Mise en œuvre du plan à 40% 2018: Mise en œuvre du plan à 60% 2019: Mise en œuvre du plan à 80%
RH	Mauvaise répartition spatiale des RH sur le territoire national; Insuffisance des effectifs;	1	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Mener un plaidoyer pour qu'au moins 80% des FS à dispose d'au moins un personnel qualifié pour les prestations de vaccination	2015: Etat des lieux assorti d'un plan de déploiement et plaidoyer; 2016: Déploiement effectif des personnels; 2017-2019: Suivi.
Renforcement des capacités	Formation continue en gestion du PEV insuffisante et peu coordonnée; Charge horaire faible pour les cours en gestion du PEV dans les curricula de formation initiale en médecine et en soins infirmiers	2	Les systèmes de vaccination forts font partie intégrante d'un système de santé efficace	Assurer la mise en œuvre d'au moins 80% des activités du plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans le PEV à tous les niveaux;	2015: Actualisation du plan de renforcement des capacités et élaboration des modules de formation; 2016-2019: Mise en œuvre et suivi du plan
Supervision	Supervision irrégulière du personnel;	2		Mettre en œuvre d'ici 2019, 100% des supervisions formatives annuelles au niveau intermédiaire et opérationnel	2015: 50% 2016: 75% 2017-2019: 100%

Gestion du programme	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapas
Viabilité financière	Contribution insuffisante de l'Etat dans le financement de la vaccination par rapport aux besoins réels	1	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Porter la contribution de l'Etat de 13% en 2013 à 35% en 2019	2015: 15% 2016: 20% 2017: 25% 2018: 30% 2019: 35%
	Mobilisation effective insuffisante des ressources allouées à la vaccination de routine	1	Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité	Mobiliser chaque année au moins 90% du financement alloué à la vaccination de routine	2015: 75% 2016: 80% 2017: 85% 2018: 90% 2019: 90%
	Diminution des fonds alloués à la vaccination de routine	2		Couvrir au moins 90% des ressources allouées à la vaccination de routine jusqu'en 2019	2015: 75% 2016: 80% 2017: 85% 2018: 90% 2019: 90%
	Reporting insuffisant de dépenses de la vaccination au niveau opérationnel	1	Les programmes de vaccination ont durablement accès à un financement prévisible	100% des DS produisent un rapport sur les dépenses de vaccination au niveau opérationnel	2015: 25% 2016: 50% 2017: 75% 2018: 100% 2019: 100%
Audit et contrôle	Missions d'audit et de contrôle et supervisions financières irrégulièrement menées au niveau régional et des DS	1	Les programmes de vaccination ont durablement accès à un financement prévisible	Mener un audit externe du PEV chaque année; Porter de 0 à 50% le nombre de districts audités par an	2015:10% 2016: 20% 2017: 30% 2018: 40% 2019: 50%

5.3.4. Surveillance épidémiologique

Surveillance épidémiologique	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes		
Surveillance de routine	Détection tardive des cas	1	Contribuer à l'atteinte de l'éradication de la polio et l'élimination des autres maladies sous surveillance	Maintenir le TPFANPA ≥ 4 au niveau national et dans toutes les régions jusqu'en 2019	2015-2019 : TPFANPA ≥ 4		
				Atteindre et maintenir la qualité des selles $\geq 90\%$ au niveau national et dans toutes les régions	2015-2019 $\geq 90\%$		
	Investigation et réponse tardive aux épidémies	2		Maintenir la proportion des districts ayant notifié au moins un cas de rougeole/ fièvre jaune à au moins 80% au niveau national et dans toutes les régions	2015-2019 $\geq 80\%$		
				Faible qualité des AVS préventive et de riposte	2	Atteindre un taux de rash fébrile non rougeoleux d'au moins 2 cas pour 100,000 hbts	2015-2019 ≥ 2
						Maintenir le taux d'investigation d'au moins 2 cas pour 100 000 habitants au niveau central et dans toutes les régions d'ici 2020	2015-2019 ≥ 2
					Atteindre une proportion des districts de santé qui notifie au moins un cas de TMN à 80%	2015 : 60% 2016 : 70% 2017 : 80% 2018 : 80% 2019 : 80%	
					Atteindre et maintenir une proportion de cas investigués de TMN de 80% d'ici 2020	2015 : 60% 2016 : 70% 2017 : 80% 2018 : 80% 2019 : 80%	

Surveillance épidémiologique	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
				Investiguer au moins un cas de MAPI grave pour 1,000,000 de doses administrées	2015-2019 ≥1
Surveillance sentinelle	Non atteinte de l'objectif de surveillance sentinelle	1	Parvenir au contrôle des maladies évitables par les nouveaux vaccins	Déterminer la prévalence des maladies évitables par les nouveaux vaccins et la distribution des souches circulantes	2015 : 60% 2016 : 70% 2017 : 80% 2018 : 80% 2019 : 80%

5.3.5. Initiatives de lutte accélérée contre les maladies

Initiatives de lutte accélérée contre les maladies	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapes
Polio, TMN, Rougeole, rubéole et fièvre jaune	Circulation du PVS au Cameroun (4 cas) en 2013	1	Parvenir à un Cameroun exempt de polio d'ici 2019	Interrompre la circulation du PVS et maintenir ce statut jusqu'en 2019	2015-2019 0 cas PVS
	Détection tardive des cas	1	Atteindre les cibles nationales et régionales en matière d'élimination de la rougeole, de la fièvre jaune et de la méningite	Réduire l'incidence de la rougeole à moins d'1 cas pour 1 000 000 d'habitants d'ici 2019	2015-2019 < 1 cas
	Investigation et réponse tardive aux épidémies	2	Maintenir le statut d'élimination du TMN	Maintenir l'incidence de moins d'un cas de TNN pour	2015-2019 < 1

Initiatives de lutte accélérée contre les maladies	Problèmes	Priorité	But (Objectifs GVAP, régionaux et sous régionaux)	Objectifs	Etapas
	Faible qualité des AVS préventive et de riposte	2		1000 naissances vivantes au niveau national et dans tous les DS	

6. Activités essentielles et chronogramme

1-COMPOSANTE VACCINATION SYSTEMATIQUE						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Couverture vaccinale	Mener des visites mensuelles dans les domiciles pour la recherche des perdus de vue en collaboration avec la communauté	X	X	X	X	X
	Mener les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile dans tous les centres de santé	X	X	X	X	X
Équité de la vaccination	Mener trimestriellement des activités de vaccination intensifiée (AVI) pour les populations spéciales (refugiés, zones d'accès difficile, de haut risque, d'insecurité....)	X	X	X	X	X
Introduction de nouveaux vaccins	Introduire les vaccins VPI, HPV, Menafrivac (coûts opérationnels)	X	X	X		
Nouvelle formulation des vaccins traditionnelle	Remplacer le VAR et le TT par RR et le Td et ajouter une dose de l'HepB00 à la naissance	X	X			X

2-COMPOSANTE APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Transport / mobilité	Acquérir 129 véhicules dont 4 pour le GTC-PEV, 10 pour les UR-PEV et 115 pour les districts de santé	X	X	X	X	X
	Acquérir 1464 motos dont 5 pour le niveau central, 152 pour les DS et 1344 pour les CSI	X	X	X	X	X

2-COMPOSANTE APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
	Acquérir 10.000 vélos pour les Agents de Santé Communautaires	X	X	X	X	X
	Apporter un appui financier à la livraison des vaccins et consommables à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV pour les critères E4 et E7	X	X	X	X	X
Chaîne du froid	Remplacer progressivement les équipements de la chaîne du froid	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV pour le critère E3	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV pour le critère E5	X	X			
	Acquérir 12 000 porte-vaccin pour les formations sanitaires	X	X			
Gestion des vaccins	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV pour les critères E4 et E2	X				
	Mettre en œuvre les activités du plan d'amélioration de la GEV pour les critères E6 et E8	X	X	X		
	Suivre les commandes de vaccins et consommables auprès de l'UNICEF	X	X	X	X	X
	Suivre le processus de paiement des fonds d'achat et de co-financement des vaccins et consommables auprès du MINFI	X	X	X	X	X
Élimination des déchets	Doter 109 Districts de santé d'incinérateurs répondant aux normes de l'OMS		X	X		
	Mettre en réseau les formations sanitaires autour des points d'incinération	X	X	X	X	X

3-COMPOSANTE INITIATIVES DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Polio, TMN, Rougeole, rubéole et fièvre jaune	Mener des analyses de risque polio, rougeole, fièvre jaune et TNN chaque année	X	X	X	X	X
	Organiser 05 passages de JNV et 03 passages de JLV polio préventives en 2015	X				
	Participer à l'organisation 02 SASNIM/JNV par an	X	X	X	X	X
	Organiser 02 passages annuels de JNV polio préventives à partir de 2016		X	X		
	Organiser des missions d'investigation des flambées épidémiques	X	X	X	X	X
	Organiser les ripostes aux éventuelles épidémies de polio		X	X	X	
	Assurer les activités de confinement du PVS et la documentation sur l'IEP	X	X	X	X	X
	Organiser les campagnes de suivi contre la rougeole en 2015 et 2018 (9 mois à 15 ans)	X			X	
	Organiser une campagne préventive dans les districts n'ayant pas conduit de campagne préventive ou réactive contre la fièvre jaune (9 mois et plus soit 92 % population des 55 DS)	X				
	Organiser les ripostes locales aux éventuelles épidémies de rougeole	X	X	X	X	X
	Organiser les campagnes de riposte aux cas de TNN	X	X	X	X	X
	Organiser des missions d'investigation dans les zones à haut risque	X	X	X	X	X

4-COMPOSANTE SURVEILLANCE ET NOTIFICATION						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Surveillance de routine	Renforcer les activités de surveillance active des PFA, rougeole, fièvre jaune et TNN dans les formations sanitaires et en communauté (recherche active des cas en porte-à-porte dans les communautés, dans les formations sanitaires et auprès des tradi thérapeute)	X	X	X	X	X
	Assurer l'acheminement des échantillons du niveau opérationnel au laboratoire national (contractualisation agence de transport, remboursement frais de transport)	X	X	X	X	X
	Elaborer les directives de surveillance de la rubéole congénitale et de l'hépatite virale B et les mettre en œuvre	X	X	X	X	
	Fournir des supports de gestion de la surveillance (matériel de prélèvements, outils de sensibilisation, production du guide)	X	X	X	X	X
	Assurer le fonctionnement des comités polio	X	X	X	X	X
	Apporter un appui financier aux activités de laboratoire	X	X	X	X	X
	Mettre en place un système de surveillance environnementale de la poliomyélite	X	X	X	X	X
	Mettre en place un comité d'Experts MAPI pour la routine et les AVS	X				
Manifesttions indésirables	Elaborer, traduire et produire un document standardisé sur les MAPI/Pharmacovigilance	X	X	X	X	X
	Organiser les missions d'investigation des cas de MAPI graves	X	X	X	X	X
	Assurer la prise en charge des cas de MAPI graves	X	X	X	X	X
	Assurer la retro information à tous les niveaux	X	X	X	X	X
Surveillance sentinelle	Mener les activités de la surveillance sentinelle (personnel, réactifs, réunions, achat/maintenance des équipements)	X	X	X	X	X
	Assurer la pérennisation des ressources pour les activités de surveillance sentinelle	X	X	X	X	X

5-COMPOSANTE COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Plaidoyer	Mettre en place une plate-forme de coordination de la communication en faveur du PEV au niveau central	X				
	Mener un plaidoyer envers le secteur privé pour le financement de la communication en faveur de la vaccination ;	X	X	X		
	Plaidoyer auprès du Ministère en charge de la communication et des médias publics/privés, en vue de l'accord des tarifs à titre sociaux pour les activités de communication en faveur de la vaccination et les activités de surveillance épidémiologique	X	X			
	Plaidoyer auprès des responsables du PBF pour l'insertion d'autres indicateurs du PEV dans le projet PBF	X	X	X	X	X
	Organiser les journées commémoratives des maladies évitables par la vaccination au niveau central et dans toutes les Régions	X	X	X	X	X
	Organiser les cérémonies mettant en exergue des actes publics réalisés par les leaders de tous ordres (politiques, parlementaires, Maires, religieux, traditionnels, administratifs, culturels, vedettes, secteur privé) en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès des ministères compétents (MINESUP, MINEDUB, MINESEC, MINPROFF, MINJEC, MINAS) pour l'introduction du volet vaccination dans les curricula de formation. (PM)					
	Tenir des réunions de plaidoyer auprès des femmes maires	X	X	X	X	X
Communication	Elaborer, valider et produire un guide de communication pour les mobilisateurs sociaux (1/FOSA)	X				
	Organiser des causeries éducatives dans toutes les formations sanitaires les aires de santé sur la vaccination	X	X	X	X	X
	Organiser les visites à domicile dans les zones rurales/semi-urbaines et urbaines pour parler de la vaccination	X	X	X	X	X
	Produire et diffuser des messages et programmes audiovisuels sur la vaccination à travers les canaux de	X	X	X	X	X

