

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA SANTE
FAMILIALE

PROGRAMME ELARGI DE
VACCINATION



Tel. 22 23 09 42
Fax 22 23 09 47
Email: gtc_pev@yahoo.fr

REPUBLIC OF CAMEROON

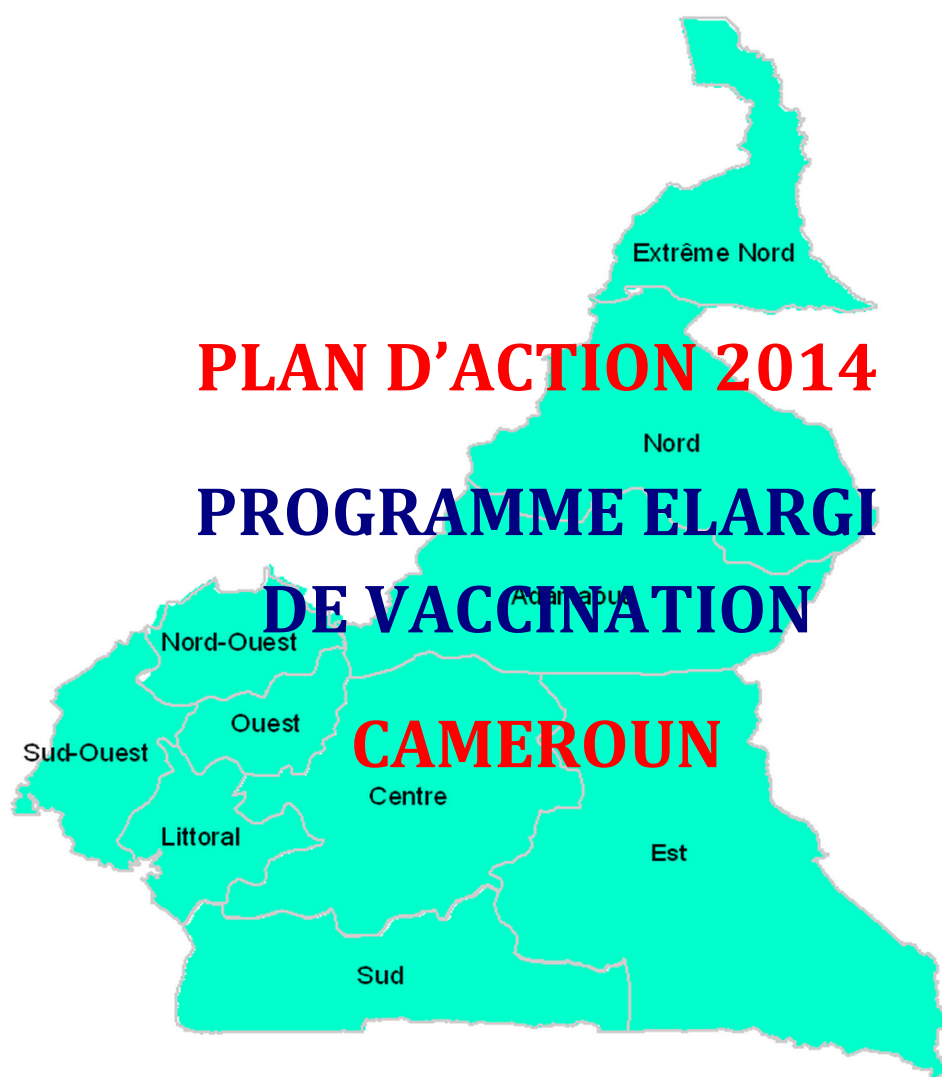
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTORY OF FAMILY HEALTH

EXPANDED PROGRAMME ON
IMMUNIZATION



Janvier 2014



TABLE DES MATIERES

RESUME.....	5
1. ANALYSE DE LA SITUATION	6
1.1. Généralités sur le Cameroun	6
1.1.1. Contexte géographique et démographique.....	6
1.1.2. Environnement socio-économique, politique et gouvernance	6
1.1.3. Secteur santé	7
1.2. Contexte international de la vaccination	8
1.3. Contexte national de la vaccination.....	9
1.4. Analyse des performances du PEV Cameroun en 2013.....	11
1.4.1. Offre des services de vaccination.....	11
1.4.2. Surveillance des maladies	20
1.4.3. Communication, génération de la demande	23
1.4.4. Vaccin, chaîne du froid et logistique	24
1.4.5. Gestion du programme.....	27
1.4.6. Gestion des ressources humaines et renforcement des capacités.....	28
1.4.7. Financement	30
1.5. Analyse des forces, faiblesses opportunités et menaces (FFOM)	31
1.6. Problèmes majeurs du PEV 2013 et priorisation.....	34
2. OBJECTIFS NATIONAUX DU PEV EN 2014.....	35
3. CHRONOGRAMME ANNUEL D'ACTIVITES.....	38
4. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	46
5. MACRO BUDGET ANNUEL.....	47
5.1. Synthèse du Budget par source de financement et par composante.....	57
5.2. Répartition du Budget par source de financement	58
5.3. Répartition du Budget par composante du système de santé	59

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DE SANTE DE L'ENFANT AU COURS DES 2 DERNIERES DECENNIES.....	8
TABLEAU 2 : OBJECTIFS STRATEGIQUES DU GVAP ET INDICATEURS	9
TABLEAU 3: POPULATIONS CIBLES DU PEV EN 2014 AU CAMEROUN.....	10
TABLEAU 4: COUVERTURES VACCINALES CUMULEES PAR ANTIGENE ET PAR REGIONS AU CAMEROUN EN DECEMBRE 2014	11
TABLEAU 5 : EVOLUTION DE L'EQUITE DE LA VACCINATION AU SEIN DES DISTRICTS DE SANTE AU CAMEROUN DE 2009 - 2013	14
TABLEAU 6 : RECAPITULATIF DES ACTIVITES DE VACCINATION SUPPLEMENTAIRES (AVS) MENEES EN 2013.....	14
TABLEAU 7 : NOMBRE D'ENFANTS ET FEMMES CIBLES RATTRAPEES PAR ANTIGENE AU COURS DES SASNIM EN 2013..	19
TABLEAU 8 : PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE PAR REGION AU CAMEROUN EN 2013	21
TABLEAU 9 : PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DE LA FIEVRE JAUNE PAR REGION AU CAMEROUN EN 2013.....	22
TABLEAU 10 : INCIDENCE DES CAS DE DIARRHEES A ROTA VIRUS DANS LE SITE SENTINELLE DE SURVEILLANCE 2007- 2013	22
TABLEAU 11: PERFORMANCES DE LA SURVEILLANCE DES MENINGITES BACTERIENNES PEDIATRIQUES	23
TABLEAU 12 : COUVERTURE DES BESOINS PAR REGIONS ET PAR ANTIGENES EN 2013	25
TABLEAU 13 : TAUX DE PERTE EN VACCINS, PAR ANTIGENES ET PAR REGION AU CAMEROUN EN 2013	25
TABLEAU 14 : COUVERTURE DES BESOINS EN VEHICULES, MOTOS, HORS-BORDS ET BICYCLETTES	26
TABLEAU 15 : RECAPITULATIF DES FORMATIONS MENEES PAR LE PEV EN 2013	29
TABLEAU 16 : EVOLUTION DES FINANCEMENTS MOBILISES PAR LE PEV AU CAMEROUN ENTRE 2010 ET 2013	30
TABLEAU 17: EVOLUTION DES DEPENSES DU PEV CAMEROUN ENTRE 2010 ET 2013.....	30
TABLEAU 18 : PRIORISATION DES PROBLEMES A SOLUTIONNER.....	34

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : EVOLUTION DU TAUX D'ABANDON SPECIFIQUE AU NIVEAU NATIONAL, DE 2009 A 2013.	12
FIGURE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS VACCINES AU NIVEAU NATIONAL COURS DES 5 DERNIERES ANNEES	12
FIGURE 3: EVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS NON VACCINES AU NIVEAU NATIONAL COURS DES 5 DERNIERES ANNEES	13
FIGURE 4: CATEGORISATION DES DISTRICTS DE SANTE AU CAMEROUN EN 2013.....	13
FIGURE 5 : RESULTATS DES QUATRE TOURS DE JLV CONTRE LA POLIOMYELITIS DANS LE SEPTENTRION	16
FIGURE 6 : PROPORTION DES ENFANTS NON VACCINES DANS LES 3 REGIONS DU SEPTENTRION.....	16
FIGURE 7 : RAISONS DE NON VACCINATION DANS LES 3 REGIONS DU SEPTENTRION	17
FIGURE 8 : PROPORTION DES PARENTS INTERVIEWES INFORMES DE LA TENUE DE LA CAMPAGNE AVANT LE DEBUT DANS LES 3 REGIONS DU SEPTENTRION	17
FIGURE 9 : PROPORTION DES ENFANTS NON VACCINES DANS PAR REGIONS.....	18
FIGURE 10 : PROPORTION DES PARENTS INTERVIEWES INFORMES DE LA TENUE DE LA CAMPAGNE AVANT LE DEBUT	18
FIGURE 11 : RAISONS DE NON VACCINATION DANS LES 3 REGIONS DU SEPTENTRION	19
FIGURE 12 : TAUX DE PFA NON POLIO ANNUALISE	20
FIGURE 13 : QUALITE DES SELLES	20
FIGURE 14 : CARTOGRAPHIE DES EPIDEMIES DE ROUGEOLE	21
FIGURE 15 : ANALYSE COMPARATIVE DE LA PROPORTION DES DS AYANT UN TAUX DE PERTE EN PENTA≤11% 2012 ET 2013	25
FIGURE 16 : DOMAINES DE FORMATION DU PERSONNEL IMPLIQUE DANS LE PEV AU NIVEAU DES CSI	29

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACD :	(STRATEGIE) ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT
AMP	AGENCE DE MEDECINE PREVENTIVE
AS :	AIRE DE SANTE
AVS :	ACTIVITES SUPPLEMENTAIRES DE VACCINATION
AVI :	ACTIVITES DE VACCINATION INTENSIFIEES
BCG :	BACILLE DE CALMETTE ET GUERIN (VACCIN)
CBS :	CHEF DE BUREAU SANTE
CCIA :	COMITE DE COORDINATION INTER AGENCES
CDF :	CHAINE DU FROID
C2D :	CONTRAT DE DESENDETTEMENT ET DE DEVELOPPEMENT
CENAME :	CENTRALE NATIONALE D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES MEDICAUX ESSENTIELS
CV :	COUVERTURE VACCINALE
DTC	(VACCIN PENTAVALENT) DIPHTHERIE, TETANOS, COQUELUCHE, HEPATITE VIRALE B ET
HEPB+HIB:	HAEMOPHILUS INFLUENZAE B
DQS :	DATA QUALITY SELF ASSESSMENT
DS:	DISTRICT DE SANTE
EDSC :	ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE - CAMEROUN
GAVI:	GLOBAL ALLIANCE FOR VACCINES AND IMMUNIZATION
GIVS:	VISION ET STRATEGIES MONDIALES POUR LA VACCINATION
GTC-PEV :	GROUPE TECHNIQUE CENTRAL DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
GTZ :	COOPERATION TECHNIQUE ALLEMANDE
HKI :	HELLEN KELLER INTERNATIONAL
INS :	INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
JLV :	JOURNEES LOCALES DE VACCINATION (CONTRE LA POLIOMYELITIS)
JRF :	RAPPORT CONJOINT OMS/UNICEF
MINFI :	MINISTERE DES FINANCES
MINEPAT :	MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE LA PLANIFICATION ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
MINSANTE :	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
MLM:	MID LEVEL MANAGEMENT (COURSE)
OMD	OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT
OMS :	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
PCV 13 :	VACCIN (A 13 VALENCES) ANTIPNEUMOCOCCIQUE CONJUGUE
PEV :	PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION
PFA :	PARALYSIES FLASQUES AIGÜES
PPAC :	PLAN D'ACTION PLURIANNUEL COMPLET
PVS	POLIOVIRUS SAUVAGE
RSS	RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE
SAB :	SERINGUE AUTOBLOQUANTE
SASNIM :	SEMAINE D' ACTIONS DE SANTE ET DE NUTRITION INFANTILE ET MATERNELLE
SMV :	SEMAINE MONDIALE DE LA VACCINATION
SSD :	SERVICE SANTE DE DISTRICT
SSS :	STRATEGIE SECTORIELLE SANTE
TMN :	TETANOS MATERNEL ET NEONATAL
TPI :	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (DU PALUDISME)
UNICEF :	FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
VAA:	VACCIN ANTI-AMARIL
VAR:	VACCIN ANTI-ROUGEOLEUX
VAT :	VACCIN ANTI-TETANIQUE
VPO :	VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE ORAL

RESUME

Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) a pour mission de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantile en assurant au niveau national un système de vaccination performant, équitable, viable, et parfaitement intégré au système de santé national.

En 2013, les objectifs nationaux de couverture vaccinale qui étaient de 85% et 82% respectivement pour le DTC-Hep B-Hib 3 (ou Penta 3) et le Vaccin anti rougeoleux (VAR) ont été réalisés, mais davantage d'efforts sont à fournir afin d'atteindre les couvertures recommandées par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (90%). Par ailleurs, on relève une amélioration dans l'utilisation des services de vaccination qui se traduit par une baisse du taux d'abandon au-dessous de 8% au niveau national. Le nombre d'enfants vaccinés avec l'antigène traceur (DTC-Hep B-Hib 3) au niveau national est estimé à 689 619. Une analyse rétrospective de ce nombre au cours des 5 dernières années montre qu'en 2013, le PEV a battu son propre record en terme d'enfants vaccinés qui jusqu'à lors était de 683 002 en 2010. Malgré ces améliorations dans la vaccination de routine on constate la persistance ou la recrudescence des épidémies de poliomyélite, rougeole et fièvre jaune. Cet état de chose dévoile des insuffisances dans l'exactitude des données de couvertures vaccinales de routine et dans la mise en œuvre de qualité des Activités de Vaccination Supplémentaires.

En 2014, le Programme Elargi de Vaccination se doit de relever plusieurs défis :

- Arrêter la circulation du Polio Virus Sauvage dans le pays ;
- Contrôler les épidémies de rougeole et fièvre jaune ;
- Introduire le vaccin contre les diarrhées à Rota virus ;
- Augmenter l'offre des services de vaccination en termes d'accessibilité et d'utilisation ;
- Améliorer l'adhésion des communautés et leur implication dans la mise en œuvre du programme ;
- Réviser l'actuel Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) en fonction des orientations du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP 2011-2020) ;
- Mettre en œuvre de façon optimale les recommandations de la revue externe du PEV et des autres missions d'évaluation du programme ;
- Améliorer son processus gestionnaire (planification, suivi, évaluation, redevabilité).

Pour y parvenir, 111 activités articulées autour des huit composantes du système de vaccination et destinées à lever les principaux goulots d'étranglement du programme seront mises en œuvre avec l'appui technique et financier des partenaires œuvrant dans la vaccination. Le projet de renforcement du Système de Santé orienté vers le PEV et l'appui de l'Agence de Médecine Préventive constituent des opportunités nouvelles qui contribueront certainement à relever ces défis.

Le budget prévisionnel pour l'année 2014 s'élève à 21 796 815 260 FCFA. Les principales sources de financements sont l'État (2 709 423 890 F CFA), GAVI (11 465 109 175 F CFA), OMS (2 713 767 195 FCFA), UNICEF (4 776 000 000 F CFA), HKI (100 000 000 FCFA), Sabine Vaccine Institute, Plan Cameroun, FICR, Rotary club et Lions Club.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Généralités sur le Cameroun

1.1.1. Contexte géographique et démographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad, entre le 2ème et 13ème degré de latitude Nord, le 9ème et 16ème degrés de longitude Est. Sa situation géographique particulière explique la diversité de son climat et de son paysage. Il est constitué de quatre principales zones écologiques :

- la zone côtière couvrant les Régions du Littoral, du Sud et du Sud-ouest ;
- la zone sub-sahélienne couvrant les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-nord ;
- la zone forestière couvrant les Régions du Centre, du Sud et de l'Est ;
- la zone des hauts-plateaux couvrant les Régions de l'Ouest et du Nord-ouest.

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. Il compte 10 régions administratives, 58 départements, 360 arrondissements, et présente une grande diversité culturelle avec plus de 230 groupes ethniques et deux langues officielles (le français et l'anglais). Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

Le recensement général de la population et de l'habitat conduit en 2005 a officialisé les résultats en 2010. Il ressort de ce document que le Cameroun a un taux d'accroissement national de 2,5% entre 2013 et 2015. Cette pression démographique s'accompagne d'une forte urbanisation (environ 55% de la population actuelle vit en zone urbaine) et du développement de l'habitat spontané par des populations pauvres qui ont un accès difficile aux services de santé. En 2014, la population totale est estimée à 21 413 881 habitants.

1.1.2. Environnement socio-économique, politique et gouvernance

La pauvreté est l'une des principales caractéristiques de la société camerounaise actuelle. Au niveau national, elle touche 40,2 % de la population ; c'est-à-dire que près de 6 110 400 habitants vivent avec moins de 637 F CFA par jour¹. Toutefois, le Cameroun constitue un pilier important de la sous-région. Il est membre à part entière de l'Union Africaine, la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale, la Ligue Arabe, le Commonwealth et la Francophonie. La décentralisation de l'appareil étatique et des structures de développement est en cours depuis 2010. 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 vision du Cameroun en 2035 » oriente la politique de développement actuelle du pays et est résumée dans le Document de Stratégie, de Croissance et de l'Emploi (DSCE). Pour garantir ce développement à l'horizon 2035, L'Etat s'est fixé 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.

¹ ECAM II, 2001, Plan Pluriannuel Complet 2007-2011 du PEV-Cameroun

Pour atteindre ces objectifs une triple stratégie cohérente et intégrée a été planifiée. Il s'agit d'une stratégie de croissance, d'une stratégie d'emploi et d'une stratégie d'amélioration de la gouvernance et de la gestion stratégique de l'Etat.

Depuis 2007, le Gouvernement s'est engagé dans la voie de la décentralisation marquant ainsi un tournant décisif vers la responsabilisation des collectivités locales. La société civile, bien qu'active reste encore peu organisée pour rendre visible sa contribution au développement socio-économique du pays. Toutefois, le Ministère de la Santé Publique a rendu public les textes sur la démarche partenariale. Des mesures ont été prises, en vue de l'amélioration de la gestion des biens publics de l'Etat.

1.1.3. Secteur santé

Structuration et acteurs :

Le système national de santé est structuré comme une pyramide à trois niveaux :

- A la base, le niveau opérationnel constitué de 189 districts de santé, dont 181 actuellement fonctionnels. Chaque district est subdivisé en aires de santé desservies chacune par une ou plusieurs formations sanitaires. Le pays compte 173 hôpitaux de district, 97 CMA, 1570 centres de santé publics et 470 centres de santé privés confessionnels.
- Au milieu, le niveau intermédiaire constitué de 10 Délégations Régionales de la Santé et onze hôpitaux régionaux ou assimilés.
- Au sommet, les services centraux et apparentés constitués des directions et autres structures centrales du Ministère, de sept hôpitaux centraux ou assimilés.

Ce système de santé comprend des acteurs publics, privés et des tradi thérapeutes. La participation communautaire dans la gestion des structures de santé demeure faible. Les ressources humaines sont insuffisantes. En 2007, le secteur de santé disposait d'un (01) médecin pour 13468 habitants (normes OMS : 1 médecin /1000 habitants) et d'un (01) personnel médico-sanitaire pour 3094 habitants (normes OMS : 1/3000)².

Objectifs :

Les objectifs du secteur santé ont été arrimés en 2009 aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ils sont définis dans la Stratégie sectorielle de Santé comme suit : d'ici 2015,

- réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- réduire de 2/5 la mortalité maternelle ;
- réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- amener 80% des districts de santé existants à atteindre la phase de consolidation ;
- amener 100% des structures des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui technique, stratégique et d'orientation recours.