5-COMPOSANTE COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
	communication appropriés (TV, radio, sms...)					
	Organiser des ateliers de renforcement des capacités du personnel de santé à tous les niveaux en accueil et technique de communication		X	X	X	X
	Elaborer/actualiser, produire et diffuser les supports de communication en faveur du PEV en français, anglais et en langues locales		X			X
Mobilisation sociale	Mobiliser des OSC, OBC et groupes communautaires intéressés par la vaccination : Appui technique	X	X	X	X	X
	Organiser les caravanes évènementielles de sensibilisation des populations sur les bienfaits de la vaccination lors des journées mondiales de santé	X	X	X	X	X
	organiser des campagnes d'explication sur les bienfaits des vaccins habituels et des nouveaux vaccins introduits	X	X	X	X	X
	contractualiser avec une Structure de dialogue/ OSC/OBC par aire de santé susceptible d'apporter un appui pour la mobilisation communautaire en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X

6-COMPOSANTE GESTION DU PROGRAMME						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Législation et réglementation	Réactualiser tous les sous-comités de l'ANR (comité MAPI...)	X	X	X	X	X
	Equiper le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LANACOME)		X			
	Organiser 3 rencontres de sensibilisation des Députés et Sénateurs	X				
Politique	Finaliser l'Avant-projet de loi de création du fonds et le transmettre au Parlement	X				
	Organiser annuellement les ateliers d'élaboration et de consolidation des microplans PEV aux niveaux central (01), régional (10) et DS (189)	X	X	X	X	X
	Organiser annuellement deux réunions de monitoring/coordination du PEV au niveau central et quatre au niveau régional ;	X	X	X	X	X

6-COMPOSANTE GESTION DU PROGRAMME						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Coordination	Organiser des ateliers d'élaboration et de révision des Plans du PEV (PTA, Plan de formation, plan de développement institutionnel de l'ANR, Plan d'amélioration de la qualité des données, plan d'amélioration de écarts de l'EGEV, ...)	X	X	X	X	X
	Mettre en place et rendre fonctionnel les CCIA régionaux	X	X	X	X	X
	Tenir des réunions de monitoring semestriel des interventions des OSC/OBC et structure de dialogue œuvrant pour la mobilisation communautaire pour la vaccination		X	X	X	X
	Organiser les activités de monitoring trimestriel des activités de surveillance au niveau central et des régions	X	X	X	X	X
	Faire le plaidoyer auprès du MINSANTE et des partenaires techniques et financiers pour augmenter le budget de fonctionnement du PEV	X	X	X	X	X
	rendre fonctionnel le GTCV	X	X	X	X	X
	Allouer un budget de fonctionnement pour les 10 unités régionales PEV	X	X	X	X	X
	Organiser les revues externes		X		X	
Qualité des données	Tenir les réunions d'harmonisation des données de surveillance au niveau central (CPC, DLM, GTC-PEV...)	X	X	X	X	X
	Organiser mensuellement les réunions de revue et validation des données à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Produire les utilitaires du PEV		X			
	Mener annuellement un audit interne de la qualité des données de vaccination dans les 10 régions	X		X		X
	Acquérir le matériel et des équipements informatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X	X	X
	Acquérir et déployer un logiciel de gestion intégrée des données à tous les niveaux (Fonctionnalités: collecte, transfert, archivage, analyse des données, diffusion, géolocalisation/GPS...; Terminal d'exploitation: smartphone/tablette/PC...)		X	X	X	
	Organiser des sessions de formation thématique sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) aux fins de contribuer à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des données.	X	X	X	X	X

6-COMPOSANTE GESTION DU PROGRAMME						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
	Contractualiser la maintenance du matériel et des équipements informatiques	X	X	X	X	X
	Elaborer, produire et disséminer le manuel des opérations et procédure standard de gestion des données (SOP)	X				
	Elaborer, mettre en œuvre et suivre le plan de Recherche-Développement du PEV	X	X	X	X	X
	Organiser des recherches /développement dans les différentes composantes de l'IEP (interruption de la transmission, retrait du VPO2, confinement, certification, planification des acquis de l'IEP) d'expériences de mise en œuvre de l'IEP au Cameroun	X	X	X	X	X
	Mener les évaluations post-introduction de nouveaux vaccins	X	X	X		X
	Réaliser tous les deux ans une enquête de couverture vaccinale, EDS,	X			X	
	Mener des enquêtes de Couverture Vaccinale post AVS	X	X	X	X	X
Suivi-Evaluation	Tenir des réunions d'auto-évaluation trimestrielle du GTC-PEV	X	X	X	X	X
	Elaborer les rapports d'activités trimestrielles du PEV	X	X	X	X	X
Recherche et Développement	Conduire des études sur des thématiques prioritaires de la surveillance et des AVS	X	X	X	X	X
	Mener des recherches opérationnelles (Enquête CAP, PFE...) pour améliorer les prestations de service de vaccination	X				X

7-COMPOSANTE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
RH	Recruter et former le personnel communautaire à la prestation des services de vaccination	X	X	X	X	X
	Elaborer et mettre en œuvre des mécanismes d'incitation et de redevabilité du personnel	X	X	X	X	X
	Allouer des primes de performance mensuelles au personnel impliqué dans le PEV					
	Elaborer le plan stratégique de formation du PEV et le mettre œuvre	X	X	X	X	X
	Former tous les responsables des districts à l'outil DQS d'ici 2019	X	X	X	X	X

7-COMPOSANTE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Renforcement des capacités	Assurer la formation des prestataires à tous les niveaux sur la surveillance y compris les MAPI et du personnel de laboratoire		X			X
	Organiser tous les deux ans un atelier de formation des gestionnaires de données niveau central (01) et régional (10)	X		X		X
	Former les équipes de communication des régions/ DS/ AS à la surveillance à base communautaire et la recherche des enfants perdus de vue		X	X		
	Former et Contractualiser au moins 2 000 Structures de dialogue/ OSC/OBC susceptibles d'apporter un appui pour la mobilisation communautaire en faveur de la vaccination		X			
	Renforcer les capacités de 18 000 membres de ces organisations et les intégrer dans la communication et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination	X	X			
	Renforcer les capacités des personnels impliqués dans la mise en œuvre des fonctions de l'ANR	X	X	X	X	X
	Mener les supervisions: régional (04/an), districts (12/an)	X	X	X	X	X
Supervision	Organiser les supervisions des DS silencieux pour la surveillance et à faibles performances	X	X	X	X	X
Supervision	Organiser tous les deux ans un atelier de renforcement des capacités des superviseurs (01 niveau Central, 10 niveau régional, 189 niveau DS)	X		X		X
	Organiser un cours MLM étalé en 6 mois	X				
	Organiser des ateliers de formation des prestataires	X				

8-COMPOSANTE FINANCEMENT						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
Viabilité financière	Mettre en place et faire fonctionner le Fonds National pour Santé avec un guichet pour la vaccination	X	X	X	X	X
	Elaborer et mettre en œuvre un guide de mobilisation locale des fonds en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X

8-COMPOSANTE FINANCEMENT						
Sous-Composante du système	Activités principales/Essentielles	2015	2016	2017	2018	2019
	Mener un plaidoyer auprès du MINFI et MINEPAT afin que les fonds relatifs à l'achat des vaccins soient logés dans le BIP	X	X	X	X	X
	Mener une action en vue de la création d'un compte d'affectation spéciale pour la vaccination	X	X			
	Mener une action de plaidoyer auprès du MINATD et de la CVUC en vue de la mise en place d'une ligne "appui à la vaccination" dans les budgets des collectivités territoriales décentralisées (CTD)	X	X	X	X	X
	Identifier la chaîne d'allocation des ressources	X	X	X	X	X
	Faire signer une lettre circulaire au Ministre de la Santé adressée aux opérationnels	X				
	Mettre en place un mécanisme de reporting des dépenses de la vaccination aux niveaux districts et aires de santé	X	X	X	X	X
	Former les gestionnaires financiers PEV à l'utilisation des outils de reporting des dépenses locales de la vaccination à tous les niveaux	X		X		X
Audit et contrôle	Elaborer un plan annuel d'audit interne et externe des activités du PEV à tous les niveaux	X	X	X	X	X
	Former un pool d'auditeurs internes des activités du PEV	X		X		X
	Mener les missions d'audit externe (annuelle) et interne trimestrielles du niveau central vers les régions et les DS	X	X	X	X	X
	Mener les missions de supervision financière semestrielle et d'appui comptable au niveau central et trimestrielles au niveau régional	X	X	X	X	X

7. Budget

7.1. Coûts et financements du Programme Elargi de Vaccination 2015-2019

Afin d'évaluer le budget du Plan Pluriannuel Complet du PEV, l'année 2013 a été utilisée comme année de base qui a permis de faire une projection des besoins futurs du programme, ainsi que l'identification des sources de financement pour les cinq prochaines années. Cette évaluation se présente de la manière suivante :

- Méthodologie de détermination des coûts ;
- Analyse des coûts actuels et futurs du programme ;
- Analyse des financements actuels et projetés du programme pour les années à venir et détermination du gap financier ;
- Réduction des gaps ;
- Stratégies de viabilité financière du PEV ;
- Tableau synoptique des prévisions budgétaires 2015 - 2019.

7.2. Méthodologie

La méthodologie a consisté à utiliser l'outil d'analyse des coûts et financements du programme mis à la disposition du Cameroun par l'OMS.

La collecte des données inclut les coûts récurrents, les coûts en capital ainsi que les coûts partagés répartis à tous les niveaux du système sanitaire. Les partenaires traditionnels du programme ont été contactés pour la collecte, la vérification et la validation des données fournies. La revue documentaire dans les différents départements ministériels tels que le Ministère des Finances, le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), a permis de reconstituer les données.

Un atelier d'élaboration du draft zéro s'est tenu du 18 au 25 août 2014 à Ebolowa (Nkolandom) réunissant les cadres du MINSANTE, du MINFI, du MINEPAT, les Partenaires Techniques et Financiers au développement, les représentants des élus du peuple (Maires et Députés) et les représentants de la Plateforme des OSC (PROVARESSC).

Ce document a été finalisé au cours de l'atelier du 09 au 12 décembre à Douala avec l'appui technique de la Cellule de la Planification et de la Programmation chargée de l'élaboration du Cadre des Dépenses à Moyen Terme de la Santé et des consultants GAVI/AMP, OMS, CHAI et SVI commis à cet effet.

Le CCIA en sa session du 22 janvier 2015 a validé le PPAC 2015-2019 du PEV.

7.3. Analyse des coûts 2013 et futurs du programme

7.3.1. Analyse des coûts 2013

La mise en œuvre des activités du Programme Elargi de Vaccination au cours de l'année 2013 a coûté \$US 42 612 342 contre \$ US 52 933 657 initialement prévu pour l'année 2013 dans le PPAC 2011-2015.

La structure des montants dépensés montre que \$ US 7 716 791 (soit 18,11% du total) de l'enveloppe ont été consacrés aux campagnes de vaccination, \$ US 25 315 627 (59,41%) à la vaccination de routine et \$ US 9 579 924 (22,48 %) aux coûts partagés.

L'acquisition des vaccins et matériels d'injection pendant la campagne de vaccination a représenté \$ US 2 979 884, soit 7 % des dépenses totales du PEV.

Les financements des coûts du PEV en 2013 ont été assurés par l'Etat et ses partenaires. Les plus grands financiers du programme sont l'Etat du Cameroun avec 45,31 %, GAVI 31,60 %, UNICEF 15,07 %. l'OMS 7, 54 %. Puis viennent HKI et Sabine Vaccine Institute qui sont respectivement à 0,41% et 0, 07 %.

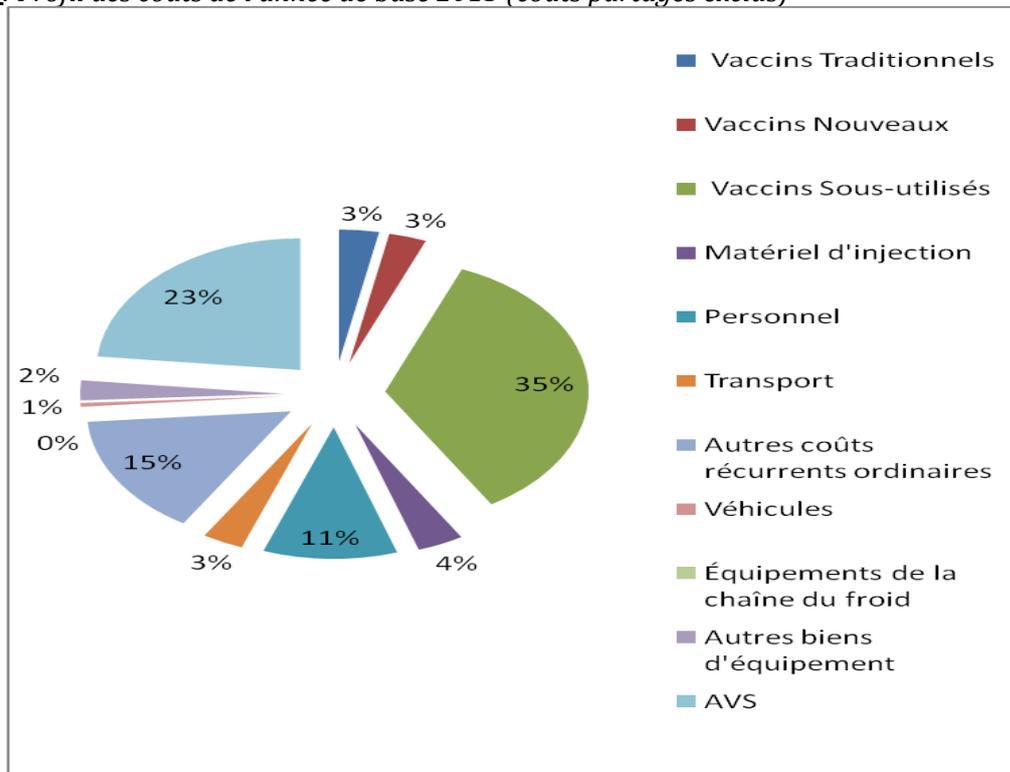
Tableau 25: Indicateur pour l'année de référence 2013

Rubrique	Coût en \$ US	Pourcentage
Campagnes de vaccination	7 716 791	18,11 %
Vaccination de routine (*)	25 315 627	59,41 %
Dépenses totales de vaccination	33 032 418	77,52 %
Total des coûts partagés (**)	9 579 924	22,48 %
TOTAL	42 612 342	

(*) La vaccination de routine englobe :

- la vaccination par habitant (\$ US 1,21),
- la vaccination par enfant (DTC3 \$ US 35,99).

Figure 4: Profil des coûts de l'année de base 2013 (coûts partagés exclus)



Les montants dépensés sont répartis tel qu'il suit :

- 35% de l'enveloppe a été consacré à l'achat des vaccins nouveaux et sous utilisés contre 3% pour les vaccins traditionnels et 4% pour le matériel d'injection ;
- 23% pour les campagnes de vaccination;
- 15% pour les autres coûts récurrents ordinaires ;
- 11% pour le personnel ;

- 3% pour le transport ;
- 3% pour les autres biens d'équipement ;
- 0,4% pour les véhicules.

7.3.2. Analyse des coûts futurs

Les besoins futurs du PEV pour la période 2015-2019 s'élèvent à \$ US 508 491 197, soit un coût moyen par an de \$ US 101 698 239, avec un minimum en 2019 (\$ US 92 897 249) et un maximum en 2015 (\$ US 108 268 157). La tendance à la baisse observée avec un nouveau pic en 2018 s'explique entre autres par l'organisation en 2015, d'une campagne préventive dans les districts n'ayant pas conduit de campagne préventive ou réactive contre la fièvre jaune, par l'organisation de 05 passages de JNV et 03 passages de JLV polio préventives en 2015, par l'organisation des campagnes de suivi contre la rougeole en 2015 et 2018 (9 mois à 15 ans), par l'introduction de nouveaux vaccins (le VPI et le HPV en 2015, le Menafrivac en 2017) et par le remplacement en 2016 des formules traditionnelles du VAR par le RR et du TT (Tétanos Toxoid) par le Td (Tétanos diphtérie) sans coûts additionnels durant toute la période du PPAC.

Ainsi, on ne note pas des besoins additionnels significatifs pour l'acquisition de la chaîne du froid durant le PPAC, ceux inhérents à l'accommodation du VPI, du HPV ayant déjà été pris en compte auparavant au travers du plan d'amélioration de la chaîne de froid financé par GAVI en 2014 à hauteur de \$ US 900 000 via UNICEF.

De même, la mise en œuvre des visites mensuelles dans les domiciles pour la recherche des perdus de vue en collaboration avec la communauté, des activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile dans tous les centres de santé, des activités de vaccination intensifiée (AVI) pour les populations spéciales (refugiés, zones d'accès difficile, de haut risque, d'insécurité...) et des activités du plan d'amélioration de la GEV induit des coûts constants sur toute la période, les coûts étant plus élevés pour les stratégies fixes, mobiles et avancées.

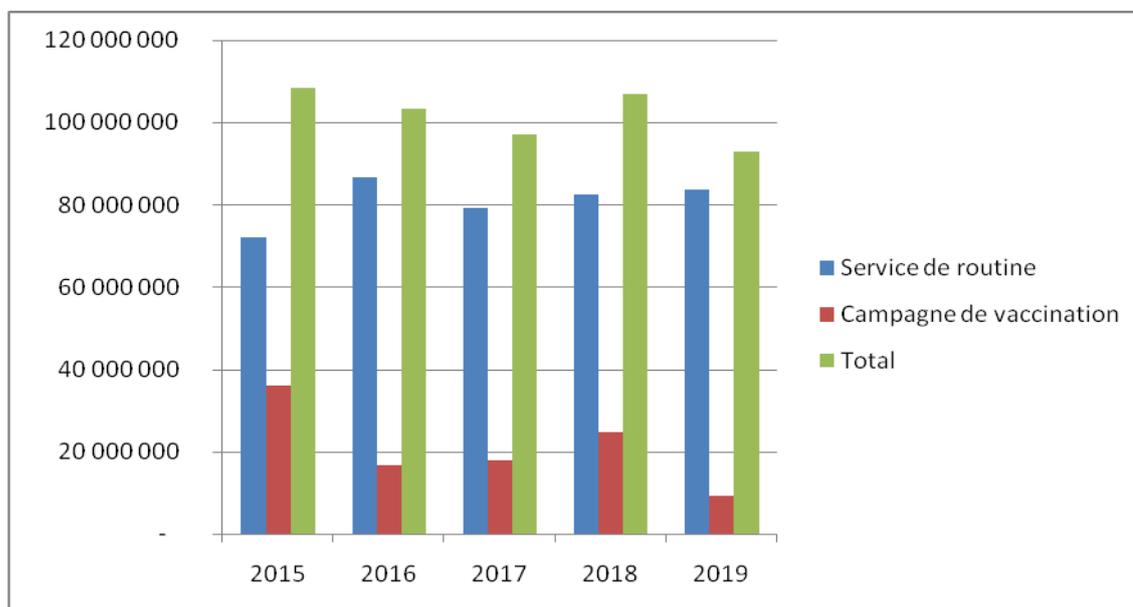


Figure 5 : Evolution des coûts de 2015 à 2019

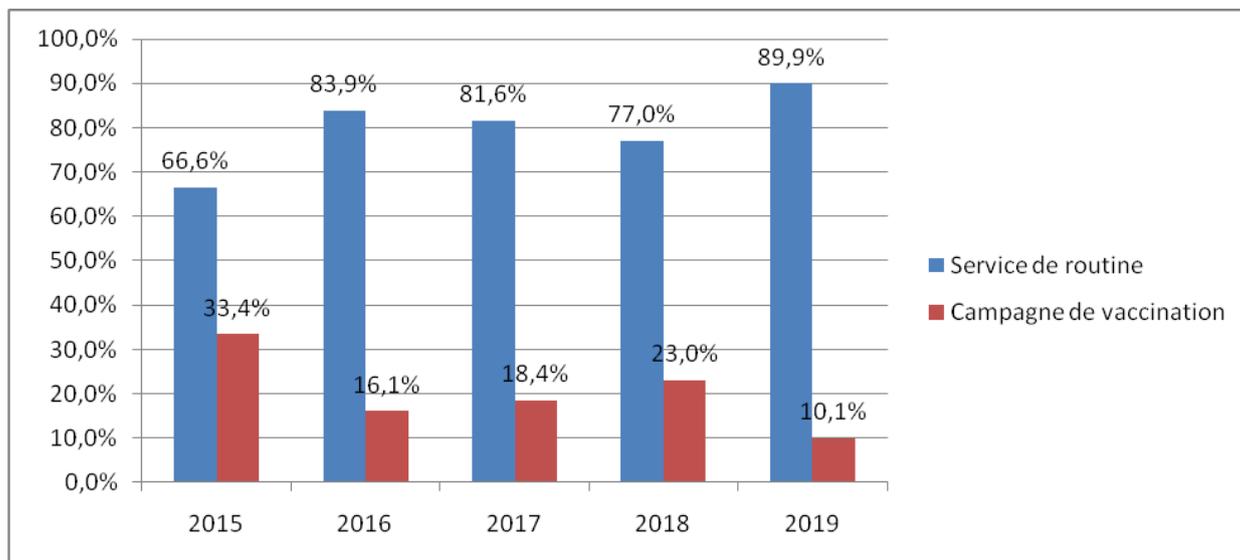


Figure 6 : Pourcentage de l'évolution des coûts de 2015 à 2019

GAVI continuera à soutenir l'acquisition des nouveaux vaccins et des vaccins sous-utilisés à travers le cofinancement dans le cadre de l'indépendance vaccinale pour toute la durée de ce PPAC.

7.4. Analyse des financements 2013 du programme, projection pour les années à venir et détermination du gap financier

7.4.1. Analyse des financements de l'année 2013

Les financements des coûts du PEV en 2013 ont été assurés par l'Etat du Cameroun et ses partenaires selon le tableau ci-dessous. Les plus grands financiers du programme sont l'Etat du Cameroun avec 45,31 %, GAVI 31,60 %, UNICEF 15,07 %, l'OMS 7,54 %. Puis viennent HKI et Sabine Vaccine Institute qui sont respectivement à 0,41% et 0,07 %.

Tableau 26: Tableau de financement du PEV en 2013

Institution	2013 (en \$ US)	Pourcentage
Etat du Cameroun	19 305 722	45,31%
GAVI	13 466 083	31,60%
UNICEF	6 420 327	15,07%
OMS	3 214 256	7,54%
HKI	176 117	0,41%
Sabin Vaccine Institut	29 777	0,07%
TOTAL	42 612 342	

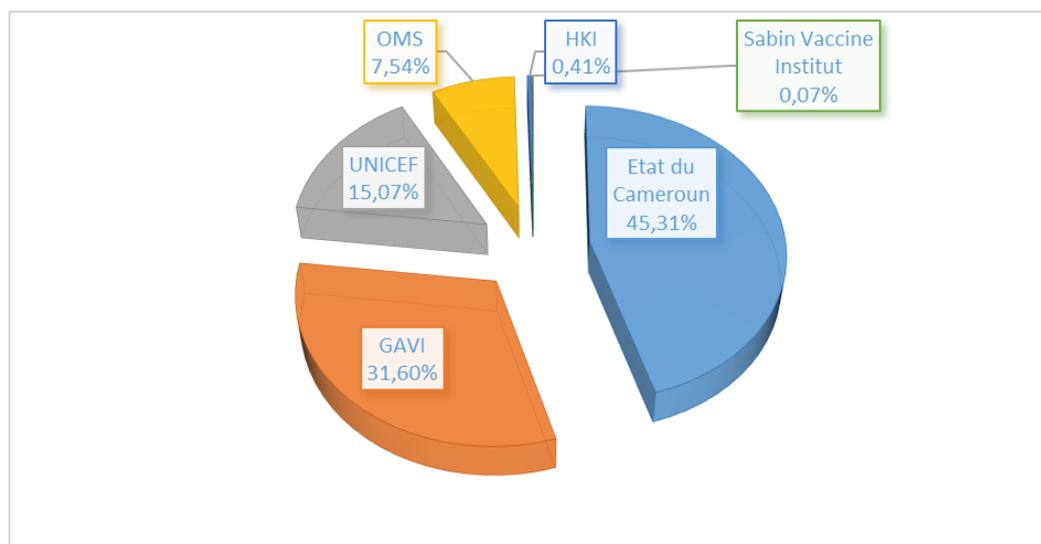


Figure 7: Répartition du financement du PEV en 2013

7.4.2. Analyse des financements du programme pour la période 2015-2019

Tableau 27: Coût global estimé (*) 2015-2019 du Programme (en \$ US)

Besoins en ressources	2015	2016	2017	2018	2019
Service de routine	72 100 532	86 690 161	79 216 189	82 348 707	83 540 871
Campagne de vaccination	36 167 625	16 592 950	17 906 470	24 571 314	9 356 378
Total	108 268 157	103 283 111	97 122 659	106 920 021	92 897 249

(*) : Cette estimation a été faite par des responsables du Groupe Technique Central du PEV, du MINSANTE et des Partenaires

NB : Coût de la vaccination de routine	2015	2016	2017	2018	2019
par habitant (en \$ US)	3	4	3	3	3
par enfant (DTC3) (en \$ US)	96	110	97	98	95

Tableau 28: Propositions de financement faites par les différents Bailleurs de fonds (en Dollars US)