Financements

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 notamment des financements de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (Global Alliance for Vaccines and Immunization ou GAVI), du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. En outre, l'allègement de la dette du Cameroun a apporté des ressources additionnelles au secteur santé (C2D, PPTE, IADM).

²Direction des ressources humaines pour la santé, Ministère de la Santé publique, 2012 . Cameroun : Analyse de la situation des ressources humaines pour la santé.

La part du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique oscille autour de 5%. Elle est donc de loin inférieure aux 15% que les chefs d'Etats africains se sont engagés à attribuer au secteur santé.³ Les soins de santé font essentiellement l'objet d'un paiement direct par les ménages, car les mécanismes de paiement anticipés restent peu développés.

L'année 2013 a été marquée par le début de la mise en application du « Budget Programme ». Depuis lors, le budget de l'Etat est élaboré et exécuté dans le cadre des programmes traduisant les politiques publiques auxquelles sont associées des objectifs assortis d'indicateurs de résultats. Cette réforme budgétaire traduit la volonté de l'Etat Camerounais à améliorer le processus programmatique et gestionnaire des finances publiques, pour une mise en œuvre plus efficace et efficiente des programmes de santé.

Etat de santé des enfants de 0-5ans au Cameroun

Selon les résultats des divers Enquête Démographique et de Santé au Cameroun, l'évolution des indicateurs de santé infanto juvénile au cours des 2 dernières décennies est résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs de santé de l'enfant au cours des 2 dernières décennies.

Indicateurs de santé	1991	1998	2004	2011
Taux de mortalité infantile (‰)	65	77	74	62
Taux de mortalité infanto juvénile (‰)	126	151	144	122
Taux de mortalité néonatale (‰)	33	37	29	31
Taux de malnutrition chronique des enfants de -5ans (%)	24,4	29,3	31,7	32,5

Sources: EDSC 1991; EDSC 1998; EDSC 2004; EDS-MICS 2011;

1.2. Contexte international de la vaccination

Le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) est le cadre approuvé par l'Assemblée Mondiale de la santé en Mai 2012, pour concrétiser la vision de la « Décennie de la vaccination 2011-2020 ». Cette vision est celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés profitent d'une vie exempte de maladies évitables par la vaccination. La mission décrite dans le GVAP est «d'améliorer la santé, en étendant les avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, qui ils sont et où ils vivent, d'ici à 2020 et au-delà⁴». Ce plan a été élaboré selon les principes directeurs suivants :

- **L'appropriation par les pays bénéficiaires**, principaux responsables de la mise en place d'une bonne gouvernance, de la prestation des services de vaccination efficaces et de qualité.
- **La responsabilité partagée et le partenariat** ; en effet, la vaccination est une responsabilité individuelle, communautaire et gouvernementale qui transcende les frontières et les secteurs.
- **L'accès équitable** à la vaccination, composante clé du droit à la santé.
- **L'intégration** des systèmes de vaccination performants au système de santé national et la coordination de ceux-ci à d'autres programmes de prestation de soins de santé primaires garantissent la pérennité des Programmes de Vaccination.
- **La pérennité**, conditionnée par des investissements financiers appropriés, une meilleure gestion financière et une supervision régulière.
- **L'innovation** et l'amélioration continue de la qualité dans tous les domaines de la vaccination.

A ce titre, le GVAP est le cadre stratégique qui oriente actuellement les Etats et leurs partenaires, en matière de vaccination. Il a pour but de :

- Obtenir un monde exempt de Poliomyélite ;

³ Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses.

⁴ Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. OMS, 2013.

- Atteindre les cibles mondiales et régionales en matière d'élimination des maladies
- Atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque région, pays et collectivités.
- Mettre au point et introduire des nouvelles technologies, des vaccins nouveaux ou améliorés.
- Dépasser la cible de l'OMD 4 portant sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Les objectifs stratégiques du GVAP ainsi que les indicateurs sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Objectifs stratégiques du GVAP et indicateurs

Objectifs stratégiques	Indicateurs
1. Tous les pays s'engagent à faire de la vaccination une priorité.	1.1 Dépenses intérieures pour la vaccination par personne ciblée.
	1.2 Présence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis.
2. Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et considèrent les vaccins à la fois comme un droit et comme une responsabilité.	2.1 Proportion des pays ayant évalué le niveau de confiance en la vaccination à un niveau sous-national.
	2.2 Proportion des pays sous-vaccinés et non-vaccinés pour lesquels le manque de confiance était un facteur ayant influencé leur décision.
3. Les bénéfices de la vaccination sont équitablement étendus à tous les individus.	3.1 Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les 3 doses de vaccin Pentavalent.
	3.2 Réduction des écarts de couverture entre le quintile de revenu le plus faible et le plus élevé.
4. Les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé efficace.	4.1 Taux d'abandon spécifique.
	4.2 Couverture vaccinale en Penta 3 $\geq$ 90% pendant au moins trois années successives.
	4.3 Données de couverture vaccinale évaluées comme étant de haute qualité par l'OMS et l'UNICEF.
5. Les programmes de vaccination bénéficient de manière durable d'un financement prévisible, d'un approvisionnement de qualité et de technologies innovantes.	5.1 Proportion des coûts de la vaccination financée par les budgets de l'Etat.
	5.2 Pourcentage de doses de vaccin utilisées dans le monde entier dont la production est garantie.
6. Les innovations issues des programmes de recherche et développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les bénéfices de la vaccination	6.1 Progrès vers le développement de vaccins présentant une efficacité $\geq$ 75% contre le VIH, la tuberculose, la malaria.
	6.2 progrès vers un vaccin universel contre la grippe
	6.3 Capacité institutionnelle et technique de pays à fabriquer des vaccins et/ou à effectuer les travaux de recherche opérationnelle.

Source : Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. OMS, 2013.

1.3. Contexte national de la vaccination

Au niveau central, sous la tutelle de la Direction de la Santé Familiale, il existe une Sous-Direction de la Vaccination (SDV). Il existe également un Programme Elargi de Vaccination dont le Groupe Technique Central (GTC-PEV) est l'organe exécutif⁵. A ce titre, il assure :

- La gestion du Programme Elargi de Vaccination au niveau central, en collaboration avec les Administrations ainsi que les partenaires nationaux et internationaux concernés notamment l'élaboration et la mise en œuvre de : (i) son Plan Pluriannuel Complet, (ii) son Plan de Travail Annuel, (iii) et de son Plan intégré de suivi-évaluation du Programme ;

⁵ Décision N°0333/MSP/CAB du 29 juillet 2002 portant réorganisation du PEV au Cameroun.

- L'appui technique aux Délégations Régionales de la Santé Publique et aux Partenaires impliqués dans la réponse locale (collectivités décentralisées, comités de développement, autorités religieuses et traditionnelles, ONGs), ainsi que les missions de supervision et d'évaluation de l'exécution des plans de réponses locales ;
- L'appui technique aux partenaires impliqués dans la réponse sectorielle (services publics et parapublics, entreprises privées, organisations non gouvernementales et professionnelles) ;
- La coordination de la stratégie de communication du Programme Elargi de Vaccination, et de l'appui à toute structure partenaire (gouvernementale et non gouvernementale) dans l'élaboration des stratégies de communication appropriées ;
- L'organisation et la coordination des activités de surveillance épidémiologique et comportementale ;
- La gestion du personnel technique et administratif mis à sa disposition ;
- La mobilisation et la gestion des fonds mis à la disposition du Programme Elargi de Vaccination par l'Etat, les partenaires nationaux et internationaux, le transfert desdits fonds vers les Délégations régionales conformément aux procédures édictées à cette fin ;
- Le traitement de tout dossier à lui confié par le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) ;
- L'élaboration du compte-rendu de toutes ses activités qu'il présente trimestriellement au Comité de Coordination Inter-Agences.

Le GTC-PEV dispose d'un organigramme avec des relations entre les postes bien décrites. Les 10 Délégations régionales de la Santé Publique disposent des Unités Régionales PEV. Au niveau opérationnel, les activités du PEV sont coordonnées par le Chef Service de Santé de District. Le PEV compte environ 101 personnels travaillant à temps plein dont 41 au niveau du Groupe Technique Central et 60 dans les 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.

Les cibles actuelles du PEV sont estimées à partir des résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Cameroun (RGPH) en 2005, et selon un taux d'accroissement annuel de 2, 5% entre 2013 et 2014. La population totale est estimée à 21 418 881 en 2014, et se répartit comme suit :

Tableau 3: Populations cibles du PEV en 2014 au Cameroun

Régions	Nombre de DS	Population totale	Naissances vivantes	0-11 mois	12-59 mois	0-59 mois	9-59 mois	Femmes Enceintes
			4,5%	3,8%	13,1%	16,9%	13,7%	5%
ADAMAOUA	9	1 135 201	51 084	43 138	148 711	191 849	155 523	56 760
CENTRE	30	3 919 657	176 385	148 947	513 475	662 422	536 993	195 983
EST	14	8 56 754	38 554	32 557	112 235	144 791	117 375	42 838
EXT.-NORD	30	3 855 398	173 493	146 505	505 057	651 562	528 190	192 770
LITTORAL	24	3 191 413	143 614	121 274	418 075	539 349	437 224	159 571
NORD	15	2 334 658	105 060	88 717	305 840	394 557	319 848	116 733
NORD-OUEST	19	1 949 118	87 710	74 066	255 334	329 401	267 029	97 456
OUEST	20	1 927 700	86 747	73 253	252 529	325 781	264 095	96 385
SUD	10	749 661	33 735	28 487	98 206	126 693	102 704	37 483
SUD-OUEST	18	1 499 321	67 469	56 974	196 411	253 385	205 407	74 966
CAMEROUN	189	21 418 881	963 850	813 917	2 805 873	3 619 791	2 934 387	1 070 944

Source : BUCREP, 2010

1.4. Analyse des performances du PEV au Cameroun en 2013

L'année 2013 a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs revues, notamment :

- Une revue externe du PEV (du 5 au 30 Aout 2013). Au cours de celle-ci, les aspects tels que le suivi du système de vaccination, la gestion efficace des vaccins, la qualité des données de vaccination et la satisfaction des bénéficiaires ont été évalués ;
- Un inventaire des équipements du PEV (23 au 27 Septembre 2013) ;
- Une revue des outils du système d'information de la vaccination (25 au 29 Novembre 2013).

Les résultats de ces différentes évaluations, confrontées aux informations issues du système d'information sanitaire de routine ont permis d'avoir une meilleure photographie de la situation actuelle du PEV. C'est sur la base de ces informations que repose l'analyse des performances présentée dans ce document. Elle s'articule autour des blocs fonctionnels du système de santé qui sont :

- L'offre des services ;
- Les vaccins, et la logistique ;
- La communication ;
- La surveillance des maladies ;
- La gestion du programme ;
- La gestion des ressources humaines ;
- Le financement.

1.4.1. Offre des services de vaccination

1.4.1.1. Accessibilité et utilisation des services de vaccination

Tableau 4: Couvertures vaccinales cumulées par antigène et par régions au Cameroun en 2013

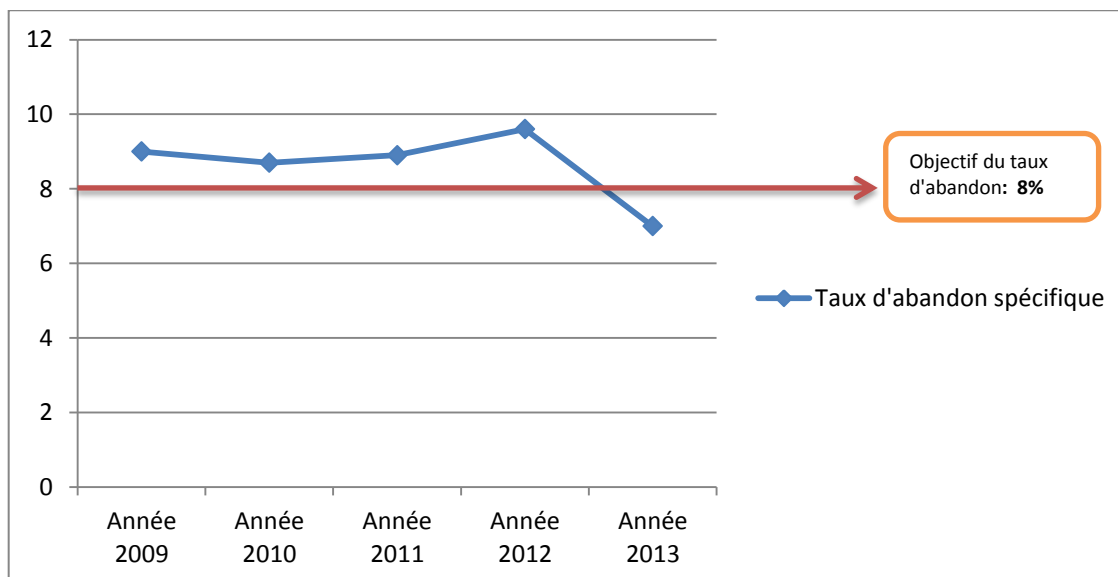
Régions	Couvertures vaccinales en pourcentage									Taux d'abandon	CV VitA
	BCG	Penta 1	Polio1	Penta 3	Polio3	Pneumo3	VAR	VAA	VAT2+		
ADAMAOUA	84%	97%	94%	89%	86%	90%	78%	77%	62%	8%	99%
CENTRE	74%	87%	91%	83%	85%	81%	76%	76%	63%	5%	84%
EST	85%	105%	104%	89%	89%	88%	81%	81%	82%	15%	110%
EXT.- NORD	96%	111%	108%	101%	98%	100%	97%	97%	84%	9%	89%
LITTORAL	71%	80%	80%	79%	78%	77%	74%	74%	60%	2%	68%
NORD	93%	106%	113%	95%	93%	95%	90%	91%	77%	10%	100%
N.- OUEST	66%	75%	76%	75%	74%	75%	69%	69%	48%	1%	71%
OUEST	94%	106%	106%	99%	99%	99%	92%	91%	71%	6%	98%
SUD	79%	99%	98%	88%	87%	85%	82%	81%	66%	11%	83%
SUD OUEST	74%	88%	88%	84%	83%	87%	83%	81%	66%	5%	88%
CAMEROUN	82%	95%	96%	88%	88%	98%	83%	83%	68%	7%	86%

Source : Rapports mensuels d'activités PEV 2013

Pour une complétude des données de 100%, la couverture nationale en Penta 3 (antigène traceur) est de 88% et celle en VAR est de 83%. Les objectifs nationaux de couverture vaccinale qui étaient de 85% et 82% respectivement pour le Penta 3 et le VAR ont été réalisés, mais davantage d'efforts sont à fournir afin d'atteindre les couvertures recommandées par le GVAP (90% en Penta 3 d'ici 2015 et pour tous les antigènes d'ici 2020)⁶.

Par ailleurs, on relève une bonne accessibilité aux services de vaccination car la couverture vaccinale en Penta 1 (DTC-Hep B-Hib 1) est supérieure à 80% dans 9 sur 10 régions. Egalement, une amélioration dans l'utilisation des services de vaccination qui se traduit par une baisse du taux d'abandon au-dessous de 8% au niveau national et dans 6 sur 10 régions.

⁶ Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. OMS, 2013.

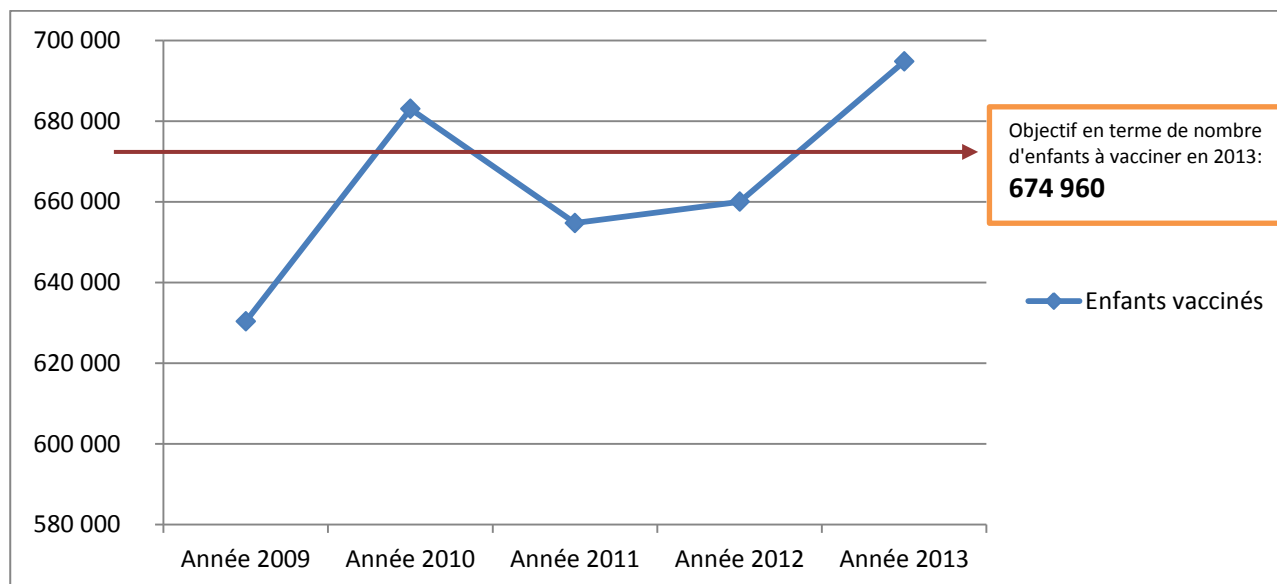


Source : JRF 2009-2013

Figure 1 : Evolution du taux d'abandon spécifique au niveau national, de 2009 à 2013.

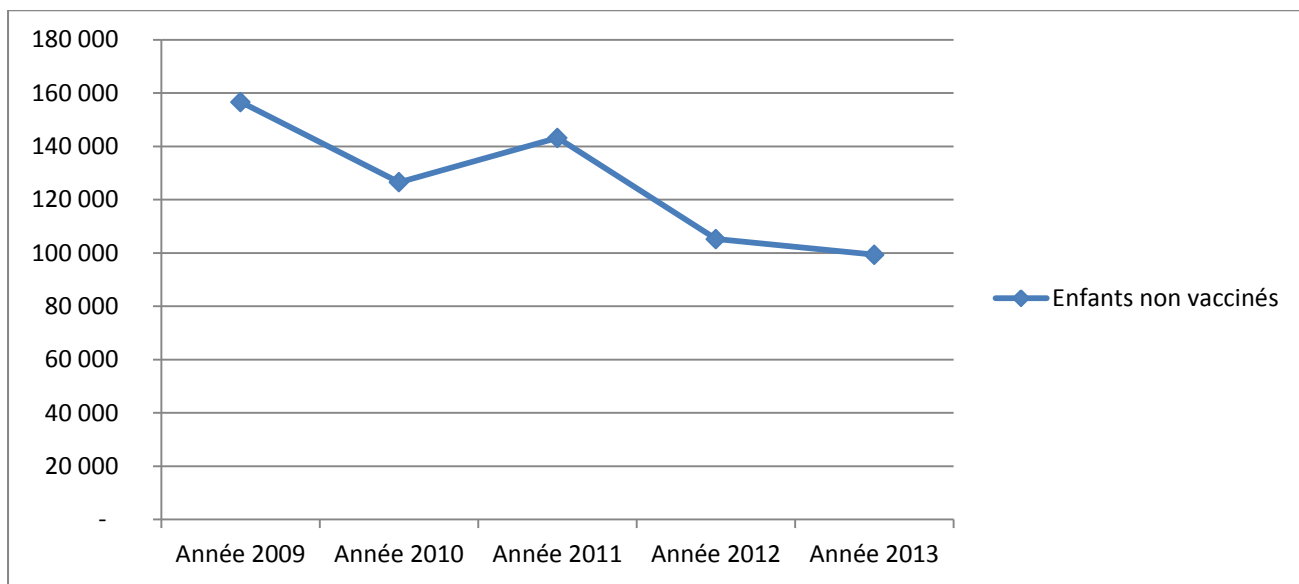
1.4.1.2. Nombre d'enfants vaccinés de janvier à Décembre 2013

Le nombre d'enfants vaccinés à l'antigène traceur (Penta 3 ou DTC-Hep B-Hib 3) au niveau national en 2013 est estimé à 689 619. Depuis 3 ans, on observe une augmentation progressive de ce nombre qui est passé de 654 710 en 2011 à 659 976 en 2012 et 689 619 en 2013. Le gain en terme d'enfants vaccinés est considérable en 2013, et estimé à 29643 de plus par rapport à l'année précédente. L'analyse rétrospective du nombre d'enfants vaccinés au cours des 5 dernières années montre qu'en 2013, le PEV a battu son propre record en terme d'enfants vaccinés qui jusqu'à lors était de 683 002 en 2010.