Source de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Etat du Cameroun	28 460 164	25 960 933	27 702 271	25 680 793	25 370 245	133 174 406
OMS	35 545 449	18 382 144	18 262 480	24 542 129	6 661 912	103 394 114
UNICEF	18 481 768	11 651 393	12 484 511	16 765 761	10 950 900	70 334 332
GAVI	25 279 485	46 771 350	38 314 437	39 641 553	49 624 406	199 631 231
HKI	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Sabin Vaccine Institute	293 291	293 291	118 960	49 786	49 786	805 114
TOTAL	108 268 157	103 283 111	97 122 659	106 920 022	92 897 249	508 491 197

Tableau 29: Financement sécurisé par les différents Bailleurs de fonds (en Dollars US)

Source de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Etat du Cameroun	25 020 103	25 960 933	27 702 271	25 680 793	25 370 245	129 734 344
OMS	35 545 449	400 000	0	0	0	35 945 449
UNICEF	18 481 768	0	0	0	748 865	19 230 633
GAVI	25 279 485	46 771 350	38 314 437	39 641 553	49 624 406	199 631 231
HKI	208 000	0	0	0	0	208 000
Sabin Vaccine Institute	293 291	0	118 960	49 786 0	49 786	511 823
TOTAL	104 828 096	73 132 283	66 135 668	65 421 918	75 793 302	385 261 480

Tableau 30: Promesses de financement (financement probable) faites par les Bailleurs de fonds (en Dollars US)

Source de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Etat du Cameroun	3 440 061	0	0	0	0	3 440 061
OMS	0	17 982 144	18 262 480	24 542 129	6 661 912	67 448 665
UNICEF	0	11 651 393	12 484 511	16 765 761	10 202 035	51 103 699
GAVI	0	0	0	0	0	0
HKI	0	224 000	240 000	240 000	240 000	944 000
Sabin Vaccine Institute	0	293 291				293 291
TOTAL	3 440 061	30 150 828	30 986 991	41 547 890	17 103 947	123 229 716

Tableau 31 : synoptiques des coûts par nature du programme (2015-2019) :**A - LES COÛTS RÉCURRENTS COURANTS**

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Vaccins (vaccins de routine seulement)						
Traditionnel	1 288 195	209 614	217 160	224 949	232 992	2 172 911
Sous utilisé	1 065 632	1 122 742	1 160 403	1 202 284	1 585 418	6 136 479
Nouveau	22 562 088	37 401 823	36 251 807	37 215 924	46 475 797	179 907 438
Matériel d'injection	705 059	1 030 419	1 048 180	1 076 086	1 189 492	5 049 236
Personnel						
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	325 917	379 428	390 052	400 973	412 200	1 908 570
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	2 033 762	2 339 263	2 660 278	3 064 443	3 489 155	13 586 901
Per diem pour supervision et monitoring	1 632 670	1 707 171	1 783 000	1 861 738	1 943 211	8 927 790
Transport						
Stratégie d'emplacement fixe	946 181	955 908	962 070	39 307	40 093	2 943 558

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
(distribution de vaccin incluse)						
Stratégie avancée + Stratégie mobile	158 624	160 255	161 288	6 590	6 721	493 479
Entretien et frais généraux						
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	239 603	254 340	262 656	274 977	286 796	1 318 371
Entretien et d'autre équipement d'investissement	422 417	760 828	1 055 688	1 087 358	1 119 979	4 446 271
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	24 720	25 462	26 225	27 012	27 823	131 242
Formation de courte durée	3 353 110	2 278 548	1 675 212	1 390 848	2 227 030	10 924 748
IEC/ mobilisation sociale	941 770	1 905 058	1 023 601	1 047 556	2 065 942	6 983 928
Surveillance des maladies	19 549 898	9 907 109	10 178 096	13 283 996	225 363	53 144 461
Gestion du programme	1 811 830	9 306 310	1 631 439	1 469 453	1 628 778	15 847 810
Autres coûts récurrents ordinaires	2 361 195	2 461 341	2 970 947	1 919 049	2 444 720	12 157 252
Total des coûts récurrents ordinaires	59 422 671	72 205 620	63 458 102	65 592 541	65 401 510	326 080 445

B - LES COÛTS EN CAPITAL

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Véhicules	206 340	245 723	274 331	110 562	113 658	950 615
Équipements de la chaîne du froid	1 313 146	1 626 683	1 499 453	1 573 485	1 816 972	7 829 739
Autres biens d'équipement	898 629	1 627 649	2 240 107	2 307 310	2 376 530	9 450 225
Total des coûts en capital	2 418 116	3 500 055	4 013 891	3 991 357	4 307 160	18 230 580

C - LES CAMPAGNES DE VACCINATION

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Polio : Enfants de 0 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection	1 623 769	1 664 357	1 705 973	1 748 616	1 792 329	8 535 044
Coûts opérationnels	11 856 000	9 130 000	9 130 000	5 472 000	0	35 588 000
Rougeole + Rubéole : Enfants de 9 mois à 15 ans						
Vaccins et matériel d'injection	6 336 022	1 594 165	2 777 802	6 823 184	2 918 488	20 449 662
Coûts opérationnels	5 756 409	60 000	60 000	6 196 258	60 000	12 132 667
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois						
Vaccins et matériel d'injection	61 320	62 852	64 425	66 035	67 687	322 320

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Coûts opérationnels	0	0	0	0	0	0
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection	431 503	442 292	453 348	464 683	476 298	2 268 124
Coûts opérationnels	0	0	0	0	0	0
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection	492 823	505 144	517 774	530 718	543 985	2 590 444
Coûts opérationnels	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus						
Vaccins et matériel d'injection	8 026 801	2 742 511	2 811 120	2 881 355	2 953 432	19 415 219
Coûts opérationnels	1 185 674	0	0	0	0	1 185 674
Vitamine A : Femme en post-partum (2,3%)						
Vaccins et matériel d'injection	0	0	0	0	0	0
Coûts opérationnels	0	0	0	0	0	0
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,						
Vaccins et matériel d'injection	93 304	95 628	98 027	100 465	256 160	643 583
Coûts opérationnels	96 000	72 000	48 000	48 000	48 000	312 000
Total des campagnes de vaccination	36 167 625	16 592 950	17 906 470	24 571 314	9 356 378	104 594 738

D - LES COÛTS PARTAGES

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Coûts partagés du personnel	4 960 959	5 547 774	6 165 841	7 040 992	7 958 995	31 674 561
Coûts partagés du transport	2 103 781	2 145 857	2 188 774	2 232 550	2 277 201	10 948 163
Construction de nouveaux bâtiments	3 195 004	3 290 854	3 389 580	3 491 267	3 596 005	16 962 711
Total des coûts partagés	10 259 745	10 984 485	11 744 195	12 764 809	13 832 200	59 585 435

Tableau 32 : synoptiques du financement par nature et par source de financement du programme :**A - L'ETAT DU CAMEROUN**

Intitulé	2016	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Vaccins (vaccins de routine seulement)						
Traditionnel	1 288 195	209 614	217 160	224 949	232 992	2 172 911
Sous utilisé	229 040	228 000	405 000	415 000	785 080	2 062 120
Nouveau	6 367 804	6 537 595	6 914 787	6 610 552	7 870 425	34 301 162
Matériel d'injection	322 841	129 439	256 300	277 300	378 705	1 364 585
Personnel						0

Intitulé	2016	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	325 917	379 428	390 052	400 973	412 200	1 908 570
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	782 000	850 000	960 300	1 070 300	139 553	3 802 153
Per diem pour supervision et monitoring	996 200	524 868	887 589	897 561	451 265	3 757 483
Transport						0
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	632 490	628 884	359 973	39 307	40 093	1 700 747
Stratégie avancée + Stratégie mobile	158 624	160 255	161 288	6 590	6 721	493 479
Entretien et frais généraux						
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	239 603	254 340	262 656	274 977		1 031 575
Entretien et d'autre équipement d'investissement	422 417	760 828	160 039	164 840	169 785	1 677 910
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	24 720	25 462	26 225	27 012	27 823	131 242
Formation de courte durée	113 200	96 200	137 000	97 000	121 050	564 450
IEC/ mobilisation sociale	154 823	462 713	105 254	116 933	261 031	1 100 755
Surveillance des maladies	3 440 061	798 793	1 484 693	335 904		6 059 451
Gestion du programme	83 000	895 744	198 028	198 324	199 721	1 574 817
Autres coûts récurrents ordinaires	147 382	11 682	776 607	243 938	157 704	1 337 313
Sous-total Coûts récurrents	15 728 318	12 953 847	13 702 951	11 401 459	11 254 148	65 040 723
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique						
Véhicules					113 658	113 658
Équipements de la chaîne du froid						0
Autres biens d'équipement	100 901	196 601	429 125	420 125	170 238	1 316 990
Sous-total Coûts en capital	100 901	196 601	429 125	420 125	283 896	1 430 648
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)						
Polio : Enfants de 0 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels	2 371 200	1 826 000	1 826 000	1 094 400		
Rougeole + Rubéole : Enfants de 9 mois à 15 ans						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						

Intitulé	2016	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Vitamine A : Femme en post-partum (2,3%)						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels						
Sous-total AVS	2 371 200	1 826 000	1 826 000	1 094 400	0	7 117 600
Coûts partagés du système de santé						
Coûts partagés du personnel	4 960 959	5 547 774	6 165 841	7 040 992	7 958 995	31 674 561
Coûts partagés du transport	2 103 781	2 145 857	2 188 774	2 232 550	2 277 201	10 948 163
Construction de nouveaux bâtiments	3 195 004	3 290 854	3 389 580	3 491 267	3 596 005	16 962 711
Sous-total Coûts partagés	10 259 745	10 984 485	11 744 195	12 764 809		45 753 234
Total global	28 460 164	25 960 933	27 702 271	25 680 793	11 538 044	119 342 205
Vaccination systématique	26 088 964	24 134 933	25 876 271	24 586 393	11 538 044	112 224 605
Activités de vaccination supplémentaire	2 371 200	1 826 000	1 826 000	1 094 400	0	7 117 600
Total financement sécurisé	25 020 103	25 960 933	27 702 271	25 680 793	25 370 245	129 734 344
Financement probable	3 440 061	0	0	0	0	3 440 061
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	14 760 358	14 976 448	15 958 076	12 915 984	11 538 044	70 148 910
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	3 440 061	0	0	0	0	3 440 061

B - GAVI ALLIANCE

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Vaccins (vaccins de routine seulement)						
Traditionnel						
Sous utilisé	836 592	894 742	755 403	787 284	800 338	4 074 359
Nouveau	16 194 284	30 864 228	29 337 020	30 605 372	38 605 372	145 606 276
Matériel d'injection	382 218	900 980	791 880	798 786	810 787	3 684 651
Personnel						
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	951 507	1 189 009	1 120 427	1 254 592	2 279 302	6 794 837
Per diem pour supervision et monitoring						
Transport						
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	313 691	327 024	333 683			974 398
Stratégie avancée + Stratégie mobile						
Entretien et frais généraux						
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :					286 796	286 796
Entretien et d'autre équipement d'investissement			895 649	922 518	950 194	2 768 361
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)						
Formation de courte durée	890 484	1 800 000	930 427	583 421	1 011 182	5 215 514
IEC/ mobilisation sociale	374 489	739 888	215 848	600 160	895 429	2 825 814
Surveillance des maladies	1 327 682					1 327 682
Gestion du programme	994 919	6 007 025	651 427	703 926	754 713	9 112 010
Autres coûts récurrents ordinaires	1 188 754	1 145 000	680 124	879 982	723 578	4 617 438
Sous-total Coûts récurrents	23 454 620	43 867 896	35 711 888	37 136 041	47 117 691	187 288 136
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique						
Véhicules	206 340	245 723	274 331	110 562		836 957
Équipements de la chaîne du froid	1 113 214	1 626 683	1 499 453	1 573 485	1 816 972	7 629 807
Autres biens d'équipement	505 311	1 031 048	828 765	821 465	689 742	3 876 331
Sous-total Coûts en capital	1 824 865	2 903 454	2 602 549	2 505 512	2 506 714	12 343 095
Total global	25 279 485	46 771 350	38 314 437	39 641 553	49 624 406	199 631 231
Vaccination systématique	25 279 485	46 771 350	38 314 437	39 641 553	49 624 406	199 631 231
Activités de vaccination supplémentaire	0	0	0	0	0	0

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Total financement sécurisé	25 279	46 771	38 314	39 641	49 624	199 631
	485	350	437	553	406	231
Financement probable	0	0	0	0	0	0
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	25 279	46 771	38 314	39 641	49 624	199 631
	485	350	437	553	406	231
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	0	0	0	0	0	0