Source : JRF 2009-2013

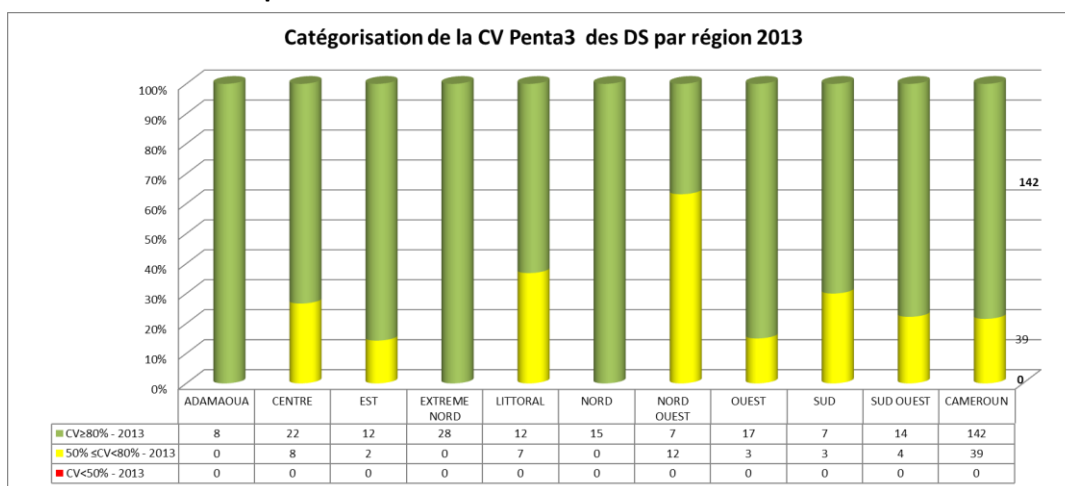
Figure 2 : Evolution du nombre d'enfants vaccinés au niveau national de 2009 à 2013



Source : JRF 2009-2013

Figure 3: Evolution du nombre d'enfants non vaccinés au niveau national de 2009 à 2013

1.4.1.3. Equité de la vaccination entre les districts de santé



Source : Rapports mensuels d'activités PEV

Figure 4: Catégorisation des districts de santé au Cameroun en 2013

En 2013, 78% (soit 141/181) des districts de santé fonctionnels ont une couverture vaccinale en Penta 3 > 80%, et aucun district de santé n'a enregistré une couverture vaccinale inférieure à 50%. L'équité de la vaccination entre les districts de santé s'est améliorée mais reste faible. En effet, le Cameroun n'a jamais eu 80% de ses districts de santé avec une couverture en Penta 3 > 80% tel que recommandé par le GVAP.

Tableau 5 : Evolution de l'équité de la vaccination au sein des districts de santé au Cameroun de 2009 - 2013

	Période					
	Année	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de district par catégories	Nombre total de districts de santé fonctionnels	173	179	179	181	181
	Couverture vaccinale < 50%	9	7	2	1	0
	50% ≤ couverture vaccinale < 80%	73	56	59	52	40
	80% ≤ couverture vaccinale < 100%	73	84	84	85	93
	Couverture vaccinale ≥ 100%	18	32	34	43	49
	Equité vaccinale par district de santé	53%	65%	66%	71%	78%

Source : JRF 2009-2013

1.4.1.4. Activités de vaccination supplémentaires

Plusieurs activités de vaccination supplémentaires (AVS) ont été organisées au cours de l'année 2013, dont :

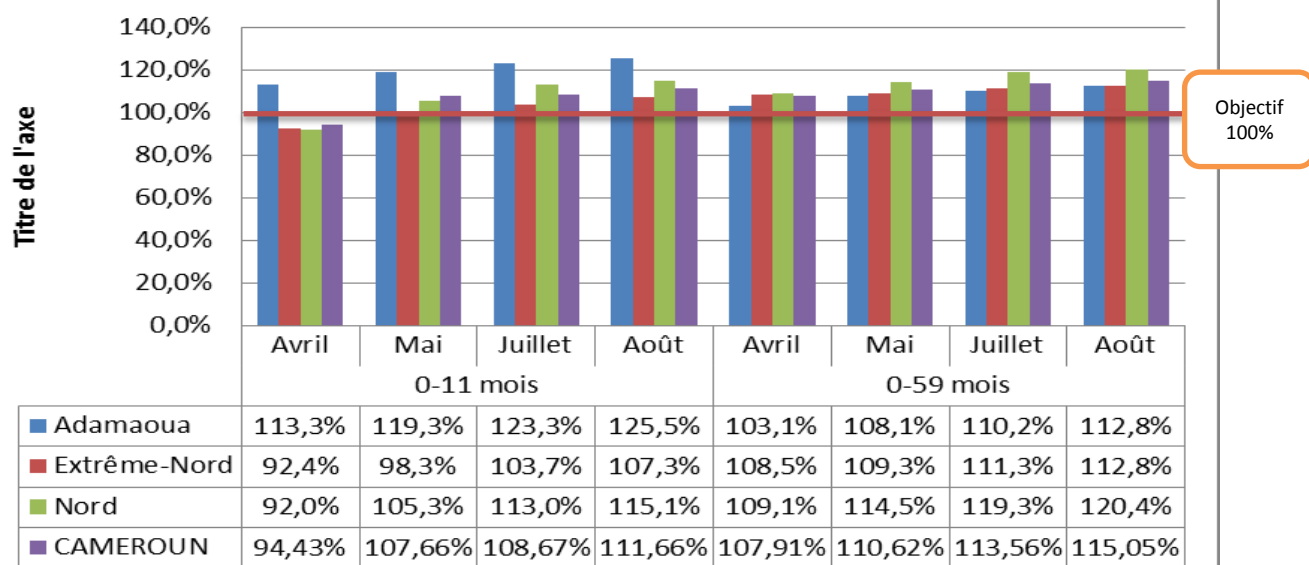
- 4 tours de Journées Locales de Vaccination (JLV) contre la Poliomyélite dans les Régions du Nord, Extrême Nord et Adamaoua ;
- Un tour de JLV contre la poliomyélite dans 117 districts de santé à haut risque répartis dans 8 régions soit : l'Ouest (20), le Nord-Ouest (19), le Sud –Ouest (18), l'Adamaoua (08), l'Extrême Nord (28), le Nord (15), le Centre (4) et le Littoral (5) ;
- Un tour de Journée Nationale de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite ;
- Deux éditions de SASNIM dont la première a été couplée à la Semaine Africaine de Vaccination (SAV) et à la Semaine Mondiale de Vaccination (SMV) ;
- Une campagne riposte localisée aux épidémies de rougeole dans 24/26 districts de santé en épidémie de rougeole ;
- une campagne de riposte contre l'épidémie de fièvre jaune dans 13 districts de santé de la région du Littoral ;
-

Tableau 6 : Récapitulatif des activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées en 2013

Période	AVS	Populations cibles
Avril 2013	1 ^{er} tour de JLV préventives contre la poliomyélite intégré à la SASNIM 1/SAV	1 855 050 enfants de 0-59 mois dans 3 Régions à risque (Adamaoua, Extrême-Nord, Nord)
Mai 2013	2 ^{ème} tour de JLV préventive contre la poliomyélite	
Juillet 2013	1 ^{er} tour de JLV (Polio) de riposte aux cas de cVDPV de Kolofata, Makary et Mada Région de l'Extrême Nord	
Août 2013	2 ^{ème} tour de JLV (Polio) de riposte aux cas de cVDPV de Kolofata, Makary et Mada, Région de l'Extrême Nord	
Octobre 2013	JNV (Polio) de riposte aux cas de cVDPV intégré à SASNIM 2	4 031 322 enfants âgés de 0 à 59 mois ; Femmes enceintes ou en post partum immédiat
Septembre 2013	Riposte contre la fièvre jaune dans 13 DS à haut risque de la région du Littoral	853 406 personnes âgées de plus de 09 mois

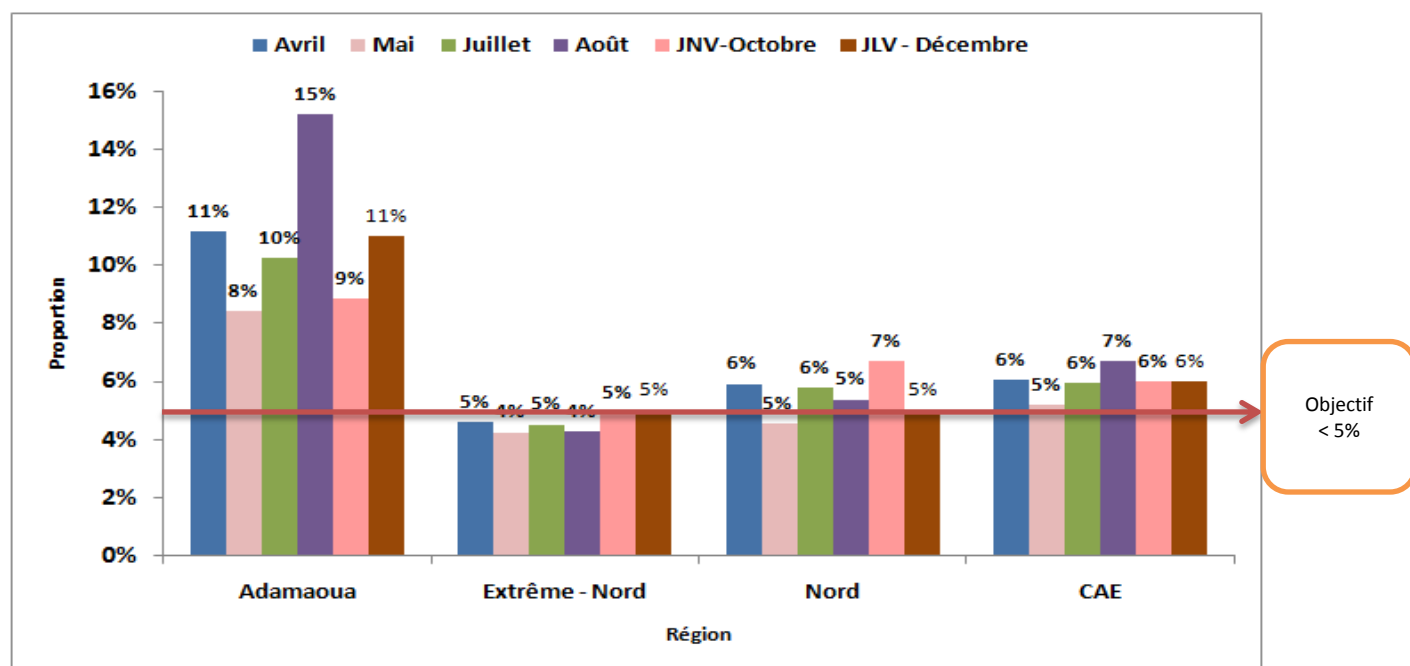
Décembre 2013	1 ^{er} tour de JLV (Polio) de riposte aux cas de PVS de Malentouen et Foubot (région de l'Ouest) dans 117 districts de santé à haut risque répartis dans 8 régions soit : tous les districts de santé des régions de l'Ouest, Nord-Ouest et du Sud -Ouest, 04 districts de la région du Centre (Bafia, Ntui, Yoko, NdiKiniméki) et 5 Districts de la région du Littoral (Yabassi, Nkondjock, Melong, Nkongsamba, Mandjo)	2 820 334 enfants âgés de 0 à 59 mois dans 117 DS du pays
Janvier – Décembre 2013	Campagne de riposte localisée dans 24/26 districts de santé en épidémie de rougeole	Enfants de 9- 59 mois

Synthèse des résultats des quatre tours es JLV 2013 (0-9mois)



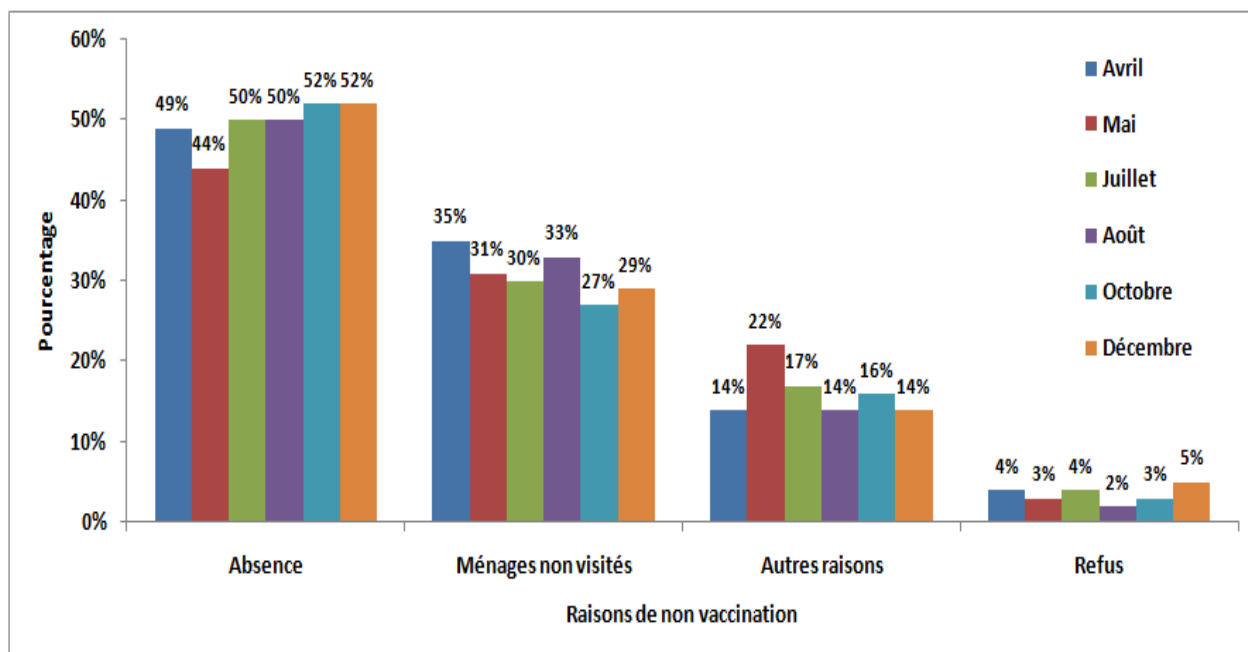
Source : Rapport des campagnes 2013, GTC-PEV.

Figure 5 : Résultats des quatre tours de JLV contre la Poliomyélite dans le septentrion



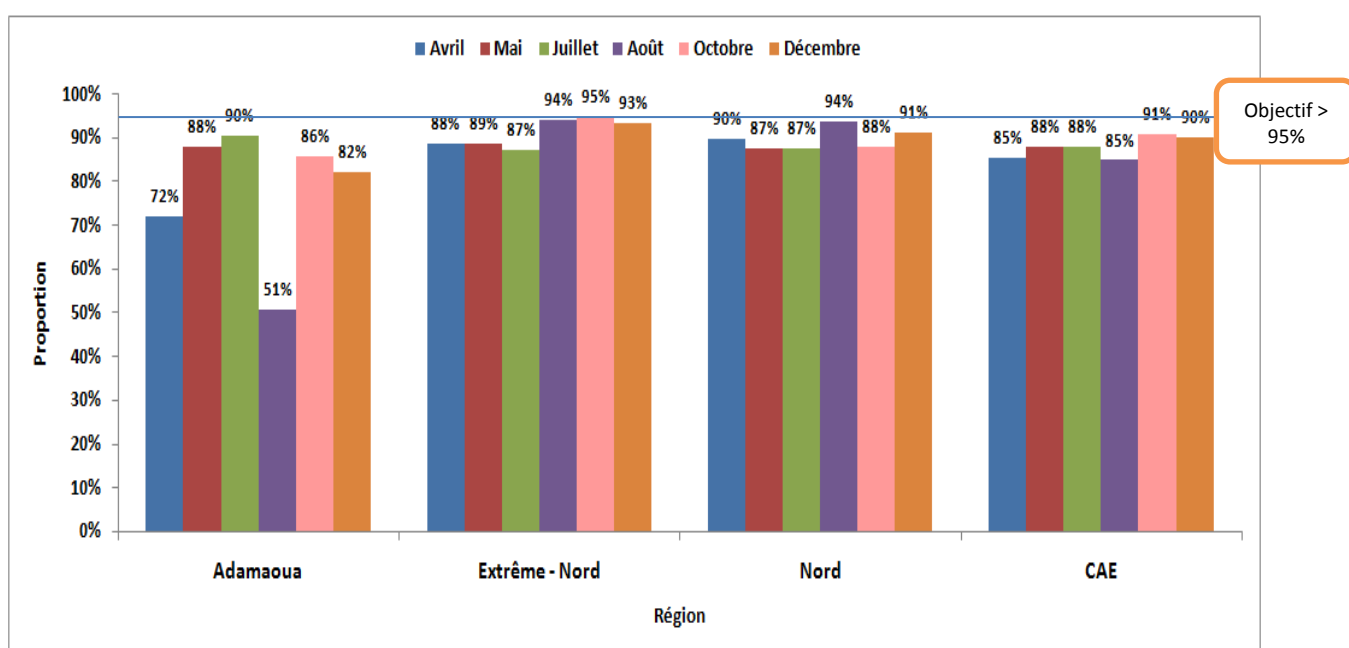
Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

Figure 6 : Proportion des enfants non vaccinés dans les 3 régions du septentrion



Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

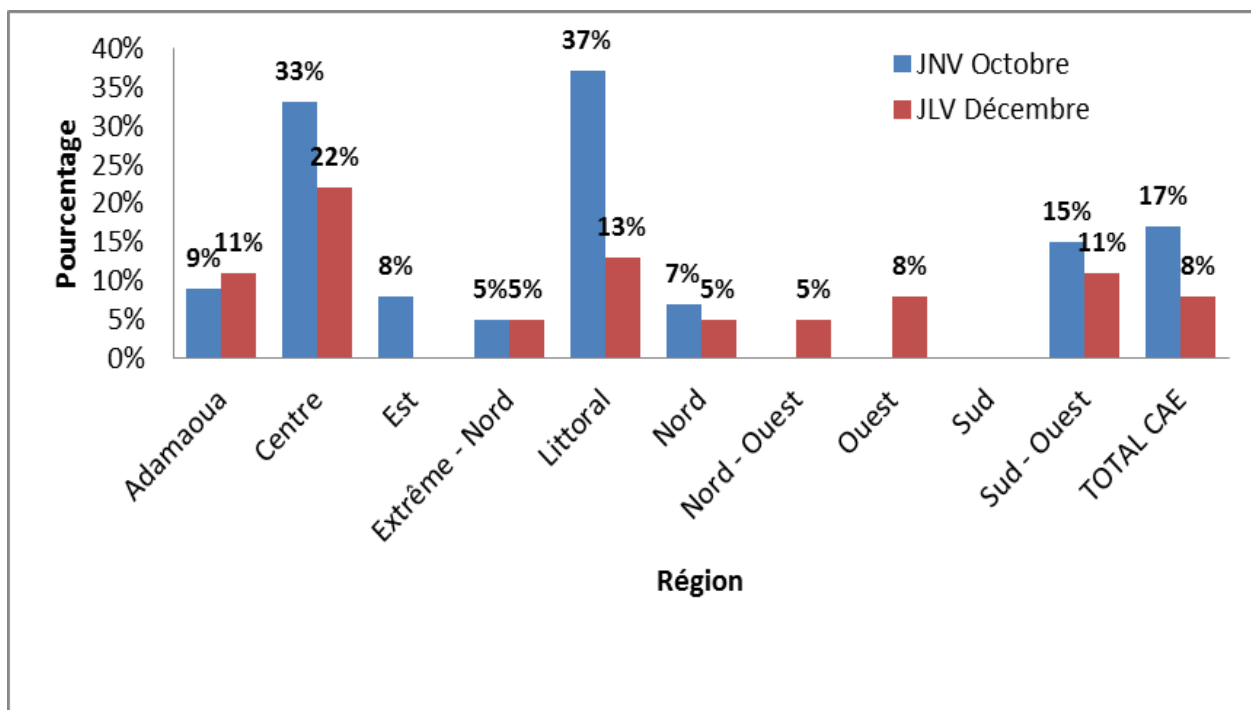
Figure 7 : Raisons de non vaccination dans les 3 régions du septentrion



Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

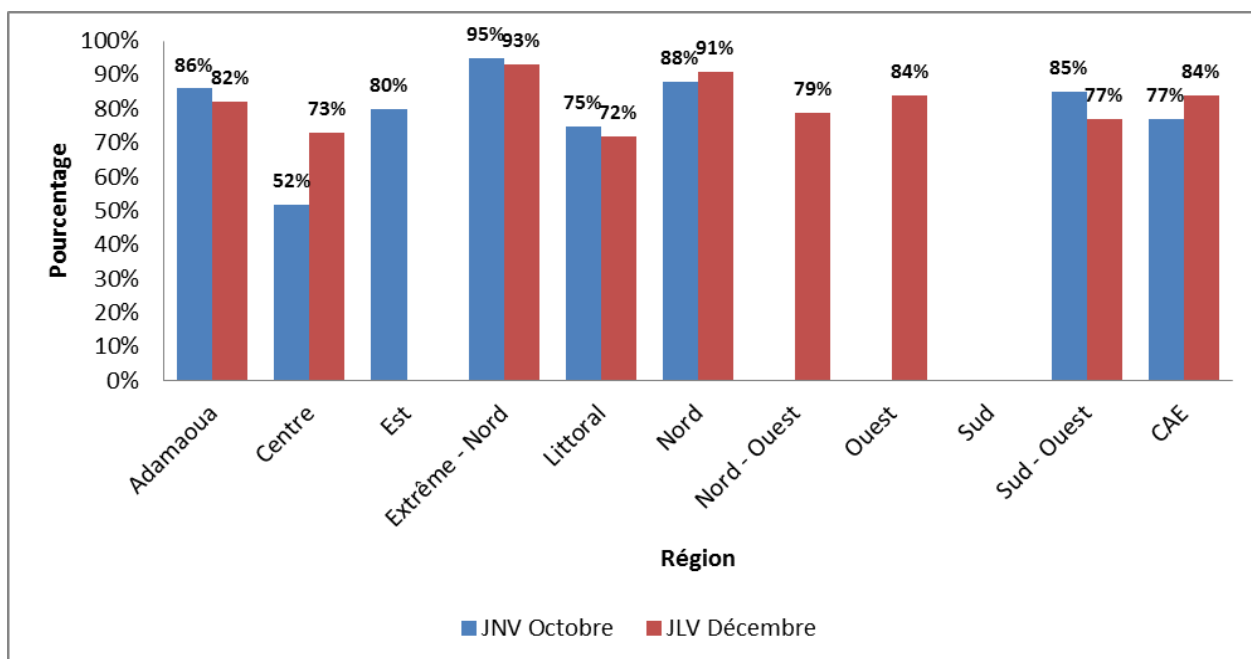
Figure 8 : Proportion des parents interviewés informés de la tenue de la campagne avant le début dans les 3 régions du septentrion

➤ **Journées locales de vaccination contre la Poliomyélite dans le pays (Octobre et Décembre 2013)**



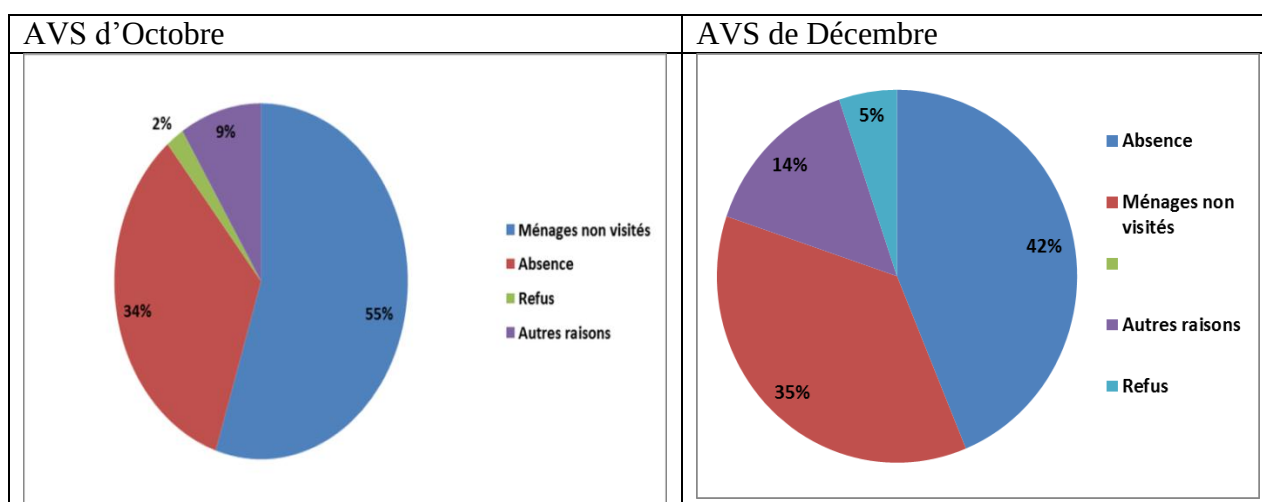
Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

Figure 9 : Proportion des enfants non vaccinés par région



Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

Figure 10 : Proportion des parents interviewés informés de la tenue de la campagne avant le début



Source : Rapports des monitorages indépendants des AVS contre la Poliomyélite en 2013, OMS

Figure 11 : Raisons de non vaccination dans les 3 régions du septentrion

En résumé, bien que plusieurs AVS contre la poliomyélite aient été organisées en 2013, leur qualité est en dessous des normes recommandées. En effet, la proportion d'enfants manqués est restée > 5% notamment dans les villes de Yaoundé et Douala et par ricochet dans les régions du Centre et du Littoral. La proportion de parents interviewés et informés de la campagne avant le début est restée < 95%. Un tiers des enfants manqués l'ont été du fait de la non visite de leurs ménages.

➤ **Semaines d'Actions de Santé et Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM) : éditions 1 et 2**

L'une des interventions des SASNIM a consisté au rattrapage des enfants manqués ou perdus de vue. Le nombre d'enfants et femmes cibles rattrapés au cours de ces SASNIMS est synthétisé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Nombre d'enfants et femmes cibles rattrapés par antigène au cours des SASNIM en 2013

Activités	BCG	Polio3	Penta3	Pneumo3	VAR	VAA	VAT2+
SASNIM1	24 688	11 727	22 463	21 936	28 521	28 504	32 132
SASNIM2	27 818	26 091	25 140	24 492	30 031	36 030	53 444
Total	52506	37818	47603	46428	58552	64534	85576

Source : Rapports des SASNIM 2013, SAVS/GTC PEV

➤ **Campagne de riposte contre l'épidémie de fièvre jaune**

En septembre 2013, s'est déroulée une campagne de riposte contre l'épidémie de fièvre jaune dans 13 districts de santé de la région du Littoral. Les données administratives ont révélé une couverture vaccinale de 109% (pour un objectif de couverture vaccinale d'au moins 95%). Par contre, les estimations faites à la suite d'une enquête post campagne ont révélé une couverture vaccinale de 82% sur la base des déclarations des personnes enquêtées et de 74% sur la base de la présentation d'une carte de vaccination de la campagne.

➤ **Qualité des données**

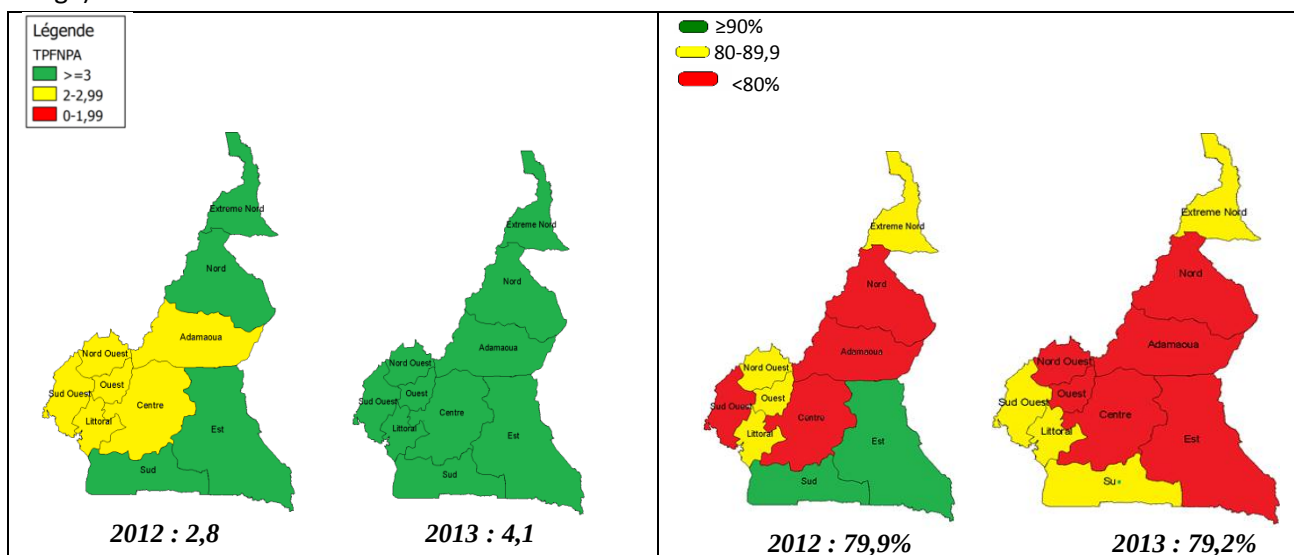
Il est important de relever que la qualité du rapportage des actes vaccinaux est à améliorer au niveau opérationnel. En effet on note toujours des discordances de couverture entre les antigènes administrés simultanément. Par ailleurs, plusieurs districts ont des couvertures vaccinales de routine au-delà de 100% ; paradoxalement, lors des enquêtes communautaires dans ces localités il existe une plusieurs enfants non

vaccinés et les couvertures vaccinales estimées sur la base de ces enquêtes est souvent bien en deçà des 90% requis pour l'immunité collective. Ceci expliquerait entre autres la survenue de plusieurs épidémies dans les districts de santé qui selon les données administratives de couvertures vaccinales sont supposées être à faible risque. Cet état de chose est observé également lors des activités supplémentaires de vaccination.

1.4.2. Surveillance des maladies

1.4.2.1. Surveillance des Paralysie Flasque Aigue (PFA)

Tel qu'illustré ci-dessous, le taux de PFA non polio est satisfaisant ($> 3/100\,000$ enfants de moins de 15 ans en 2013) à l'échelle nationale. Par contre, la proportion des échantillons de selles de bonne qualité reste en dessous de l'objectif fixé qui est de 90%. Le Cameroun est en épidémie de Poliomyélite. De Janvier à Décembre 2013, quatre cas de Poliovirus Sauvage (PVS) et quatre cas de Poliovirus de souche vaccinale (cVDPV) ont été détectés respectivement dans la Région de l'Ouest (districts de santé de Malantouen et Foubot) et dans la Région de l'Extrême Nord (Districts de Santé Makary, Kolofata, et Maga).



Source : Rapports de surveillance active, GTC-PEV

Figure 12 : Taux de PFA non Polio annualisé

Figure 13 : Qualité des selles

1.4.2.2. Surveillance du Tétanos Néonatal (TNN)

En 2012, le Cameroun a certifié l'élimination du Tétanos Néonatal. En 2013 l'incidence du tétanos néonatal était < 1 cas/ 1000 naissances vivantes, à l'échelle nationale et dans 99% des districts de santé fonctionnels. Deux districts de santé du Littoral (Ngambè et Pouma) ont enregistré plus d'un cas de Tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes, et ont organisé des ripostes vaccinales à cet effet. La notification et l'investigation des cas de TNN restent faible (116 cas notifiés et 38 cas investigués). 11% des districts de santé ont investigué au moins un cas de TTN au cours de l'année.

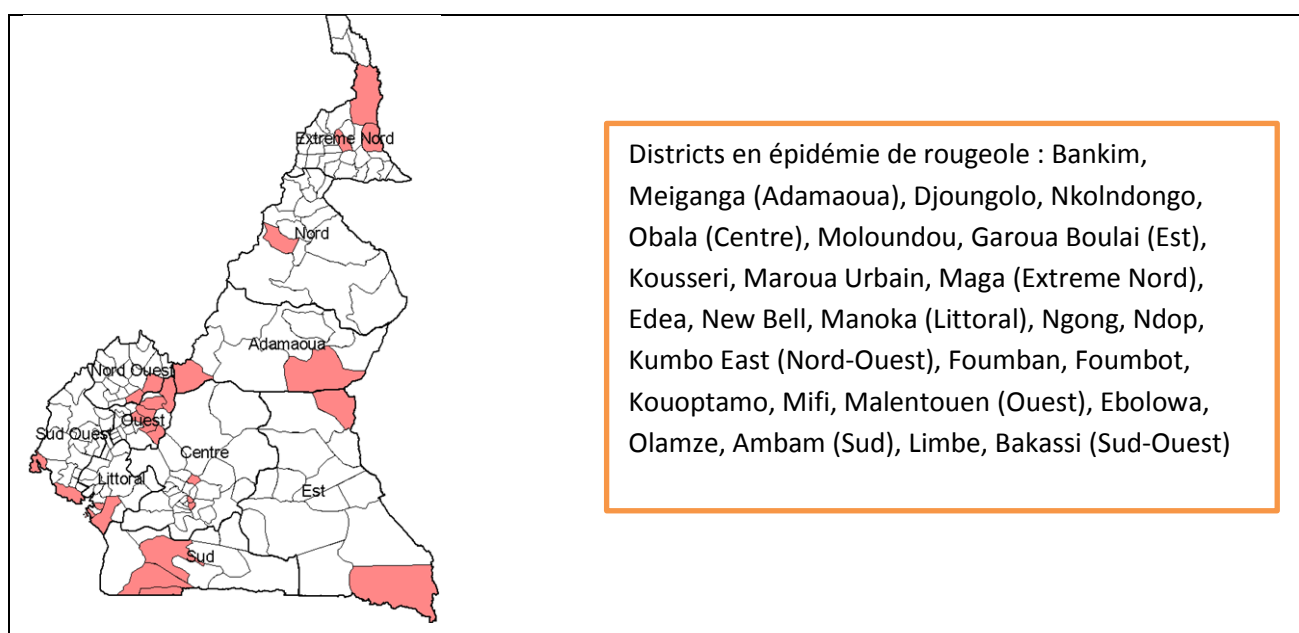
1.4.2.3. Surveillance de la rougeole

Les indicateurs de surveillance de la rougeole sont satisfaisants. En effet 86,7 % des districts de santé ont investigués au moins 1 cas suspect de rougeole au cours de l'année (minimum requis : 80%) et le taux de rash fébrile non rougeoleux est de 5,7/100 000 habitants (minimum requis 2/100 000 habitants). Bien qu'on observe une accalmie relative par rapport aux 2 années précédentes, On note la persistance d'épidémies de rougeole. En 2013, 27 districts de santé ont connus des épidémies contre de 72 en 2012, et 44 en 2011.

Tableau 8 : Performance de la surveillance de la rougeole par région au Cameroun en 2013

Régions	Cas suspects de rougeole				Districts ayant investigué au moins un cas suspect		Taux investigation 2/100000	Taux rash fébril non rougeoleux 2/100000	DS en épidémies	Nbre Epidémies	Rubéole positif
	Investigués	Line List	Positifs (IgM)								
			(n)	%	(n)	%					
Adamaoua	49	3	11	22,4	7	87,5	4,4	3,4	Bankim, Meiganga	2	0
Centre	245		25	10,2	25	83,3	6,4	5,8	Nkolndongo, Obala, Djoungolo	3	15
Est	143		15	10,5	12	85,7	17,1	15,3	Moloundou, Garoua Boulai	2	39
Extrême-Nord	113		29	25,7	21	75,0	3,0	2,2	Kousseri, Maroua Urbain, Maga, Kolofata	4	10
Littoral	387	79	38	9,8	19	100,0	12,4	11,2	Edea, Manoka, New Bell	3	24
Nord	51	6	10	19,6	12	80,0	2,2	1,8	Ngong	1	12
Nord-Ouest	123		13	10,6	19	100,0	6,5	5,8	Ndop, Kumbo East	2	17
Ouest	115	144	43	37,4	18	90,0	6,1	3,8	Foumban, Fountbot, Kouoptamo, Mifi, Malentouen	5	0
Sud	100	6	23	23,0	9	90,0	13,7	10,5	Ebolowa, Olamze, Ambam	3	9
Sud-ouest	103	271	28	27,2	15	83,3	7,0	5,1	Limbe, Bakassi	2	21
Total	1429	509	235	16,4	157	86,7	6,8	5,7		27	147

Source : Rapports de surveillance active, GTC- PEV



Source : Rapports de surveillance active, GTC- PEV

Figure 14 : Cartographie des épidémies de rougeole

1.4.2.4. Surveillance de la fièvre jaune

94,5% des districts de santé ont investigué au moins un cas suspect de fièvre jaune (minimum requis 80%). Le taux de détection des cas suspects de fièvre jaune est de 9,5/100 000 habitants (minimum requis 2/100 000 habitants). 5 Districts de santé ont été en épidémie, soit Ngoumou (Région du Centre), New Bell, Bonassama (Région du Littoral), Dschang (Région de l'Ouest), Touboro (Région du Nord) et organisé des ripostes vaccinales.

Tableau 9 : Performance de la surveillance de la fièvre jaune par région au Cameroun en 2013

Région	Cas investigués	DS ayant investigué au moins un cas	% DS ayant invest au moins un cas	Cas probables	Districts Santé	Cas positifs	Districts de santé	>2 cas/ 100.000
Adamaoua	123	8	100,0	2	Tibati, Ngaoundere Urbain	0	0	10,9
Centre	289	28	93,3	2	Biyem Assi, Ngoumou, Efoulan	1	Ngoumou	7,5
Est	122	14	100,0	2	Abong Mbang	2	Abong Mbang	14,4
Extrême-Nord	208	24	85,7	4	Guidiguis, Maga, Makary, Kousseri	2	Guidiguis, Kousseri	5,4
Littoral	528	19	100,0	12	Deido (02), Ndom, New Bell (05), Bonassama, Cite Palmiers, Melong, Nkongsamba	5	Bonassama, Deido, Melong, New Bell, Ndom	16,6
Nord	195	15	100,0	4	Guider, Touboro (02), Poli	2	Guider, Touboro	8,4
Nord-Ouest	122	18	94,7	1	Kumbo East	0	0	6,4
Ouest	79	19	95,0	3	Dschang, Foubot, Penka-Michel	1	Dschang	4,0
Sud	157	10	100,0	3	Lolodorf (02), Ebolowa	0	0	21,1
Sud-ouest	198	16	88,9	4	Buea, Kumba, Fontem, Muyuka	1	Buea	13,3
Total	2021	171	94,5	35		14		9,5

Source : Rapports de surveillance active, GTC- PEV

1.4.2.5. Surveillance des diarrhées à Rotavirus

Le Centre Mère et Enfant (CME) de la Fondation Chantal Biya, est l'unique site sentinelle de surveillance des diarrhées à Rota virus au Cameroun. En 2013, la prevalence des diarrhées à Rotavirus parmi les enfants enquêtés dans les sites de surveillance sentinelle est de 42,6%

Tableau 10 : Incidence des cas de diarrhées à rota virus dans le site sentinelle de surveillance 2007-2013

Années	Cas suspects	Cas positifs	% de selles positives au Rotavirus
2007	110	47	42,73
2008	278	126	45,32
2009	167	35	20,96
2010	446	174	39,01
2011	644	235	36,49
2012	792	255	35,91
2013	1073	458	42,6

Source : Rapports de surveillance sentinelle, GTC- PEV

1.4.2.6. Surveillance des Méningites Bactériennes Pédiatriques

Le Centre Mère et Enfant (CME) de la Fondation Chantal Biya est également l'unique site sentinelle de surveillance des méningites bactériennes pédiatriques au Cameroun. Depuis l'introduction dans le PEV des vaccins contre les infections à Hib (en 2009) et à Pneumocoque (en 2011), on observe une nette réduction de l'incidence des méningites bactérienne pédiatriques à Hib et à pneumocoque. En 2013, cette incidence est quasi nulle (0,3%) pour les méningites à Hib et de 2,8% pour les méningites à Pneumocoque.