C - L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Personnel						
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles						
Per diem pour supervision et monitoring	636 470	1 182 303	895 411	964 177	1 491 946	5 170 307
Transport						
Entretien et frais généraux						0
Formation de courte durée	1 200 010					1 200 010
Surveillance des maladies	14 782 154	9 108 316	8 693 404	12 948 092	225 363	45 757 328
Gestion du programme	320 380		472 754	302 147	334 307	1 429 588
Autres coûts récurrents ordinaires	604 914	804 514	804 574	615 487	814 573	3 644 062
Sous-total Coûts récurrents	17 543 928	11 095 133	10 866 143	14 829 903	2 866 188	57 201 295
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique						
Autres biens d'équipement		400 000	440 717	650 717	806 292	2 297 726
Sous-total Coûts en capital	0	400 000	440 717	650 717	806 292	2 297 726
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)						
Polio : Enfants de 0 à 59 mois						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels	5 335 200	4 108 500	4 108 500	2 462 400		16 014 600
Rougeole + Rubéole : Enfants de 9 mois à 15 ans						
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels	3 453 845	36 000	36 000	3 717 755	36 000	7 279 600
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus						
Vaccins et matériel d'injection	8 026 801	2 742 511	2 811 120	2 881 355	2 953 432	19 415 219
Coûts opérationnels	1 185 674					1 185 674
Sous-total AVS	18 001 521	6 887 011	6 955 620	9 061 510	2 989 432	43 895 093

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Total global	35 545	18 382	18 262	24 542	6 661	103 394
	449	144	480	129	912	114
Vaccination systématique	17 543	11 495	11 306	15 480	3 672	59 499
	928	133	860	620	480	020
Activités de vaccination supplémentaire	18 001	6 887	6 955	9 061	2 989	43 895
	521	011	620	510	432	093
Total financement sécurisé	35 545					35 945
	449	400 000	0	0	0	449
Financement probable	0	17 982	18 262	24 542	6 661	67 448
		144	480	129	912	665
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	35 545					35 945
	449	400 000	0	0	0	449
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	0	17 982	18 262	24 542	6 661	67 448
		144	480	129	912	665

D - LE FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Personnel						
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	300 255	300 254	579 551	739 551	1 070 300	2 989 911
Per diem pour supervision et monitoring						
Transport						0
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)			268 414			268 414
Stratégie avancée + Stratégie mobile						
Entretien et frais généraux						0
Formation de courte durée	1 149 416	382 348	607 785	710 427	1 094 798	3 944 774
IEC/ mobilisation sociale	412 458	702 457	702 499	330 463	909 482	3 057 359
Surveillance des maladies						
Gestion du programme	120 240	2 110 250	190 270	215 270	290 251	2 926 281
Autres coûts récurrents ordinaires	420 145	500 145	709 642	179 642	748 865	2 558 439
Sous-total Coûts récurrents	2 402 514	3 995 454	3 058 160	2 175 353	4 113 696	15 745 177
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique						
Équipements de la chaîne du froid	199 932					199 932
Autres biens d'équipement	292 417		541 500	415 003	710 258	1 959 178
Sous-total Coûts en capital	492 349	0	541 500	415 003	710 258	2 159 111
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)						

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Polio : Enfants de 0 à 59 mois						0
Vaccins et matériel d'injection	1 623 769	1 664 357	1 705 973	1 748 616	1 792 329	8 535 044
Coûts opérationnels	4 149 600	3 195 500	3 195 500	1 915 200		12 455 800
Rougeole + Rubéole : Enfants de 9 mois à 15 ans						0
Vaccins et matériel d'injection	6 336 022	1 594 165	2 777 802	6 823 184	2 918 488	20 449 662
Coûts opérationnels	2 302 564	24 000	24 000	2 478 503	24 000	4 853 067
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois						0
Vaccins et matériel d'injection	61 320	62 852	64 425	66 035	67 687	322 320
Coûts opérationnels						
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois						0
Vaccins et matériel d'injection	431 503	442 292	453 348	464 683	476 298	2 268 124
Coûts opérationnels						
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois						0
Vaccins et matériel d'injection	492 823	505 144	517 774	530 718	543 985	2 590 444
Coûts opérationnels						
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,						
Vaccins et matériel d'injection	93 304	95 628	98 027	100 465	256 160	643 583
Coûts opérationnels	96 000	72 000	48 000	48 000	48 000	312 000
Sous-total AVS	15 586 905	7 655 939	8 884 850	14 175 405	6 126 946	52 430 044
Total global	18 481 768	11 651 393	12 484 511	16 765 761	10 950 900	70 334 332
Vaccination systématique	2 894 863	3 995 454	3 599 660	2 590 356	4 823 954	17 904 288
Activités de vaccination supplémentaire	15 586 905	7 655 939	8 884 850	14 175 405	6 126 946	52 430 044
Total financement sécurisé	18 481 768	0	0	0	748 865	19 230 633
Financement probable	0	11 651 393	12 484 511	16 765 761	10 202 035	51 103 699
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	18 481 768	0	0	0	748 865	19 230 633
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	0	11 651 393	12 484 511	16 765 761	10 202 035	51 103 699

E - HELEN KELLER INTERNATIONAL (HKI)

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)						
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois						-
Vaccins et matériel d'injection						
Coûts opérationnels	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Sous-total AVS	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Total global	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Vaccination systématique	0	0	0	0	0	0
Activités de vaccination supplémentaire	208 000	224 000	240 000	240 000	240 000	1 152 000
Total financement sécurisé	208 000	0	0	0	0	208 000
Financement probable	0	224 000	240 000	240 000	240 000	944 000
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	208 000	0	0	0	0	208 000
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	0	224 000	240 000	240 000	240 000	944 000

F - SABIN VACCINE INSTITUTE

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Gestion du programme	\$293 291	\$293 291	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$805 114
Autres coûts récurrents ordinaires						\$0
Sous-total Coûts récurrents	\$293 291	\$293 291	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$805 114
Total global	\$293 291	\$293 291	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$805 114
Vaccination systématique	\$293 291	\$293 291	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$805 114
Activités de vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$293 291	\$0	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$511 823
Financement probable	\$0	\$293 291	\$0	\$0	\$0	\$293 291
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$293 291	\$0	\$118 960	\$49 786	\$49 786	\$511 823
Total financement probable (ex	\$0	\$293 291	\$0	\$0	\$0	\$293 291

Intitulé	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
coûts/financement partagés)		291				

Pour la période 2015-2019, les besoins en ressources financières s'établissent à \$ US 508 491 197. Le financement sécurisé est de \$ US 385 261 480, soit 75,77%, tandis que le financement probable se situe à \$ US 123 229 716, soit 24,23%. Il correspond aux promesses de financement faites par les bailleurs tels que l'OMS, l'UNICEF, HKI et Sabine Vaccine Institute dans leurs domaines d'action respectifs (contrôle et surveillance des maladies, activités de vaccination supplémentaires, mobilisation sociale, formation, plaidoyer ...etc.).

Les besoins en ressources du présent PPAc sont pris en charge par les différents bailleurs de fonds tels qu'il suit : GAVI \$ US 199 631 23, soit 39,26% ; Etat du Cameroun \$ US 133 174 406, soit 26,19% ; OMS \$ US 103 394 114 (20,33%) ; UNICEF \$ US 70 334 332 (13,83%) ; HKI \$ US 1 152 000 (0,23%), et enfin SVI \$ US 805114 (0,16%).

L'Etat du Cameroun prend en charge les coûts suivants : l'achat des vaccins de base (traditionnels, nouveaux et sous-utilisés), ainsi que le matériel d'injection, le personnel (salaires, perdiems pour les stratégies avancées, les supervisions et le monitoring), le transport (stratégie fixes, avancées et mobiles), l'entretien (chaîne du froid et autres équipements) et frais généraux des bâtiments, les activités (formation, IEC et mobilisation sociale, surveillance des maladies, gestion du programme,) et autres coûts récurrents ;les coûts en capital (véhicules, chaîne du froid), les campagnes de vaccination et enfin les coûts partagés du personnel et du transport.

GAVI finance l'achat des vaccins nouveaux et sous-utilisés, du matériel d'injection, le transport, la logistique, l'entretien, la formation, les IEC et la mobilisation sociale, la gestion du programme, et les autres coûts récurrents ordinaires et de capital.

L'OMS supporte les dépenses liées aux campagnes de vaccination, aux perdiems pour les stratégies avancées, les supervisions et le monitoring, au transport, à la surveillance des maladies, à la gestion du programme, aux autres coûts récurrents et de capital.

L'UNICEF contribue aux IEC et à la mobilisation sociale, à la formation à court terme, aux campagnes de vaccination, à la logistique et à l'approvisionnement en vitamine A et déparasitant pour tout le pays.

HKI participe essentiellement aux campagnes de vaccination (administration de la vitamine A).

SVI agit principalement dans le plaidoyer et la gestion du programme.

7.4.3. Analyse des écarts dans les financements

Tableau 33: Composition des écarts financiers (en \$ US)

Eléments de l'écart de financement	2015	2016	2017	2018	2019	2015 - 2019
Vaccins et matériel d'injection			1 474	1 703	2 562	
Personnel		1 482 557	962	728	246	7 223 493
Transport		13 901 321	268 414			268 414
	3 440		12 299	15 301	3 718	
Activités et autres coûts récurrents	061	13 901 321	888	528	560	48 661 357
Logistiques (véhicules, chaîne du froid et autre équipement)		400 000	982 217	720	550	3 964 487
Activités de vaccination supplémentaire		14 766 950	470	914	378	63 680 712
	3 440		31 105	41 547	17 153	123 798
Écart Financier*	061	30 550 828	951	890	733	462

* Coûts spécifiques uniquement. Les coûts partagés ne sont pas inclus.

Les coûts partagés étant exclus, car, ils sont entièrement pris en charge par l'Etat, l'analyse des besoins en ressources spécifiques sur la base des financements sécurisés et des financements probables sur la période 2015-2019 fait ressortir des écarts de financement d'un montant total de \$ US 123 798 462 correspondant au total des financements probables.

Les éléments principaux de l'écart financier se situent principalement au niveau des activités de vaccination supplémentaires (\$ US 63 680 712) soit 51,44 % du gap à résorber et des activités (formation à court terme, mobilisation sociale, contrôle et surveillance des maladies et gestion du programme) et autres coûts récurrents (\$ US 48 611 357), soit 39,31% ; les autres étant : le personnel (perdiems pour la stratégie avancée et mobile et perdiems pour la surveillance et le monitoring), la logistique (véhicules, chaîne du froid et autres équipements) et le transport (stratégie fixe et livraison vaccin)

7.4.4. Réduction des écarts

Les écarts de financements sur financements sécurisés correspondent exactement aux financements probables. Ceux-ci représentent financements attendus de l'OMS, de l'UNICEF, de HKI et de Sabine Vaccine Institute.

Le Ministre de la Santé Publique mènera le plaidoyer auprès de ces différents partenaires afin qu'ils tiennent leurs engagements, libèrent leurs contributions à temps et accroissent leurs financements.

L'État du Cameroun à travers la création du fonds de soutien à la santé avec un guichet pour la vaccination s'engage à augmenter de manière significative sa contribution au financement du PEV afin de garantir sa pérennité à la fin du soutien de GAVI. Ce fonds envisage de prendre en charge tous les coûts liés aux activités de vaccination et de résorber ainsi les gaps de financement relevés.

Grosso modo, des ajustements seront faits chaque année, en vue de résorber le gap de financement, à travers la mise en œuvre des stratégies et des activités de viabilité financière.

7.5. Stratégies de viabilité financière

7.5.1. Stratégies de viabilité financière du PEV

Pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale visés par le PPAC 2015-2019, le PEV a besoin de ressources humaines, financières, matérielles et logistiques nécessaires à la mise en œuvre de ses activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les stratégies de viabilité financière seront mises en œuvre sous le prisme de la sortie prochaine du Cameroun (2019) de l'éligibilité au soutien de GAVI selon les projections du DSCE et suivant le principe de l'indépendance vaccinale. Elles permettront dans un premier temps de résorber les écarts de financement du présent PPAC, mais surtout de garantir au PEV, une autonomie réelle, afin qu'il ne soit plus essentiellement dépendant de l'aide extérieure.

Elles vont s'articuler autour des trois axes suivants :

- Axe 1 : Mobilisation des ressources supplémentaires ;
- Axe 2 : Amélioration de la fiabilité des ressources ;
- Axe 3 : Amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles.

7.5.1.1. Axe 1: Mobilisation des ressources supplémentaires

Véritable outil de plaidoyer, le PPAC permettra de lever des ressources additionnelles auprès des décideurs politiques, des leaders communautaires, des

partenaires au développement afin de garantir l'augmentation constante des différents financements alloués au Programme Elargi de Vaccination.

A. Les Pouvoirs Publics

Les ressources de l'Etat proviennent des fonds propres, du Fonds de soutien à la santé (à partir de 2016), et des Collectivités Territoriales Décentralisées.

B. Les fonds propres de l'Etat

Les fonds propres de l'Etat vont permettre d'assurer l'achat des vaccins traditionnels et cofinancés, les charges de personnel et de transport, d'acquérir certains équipements de la chaîne du froid et d'effectuer leur entretien. Ils permettront également de prendre en charge les coûts opérationnels des campagnes de vaccination et d'autres coûts récurrents ordinaires et de capital.