Tableau 11: Performances de la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques

Années	Nombre de cas suspects	Incidence des méningites à Hib et Pneumocoque					
		Nombre de cas positif Hib	% Hib	Nombre de cas positif Pneumocoque	% Pneumocoque	autres germes	Total
2003	331	24	7,3	19	5,7	2	45
2004	552	14	2,5	32	5,8	4	50
2005	276	10	3,6	7	2,5	1	18
2006	286	5	1,7	9	3,1	0	14
2007	441	5	1,1	7	1,6	0	12
2008	320	14	4,4	9	2,8	1	24
2009	183	1	0,5	1	0,5	2	4
2010	77	1	1,3	13	16,9	16	30
2011	286	0	0,0	14	4,9	11	25
2012	1041	3	0,3	14	1,3	4	21
2013	634	2	0,3	18	2,8	5	25

Source : Rapports de surveillance sentinelle, GTC- PEV

1.4.3. Communication, génération de la demande

Au niveau central, La communication en faveur de la vaccination est coordonnée par le GTC PEV et la Sous-Direction de la Prévention et de l'Action Communautaire. Au niveau intermédiaire des points focaux communication des régions ont été désignés dans les 10 régions. Au niveau opérationnel, on estime à 89%⁷ la proportion des districts de santé fonctionnels qui disposent d'un point focal en communication.

Un plan stratégique de communication 2014-2020 a été élaboré, en réponse aux résultats et recommandations de l'enquête sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) sur la vaccination, menée en 2011. La communication en faveur du PEV est effective surtout à l'occasion des AVS, avec la collaboration des radios communautaires, des leaders religieux ou traditionnels et des mobilisateurs sociaux. Les activités de communication en faveur de la vaccination de routine sont quasi inexistantes, ou peu visibles.

Selon les résultats de la revue externe du PEV d'Aout 2013, il ressort que :

- Au niveau des districts de santé, des réunions de plaidoyer et sensibilisation des associations de femmes ou autres organisation à base communautaire sont faiblement tenues (42,31% des districts). Les structures de dialogues ne sont fonctionnelles que dans 65% des districts de santé et sont peu imprégnées des activités du PEV. Les membres des structures de dialogue participent peu (46% des cas) à la recherche des perdus de vue et à la notification des cas des maladies cibles du PEV.

⁷ Rapport de la revue externe du PEV 2013. PEV/MINSANTE. 2013.

- Dans certains centres de santé (65%), Il existe un personnel chargé de la communication. Les réunions de plaidoyer sont tenues dans 34,62% des cas et les principaux participants sont les autorités traditionnelles (28,85%), les leaders communautaires (25%) et les autorités religieuses (17,31%). Les membres des structures de dialogue participent à la recherche des perdus de vue et à la notification des cas des maladies cibles sous surveillance dans 65% des cas.

L'année 2013 a été marquée par l'intensification de la sensibilisation des populations dans les grandes villes du pays. A cet effet, des Journées Portes Ouvertes (JPO) à la presse pour la promotion de la vaccination de routine ont été organisées à Yaoundé, Douala, Ngaoundéré, Garoua et Maroua.

L'intégration de la composante communication dans la fiche de rapport mensuel des activités (RMA) du PEV a permis d'améliorer la documentation des activités réalisées au niveau opérationnel. L'analyse de ces données de communication révèle que :

- le taux de réalisation des activités planifiées dans les plans intégrés de communication reste faible (38,5%).
- 71% des districts de santé ont tenu au moins une réunion pendant laquelle la vaccination a fait l'objet de débat avec les leaders communautaires.

1.4.4. Vaccins, chaîne du froid et logistique

Une évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) et un inventaire des équipements du PEV ont été conduit en Aout et Septembre 2013. L'évaluation de la GEV a concerné les 4 niveaux de la chaîne d'approvisionnement : central, régional, district et centre de santé.

1.4.4.1. Approvisionnement et gestion des vaccins

Au niveau central, l'estimation des besoins annuels est faite suivant la méthode de la population cible en utilisant les taux de perte et les objectifs nationaux du plan d'action. L'outil de prévision des intrants, le « Forecast » est utilisé à ce propos et le remplissage de ce dernier se fait avec la collaboration de l'OMS et de l'UNICEF. Les besoins ainsi identifiés, une demande de cotation est soumise à l'UNICEF pour l'obtention du coût d'acquisition, lequel coût est inscrit dans le budget de l'Etat pour financement. L'acquisition des vaccins traditionnels est totalement pris en charge par l'Etat tandis que le coût de l'achat des vaccins nouveaux ou sous-utilisés est partagé avec l'Alliance GAVI. Pour la première fois en 2013, le Cameroun a été en défaut de cofinancement pour l'achat de ces vaccins nouveaux ou sous- utilisés.

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. Chaque réception des vaccins faite à ce niveau est sanctionnée par l'élaboration d'un rapport d'arrivée des vaccins rédigé et signé à l'attention des fournisseurs. Les vaccins et consommables reçus sont distribués selon le schéma suivant :

- les unités régionales PEV (UR PEV) sont ravitaillées chaque trimestre par le niveau central ;
- les districts s'approvisionnent chaque mois à l'UR PEV ;
- les centres de santé s'approvisionnent chaque mois au dépôt de district.

La couverture des besoins en vaccin au niveau intermédiaire et opérationnel a été satisfaisante. On observe également une nette amélioration dans la gestion des vaccins à tous les niveaux. Ceci est en partie due à une prise de conscience du coût du vaccin et d'autre part à une amélioration dans le rapportage et l'analyse des données relatives à la gestion des vaccins, au niveau opérationnel. Toutefois, quelques régions (notamment celle du Sud) continuent d'enregistrer des pertes élevées pour la plus part des vaccins.

Tableau 12 : Couverture des besoins par régions et par antigènes en 2013

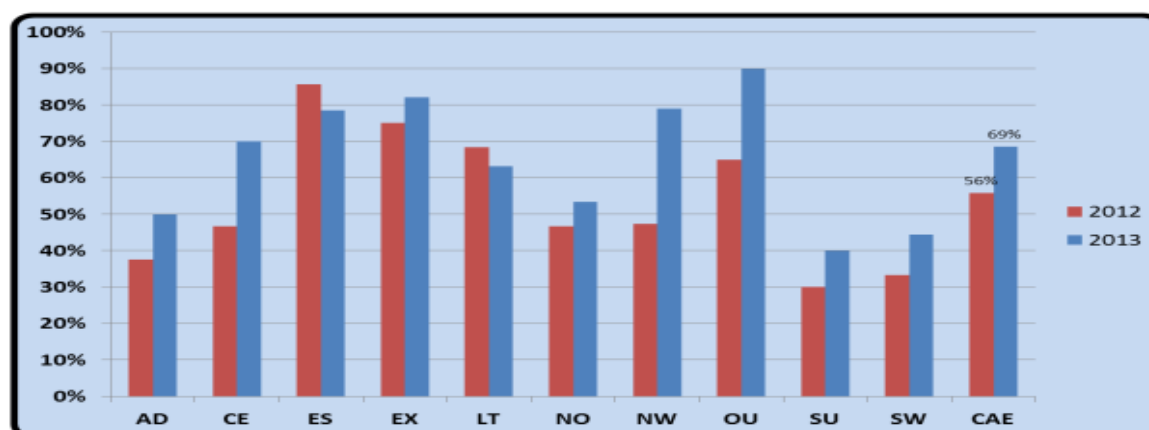
Régions	Population cible	Couverture annuelle des besoins par antigène						
		BCG	PENTA	VPO	VAR	VAA	VAT	PCV-13
Adamaoua	1 080 500	165%	92%	103%	89%	167%	125%	114%
Centre	3 730 784	167%	110%	68%	97%	130%	173%	102%
Est	815 472	158%	93%	92%	86%	159%	132%	104%
Extrême Nord	3 669 624	149%	91%	64%	96%	158%	121%	71%
Littoral	3 037 633	190%	107%	95%	96%	167%	224%	88%
Nord	2 222 161	148%	79%	67%	83%	138%	274%	62%
Nord-ouest	1 855 199	206%	133%	73%	94%	123%	149%	95%
Ouest	1 834 812	198%	106%	108%	97%	218%	152%	92%
Sud	713 538	237%	132%	128%	121%	246%	194%	203%
Sud-ouest	1 427 076	158%	111%	95%	96%	133%	134%	84%
Niveau Central	20 386 799	165%	92%	103%	89%	167%	125%	114%

Source : SMT/GTC-PEV

Tableau 13 : Taux de perte en vaccins, par antigènes et par région au Cameroun en 2013

REGIONS	BCG	Penta	VPO	VAR	VAA	VAT	PCV 13
Norme (seuil >)	47%	11%	12%	36%	36%	12%	5%
ADAMAOUA	38%	7%	18%	35%	34%	14%	6%
CENTRE	22%	6%	20%	19%	19%	11%	3%
EST	30%	10%	9%	30%	30%	14%	6%
EXTREME-NORD	35%	6%	8%	29%	26%	13%	3%
LITTORAL	26%	6%	5%	19%	18%	11%	3%
NORD	20%	5%	4%	19%	19%	5%	2%
NORD -OUEST	38%	8%	8%	28%	27%	16%	1%
OUEST	29%	9%	9%	20%	20%	11%	6%
SUD	43%	17%	10%	66%	53%	23%	16%
SUD-OUEST	23%	5%	3%	12%	11%	6%	8%
GTC-PEV	29%	7%	10%	25%	23%	11%	4%

Source : Rapports mensuels d'activités PEV



Source : Base Nationale DVDMT, Janvier-Décembre 2013

Figure 15 : Analyse comparative de la proportion des DS ayant un taux de perte en Penta ≤ 11%

1.4.4.2. Equipements de chaîne du froid

Au niveau central, le PEV dispose de trois chambres froides positives d'une capacité brute de stockage de 30 m³ chacune et d'une chambre froide négative de 30 m³. Toutefois, une chambre froide supplémentaire y est nécessaire afin d'accueillir convenablement le vaccin contre les diarrhées à Rota

virus. Le PEV dispose également de deux groupes électrogènes de capacité de 150 KVA chacun pour l'alimentation de ces chambres en cas de rupture de la fourniture électrique.

Au niveau intermédiaire, les dix dépôts des régions sont équipés de chambres froides positives. Toutefois, les chambres froides de l'Adamaoua et du Nord-ouest sont vétustes et devraient être remplacées. Les congélateurs disponibles dans chaque région permettent la production des accumulateurs et la conservation du VPO. Huit sur dix dépôts régionaux disposent d'un groupe électrogène de secours.

Au niveau opérationnel, des efforts considérables ont été fournis lors de la préparation de l'introduction du PCV13, mais il demeure un gap de 71 réfrigérateurs pour l'accommodation du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dont l'introduction dans le PEV est prévue le 28 Mars 2014.

1.4.4.3. Matériel roulant

La couverture des besoins en matériel roulant au niveau opérationnel est faible. Elle est en moyenne de 36% pour les besoins en motos 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. Ces statistiques traduisent les difficultés auxquelles font face les prestataires du PEV pour mener comme il se doit les stratégies avancées, les visites de sites de surveillance et les supervisons formatives.

Tableau 14 : Couverture des besoins en véhicules, motos, hors-bords et bicyclettes

	Motos			Véhicules			Hors-bords		
	Besoins	Existant	Couverture	Besoins	Existant	Couverture	Besoins	Existant	Couverture
Cameroun	1 661	591	36%	187	102	54%	5	2	40%
GTC-PEV	5	5	100%	8	8	100%	-	-	-
Adamaoua	75	46	61%	8	17	59%			-
Centre	283	95	34%	29	8	62%			-
Est	141	63	45%	14	17	61%	1	0	0%
Ext.-Nord	203	67	33%	28	11	58%	1	0	0%
Littoral	157	48	31%	19	8	53%	1	2	200%
Nord	125	54	43%	15	6	33%			-
Nord-	184	45	24%	18	5	25%			-
Ouest	229	66	29%	20	18	89%			-
Sud	104	58	56%	10	5	28%			-
Sud-ouest	160	44	28%	18	9	113%	2	0	0%

Source : Unité logistique, GTC-PEV.

1.4.5. Gestion du programme

1.4.5.1. Planification, Suivi et Evaluation

➤ Planification

Au niveau central, Le PEV dispose d'un plan pluri annuel complet (PPAC) 2011-2015 qui a été élaboré suite à une revue documentaire couplée des revues externes de la surveillance et de la gestion des vaccins en 2010. Ce plan nécessite d'être actualisé, pour prendre en compte les nouvelles orientations du GVAP. Le Plan de travail annuel du GTC PEV pour l'année 2013 a été élaboré et validé par le CCIA ; le taux de réalisation de ce plan est de 65% (75/115).

Selon les constats effectués lors de la revue externe d'Août 2013, au niveau intermédiaire, 8/10 Unités Régionales PEV possédait un Plan d'action budgétisé pour l'année en cours. Au niveau opérationnel, 69% des districts de santé et 56% des centres de santé disposaient d'un plan d'action budgétisé pour l'année en cours mais la mise en œuvre de ces plans n'était pas satisfaisante.

➤ Suivi, Evaluation

Le taux de réalisation des supervisions planifiées est de moins de 50% à tous les niveaux. Toutefois, des ateliers régionaux de concertation pour la relance du PEV tenus en Janvier 2013 ont offert l'opportunité de discuter avec les gestionnaires et prestataires du PEV des différentes difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du programme. Par ailleurs, deux réunions de monitoring et évaluation du PEV ont été tenues en Mars et Décembre 2013. Celles-ci ont permis d'échanger avec les principales parties prenantes de système de vaccination au niveau central et intermédiaire des performances du programme, de ressortir les différentes difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre et de proposer les actions correctives.

Une revue externe du Programme Elargi de Vaccination a été réalisée en Août 2013. Au cours de celle-ci, les aspects tels que le suivi du système de vaccination, la gestion efficace des vaccins, la qualité des données de vaccination et la satisfaction des bénéficiaires ont été examinés. Parmi les constats relevés par la revue externe du PEV, on retient les points suivants :

- Au niveau central, on note une bonne disponibilité des rapports mensuels et annuels ainsi que des tableaux et courbes de suivi des indicateurs de performances de vaccination et de surveillance des maladies cibles du PEV. Depuis la mise à disposition de la flotte téléphonique la promptitude et la complétude des données se sont nettement améliorées.
- Au niveau intermédiaire, on note un bon archivage, une bonne promptitude et complétude des rapports mensuels (> 90%). Les graphiques de suivi des couvertures vaccinales à jour étaient disponibles dans 9 sur 10 régions visitées. Des réunions de monitoring des données avec les districts étaient régulièrement tenues dans 9 sur 10 régions. Cependant on note une insuffisance dans l'analyse des données de la surveillance et retro information des districts.
- Au niveau opérationnel, sur un total de 26 districts visités seulement 96 % ont présenté des courbes de monitoring de la couverture vaccinale ; 73 % d'entre elles étaient à jour. La retro information vers les centres de santé n'est pas régulière ainsi que les réunions mensuelles d'harmonisation des données. Les résultats de l'évaluation de l'exactitude des données et de la qualité du système de suivi montrent que la qualité du rapportage varie d'une formation sanitaire à une autre et d'un antigène à un autre. En général les données rapportées sont exactes dans moins de 50% des formations sanitaires.

➤ **Coordination**

Au niveau central, le Secrétariat Permanent du Groupe Technique du PEV est appuyé dans la coordination du Programme par le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) présidé par le Ministre de la Santé Publique. Néanmoins, ce CCIA ne dispose pas d'un comité technique pour une bonne préparation des dossiers. En 2013, le CCIA a tenu 6 réunions au cours desquelles divers thèmes ont fait l'objet d'échanges :

5 Mars 2013 : Restitution de la mission GAVI du 24 février au 5 mars 2013 ;

20 Mars 2013 : Validation du Rapport d'Activités 2012 et du Plan de Travail Annuel (PTA) 2013 ;

8 Mai 2013 : Validation du Rapport de Situation Annuelle (RSA) 2012 du PEV ;

23 Juillet 2013 : Validation du Rapport d'Activités du 2ème trimestre et du Plan de Travail du 3ème trimestre 2013;

30 Août 2013 : Restitution de la Revue Externe du Programme Elargi de Vaccination et validation du document de soumission à GAVI pour l'introduction du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ;

10 Décembre 2013 : Restitution de la mission AMP au Cameroun, performances du PEV.

La coordination interne du GTC-PEV se fait à travers des réunions régulières dont la présidence est assurée par le Secrétaire Permanent. Tous les procès-verbaux de ces réunions sont disponibles.

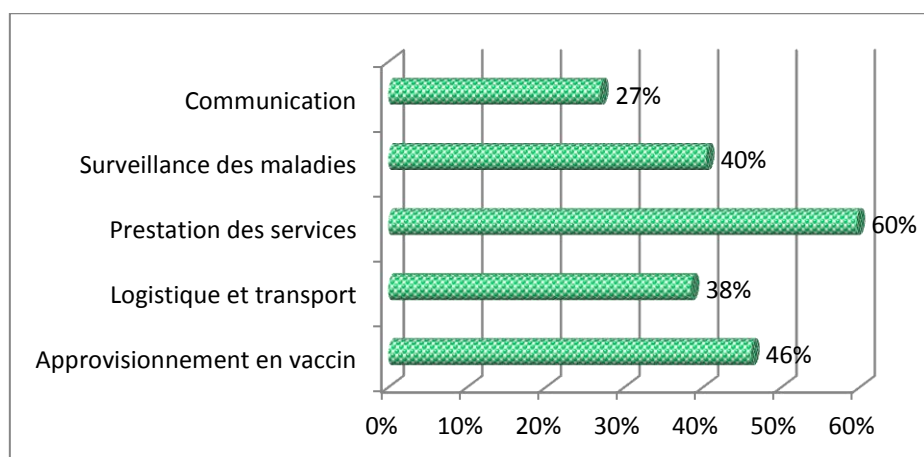
Au niveau intermédiaire, la coordination des activités de vaccinations est incluse dans les attributions des Délégués Régionaux de la Santé Publique. C'est en concertation avec l'Unité Régionale PEV que la Délégation Régionale appui les districts dans la mise en œuvre des activités du PEV. Toutefois, il n'existe pas un mécanisme de coordination concerté (CCIA) avec les autres partenaires impliqués dans le système de vaccination au niveau intermédiaire.

Au niveau opérationnel, la coordination du PEV est assurée au niveau district par l'Equipe Cadre du district en concertation avec les Comités de Santé des Districts (COSADI). Cependant, lors de la revue externe du PEV en Aout 2013, il a été estimé à 65% la proportion des districts de santé qui disposaient des COSADI opérationnels. La régularité de fonctionnement de ces comités et les types de leurs appuis aux activités du PEV sont difficiles à estimer à cause de l'indisponibilité des procès-verbaux des réunions.