C. Le Fonds de soutien à la santé

Le fonds de soutien à la santé avec un guichet pour la vaccination en cours de création permettra d'assurer la mise en œuvre des activités de vaccination et partant de garantir le financement durable de la vaccination au Cameroun.

D. Les fonds des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

Le PEV doit poursuivre le plaidoyer auprès des CTD pour que celles-ci mobilisent davantage des ressources pour la vaccination dans les domaines tels que :

- la mobilisation sociale ;
- l'appui logistique ;
- la mobilisation des ressources humaines à temps partiel.

E. Les communautés

Une partie de ressources issues du recouvrement des coûts sur les prestations des soins au niveau des formations sanitaires et les donations locales appuieront les activités locales du PEV (Stratégie avancée, supervision, maintenance des équipements, ...).

F. Les partenaires

L'appui des partenaires extérieurs demeure déterminant et prépondérant pour la mise en œuvre des activités de vaccination, malgré une contribution de l'Etat en constante évolution.

Le défi majeur est non seulement de maintenir le niveau des financements extérieurs actuel, mais encore de l'accroître en impliquant de nouveaux partenaires dans le financement de la vaccination à travers :

1. Le renforcement du plaidoyer par Monsieur le Ministre de la Santé Publique auprès des membres du CCIA pour l'accroissement de leur contribution au financement des activités du PEV;
2. La mobilisation des ressources additionnelles pour la vaccination auprès du secteur privé ;
3. L'intégration des activités de vaccination dans les nouveaux cadres de coopération économique et technique, notamment la prise en compte de l'initiative IHP+.

7.5.1.2. Axe 2 : Amélioration de la fiabilité des ressources

Bien qu'il convient de noter les efforts appréciables que l'Etat a consentis pour relever sa contribution au financement du PEV, force est cependant de constater qu'il n'est

pas toujours aisé de garantir la fiabilité des données renseignant de l'utilisation de l'ensemble des ressources affectées au PEV.

Pour y parvenir, il s'agira de :

1. Assurer une gestion rigoureuse et transparente des ressources mobilisées dans le strict respect des procédures de l'Etat et des différents partenaires ;
2. Assurer un meilleur reporting de toutes les dépenses liées aux activités de vaccination à tous les niveaux ;
3. Poursuivre la décentralisation du logiciel de gestion financière et comptable TOMPRO au niveau des URPEV.

7.5.1.3. Axe 3 : Amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles

L'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles passe par l'optimisation des ressources humaines, financières, matérielles et logistiques affectées aux activités du PEV.

Il s'agira, ainsi de :

- Renforcer les capacités des acteurs de terrain à tous les niveaux en management du PEV ;
- Mettre en place des mécanismes plus incitatifs pour la fidélisation des personnels en charge de la vaccination;
- Renforcer l'implication des communautés et des organisations de la société civile pour la promotion de la vaccination, notamment pour la recherche des perdus de vue afin de réduire les taux d'abandon ;
- Assurer un plaidoyer pour l'allègement des procédures pour le déblocage des ressources allouées au PEV à tous les niveaux afin de mettre à disposition la totalité des ressources en temps réel aux activités du PEV ;
- Sensibiliser les membres du CCIA pour la mobilisation à temps de leur contribution au budget du PPAC ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance des équipements du PEV en général, et ceux de la chaîne du froid en particulier ;
- Renforcer la gestion des vaccins, en réduisant entre 2015 et 2019, le taux des pertes pour les vaccins liquides (DTC-HepB+Hib) de 7% à 6% et pour les vaccins lyophilisés (fièvre jaune et rougeole) respectivement de 23% à 20% et de 25% à 10%.

En somme, le fonds de soutien à la santé avec un guichet pour la vaccination apparaît indubitablement comme le véritable mécanisme pouvant garantir la pérennité du PEV après la fin du soutien GAVI avec la conservation des résultats acquis sur les plans financier, logistique et programmatique.

8. Mécanismes de suivi et d'évaluation

Les stratégies mises en place pour le suivi et l'évaluation du PPAC sont les suivantes

8.1. Le Système National d'Information Sanitaire

Les données de routine collectées, synthétisées et analysées mensuellement dans le cadre du SNIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. De même, la

surveillance épidémiologique intégrée de la maladie se fera à travers la Direction de la lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies avec le GTC-PEV et l'appui de l'OMS.

8.2. Réunions de coordination et de monitoring

Elles seront organisées tous les six mois au niveau central, tous les trois mois au niveau régional et mensuel au niveau district de santé.

8.3. Supervision formative

Elle sera renforcée à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le niveau central supervisera trimestriellement les activités dans les régions qui elles-mêmes superviseront les districts trimestriellement. Les Aires de santé seront supervisées tous les mois par les districts de santé.

8.4. Revues

Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec les partenaires, organisera des revues périodiques tant internes qu'externes tous les ans.

8.5. Enquêtes

Les enquêtes de couverture vaccinales, de Démographie et de Santé, en grappes à indicateurs multiples (MICS), SMART, LQAS, et enquêtes post campagnes seront menées pour mesurer les progrès réalisés.

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de ce PPAC 2015-2019 tant sur le plan de la réalisation des activités régulières que de l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies de la vaccination. Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2017 pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, améliorer la planification et la gestion du plan pour les 2 dernières années. Aussi, une évaluation finale sera effectuée un an avant l'expiration du PPAC afin d'élaborer un futur PPAC pour la période 2019-2024. Ces deux dernières évaluations seront externes.

Pendant cette période de mise en œuvre des plans d'action émanant du PPAC seront élaborés et évalués annuellement.

Tableau 34 : indicateurs de suivi

Opération/ Composante	Objectifs	Indicateur	Données de références			Cibles	Moyen de vérification
			Résultats	Année	Source		
	Contribuer au dépassement de l'OMD4 sur la réduction de la mortalité infantile	Taux de mortalité infanto-juvénile	122‰	2011	EDS- MICS	2014 : 116 ‰ 2017 : 110‰	MICS
Prestations de service	Porter de 88% à 92% la couverture vaccinale Penta3 au niveau national avec au moins 80% dans chaque	Taux de couverture vaccinale en Penta 3 (Données administratives)	88,59%	2013	JRF	2015: 89% 2016: 90% 2017: 91% 2018: 92% 2019: 92%	JRF

Opération/ Composante	Objectifs	Indicateur	Données de références			Cibles	Moyen de vérification
			Résultats	Année	Source		
	district d'ici 2019						
	Augmenter la proportion des Districts de santé avec une couverture en Penta3>80%	Proportion des Districts avec couverture en Penta3>80%	78%	2013	JRF	2015 : 80% 2016 : 83% 2017 : 90% 2018 : 95% 2019 : 100%	JRF
	Mener des enquêtes de couvertures vaccinales pour suivre la qualité des données	Taux de couverture vaccinale en DTC 3 (Données d'enquêtes)	78,2%	2011	ECV couplée à l'évaluation de la SASNIM 1/SAV	2015 : 80% 2018 : 81%	ECV
68,4%			2011	EDS- MICS	2014 ≥ 79% 2017 ≥ 81%	MICS	
	Réduire de 15% à moins de 10% le taux d'abandon général (BCG-VAR) au niveau national d'ici 2019		14,50%	2013	JRF	2015: 14% 2016: 13% 2017: 12% 2018: 11% 2019: 10%	JRF
	Réduire de 43,5% a 34,8% l'écart entre les quintiles socio- économiques les plus élevés et les plus faibles d'ici 2019		43,5%	2011	EDS- MICS	2014 :41% 2017: 39% 2019: 34,8%	MICS 2017 et 2019
	Introduire de nouveaux vaccins (VPI, HPV, RR, Td, MenAfrivac, HepB 0) dans le PEV de routine	Nombre d'antigènes dans le PEV	11	2013	Calendrier vaccinal de l'enfant	2015: 11 (VPI, RR) 2016: 12 (HPV, Td) 2017: 13 (MenAfrivac) 2019: 13 (HepB 0)	Calendrier vaccinal de l'enfant
Surveillance	Maintenir le TPFANPA ≥ 4 au niveau	TPFA NPA	4,1	2013	Base de données surveillance	2015 ≥ 4 2016 ≥ 4 2017 ≥4	Base de données surveillance

Opération/ Composante	Objectifs	Indicateur	Données de références			Cibles	Moyen de vérification
			Résultats	Année	Source		
	national et dans toutes les régions jusqu'en 2019					2018 ≥ 4 2019 ≥ 4	
	Atteindre et maintenir la qualité des selles ≥ 90% au niveau national et dans toutes les régions jusqu'en 2019	Qualité des selles	79,2%	2013	Base de données surveillance	2015 ≥ 90 2016 ≥ 90 2017 ≥ 90 2018 ≥ 90 2019 ≥ 90	Base de données surveillance
Initiatives de lutte accélérée contre la maladie	Interrompre la circulation du PVS et maintenir ce statut jusqu'en 2019	Incidence de PVS	4 cas PVS	2013	Base de données surveillance	2015 : 0 2016 : 0 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 0	Base de données surveillance
	Maintenir l'incidence de moins d'un cas de TNN pour 1000 naissances vivantes au niveau national et dans tous les DS	Incidence annuelle TNN	Incidence TNN < 1 cas pour 1000 naissances vivantes	2012	Rapport d'enquête de mortalité à Koza (Extrême-Nord)	Incidence TNN < 1 cas pour 1000 naissances vivantes entre 2015-2019	Base de données surveillance
Gestion du programme	Porter la contribution financière de l'Etat de 13% en 2013 à 50% en 2019	Proportion du financement de l'Etat	13%	2013	JRF	2015: 15% 2016: 20% 2017: 30% 2018: 40% 2019: 50%	JRF
	Rapporter sur les dépenses de la vaccination dans 100% des DS	Proportion de DS qui rapporte sur les dépenses de la vaccination	0	2013	Outil de reporting des coûts de la vaccination	2015: 25% 2016: 50% 2017: 75% 2018: 100% 2019: 100%	
	Doter le Pays d'un Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) fonctionnel	Décision de création d'un GTCV	Non existence d'un GTCV	2013		2015: Création, organisation et mise en place du GTCV; 2016-2019: Suivi du fonctionnement du GTCV	Rapports de réunions

9. Annexes : Financement du programme : Assurances et risques (en \$ US)

NB : R = Risque

R = 1 si le financement peut-être considéré comme assuré

R = 2 si le financement peut-être considéré comme probable

Annexe 1 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2015 (en Dollars US)

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins (vaccins de routine seulement)																		
Traditionnel	\$ 1,288,195	\$1,288,195	\$0	\$0	\$1,288,195	1												
Sous utilisé	\$ 1,065,632	\$1,065,632	\$0	\$0	\$229,040	1					\$836,592	1						
Nouveau	\$ 22,562,088	\$22,562,088	\$0	\$0	\$6,367,804	1					\$16,194,284	1						
Matériel d'injection	\$ 705,059	\$705,059	\$0	\$0	\$322,841	1					\$382,218	1						
Personnel																		
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$ 325,917	\$325,917	\$0	\$0	\$325,917	1												
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$ 2,033,762	\$2,033,762	\$0	\$0	\$782,000	1			\$300,255	1	\$951,507	1						
Per diem pour supervision et monitoring	\$ 1,632,670	\$1,632,670	\$0	\$0	\$996,200	1	\$636,470	1										
Transport																		

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$ 946,181	\$946,181	\$0	\$0	\$632,490	1					\$313,691	1						
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$ 158,624	\$158,624	\$0	\$0	\$158,624	1												
Entretien et frais généraux																		
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$ 239,603	\$239,603	\$0	\$0	\$239,603	1												
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$ 422,417	\$422,417	\$0	\$0	\$422,417	1												
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$ 24,720	\$24,720	\$0	\$0	\$24,720	1												
Formation de courte durée	\$ 3,353,110	\$3,353,110	\$0	\$0	\$113,200	1	\$1,200,010	1	\$1,149,416	1	\$890,484	1						
IEC/ mobilisation sociale	\$ 941,770	\$941,770	\$0	\$0	\$154,823	1			\$412,458	1	\$374,489	1						
Surveillance des maladies	\$ 19,549,898	\$16,109,836	\$3,440,061	\$0	\$3,440,061	2	\$14,782,154	1			\$1,327,682	1						
Gestion du programme	\$ 1,811,830	\$1,811,830	\$0	\$0	\$83,000	1	\$320,380	1	\$120,240	1	\$994,919	1					\$293,291	1
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ 2,361,195	\$2,361,195	\$0	\$0	\$147,382	1	\$604,914	1	\$420,145	1	\$1,188,754	1						
Sous-total	\$59,422,671	\$55,982,610	\$3,440,061	\$0	\$15,728,318		\$17,543,928		\$2,402,514		\$23,454,620		\$0		\$0		\$293,291	
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique																		
Véhicules	\$ 206,340	\$206,340	\$0	\$0							\$206,340	1						
Équipements de la chaîne du froid	\$ 1,313,146	\$1,313,146	\$0	\$0					\$199,932	1	\$1,113,214	1						

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Autres biens d'équipement	\$ 898,629	\$898,629	\$0	\$0	\$100,901	1			\$292,417	1	\$505,311	1						
Sous-total	\$2,418,116	\$2,418,116	\$0	\$0	\$100,901		\$0		\$492,349		\$1,824,865		\$0		\$0		\$0	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)																		
Polio : Enfants de 0 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,623,769	\$1,623,769	\$0	\$0					\$1,623,769	1								
Coûts opérationnels	\$ 11,856,000	\$11,856,000	\$0	\$0	\$2,371,200	1	\$5,335,200	1	\$4,149,600	1								
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 6,336,022	\$6,336,022	\$0	\$0					\$6,336,022	1								
Coûts opérationnels	\$ 5,756,409	\$5,756,409	\$0	\$0			\$3,453,845	1	\$2,302,564	1								
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 61,320	\$61,320	\$0	\$0					\$61,320	1								
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 431,503	\$431,503	\$0	\$0					\$431,503	1								
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins et matériel d'injection	\$ 492,823	\$492,823	\$0	\$0					\$492,823	1								
Coûts opérationnels	\$ 208,000	\$208,000	\$0	\$0									\$208,000	1				
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 8,026,801	\$8,026,801	\$0	\$0			\$8,026,801	1										
Coûts opérationnels	\$ 1,185,674	\$1,185,674	\$0	\$0			\$1,185,674	1										
Vitamine A : Femme en post- partum (2,3%)																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 93,304	\$93,304	\$0	\$0					\$93,304	1								
Coûts opérationnels	\$ 96,000	\$96,000	\$0	\$0					\$96,000	1								
Sous-total	\$36,167,625	\$36,167,625	\$0	\$0	\$2,371,200		\$18,001,521		\$15,586,905		\$0		\$208,000		\$0		\$0	
Coûts partagés du système de santé																		
Coûts partagés du personnel	\$ 4,960,959	\$4,960,959	0	0	\$4,960,959	1												
Coûts partagés du transport	\$ 2,103,781	2,103,781	0	0	\$2,103,781	1												
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 3,195,004	3,195,004	0	0	\$3,195,004	1												
Sous-total facultatif	\$10,259,745	\$10,259,745	\$0	\$0	\$10,259,745		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	
Total global	\$108,268,157	\$104,828,096	\$3,440,061	\$0	\$28,460,164		\$35,545,449		\$18,481,768		\$25,279,485		\$208,000		\$0		\$293,291	

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccination systématique	\$72,100,532	\$68,660,471	\$3,440,061	\$0	\$26,088,964		\$17,543,928		\$2,894,863		\$25,279,485		\$0		\$0		\$293,291	
Activités de vaccination supplémentaire	\$36,167,625	\$36,167,625	\$0	\$0	\$2,371,200		\$18,001,521		\$15,586,905		\$0		\$208,000		\$0		\$0	
Total financement sécurisé					\$25,020,103		\$35,545,449		\$18,481,768		\$25,279,485		\$208,000		\$0		\$293,291	
Financement probable					\$3,440,061		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	
Total financement sécurisé (coûts/financeme nt partagés exclus)					\$14,760,358		\$35,545,449		\$18,481,768		\$25,279,485		\$208,000		\$0		\$293,291	
Total financement probable (ex coûts/financeme nt partagés)					\$3,440,061		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	

Annexe 2 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2016 (en Dollars US)

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins (vaccins de routine seulement)																		
Traditionnel	\$ 209,614	209,614	0	0	\$209,614	1												
Sous utilisé	\$ 1,122,742	1,122,742	0	0	\$228,000	1					\$894,742	1						
Nouveau	\$ 37,401,823	37,401,823	0	0	\$6,537,595	1					\$30,864,228	1						
Matériel d'injection	\$ 1,030,419	1,030,419	0	0	\$129,439	1					\$900,980	1						
Personnel																		

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$ 379,428	379,428	0	0	\$379,428	1												
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$ 2,339,263	2,039,009	300,254	0	\$850,000	1			\$300,254	2	\$1,189,009	1						
Per diem pour supervision et monitoring	\$ 1,707,171	524,868	1,182,303	0	\$524,868	1	\$1,182,303	2										
Transport																		
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$ 955,908	955,908	0	0	\$628,884	1					\$327,024	1						
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$ 160,255	160,255	0	0	\$160,255	1												
Entretien et frais généraux																		
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$ 254,340	254,340	0	0	\$254,340	1												
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$ 760,828	760,828	0	0	\$760,828	1												
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$ 25,462	25,462	0	0	\$25,462	1												
Formation de courte durée	\$ 2,278,548	1,896,200	382,348	0	\$96,200	1			\$382,348	2	\$1,800,000	1						
IEC/ mobilisation sociale	\$ 1,905,058	1,202,601	702,457	0	\$462,713	1			\$702,457	2	\$739,888	1						
Surveillance des maladies	\$ 9,907,109	798,793	9,108,316	\$ -	\$798,793	1	\$9,108,316	2										
Gestion du programme	\$ 9,306,310	6,902,769	2,403,541	0	\$895,744	1			\$2,110,250	2	\$6,007,025	1					\$293,291	2

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financement probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ 2,461,341	1,156,682	1,304,659	0	\$11,682	1	\$804,514	2	\$500,145	2	\$1,145,000	1						
Sous-total	\$72,205,620	\$56,821,743	\$15,383,878	\$0	\$12,953,847		\$11,095,133		\$3,995,454		\$43,867,896		\$0		\$0		\$293,291	
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique																		
Véhicules	\$ 245,723	245,723	0	0							\$245,723	1						
Équipements de la chaîne du froid	\$ 1,626,683	1,626,683	0	0							\$1,626,683	1						
Autres biens d'équipement	\$ 1,627,649	1,627,649	0	0	\$196,601	1	\$400,000	1			\$1,031,048	1						
Sous-total	\$3,500,055	\$3,500,055	\$0	\$0	\$196,601		\$400,000		\$0		\$2,903,454		\$0		\$0		\$0	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)																		
Polio : Enfants de 0 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,664,357	0	1,664,357	0					\$1,664,357	2								
Coûts opérationnels	\$ 9,130,000	1,826,000	7,304,000	0	\$1,826,000	1	\$4,108,500	2	\$3,195,500	2								
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,594,165	0	1,594,165	0					\$1,594,165	2								
Coûts opérationnels	\$ 60,000	0	60,000	0			\$36,000	2	\$24,000	2								
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins et matériel d'injection	\$ 62,852	0	62,852	0					\$62,852	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 442,292	0	442,292	0					\$442,292	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 505,144	0	505,144	0					\$505,144	2								
Coûts opérationnels	\$ 224,000	0	224,000	0									\$224,000	2				
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,742,511	0	2,742,511	0			\$2,742,511	2										
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Femme en post- partum (2,3%)																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	0	0	0														
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 95,628	0	95,628	0					\$95,628	2								
Coûts opérationnels	\$ 72,000	0	72,000	0					\$72,000	2								
Sous-total	\$16,592,950	\$1,826,000	\$14,766,950	\$0	\$1,826,000		\$6,887,011		\$7,655,939		\$0		\$224,000		\$0		\$0	

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Coûts partagés du système de santé																		
Coûts partagés du personnel	\$ 5,547,774	5,547,774	0	0	\$5,547,774	1												
Coûts partagés du transport	\$ 2,145,857	2,145,857	0	0	\$2,145,857	1												
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 3,290,854	3,290,854	0	0	\$3,290,854	1												
Sous-total facultatif	\$10,984,485	\$10,984,485	\$0	\$0	\$10,984,485		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	
Total global	\$103,283,111	\$73,132,283	\$30,150,828	\$0	\$25,960,933		\$18,382,144		\$11,651,393		\$46,771,350		\$224,000		\$0		\$293,291	
Vaccination systématique	\$86,690,161	\$71,306,283	\$15,383,878	\$0	\$24,134,933		\$11,495,133		\$3,995,454		\$46,771,350		\$0		\$0		\$293,291	
Activités de vaccination supplémentaire	\$16,592,950	\$1,826,000	\$14,766,950	\$0	\$1,826,000		\$6,887,011		\$7,655,939		\$0		\$224,000		\$0		\$0	
Total financement sécurisé					\$25,960,933		\$400,000		\$0		\$46,771,350		\$0		\$0		\$0	
Financement probable					\$0		\$17,982,144		\$11,651,393		\$0		\$224,000		\$0		\$293,291	
Total financement sécurisé (coûts/financeme nt partagés exclus)					\$14,976,448		\$400,000		\$0		\$46,771,350		\$0		\$0		\$0	
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)					\$0		\$17,982,144		\$11,651,393		\$0		\$224,000		\$0		\$293,291	

Annexe 3 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2017 (en Dollars US)

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins (vaccins de routine seulement)																		
Traditionnel	\$ 217,160	\$217,160	\$0	\$0	\$217,160	1												
Sous utilisé	\$ 1,160,403	\$1,160,403	\$0	\$0	\$405,000	1					\$755,403	1						
Nouveau	\$ 36,251,807	\$36,251,807	\$0	\$0	\$6,914,787	1					\$29,337,020	1						
Matériel d'injection	\$ 1,048,180	\$1,048,180	\$0	\$0	\$256,300	1					\$791,880	1						
Personnel																		
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$ 390,052	\$390,052	\$0	\$0	\$390,052	1												
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$ 2,660,278	\$2,080,727	\$579,551	\$0	\$960,300	1			\$579,551	2	\$1,120,427	1						
Per diem pour supervision et monitoring	\$ 1,783,000	\$887,589	\$895,411	\$0	\$887,589	1	\$895,411	2										
Transport																		
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$ 962,070	\$693,656	\$268,414	\$0	\$359,973	1			\$268,414	2	\$333,683	1						
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$ 161,288	\$161,288	\$0	\$0	\$161,288	1												
Entretien et frais généraux																		
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$ 262,656	\$262,656	\$0	\$0	\$262,656	1												
Entretien et d'autre équipement	\$ 1,055,688	\$1,055,688	\$0	\$0	\$160,039	1					\$895,649	1						

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
d'investissement																		
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$ 26,225	\$26,225	\$0	\$0	\$26,225	1												
Formation de courte durée	\$ 1,675,212	\$1,067,427	\$607,785	\$0	\$137,000	1			\$607,785	2	\$930,427	1						
IEC/ mobilisation sociale	\$ 1,023,601	\$321,102	\$702,499	\$0	\$105,254	1			\$702,499	2	\$215,848	1						
Surveillance des maladies	\$ 10,178,096	\$1,484,693	\$8,693,404	\$0	\$1,484,693	1	\$8,693,404	2		2								
Gestion du programme	\$ 1,631,439	\$968,415	\$663,024	\$0	\$198,028	1	\$472,754	2	\$190,270	2	\$651,427	1					\$118,960	1
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ 2,970,947	\$1,456,731	\$1,514,216	\$0	\$776,607	1	\$804,574	2	\$709,642	2	\$680,124	1						
Sous-total	\$63,458,102	\$49,533,799	\$13,924,303	\$0	\$13,702,951		\$10,866,143		\$3,058,160		\$35,711,888		\$0		\$0		\$118,960	
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique																		
Véhicules	\$ 274,331	\$274,331	\$0	\$0							\$274,331	1						
Équipements de la chaîne du froid	\$ 1,499,453	\$1,499,453	\$0	\$0							\$1,499,453	1						
Autres biens d'équipement	\$ 2,240,107	\$1,257,890	\$982,217	\$0	\$429,125	1	\$440,717	2	\$541,500	2	\$828,765	1						
Sous-total	\$4,013,891	\$3,031,674	\$982,217	\$0	\$429,125		\$440,717		\$541,500		\$2,602,549		\$0		\$0		\$0	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)																		
Polio : Enfants de 0 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,705,973	\$0	\$1,705,973	\$0					\$1,705,973	2								

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Coûts opérationnels	\$ 9,130,000	\$1,826,000	\$7,304,000	\$0	\$1,826,000	1	\$4,108,500	2	\$3,195,500	2								
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,777,802	\$0	\$2,777,802	\$0					\$2,777,802	2								
Coûts opérationnels	\$ 60,000	\$0	\$60,000	\$0			\$36,000	2	\$24,000	2								
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 64,425	\$0	\$64,425	\$0					\$64,425	2								
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 453,348	\$0	\$453,348	\$0					\$453,348	2								
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 517,774	\$0	\$517,774	\$0					\$517,774	2								
Coûts opérationnels	\$ 240,000	\$0	\$240,000	\$0								\$240,000	2					
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,811,120	\$0	\$2,811,120	\$0			\$2,811,120	2										
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Vitamine A : Femme en post- partum (2,3%)																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Coûts opérationnels	\$ -	\$0	\$0	\$0														
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 98,027	\$0	\$98,027	\$0					\$98,027	2								
Coûts opérationnels	\$ 48,000	\$0	\$48,000	\$0					\$48,000	2								
Sous-total	\$17,906,47 0	\$1,826,000	\$16,080,47 0	\$0	\$1,826,000		\$6,955,620		\$8,884,850		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Coûts partagés du système de santé																		
Coûts partagés du personnel	\$ 6,165,841	\$6,165,841	\$0	\$0	\$6,165,841	1												
Coûts partagés du transport	\$ 2,188,774	\$2,188,774	\$0	\$0	\$2,188,774	1												
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 3,389,580	\$3,389,580	\$0	\$0	\$3,389,580	1												
Sous-total facultatif	11,744,195	\$11,744,19 5	\$0	\$0	\$11,744,195		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	
Total global	97,122,659	\$66,135,66 8	\$30,986,99 1	\$0	\$27,702,271		\$18,262,48 0		\$12,484,51 1		\$38,314,43 7		\$240,00 0		\$0		\$118,96 0	
Vaccination systématique	\$79,216,18 9	\$64,309,66 8	\$14,906,52 0	\$0	\$25,876,271		\$11,306,86 0		\$3,599,660		\$38,314,43 7		\$0		\$0		\$118,96 0	
Activités de vaccination supplémentaire	\$17,906,47 0	\$1,826,000	\$16,080,47 0	\$0	\$1,826,000		\$6,955,620		\$8,884,850		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Total financement sécurisé					\$27,702,271		\$0		\$0		\$38,314,43 7		\$0		\$0		\$118,96 0	
Financement probable					\$0		\$18,262,48 0		\$12,484,51 1		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Total financement sécurisé (coûts/financemen					\$15,958,076		\$0		\$0		\$38,314,43 7		\$0		\$0		\$118,96 0	

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
t partagés exclus)																		
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)					\$0		\$18,262,48 0		\$12,484,51 1		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	

Annexe 4 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2018 (en Dollars US)

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Vaccins (vaccins de routine seulement)																		
Traditionnel	\$ 224,949	224,949	0	0	\$224,949	1												
Sous utilisé	\$ 1,202,284	1,202,284	0	0	\$415,000	1					\$787,284	1						
Nouveau	\$ 37,215,924	37,215,924	0	0	\$6,610,552	1					\$30,605,37 2	1						
Matériel d'injection	\$ 1,076,086	1,076,086	0	0	\$277,300	1					\$798,786	1						
Personnel																		
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$ 400,973	400,973	0	0	\$400,973	1												
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$ 3,064,443	2,324,892	739,551	0	\$1,070,300	1			\$739,551	2	\$1,254,592	1						
Per diem pour supervision et monitoring	\$ 1,861,738	897,561	964,177	0	\$897,561	1	\$964,177	2										
Transport																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$ 39,307	39,307	0	0	\$39,307	1												
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$ 6,590	6,590	0	0	\$6,590	1												
Entretien et frais généraux																		
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$ 274,977	274,977	0	0	\$274,977	1												
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$ 1,087,358	1,087,358	0	0	\$164,840	1					\$922,518	1						
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$ 27,012	27,012	0	0	\$27,012	1												
Formation de courte durée	\$ 1,390,848	680,421	710,427	0	\$97,000	1			\$710,427	2	\$583,421	1						
IEC/ mobilisation sociale	\$ 1,047,556	717,093	330,463	0	\$116,933	1			\$330,463	2	\$600,160	1						
Surveillance des maladies	\$ 13,283,996	335,904	12,948,092	0	\$335,904	1	\$12,948,092	2				1						
Gestion du programme	\$ 1,469,453	952,036	517,417	0	\$198,324	1	\$302,147	2	\$215,270	2	\$703,926	1					\$49,786	1
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ 1,919,049	1,123,920	795,129	0	\$243,938	1	\$615,487	2	\$179,642	2	\$879,982	1						
Sous-total	\$65,592,541	\$48,587,285	\$17,005,256	\$0	\$11,401,459		\$14,829,903		\$2,175,353		\$37,136,041		\$0		\$0		\$49,786	
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique																		
Véhicules	\$ 110,562	110,562	0	0							\$110,562	1						
Équipements de la chaîne du froid	\$ 1,573,485	1,573,485	0	0		1					\$1,573,485	1						

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financ é	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Autres biens d'équipement	\$ 2,307,310	1,241,590	1,065,720	0	\$420,125	1	\$650,717	2	\$415,003	2	\$821,465	1						
Sous-total	\$3,991,357	\$2,925,637	\$1,065,720	\$0	\$420,125		\$650,717		\$415,003		\$2,505,512		\$0		\$0		\$0	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)																		
Polio : Enfants de 0 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,748,616	0	1,748,616	0					\$1,748,616	2								
Coûts opérationnels	\$ 5,472,000	1,094,400	4,377,600	0	\$1,094,400	1	\$2,462,400	2	\$1,915,200	2								
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 6,823,184	0	6,823,184	0					\$6,823,184	2								
Coûts opérationnels	\$ 6,196,258	0	6,196,258	0			\$3,717,755	2	\$2,478,503	2								
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 66,035	0	66,035	0					\$66,035	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 464,683	0	464,683	0					\$464,683	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Vaccins et matériel d'injection	\$ 530,718	0	530,718	0					\$530,718	2								
Coûts opérationnels	\$ 240,000	0	240,000	0									\$240,00 0	2				
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,881,355	0	2,881,355	0			\$2,881,355	2										
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Femme en post- partum (2,3%)																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	0	0	0														
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 100,465	0	100,465	0					\$100,465	2								
Coûts opérationnels	\$ 48,000	0	48,000	0					\$48,000	2								
Sous-total	\$24,571,314	\$1,094,400	\$23,476,91 4	\$0	\$1,094,400		\$9,061,510		\$14,175,40 5		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Coûts partagés du système de santé																		
Coûts partagés du personnel	\$ 7,040,992	7,040,992	0	0	\$7,040,992	1												
Coûts partagés du transport	\$ 2,232,550	2,232,550	0	0	\$2,232,550	1												
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 3,491,267	3,491,267	0	0	\$3,491,267	1												
Sous-total facultatif	\$12,764,809	\$12,764,80 9	\$0	\$0	\$12,764,809		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0		\$0	
Total global	\$106,920,02 2	\$65,372,13 2	\$41,547,89 0	\$0	\$25,680,793		\$24,542,12 9		\$16,765,76 1		\$39,641,55 3		\$240,00 0		\$0		\$49,786	

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Vaccination systématique	\$82,348,707	\$64,277,73 2	\$18,070,97 6	\$0	\$24,586,393		\$15,480,62 0		\$2,590,356		\$39,641,55 3		\$0		\$0		\$49,786	
Activités de vaccination supplémentaire	\$24,571,314	\$1,094,400	\$23,476,91 4	\$0	\$1,094,400		\$9,061,510		\$14,175,40 5		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Total financement sécurisé					\$25,680,793		\$0		\$0		\$39,641,55 3		\$0		\$0		\$49,786	
Financement probable					\$0		\$24,542,12 9		\$16,765,76 1		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	
Total financement sécurisé (coûts/financeme nt partagés exclus)					\$12,915,984		\$0		\$0		\$39,641,55 3		\$0		\$0		\$49,786	
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)					\$0		\$24,542,12 9		\$16,765,76 1		\$0		\$240,00 0		\$0		\$0	

Annexe 5 : Tableau synoptique du financement global de l'année 2019 (en Dollars US)

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Vaccins (vaccins de routine seulement)																		
Traditionnel	\$ 232,992	232,992	0	0	\$232,992	1												
Sous utilisé	\$ 1,585,418	1,585,418	0	0	\$785,080	1					\$800,338	1						
Nouveau	\$ 46,475,797	46,475,797	0	0	\$7,870,425	1					\$38,605,37 2	1						
Matériel d'injection	\$ 1,189,492	1,189,492	0	0	\$378,705	1					\$810,787	1						
Personnel																		

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$ 412,200	412,200	0	0	\$412,200	1												
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$ 3,489,155	2,418,855	1,070,300	0	\$139,553	1			\$1,070,300	2	\$2,279,302	1						
Per diem pour supervision et monitoring	\$ 1,943,211	451,265	1,491,946	0	\$451,265	1	\$1,491,946	2										
Transport																		
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$ 40,093	40,093	0	0	\$40,093	1												
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$ 6,721	6,721	0	0	\$6,721	1												
Entretien et frais généraux																		
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$ 286,796	286,796	0	0							\$286,796	1						
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$ 1,119,979	1,119,979	0	0	\$169,785	1					\$950,194	1						
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$ 27,823	27,823	0	0	\$27,823	1												
Formation de courte durée	\$ 2,227,030	1,132,232	1,094,798	0	\$121,050	1			\$1,094,798	2	\$1,011,182	1						
IEC/ mobilisation sociale	\$ 2,065,942	1,156,460	909,482	0	\$261,031	1			\$909,482	2	\$895,429	1						
Surveillance des maladies	\$ 225,363	0	225,363	0		1	\$225,363	2		2		1						
Gestion du programme	\$ 1,628,778	1,004,220	624,558	0	\$199,721	1	\$334,307	2	\$290,251	2	\$754,713	1					\$49,786	1

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ 2,444,720	1,630,147	814,573	0	\$157,704	1	\$814,573	2	\$748,865	1	\$723,578	1						
Sous-total	\$65,401,510	\$59,170,491	\$6,231,019	\$0	\$11,254,148		\$2,866,188		\$4,113,696		\$47,117,691		\$0		\$0		\$49,786	
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique																		
Véhicules	\$ 113,658	113,658	0	0	\$113,658	1												
Équipements de la chaîne du froid	\$ 1,816,972	1,816,972	0	0							\$1,816,972	1						
Autres biens d'équipement	\$ 2,376,530	859,980	1,516,550	0	\$170,238	1	\$806,292	2	\$710,258	2	\$689,742	1						
Sous-total	\$4,307,160	\$2,790,610	\$1,516,550	\$0	\$283,896		\$806,292		\$710,258		\$2,506,714		\$0		\$0		\$0	
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)																		
Polio : Enfants de 0 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 1,792,329	0	1,792,329	0					\$1,792,329	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,918,488	0	2,918,488	0					\$2,918,488	2								
Coûts opérationnels	\$ 60,000	0	60,000	0					\$36,000	2	\$24,000	2						
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois																		
Vaccins et matériel	\$	0	67,687	0					\$67,687	2								

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts Coûts récurrents de la vaccination systématique	Total : ressources nécessaires	Financemen t disponible	Total financemen t probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institut e	R
d'injection	67,687																	
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 476,298	0	476,298	0					\$476,298	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Enfants de 6 à 59 mois																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 543,985	0	543,985	0					\$543,985	2								
Coûts opérationnels	\$ 240,000	0	240,000	0									\$240,000	2				
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 2,953,432	0	2,953,432	0					\$2,953,432	2								
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Vitamine A : Femme en post- partum (2,3%)																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	0	0	0														
Coûts opérationnels	\$ -	0	0	0														
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois , Td,																		
Vaccins et matériel d'injection	\$ 256,160	0	256,160	0					\$256,160	2								
Coûts opérationnels	\$ 48,000	0	48,000	0					\$48,000	2								
Sous-total	\$9,356,378	\$0	\$9,356,378	\$0	\$0				\$2,989,432		\$6,126,946		\$0		\$240,000		\$0	

Plan Pluriannuel Complet 2015-2019 - CAMEROUN

Catégorie de coûts	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	Total financement probable	Non financé	ETAT du CAMEROUN	R	OMS	R	UNICEF	R	GAVI	R	HKI	R	FICR	R	Sabin Vaccine Institute	R
Coûts récurrents de la vaccination systématique																		
Coûts partagés du système de santé																		
Coûts partagés du personnel	\$ 7,958,995	7,958,995	0	0	\$7,958,995	1												
Coûts partagés du transport	\$ 2,277,201	2,277,201	0	0	\$2,277,201	1												
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 3,596,005	3,596,005	0	0	\$3,596,005	1												
Sous-total facultatif	\$13,832,200	\$13,832,200	\$0	\$0														
Total global	\$92,897,249	\$75,793,302	\$17,103,947	\$0	\$11,538,044		\$6,661,912		\$10,950,900		\$49,624,406		\$240,000		\$0		\$49,786	
Vaccination systématique	\$83,540,871	\$75,793,302	\$7,747,569	\$0	\$11,538,044		\$3,672,480		\$4,823,954		\$49,624,406		\$0		\$0		\$49,786	
Activités de vaccination supplémentaire	\$9,356,378	\$0	\$9,356,378	\$0	\$0		\$2,989,432		\$6,126,946		\$0		\$240,000		\$0		\$0	
Total financement sécurisé					\$25,370,245		\$0		\$748,865		\$49,624,406		\$0		\$0		\$49,786	
Financement probable					\$0		\$6,661,912		\$10,202,035		\$0		\$240,000		\$0		\$0	
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)					\$11,538,044		\$0		\$748,865		\$49,624,406		\$0		\$0		\$49,786	
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)					\$0		\$6,661,912		\$10,202,035		\$0		\$240,000		\$0		\$0	