1.4.6. Gestion des ressources humaines et renforcement des capacités

Les ressources humaines constituent une des pierres angulaires du système de santé, et de ce fait du système de vaccination. La dernière revue externe du PEV Cameroun a relevé qu'en 2013 les primes du personnel ont été irrégulièrement payées et que les activités pour le renforcement des capacités des ressources humaines du PEV ont été faiblement réalisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. On observe l'existence des agents non formés en gestion du PEV surtout au niveau opérationnel. Seulement 16% du personnel impliqué dans la vaccination au niveau des formations sanitaires ont reçu au moins une formation concernant le PEV. Par ailleurs ces formations n'ont pas couvert toutes les composantes du système de vaccination ni de l'approche « *Atteindre Chaque District*⁸ ». Les aspects tels que la planification, la gestion des ressources, les stratégies pour atteindre toutes les cibles, la création des partenariats efficaces avec la communauté, la supervision formative et le monitoring pour action ont rarement fait l'objet de formation des prestataires des services de vaccination.

⁸ Approche Atteindre Chaque District. OMS, 2008.



Source : Rapport de la revue externe du Programme Elargi de vaccination, Cameroun. OMS, Août 2013.

Figure 16 : Domaines de formation du personnel impliqué dans le PEV au niveau des CSI

Tableau 15 : Récapitulatif des formations menées par le PEV en 2013

Formations	Période	Nombre de personnes formées	Profil des personnes
Formation en gestion du PEV dans la région du Nord ;	mars 2013	40 personnes formées	Prestataires de service de vaccination des DS de Pitoa et Lagdo
Formation du personnel de santé du niveau central et régional sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV de routine	Octobre 2013	33 personnes formées.	12 du GTC PEV, 10 CUR PEV, 1 FMSB, 1 PNLSHI, 5 des autres directions du MINSANTE
Atelier d'orientation à la planification de la logistique de vaccination	juin 2013 Ouagadougou	1 personne pour le Cameroun	Chef de Section PEV de Routine et Logistique, GTC PEV.
Atelier sur le renforcement des capacités sur la recherche opérationnelle sur la vaccination	Juillet 2013 à Brazzaville	1 personne pour le Cameroun	Chef de Section PEV de Routine et Logistique, GTC PEV.
Atelier sous régional de renforcement des capacités sur la gestion des données	Novembre 2013 à Douala	3 personnes du GTC PEV	Gestionnaires des bases du PEV

A la suite, des recommandations de cette revue externe il a été élaboré un de plan de formation. Celui-ci vise à combler au moins 75% des besoins en formation continue du personnel de santé du niveau intermédiaire et opérationnel d'ici décembre 2014⁹. En outre, il permettra de mieux coordonner les appuis techniques et financiers destinés à la formation continue des gestionnaires et des prestataires du PEV.

⁹ Plan de formation 2014 du Programme Elargi de Vaccination

1.4.7. Financement

Tableau 16 : Evolution des financements mobilisés par le PEV au Cameroun entre 2010 et 2013

Années	Budget Prévisionnel (FCFA)	Budget Mobilisé (FCFA)	Ecart (FCFA)	Taux de mobilisation
2010	16 930 764 778	18 060 791 956	-1 130 027 178	106,67 %
2011	16 846 697 673	12 718 078 070	4 128 619 603	75,49%
2012	20 119 371 833	17 008 108 358	3 111 263 475	84,54%
2013	17 297 594 400	14 062 844 255	3 234 750 145	81%

Source : Rapport financier annuel, GTC-PEV.

Tableau 17: Evolution des dépenses du PEV Cameroun entre 2010 et 2013

Années	Mobilisés	Dépensés	Ecart	Taux de dépense
2010	18 060 791 956	17 624 992 204	435 799 752	97,59%
2011	12 718 078 070	12 461 478 586	256 599 484	97,98%
2012	17 008 108 358	12 621 943 542	4 386 164 816	74,21%
2013	14 062 844 255	14 026 844 255	53 193 203	99,62%

Source : Rapport financier annuel, GTC-PEV

1.5. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

1. Offre des services de vaccination
Forces / Opportunités : - Atteinte des objectifs nationaux de couverture vaccinale en Penta 3 et en VAR ; - Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services de vaccination ; - Augmentation du nombre d'enfants vaccinés ; - Organisation de plusieurs Activités de Vaccination Supplémentaires, dont 6 campagnes de vaccination contre la poliomyélite, 2 éditions de SASNIM, une édition de Semaine Africaine de Vaccination (SAV), des campagnes de riposte localisée aux épidémies de rougeole et fièvre jaune ; - Appui technique et financier des partenaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination de routine et supplémentaires (OMS, UNICEF, GAVI, HKI, Plan Cameroun, Croix rouge, Lions Club). Faiblesses / Menaces : - Faible équité de la vaccination entre les districts de santé (moins de 80% de ses districts de santé ont une couverture en Penta 3 > 80%) ; - Indicateurs de qualité des campagnes de vaccination (contre la poliomyélite) en dessous des normes recommandées.
2. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV
Forces/Opportunités : - Détection, investigation et confirmation de plusieurs cas de maladies sous surveillance dont 4 cas de PVS ; - Atteinte des indicateurs de performances de la surveillance de la rougeole et fièvre jaune ; - Maintien du statut d'élimination du tétanos néonatal au Cameroun ; - Meilleur détection des cas de diarrhées à <i>rotavirus</i> ; - Réduction de l'incidence des méningites bactériennes pédiatriques à Hib. et à pneumocoque - Appui financier de l'OMS pour la mise en œuvre de la surveillance active ; - Communication via une flotte téléphonique à coût zéro. Faiblesses/ Menaces : - Faible promptitude des rapports de surveillance active ; - Proportion des échantillons des selles de bonne qualité < au minimum requis (90%) ; - Sous notification et investigation des cas de MAPI et TNN ; - Faible implication du secteur privé, de la communauté dans la surveillance ; - Discordance entre les cas notifiés (MAPE, RMA) et investigués ;
3. Communication
Forces / Opportunités : - Elaboration d'un plan stratégique de communication 2014 -2020 ; - Organisation de 3 Journées Portes Ouvertes (JPO) à la presse pour la promotion de la vaccination dans les grandes villes ; - Amélioration du rapportage/monitoring des activités réalisées au niveau opérationnel ; - Appui technique et financier des partenaires (UNICEF, OMS, Sabine Vaccine Institute). Faiblesses/ Menaces : - Faible taux de réalisation des plans intégrés de communication des régions et districts de santé ; - Faible visibilité des activités de communication en faveur de la vaccination ; - Faible tenue des réunions de plaidoyer et sensibilisation des associations de femmes ; - Faible implication des organisations à base communautaire œuvrant dans la santé ; - Faible fonctionnalité et implication des structures de dialogues dans la micro planification des activités de vaccination.
4. Approvisionnement et gestion des vaccins

Forces / Opportunités - Couverture satisfaisante des besoins en vaccins et matériel d'injection au niveau intermédiaire et opérationnel - Réduction des taux de perte en vaccins à tous les niveaux ; - Amélioration du rapportage et suivi de l'utilisation des vaccins à tous les niveaux ; - Soutien de GAVI pour l'achat des vaccins et matériel d'injection ; - Appui de l'UNICEF pour l'approvisionnement en vaccin et matériel d'injection. Faiblesses / Menaces - Perte excessive (supérieur aux seuils acceptables) en PCV 13 et VAT dans 5/10 régions.
5. Logistique
Forces / Opportunités - Projet d'Externalisation de la maintenance des équipements du PEV en phase finale ; - Appui de GAVI, OMS, UNICEF pour l'amélioration de la couverture des besoins en logistique. Faiblesses / Menaces - Besoins importants en logistique, non comblés à tous les niveaux : (3 Chambres froides, 2 groupes électrogènes de relais, 71 réfrigérateurs conformes aux normes, 100 motos, 80 véhicules et 03 hors-bords) ; - Insuffisance de maintenance des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant disponible au niveau régional et opérationnel.
6. Gestion du programme
Forces/ Opportunités : - Tenue des ateliers régionaux de concertation pour la relance du PEV ; - Tenue de deux réunions de monitoring et évaluation du PEV ; - Régularité des réunions de CCIA ; - Régularité des réunions de coordination du GTC-PEV ; - Conduite d'une revue externe du PEV, d'une évaluation de la gestion des vaccins (EGEV), d'un inventaire des équipements du PEV et d'une revue des outils du système d'information de la vaccination au Cameroun ; - Suivi régulier au niveau central des performances du PEV, des recommandations issues de la réunion des gestionnaires nationaux du PEV et des différentes missions d'évaluations ou d'appui ; - Appui technique et financier des partenaires (OMS, UNICEF, GAVI) ; - Disponibilité de la flotte téléphonique à coût zéro. Faiblesses/ Menaces : - Faible mise en œuvre des plans d'action PEV, surtout au niveau opérationnel ; - Faible taux de réalisation des supervisions planifiées à tous les niveaux ; - Irrégularité dans l'analyse des données et de la retro information au niveau des districts de santé ; - Faible monitoring des couvertures vaccinales et analyse des problèmes au niveau des aires de santé ; - Inexactitude des données administratives de couverture vaccinale dans plusieurs districts de santé ; - Absence d'un CCIA technique au niveau central ; - Inexistence de CCIA dans les régions ; - Structures de dialogues non fonctionnelles dans plusieurs districts de santé.
7. Gestion des ressources humaines et Renforcement des capacités
Forces/opportunités - Elaboration d'un plan de formation 2014, à la suite des recommandations de la revue externe du PEV ; - Formation en gestion du PEV dans la région du Nord ; - Formation du personnel de santé du niveau central et régional sur le vaccin contre les diarrhées à Rota virus ; - Participation du PEV Cameroun aux ateliers régionaux d'orientation à la planification de la logistique de vaccination, ainsi que celui sur le renforcement des capacités sur la recherche opérationnelle en matière de vaccination ;

Appui technique et financier des partenaires (GAVI, OMS, UNICEF).

Faiblesses/menaces :

- Absence de plan de formation (2013 et années antérieures) ;
- Proportion importante du personnel impliqué dans la vaccination non formé/recyclé à la gestion du PEV ;
- Absence de coordination dans la planification des formations nécessaires ;
- Peu de sessions de formations réalisées comparativement aux besoins du personnel ;
- Démotivation de certains personnels.

8. Financement du PEV

Forces/ Opportunités :

- Appui financier des partenaires pour l'achat des vaccins, de la chaîne du froid, la mise en œuvre et le suivi des activités ;
- Reprogrammation transitoire des fonds GAVI pour le renforcement du système de santé avec un accent sur le PEV.

Faiblesses/Menaces :

- Défaut de cofinancement par l'Etat, pour l'achat des vaccins nouveaux ou sous utilisés ;
- Retard dans la justification des fonds à tous les niveaux ;
- Non conduite de l'audit externe du GTC-PEV pour l'exercice 2012 ;
- Faible mobilisation des ressources locales en faveur de la vaccination de routine ;
- Mobilisation tardive des fonds d'appui au service de vaccination (GAVI SSV).

1.6. Problèmes majeurs du PEV en 2013 et priorisation.

Les principaux goulots d'étranglements du PEV en 2013 sont les suivants :

- Les prestations des services de vaccination de routine sont irrégulières ;
- Les besoins en logistique du PEV (surtout en matériel roulant) sont non comblés au niveau opérationnel ;
- La micro planification et le « monitoring pour action » sont peu pratiqués au niveau opérationnel ;
- Les supervisions formatives sont irrégulières à tous les niveaux ;
- La gestion des fonds mobilisés et la gouvernance ne sont pas optimales ;
- L'« *empowerment*¹⁰ » des communautés et la communication pour de la vaccination de routine sont faibles ;
- Le renforcement des capacités du personnel impliqué dans le PEV est peu coordonné ;
- Le Programme est sous financé par rapport aux prévisions du PPAC 2011-2015.

Les problèmes cités ci-dessus ont été classés selon une échelle prenant en compte trois critères qui sont l'ampleur, la gravité, et la faisabilité financière des solutions disponibles. Il en découle à titre d'orientation un ordre de priorité selon lequel ces problèmes devraient être solutionnés, afin d'améliorer les performances du programme.

Tableau 18 : Priorisation des problèmes à solutionner

Problèmes/goulots d'étranglements	Eléments de classification				Ordre de priorité
	Ampleur	Gravité	Faisabilité financière	Total	
Prestation des services de vaccinations irrégulières	3	3	2	8	1
Besoins en logistique du PEV non comblés	3	3	3	9	1
Supervisions irrégulières	3	3	3	9	1
Gestion financière et gouvernance peu optimales	3	3	2	8	1
micro planification et « monitoring pour action » peu pratiqués	2	2	2	6	2
Renforcement des capacités du personnel impliqué dans le PEV peu coordonné ;	2	1	1	4	2
Sous financement du Programme	1	2	1	4	2
Faibles « <i>empowerment</i> » des communautés et communication pour de la vaccination de routine	2	2	1	5	3

Echelle : 3 points = gradient supérieur ; 1 point = gradient inférieur **Priorisation** 1 = première priorité ; 2 = deuxième priorité ; 3 = troisième priorité

¹⁰ L'*empowerment* comme approche stratégique de la mobilisation des communautés. William A. 2010.

2. OBJECTIFS NATIONAUX DU PEV EN 2014

Ces objectifs s'arriment à ceux du Plan d'action Mondial pour les Vaccins (GVAP) 2011-2020 et se déclinent du Plan Pluri Annuel complet (PPAC) du pays pour la période 2011-2015. Au nombre de 10, ils sont formulés comme suit :

2.1. Augmenter les couvertures vaccinales chez les enfants de 0-11 mois.

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
1	Couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib3 (Penta 3)	88%	≥ 90%
1bis	Nombre d'enfants vaccinés en Penta 3	68 9619	732 526
2	Couverture vaccinale en vaccin anti rougeoleux (VAR)	83%	≥ 85%
2bis	Nombre d'enfants vaccinés en VAR	64 7922	691 830
3	Proportion des districts de santé avec une couverture vaccinale ≥ 80% en penta 3	78 % (141/181 ¹¹)	≥ 80% (144/181)
4	Taux d'abandon spécifique au niveau national	7	< 7%
5	Proportion des districts de santé ayant un taux d'abandon spécifique < 7 %	58% (105/181)	85% (154/181)

2.2. Organiser des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) de qualité.

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
6	Proportion d'enfants cibles non vaccinés lors des AVS contre la poliomyélite	8% ¹²	< 5% ¹³

2.3. Assurer la fourniture des vaccins et optimiser leur gestion.

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
7	Taux de perte en Pentavalent au niveau national	7%	< 7%
8	Proportion des districts de santé ayant un taux de perte en DTC-HepB-Hib ≤ 5%	35% (63/181)	70% (127/181)
9	Taux de perte en PCV 13 au niveau national	4%	< 5%
10	Proportion des districts de santé ayant un taux de perte en PCV 13 ≤ 5%	50% (91/181)	70% (127/181)

¹¹ 181 districts de santé fonctionnels

¹² Source : résultats de l'enquête de monitoring indépendant des JLV Polio en Décembre 2013

¹³ Couverture estimée à partir d'une enquête de monitoring indépendant

2.4. Augmenter la couverture des besoins en équipements de chaîne du froid et du matériel roulant

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
11	Couverture des besoins en chambres froides au niveau des régions.	70% (7/10)	100% (10/10)
12	Couverture des besoins en réfrigérateurs (conformes aux normes OMS/UNICEF) au niveau des districts de santé	71% (225/296)	100% (296/296)
13	Couverture des besoins en motos au niveau des aires de santé	36% (591/1661)	68% (1213/1707)
14	Couverture des besoins en véhicule au niveau des districts de santé	54% (102/187)	70% (127/181)

2.5. Augmenter la demande et la confiance de la population à la vaccination

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
15	Proportion de district de santé ayant sensibilisé au moins 5 associations de femme pour le PEV	ND	≥ 80% (145/181)
16	Proportion d'aires de santé avec au moins un membre de structure de dialogue formé au PEV	ND	≥ 80%(1366/1707)
17	Proportion de la population informée sur l'introduction prochaine du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	ND	≥ 95/

2.6. Arrêter la circulation du Poliovirus sauvage, atteindre et maintenir les indicateurs de certification de pré-élimination de la rougeole et d'élimination du tétanos maternel et néonatal

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
18	Taux de Paralysie Flasque Aigue non polio ¹⁴	4	≥ 3
19	% des selles de bonne qualité	79%	90%
20	Nombre de nouveaux cas de Polio Virus Sauvage détecté	4	0
21	Taux de rash fébrile non rougeoleux ¹⁵	5,7	> 2
22	Taux de détection des cas suspect de fièvre jaune ¹⁶	9,5	>2
23	Proportion des districts de santé avec une incidence du tétanos néonatal < 1/1000 naissances ;	99%	100%

¹⁴ pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

¹⁵ pour 100 000 habitants

¹⁶ pour 100 000 habitants).

2.7. Renforcer la surveillance des maladies ciblées par les nouveaux vaccins et celle des MAPI

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
24	Proportion des cas de diarrhées (reçu dans les sites sentinelles) dont les selles sont analysées	100%	100%
25	Proportion de cas suspects de méningites bactériennes et pédiatriques (détectées dans les sites sentinelles de la Fondation Chantal Biya) chez qui le LCR est analysé	100%	100%
26	Proportion des districts de santé qui notifient au moins un cas de MAPI au cours de l'année	21,5%	≥60%

2.8. Améliorer la planification, le suivi et l'évaluation du programme à tous les niveaux

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
27	Proportion de districts de santé fonctionnels qui disposent d'un micro plan PEV, selon le canevas de l'approche ACD	99% (180/181)	100% (181/181).
28	Proportion des UR PEV qui transmettent mensuellement un rapport de revue des données.	80% (8/10)	100% (10/10)
29	Nombre de régions supervisées au moins 2 fois par le GTC PEV	0	10
30	Proportion des districts de santé ayant reçu au moins une supervision de l'équipe régionale PEV	31, 5% (57/181)	≥80% (145/181)

2.9. Renforcer les capacités des gestionnaires du PEV et des prestataires de service

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
31	Disponibilité d'un plan de formation du personnel en gestion du PEV.	Absent	Présent
32	Niveau de mise en œuvre du plan de formation du personnel	NA	≥70%

2.10. Renforcer la gestion financière du PEV

		Situation de départ	Résultat attendu
	Indicateurs	31 Décembre 2013	31 Décembre 2014
33	Disponibilité d'un manuel de procédure pour la gestion financière du PEV	Absent	Présent
34	Disponibilité des rapports d'audit externe du GTC PEV pour années budgétaires 2012 et 2013	Absents	Présents
35	Taux de réalisation des audits financiers des UR PEV	NA	≥90%

3. CHRONOGRAMME ANNUEL D'ACTIVITES

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
A) PRESTATIONS DE SERVICE																
Renforcement de la vaccination de routine	1	Appuyer financièrement et suivre toutes les régions et les districts de santé dans la mise en œuvre des « plans ACD »	Montant alloué par DS ; % des districts de santé ayant reçu un appui financier. Rapport de synthèse des régions.	PEV/R et log, UR/PEV												
	2	Appuyer/suivre l'organisation des activités périodiques de vaccination intensifiées dans les districts de santé à faible couvertures vaccinales.	Couverture vaccinale dans les districts de santé ciblés.	PEV/R et log, UR/PEV, SSD												
	3	Appuyer financièrement le personnel technique et les membres de la communauté qui participent aux stratégies avancées et recherche des perdus de vue.	Proportion d'enfants (DTC-HepB-Hib3) et femmes enceintes (VAT2+) vaccinés en stratégies avancées et mobiles	PEV/R et log, UR/PEV, SSD												
	4	Introduire le vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	Couverture vaccinale en Rotarix	PEV/R et log, UR/PEV, SSD												
Organisation des AVS de qualité	5	Mener au moins 6 tours de Journées Nationales de Vaccination de riposte à l'épidémie de poliomyélite au Cameroun.	% enfants de 0-59 mois vaccinés % enfants de 0-59 mois manqués.	SAVS, UR/PE,V SSD.												
	6	Mener dans un délai de 28 jours des AVS de riposte à tout éventuel nouveau cas de Polio Virus Sauvage	% enfants de 0-59 mois vaccinés. % enfants de 0-59 mois manqués.	SAVS, UR/PE,V SSD.												
	7	Appuyer les districts de santé de Ngoumou, Dshang,et Touboro dans l'organisation des campagnes de vaccination de riposte contre la fièvre jaune.	% personnes de >9 mois vaccinés/district de santé	SAVS, UR/PE,V SSD												
	8	Appuyer les districts de santé de Ngambè, Pouma et Yokadouma dans l'organisation des campagnes de vaccination de riposte contre le Tétanos Néonatal	% femmes de 15 à 49 ans vaccinées/ district de santé	SAVS, UR/PE,V SSD												
	9	Appuyer les districts de santé dans l'organisation des campagnes de vaccination de riposte aux épidémies de rougeole	% enfants 9-59 mois vaccinés/district de santé	SAVS, UR/PE,V SSD												
	10	Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la SASNIM 1 couplée à la SMV dans les 181 DS fonctionnels	Disponibilité du rapport SASNIM1/SMV.	SAVS UR/PEV, SSD.												
	11	Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la SASNIM 2 dans les 181 DS fonctionnels	Disponibilité du rapport SASNIM 2	SAVS UR/PEV, SSD												

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
B) APPROVISIONNEMENT EN VACCINS																
Fourniture en vaccins	1	Acheter les vaccins et intrants.	Disponibilité des vaccins.	PEV/R et log												
	2	Enlever et réceptionner les vaccins et autres intrants de la vaccination	Disponibilité des rapports d'arrivé des vaccins	PEV/R et log												
	3	Libérer les lots de vaccins	% de lots libérés	PEV/R et log												
	4	Livrer dans les régions les vaccins intrants	% de régions ayant reçu les vaccins et consommables à temps	PEV/R et log UR/PEV												
Amélioration de la gestion des vaccins	5	Suivre mensuellement l'utilisation des vaccins à tous les niveaux.	Nombre de district de santé qui partagent avec le niveau supérieur leur DVDMT actualisé	PEV/R et log, UR/PEV, SSD												
	6	Réaliser trimestriellement l'inventaire physique des vaccins et du matériel d'injection au niveau du magasin central	% d'inventaires réalisés. Disponibilité des rapports.	PEV/R et log												
	7	Suivre l'effectivité de l'inventaire physique des vaccins et du matériel d'injection dans les magasins régionaux.	% rapports d'inventaires physiques envoyés par les régions	PEV/R et log												
	8	Elaborer et suivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion des vaccins	Etat de mise en œuvre du plan	PEV/R et log UR/PEV												

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
C) LOGISTIQUE DU PEV																
Acquisition de nouveaux équipements pour le PEV	1	Actualiser le plan de réhabilitation des équipements.	Disponibilité d'un plan actualisé.	PEV/R et log, UR/PEV												
	2	Acheter, installer et mettre en fonctionnement 3 chambres froides.	Disponibilité d'une chambre froide fonctionnelle, additionnelle dans chacun des sites.	PEV/R et log												
	3	Acquérir 100 enregistreurs automatiques de température.	% d'enregistreurs automatiques solaires livrés	PEV/R et log												
	4	Acquérir 106 réfrigérateurs et 200 portes vaccins pour le niveau opérationnel.	% de réfrigérateurs solaires livrés.	PEV/R et log												
	5	Acquérir 622 motos et 15 véhicules pour le niveau opérationnel.	Nombre de motos et véhicules acquis.	PEV/R et log												
	6	Suivre l'installation de 20 incinérateurs à gaz dans les districts de santé	% d'incinérateurs de fonctionnels	PEV/R et log												
	7	Acquérir et installer 24 extincteurs pour les entrepôts du niveau central et régional	Nombre d'extincteurs achetés	PEV/R et log												
	8	Installer un équipement de téléconférence dans les 10 DRSP, au GTC PEV et au MINSANTE	% d'équipement de téléconférence installé par rapport aux 12 planifiés	PEV/R et log OMS												
Maintenance des équipements du	9	Assurer la maintenance des véhicules PEV et suivre leur	Disponibilité des carnets de bord dûment remplis.	SAF												

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PEV		utilisation														
	10	Mener les supervisions de la maintenance des équipements du PEV	% des supervisions réalisées.	PEV/R et log, UR/PEV												
	11	Assurer la maintenance des bâtiments/équipements du PEV	bâtiments/équipements fonctionnels	SAF												
	12	Assurer la maintenance des équipements de la chaîne de froid à tous les niveaux	Equipements fonctionnels	PEV/R et log, UR/PEV												
D) COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT																
Communication pour le changement de comportement	1	Produire et diffuser les spots et documentaires en faveur de la vaccination sur les chaînes de radios et télévisions nationales	Nombre de spots produits, Nombre de medias qui diffusent les spots													
	2	Produire et distribuer les supports de sensibilisation en faveur de la vaccination	Disponibilité des outils au niveau intermédiaire et opérationnel	C4D ; UR/PEV ; DS												
	3	Produire et distribuer les affiches et autres supports de sensibilisation sur la surveillance	Disponibilité des affiches au niveau intermédiaire et opérationnel	SAVS/C4D												
	4	Sensibiliser 5 associations des femmes par district de santé en faveur du PEV	Proportion de DS ayant sensibilisé au moins 5 associations de femme pour le PEV	C4D /PEV												
	5	Organiser un symposium sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	Disponibilité du rapport du Symposium	C4D/PEV ; FMSB												
	6	Mettre en œuvre un plan média en vue de l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	Etat de mise en œuvre	C4D /PEV												
	7	Produire et diffuser le bulletin trimestriel du PEV	Disponibilité des bulletins.	C4D												
Plaidoyer et partenariat en faveur du PEV	8	Organiser une journée de plaidoyer sur la vaccination auprès de l'Assemblée Nationale.	Rapport de l'assemblée	C4D/SVI												
	9	Participer à l'élaboration d'un projet de loi nationale sur la vaccination et à la création d'un Fonds National pour la vaccination et riposte aux épidémies.	Disponibilité d'un projet de loi sur la vaccination. Fonds National pour la vaccination et riposte aux épidémies créé.	C4D/SAF/SVI												
	10	Signer des accords de partenariat avec 1 organisation à base communautaire(OBC) par district pour la sensibilisation en faveur du PEV	Proportion de DS ayant signé des accords de partenariat avec au moins 1 OBC Proportion d'OBC produisant les rapports d'activités trimestriels	DCOOP C4D GTC PEV UR PEV												
	11	Signer des accords de partenariat avec 4 radios communautaires par région pour la production et diffusion des messages en faveur du PEV	Proportion des régions ayant signé un accord de partenariat avec au moins 4 radios communautaires													

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mobilisation sociale en vue de l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV.	12	Élaborer, pré tester, Produire et disséminer les messages/ supports de Mobilisation Sociale sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	Disponibilité des messages et supports de mobilisation sociale.	C4D /PEV												

E) SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Renforcement du système de surveillance	1	Distribuer le matériel de prélèvement pour les maladies sous surveillance	Matériel de prélèvement disponible à tous les niveaux.	SAVS												
	2	Attribuer semestriellement à tous les niveaux, des fonds d'appui à la surveillance active	Montant alloué ; % de régions et DS ayant bénéficié des fonds d'appui.	SAVS												
	3	Prendre en charge les coûts liés au transport des échantillons	Montant alloué ;	SAVS												
	4	Actualiser l'analyse du risque polio	Disponibilité de l'analyse actualisée des risques.	SAVS												
	5	Actualiser l'analyse du risque rougeole	Disponibilité de l'analyse actualisée des risques.													
	6	Actualiser l'analyse du risque TNN	Disponibilité de l'analyse actualisée des risques.	SAVS												
	7	Actualiser l'analyse du risque fièvre jaune	Disponibilité de l'analyse actualisée des risques.	SAVS												
	8	Participer à l'investigation des éventuels cas de PVS	Disponibilité des rapports d'investigation.	SAVS												
	9	Tenir les réunions des comités (CNC, CNEP, Confinement)	Disponibilité des rapports des réunions.	SAVS												
	10	Suivre la mise en œuvre des activités transfrontalières de lutte contre la poliomyélite	Rapport d'activité des régions	SAVS												
Amélioration de la qualité des données de surveillance	11	Effectuer mensuellement des revues des données de surveillance et faire la rétro information	Nombre des rapports de revue de données	SAVS												
	12	Tenir les réunions conjointes d'harmonisation des données de surveillance (CPC, OMS, DLM CME)	Disponibilité des rapports de réunion.	SAVS												
Appui technique à la surveillance sentinelle.	13	Participer aux réunions mensuelles de coordination de la surveillance des méningites et diarrhées à Rotavirus au CME	Disponibilité des rapports.	SAVS												
	14	Participer aux réunions mensuelles de pharmacovigilance	Disponibilité des rapports de réunions.	SAVS												

F) GESTION DU PROGRAMME																
Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Planification	1	Élaborer et soumettre au CCIA, le plan de travail annuel 2014 et le rapport d'activité 2013	Disponibilité d'un plan de travail annuel 2013 et d'un rapport d'activité 2012.	PSE												
	2	Appuyer financièrement et suivre l'élaboration des microplans PEV par les 181 districts de santé fonctionnels.	% des districts de santé dont le micro plan PEV est disponible au GTC-PEV.	PEV/R et log, PSE, UR/PEV												
	3	Valider et suivre la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la vaccination.	Taux de réalisation du plan.	C4D ; UR/PEV												
	4	Suivre l'élaboration et la MEO des plans intégrés de communication (PIC) des 10 régions	% des régions/DS qui disposent d'un PIC ; % de mise en œuvre des plans	C4D ; PFC UR/PEV ;												
	5	Élaborer le JRF et le rapport annuel de situation (RAS) 2013	Disponibilité du JRF et du RAS validés	PEV-R/LOG, PSE												
	6	Élaborer et faire valider le rapport CNC 2013	Disponibilité du rapport.	SAVS												
	7	Disséminer le GVAP 2011- 2020 et réviser le PPAC 2011-2015	PPAC actualisé disponible	PSE												

GESTION DU PROGRAMME																
Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Suivi/ Evaluation	8	Faire la revue mensuelle des données de vaccination au niveau central	% rapports de revue des données disponibles et transmis aux régions pour retro information	PEV/R et log SAVS C4D PEV												
	9	Suivre la tenue des réunions mensuelles de revue des données par les UR PEV et le SSD.	% des districts de santé / régions qui transmettent mensuellement un rapport de revue des données.	PEV/R et log, SAVS, UR/PEV, SSD												
	10	Suivre la mise en œuvre du plan opérationnel de la reprogrammation transitoire du renforcement du système de santé à travers le PEV		PSE Equipe focale pays												
			% de mise en œuvre													
	11	Suivre les recommandations de la réunion annuelle des gestionnaires nationaux du PEV, de la revue externe du PEV et des missions d'évaluation et d'appui au PEV	Disponibilité de l'état de mise en œuvre des recommandations des différentes missions.	PSE												
	12	Mener au moins 2 tours de supervisions formatives du niveau intermédiaire te opérationnel, par le GTC PEV.	Nombre de supervisions réalisées.	PEV/R log,												
13	Appuyer financièrement et suivre la mise en œuvre des supervisions formatives intégrées des DS par les UR PEV.	Proportion des districts de santé ayant reçu au moins une supervision de l'équipe régionale	PEV/R log, UR/PEV													

	14	Appuyer financièrement et suivre la mise en œuvre des supervisions formatives intégrées des aires de santé par les SSD.	Taux de réalisation des supervisions des aires de santé par les SSD.	PEV/R log, UR/PEV SSD															
	15	Mener au moins 2 supervisions formatives avec un accent sur la surveillance des maladies, dans les DS silencieux	Nombre de supervisions réalisées. % de DS silencieux supervisés	SSAVS															
	16	Appuyer et suivre la mise en œuvre du DQS dans au moins 42% (724/1707) des aires de santé, au cours des supervisions mensuelles par le SSD.	% des districts qui ont mené au moins le DQS dans au moins 4 aires de santé. % des aires dans lesquelles le DQS a été administré au moins une fois au cours de l'année.	PEV/R log, PSE UR/PEV SSD															
	17	Mener une session de monitoring intégré dans au moins 50% des aires de santé	% des aires de santé ayant bénéficiés du monitoring intégré.	PSE PEV R SSS															
	18	Mettre en place au GTC-PEV, un système informatique de gestion intégrée des données du PEV	Système informatique de gestion intégrée des données du PEV disponible	PSE															
	19	Tenir au moins 2 réunions de monitoring/évaluation du PEV	% de réunions de monitoring réalisées.	PSE															
	20	Tenir des réunions d'autoévaluation du GTC-PEV	Disponibilité des rapports d'auto évaluation	PSE															
	21	Tenir des réunions trimestrielles d'évaluation des activités de surveillance à tous les niveaux	Disponibilité des rapports	SSAVS															
	22	Préparer/ Mener une évaluation indépendante de la qualité des activités de riposte à l'épidémie de poliomyélite au Cameroun	Disponibilité du rapport	SSAVS															
	23	Mener une évaluation post introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus	Disponibilité du rapport	PSE PEV/R log															
	24	Mener une enquête sur les performances du PEV dans 20 districts prioritaires	Disponibilité du rapport																
Coordination	25	Tenir les réunions du CCIA	Disponibilité des rapports des réunions	GTC-PEV, SP															
	26	Mettre en place des sous-comités techniques de CCIA fonctionnels au niveau central et intermédiaire	Note désignant les membres des comités techniques Rapport des réunions de CCIA techniques	GTC-PEV															
	27	Tenir des réunions hebdomadaires de coordination au GTC-PEV	Disponibilité des rapports de réunions.	SAF															
	28	Appuyer financièrement et suivre la tenue d'au moins 2 réunions de coordination/monitoring intégré au niveau des DRSP	% de réunions de coordination tenues au niveau régional	PSE PEV/R log,															
	29	Appuyer financièrement et suivre la tenue des réunions mensuelles de coordination et	Taux de réalisation des réunions de coordination mensuelles par les districts	PSE PEV/R log, UR/PEV															

Stratégies	N°	Activités planifiées	Indicateurs	Responsables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		procédures standard de gestion et d'utilisation des données (SOPs)	procédures standard de gestion et d'utilisation des données													
	12	Produire et partager les documents qui concourent à une meilleure gestion du PEV	Documents disponibles	SAF												
	13	Former 50 Chefs Bureau Santé (CBS) en maintenance préventive et curative des réfrigérateurs solaires acquis	Nombre de CBS des DS ayant reçu une dotation en réfrigérateur solaire formés sur la maintenance préventive et curative													
	14	Organiser une session de briefing des points focaux surveillance des Aires de Santé et FS dans les régions prioritaires (OU, ES, LIT, CE)	Nombre de personnes formées	SSAVS												
	15	Organiser des sessions de briefing des tradi thérapeutes et des relais communautaires dans les districts de santé prioritaires (OU, ES)	Nombre de personnes formées	SSAVS												
	16	Renforcer les capacités des comptables en gestion et reddition des comptes	Nombre de personnes formées	SAF												
	17	Former 15 superviseurs du niveau central, 10 du niveau intermédiaire et 140 du niveau opérationnel en technique de supervision formative	Nombre de personnes formées	PEV/R et log												
H) FINANCEMENT DU PROGRAMME																
	1	Mener l'audit externe du GTC-PEV pour les exercices 2012 et 2013	Disponibilité du rapport d'audit externe.	SAF/CI												
	2	Mener un audit interne semestriel conjoint OMS/MINSANTE dans les 10 régions	Disponibilité des rapports d'audit internes													
	3	Tenir des réunions mensuelles de revues des données financières	Disponibilité de la situation financière harmonisée.	SAF/PEV, DCOOP, UNICEF, OMS												
	4	Suivre les plans d'action issus de la dernière évaluation de la gestion financière (EGF)	Etat de mise en œuvre de ces plans.	SAF												
	5	Mener une mission de supervision financière au niveau intermédiaire et opérationnel.	Disponibilité des rapports de mission.	SAF/CI												
	6	Actualiser le manuel de procédure et de gestion administrative financière des fonds alloués au GTC-PEV.	Disponibilité du manuel de procédure	DCOOP SAF GTC PEV CI GTC PEV												

4. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Les performances du PEV seront suivies au niveau national selon les indicateurs ci-dessous, et partagées :

- Hebdomadairement, au cours des réunions de coordination du GTC-PEV et du MINSANTE.
- mensuellement aux unités régionales PEV et districts de santé, via les rapports de revue des donnés.
- trimestriellement, aux membres du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)
- semestriellement, lors des réunions de monitoring et d'évaluation du PEV.

Liste récapitulative des indicateurs de suivi du PEV au niveau national

Composantes	Paramètre de mesure	Indicateurs	Périodicité du monitoring	Résultat annuel ciblé
Prestation de services	Accès aux services de vaccination	Couverture en Penta 1	Mensuel	≥ 90%
	Equité de la vaccination	Proportion des districts de santé avec une couverture vaccinale ≥ 80% en penta 3	Mensuel	> 80%
	Utilisation des services de vaccination	Taux d'abandon	Mensuel	< 7%
	Qualité des JLV Polio	% d'enfants cibles manqués lors des JLV Polio	Post campagne	< 5%
Approvisionnement en vaccins	Prévision des commandes	Nombre et durée des ruptures de stocks en vaccin par antigène et par districts de santé.	Trimestriel	0
	Gestion des vaccins	Proportion des districts de santé ayant un taux de perte en PCV 13 et Penta ≤ 5%	Mensuel	>70%
Logistique	Disponibilité de la chaîne de froid	Nombre et durée des ruptures de fonctionnement de la chaîne du froid.	Trimestriel	0
	Disponibilité du matériel roulant	Couverture des besoins en matériel roulant au niveau opérationnel	Semestriel	70%
C4D	Renforcement des liens avec la communauté	Proportion de district de santé ayant sensibilisé au moins 5 associations de femme pour le PEV	Trimestriel	80%
		Proportion d'aires de santé avec au moins un membre de structure de dialogue formé au PEV	Semestriel	80%
Surveillance épidémiologique	Sensibilité du système de surveillance des MEV	Taux de PFA non polio ;	Hebdomadaire	3/100 000
		Qualité des selles	Hebdomadaire	90%
		Taux de rash fébrile non rougeoleux	Hebdomadaire	2/100 000
		Taux de détection des cas suspects de FJ ;	Hebdomadaire	2/100 000
	Incidence des épidémies	Incidence des cas de PVS	Hebdomadaire	0
		Proportion des districts de santé avec une incidence du TNN < 1/1000 naissances	Mensuel	100%
		Nombre de district en épidémie de de rougeole ou fièvre jaune	Hebdomadaire	0
Gestion du programme	micro planification ACD	Proportion des districts de santé qui disposent d'un micro plan PEV de l'année en cours.	Annuel	100%
	Suivi de la mise en œuvre des activités du PEV au niveau opérationnel	Complétude et promptitude des Rapports Mensuels d'Activités	Mensuel	100%
		Proportion des UR PEV qui transmettent un rapport de revue des données.	Mensuel	100%
		Proportion des districts de santé ayant reçu au moins une supervision de l'équipe régionale PEV	Trimestriel	80%
		Nombre de supervision réalisé par le niveau central	Trimestriel	≥ 2
Renforcement des capacités	Formation des acteurs de terrain	Niveau de mise en œuvre du plan de formation du personnel	Semestriel	≥ 70%
Financement du programme	Gestion des fonds	% d'activités financées dans les délais % d'activités justifiées dans les délais	Trimestriel	> 80%

5. MACRO BUDGET ANNUEL

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 1: Prestations de service										
1	Appui financier des régions et districts de santé dans la mise en œuvre des « plans ACD »	190 299 366	-	-	190 299 366	-	-	-	-	-
2	Appuyer/suivre l'organisation des activités périodiques de vaccination intensifiées dans les districts de santé à faible couvertures vaccinales.	50 000 000				50 000 000				
3	Appuyer financièrement le personnel technique et les membres de la communauté qui participent aux stratégies avancées et recherche des perdus de vue	171 200 000				91 200 000			80 000 000	
4	Mener 6 tours de Journées Nationales de Vaccination de riposte à l'épidémie de poliomyélite au Cameroun.	3 239 436 900						2 189 436 900	1 050 000 000	
5	Mener dans un délai de 28 jours des JLV de riposte à tout éventuel nouveau cas de Polio Virus Sauvage	400 000 000						225 000 000	175 000 000	
6	Appuyer les districts de santé de Ngambè, Pouma et Yokadouma dans l'organisation des campagnes de vaccination riposte contre le Tétanos Néonatal	15 000 000							15 000 000	
7	Appuyer les districts de santé dans l'organisation des campagnes de vaccination riposte aux épidémies de rougeole et fièvre jaune	20 000 000						10 000 000	10 000 000	
8	Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la SASNIM 1 couplée à la SMV dans les 181 DS fonctionnels	420 000 000	100 000 000						270 000 000	50 000 000
9	Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la SASNIM 2 dans les 181 DS fonctionnels	420 000 000	100 000 000						270 000 000	50 000 000
	SOUS TOTAL 1: prestation de service	4 925 936 266	200 000 000	-	190 299 366	141 200 000		2 424 436 900	1 870 000 000	100 000 000

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 2: APPROVISIONNEMENT EN VACCINS ET ASSURANCE QUALITE										
1	Acheter les vaccins et intrants (vaccination de routine et campagne).	13 298 492 640	1 689 992 640	-	9 253 500 000	-	-	-	2 355 000 000	-
2	Enlever, réceptionner, libérer et Livrer dans les régions les vaccins intrants	120 000 000	108 000 000	-	-	-	-	-	10 000 000	-
3	Suivre mensuellement l'utilisation des vaccins à tous les niveaux.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Réaliser trimestriellement l'inventaire physique des vaccins et du matériel d'injection au niveau du magasin central	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Suivre l'effectivité de l'inventaire physique des vaccins et du matériel d'injection dans les magasins régionaux.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Elaborer et suivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion des vaccins.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SOUS TOTAL 2: Approvisionnement en vaccin	13 418 492 640	1 797 992 640	-	9 253 500 000	-	-	-	2 365 000 000	-

	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 3: LOGISTIQUE DU PEV										
1	Actualiser le plan de réhabilitation des équipements.	5 000 000	-	-	-	-	-	-	5 000 000	-
2	Acheter, installer et mettre en fonctionnement 3 chambres froides.	66 000 000	-	66 000 000	-	-	-	-	-	-
3	Acquérir 100 enregistreurs automatiques de température.	11 500 000	-	-	-	6 500 000	-	-	5 000 000	-
4	Acquérir et installer 106 réfrigérateurs et 200 portes vaccins pour le niveau opérationnel.	223 000 000	-	-	-	160 000 000	3 000 000	-	60 000 000	-
5	Acquérir 622 motos et 15 véhicules pour le niveau opérationnel.	1 008 600 000	-	-	-	708 600 000	-	-	300 000 000	-
6	Suivre l'installation de 20 incinérateurs à gaz dans les districts de santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Acquérir et installer 24 extincteurs pour les entrepôts du niveau central et régional	1 500 000							1 500 000	
8	Production et distribution des outils de rapportage de la vaccination et des calendriers vaccinaux.	12 500 000							12 500 000	
9	Installer un équipement de téléconférence dans les 10 DRSP, au GTC PEV et au MINSANTE	12 000 000	-	-	-	12 000 000	-	-	-	-
10	Assurer la maintenance des véhicules PEV et suivre leur utilisation	29 000 000	9 000 000	20 000 000	-	-	-	-	-	-
11	Mener les supervisions de la maintenance des équipements du PEV	38 000 000	-	38 000 000	-	-	-	-	-	-
12	Assurer la maintenance des équipements de la chaîne de froid à tous les niveaux	328 431 250		328 431 250						
13	Assurer la maintenance des bâtiments/équipements du PEV (groupes électrogènes, électricité, bureautique)	87 300 000	87 300 000	-	-	-	-	-	-	-
	SOUS TOTAL 3: Logistique	1 822 831 250	96 300 000	452 431 250	-	887 100 000	3 000 000	-	384 000 000	-

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 4: COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT										
1	Production et diffusion des spots et documentaires en faveur de la vaccination sur les chaînes de radios et TV nationales	15 110 450				10 110 450			5 000 000	
2	Produire et distribuer les supports de sensibilisation en faveur de la vaccination	46 630 000				16 630 000			30 000 000	
3	Produire et distribuer les affiches et autres supports de sensibilisation sur la surveillance	3 000 000						3 000 000		
4	Sensibiliser le personnel des grands hôpitaux à la surveillance avec l'appui des membres du CNEP & CNC	1 200 000						1 200 000		
5	Sensibiliser 5 associations des femmes par district de santé en faveur du PEV	4 525 000				4 525 000				
6										
7	Organiser un symposium sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	3 700 000			3 700 000					
8	Mener des journées d'information en vue de l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	35 350 000			35 350 000					
9	Produire et diffuser le bulletin trimestriel du PEV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Participer à l'élaboration d'un projet de loi nationale sur la vaccination et à la création d'un Fonds National pour la vaccination et riposte aux épidémies.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Signer des accords de partenariat avec 1 organisation à base communautaire(OBC) par district pour la sensibilisation en faveur du PEV	32 580 000				32 580 000				
12	Signer des accords de partenariat avec 4 radios communautaires par région pour la production et diffusion des messages en faveur du PEV	4 000 000				4 000 000				
13	Élaborer, pré tester, Produire et disséminer les messages/ supports de Mobilisation Sociale sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	61 329 195			61 329 195					
14	Mener des campagnes de sensibilisations de sensibilisationvue de l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV	15 215 000			15 215 000					
15	Organiser le lancement de l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rotavirus dans le PEV	50 000 000	35 000 000						15 000 000	
	SOUS TOTAL C4D	272 639 645	35 000 000	-	115 594 195	41 105 000	-	4 200 000	50 000 000	-

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 5: SURVEILLANCE ACTIVE										
1	Distribuer le matériel de prélèvement pour les maladies sous surveillance	6 000 000						6 000 000		
2	Attribuer semestriellement à tous les niveaux, des fonds d'appui à la surveillance active	34 000 000						34 000 000		
3	Prendre en charge les coûts liés au transport des échantillons	100 000 000						100 000 000		
4	Actualiser l'analyse des risques de poliomyélite, rougeole et fièvre jaune et TNN		-	-	-	-	-	-	-	-
5	Participer à l'investigation des éventuels cas de PVS	4 000 000						4 000 000		
6	Tenir les réunions des comités (CNC, CNEP, Confinement)	2 700 000						2 700 000		
7	Effectuer mensuellement des revues des données de surveillance et faire la retro information	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Tenir les réunions conjointes d'harmonisation des données de surveillance (CPC, OMS, DLM CME)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Participer aux réunions mensuelles de coordination de la surveillance des méningites et diarrhées à Rotavirus au CME	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Participer aux réunions mensuelles de pharmacovigilance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SOUS TOTAL SURVEILLANCE	146 700 000	-	-	-	-	-	146 700 000	-	-

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 6: GESTION DU PROGRAMME										
1	Élaborer et soumettre au CCIA, le plan de travail annuel 2014 et le rapport d'activité 2013	-								
2	Appuyer financièrement et suivre l'élaboration des microplans PEV par les 181 districts de santé fonctionnels.	18 690 000				18 690 000				
3	Valider et suivre la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la vaccination.	10 000 000							10 000 000	
4	Suivre l'élaboration et la MEO des plans intégrés de communication (PIC) des 10 régions	5 000 000							5 000 000	
5	Élaborer le JRF et le rapport annuel de situation (RAS) 2013	-								
6	Élaborer et faire valider le rapport CNC 2012	-								
7	Faire la revue mensuelle des données de vaccination au niveau central	-								
8	Suivre la tenue des réunions mensuelles de revue des données par les UR PEV et le SSD.	-								
9	Suivre la mise en œuvre du plan opérationnel de la reprogrammation transitoire du renforcement du système de santé à travers le PEV	-								
10	Suivre les recommandations de la réunion annuelle des gestionnaires nationaux du PEV, de la revue externe du PEV et des missions d'appui au PEV	-								
11	Mener au moins 2 tours de supervisions formatives du niveau intermédiaire et opérationnel, par le GTC PEV.	33 542 000	-	-	15 542 000	18 000 000	-	-	-	-
12	Appuyer financièrement et suivre la mise en œuvre des supervisions formatives intégrées des DS par les UR PEV.	55 204 000				15 204 000	30 000 000		10 000 000	
13	Appuyer financièrement et suivre la mise en œuvre des supervisions formatives intégrées des aires de santé par les SSD.	131 152 000				91 152 000		20 000 000	20 000 000	
14	Mener au moins 2 supervisions formatives avec un accent sur la surveillance des maladies, dans les DS silencieux	14 000 000						14 000 000		
15	Suivre la mise en œuvre du DQS dans au moins 42% (724/1707) des aires de santé, au cours des supervisions mensuelles par le SSD.	-	-	-	-	-	-	-	-	-

N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 6: GESTION DU PROGRAMME										
16	Mener une session de monitoring intégré dans au moins 50% des aires de santé	200 680 000				185 680 000			15 000 000	
17	Mettre en place au GTC-PEV, un système informatique de gestion intégrée des données du PEV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Tenir au moins 2 réunions de monitoring/évaluation du PEV	32 000 000	9 000 000		10 000 000			1 000 000	12 000 000	
19	Tenir des réunions trimestrielles d'évaluation des activités de surveillance au niveau régional et opérationnel	12 000 000						12 000 000		
20	Tenir des réunions trimestrielles d'évaluation des activités de surveillance au niveau central	5 000 000						5 000 000		
21	Mener une enquête sur les performances du PEV dans 20 districts prioritaires	10 000 000					10 000 000			
22	Mener une évaluation post introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus	9 992 500			8 992 500			1 000 000		
23	Tenir des réunions d'autoévaluation du GTC PEV	400 000			400 000					
24	Tenir les réunions du CCIA	1 000 000			1 000 000					
25	Mettre en place des sous-comités techniques de CCIA au niveau central et des régions	-								
26	Tenir des réunions hebdomadaires de coordination au GTC-PEV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Appuyer financièrement et suivre la tenue d'au moins 2 réunions de coordination/monitoring intégré au niveau des DRSP	41 200 000				31 200 000			10 000 000	
28	Appuyer financièrement et suivre la tenue des réunions mensuelles de coordination et de revue intégrée des données dans tous les districts de santé fonctionnels	39 865 000				29 865 000			10 000 000	
29	Contribuer aux travaux de recherche opérationnelle sur la vaccination	31 000 000			16 000 000		5 000 000		10 000 000	
30	Payer les primes du personnel et les indemnités de missions à l'intérieur du pays.	57 600 000	57 600 000							
	SOUS TOTAL GESTION DU PROGRAMME	708 325 500	66 600 000	-	51 934 500	389 791 000	45 000 000	53 000 000	102 000 000	-

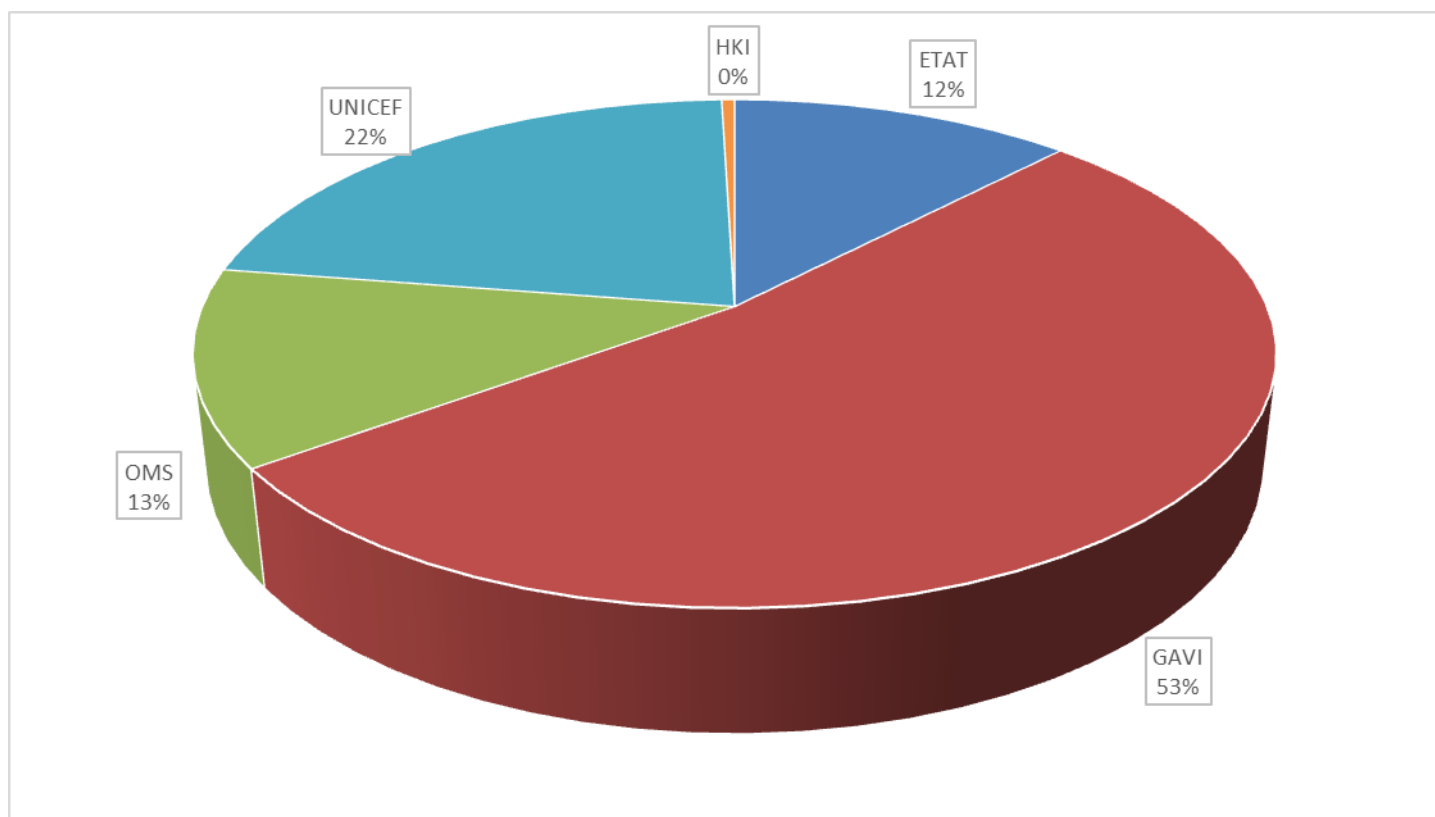
N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 7: Renforcement des capacités										
1	Elaborer un plan de formation du personnel en gestion du PEV et suivre sa mise en œuvre	-								
2	Former les responsables régionaux des finances à l'utilisation du logiciel de gestion TOMPRO	2 350 000				2 350 000				
3	Former au moins 59 des équipes cadre des districts à la réalisation du l'outil Data Quality Self-Assesement (DQS)	10 280 000				7 280 000	3 000 000			
4	Former les prestataires PEV des formations sanitaires de 50 districts prioritaires	30 000 000				15000000	-		15 000 000	
5	Former les points focaux C4D des DS dans 6 régions restantes	34 417 900			34 417 900					
6	Former 3 membres des structure de dialogue et 1 personne focale de communication dans chaque aires de santé à la mobilisation sociale en faveur de la vaccination de la routine et à la recherche des perdus de vues.	60 768 000				60 768 000				
7	Finaliser et produire un guide de surveillance des MEV	10 000 000						10 000 000		
8	Finaliser et produire les modules de formation et les outils de monitoring/évaluation relatifs à l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus	75 430 295						75 430 295		
9	Former en cascade le personnel de santé, sur l'introduction du vaccin contre les diarrhées à Rota virus dans le PEV de routine	148 321 365			147 321 365		1 000 000			
10	Renforcer les capacités des gestionnaires des données de 50 districts prioritaires à l'utilisation du Data Vaccine Management Tool (DVDMT) et autres outils de gestion des données.	8 000 000					3 000 000		5 000 000	
11	Produire et partager les documents qui concourent à une meilleure gestion du PEV	5 000 000			5 000 000					
12	Former 50 Chefs Bureau Santé (CBS) en maintenance préventive et curative des réfrigérateurs solaires acquis	6 000 000				6 000 000				
13	Organiser une session de briefing des points focaux surveillance des Aires de Santé et FS dans les régions prioritaires (OU, ES, LIT, CE)	26 400 000						26 400 000		
14	Former 15 superviseurs du niveau central, 10 du niveau intermédiaire et 140 du niveau opératinnel en technique de supervision formative	11 000 000					11 000 000			
15	Organiser des sessions de briefing des tradipraticiens et relais communautaires dans les districts de santé prioritaires (OU, ES)	3 000 000						3 000 000		
	SOUS TOTAL RENFORCEMENT DES CAPACITES	430 967 560	-	-	186 739 265	91 398 000	7 000 000	85 430 295	20 000 000	-

Stratégies	N°	Activités planifiées	Cout total	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
Composante 8: Financement du programme											
Amélioration de la gestion financière	1	Mener l'audit externe du GTC-PEV pour les exercices 2012 et 2013	20 000 000			20 000 000					
	2	Mener un audit interne semestriel conjoints OMS/MINSANTE dans les 10 régions	20 000 000	-	-	-	20 000 000	-	-	-	-
	3	Tenir des réunions mensuelles de revues des données financières	-	-	-	-	-				
	4	Suivre les plans d'action issus de la dernière évaluation de la gestion financière (EGF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5	Mener au moins une mission de supervision financière au niveau intermédiaire et opérationnel.	8 100 000			8 100 000					
	6	Actualiser le manuel de procédure et de gestion administrative financière des fonds alloués au GTC-PEV.	1 822 399				1 822 399				
	7	Renforcer les capacités de gestion et reddition des comptes	21 000 000				21 000 000				
		SOUS TOTAL: FINANCEMENT DU PROGRAMME	70 922 399	-	-	28 100 000	21 822 399	-	-	-	-

5.1. Synthèse du Budget par source de financement et par composante

N°	Composante/Opération	BUDGET TOTAL ET PAR COMPOSANTE	Etat Central	Etat C2D	GAVI SSV	GAVI RSS	GAVI AMP	OMS	UNICEF	HKI
1	PRESTATIONS DE SERVICE	4 925 936 266	200 000 000	-	190 299 366	141 200 000	-	2 424 436 900	1 870 000 000	100 000 000
2	APPROVISIONNEMENT EN VACCINS ET ASSURANCE QUALITE	13 418 492 640	1 797 992 640	-	9 253 500 000	-	-	-	2 365 000 000	-
3	LOGISTIQUE DU PEV	1 822 831 250	96 300 000	452 431 250	-	887 100 000	3 000 000	-	384 000 000	-
4	COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT	272 639 645	35 000 000	-	115 594 195	41 105 000	-	4 200 000	50 000 000	-
5	SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	146 700 000	-	-	-	-	-	146 700 000	-	-
6	GESTION DU PROGRAMME	708 325 500	66 600 000	-	51 934 500	389 791 000	45 000 000	53 000 000	102 000 000	-
7	RENFORCEMENT DES CAPACITES DU PERSONNEL	430 967 560	-	-	186 739 265	91 398 000	7 000 000	85 430 295	20 000 000	-
8	FINANCEMENT DU PROGRAMME	70 922 399	-	-	28 100 000	21 822 399	-	-	-	-
Budget total par partenaire		21 796 815 260	2 195 892 640	452 431 250	9 826 167 326	1 572 416 399	55 000 000	2 713 767 195	4 791 000 000	100 000 000
Repartition du budget par partenaire			10,07%	2,08%	45,08%	7,21%	0,25%	12,45%	21,98%	0,46%

5.2. Répartition du Budget par source de financement



5.3. Répartition du Budget par composante du système de santé

