

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION



PEV

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

PLAN PLURIANNUEL COMPLET REVISE

2015 - 2020

Table des matières

RESUME EXECUTIF	4
1. INTRODUCTION.....	9
1.1 Généralités	9
1.2 Justification de la révision du PPAC2015-2019.....	9
1.3 Méthodologie de la révision du PPAC 2015-2019.....	10
2. CONTEXTE DU PAYS	11
2.1 Situation géographique, démographique et socioéconomique.....	11
2.2 Analyse du secteur santé.....	16
2.3 Organisation de la vaccination	23
3. ANALYSE SITUATIONNELLE DU PEV PAR COMPOSANTE	26
3.1 Prestations de services (vaccination systématique).....	26
3.2 Gestion du programme.....	34
3.3 Gestion des RH.....	35
3.4 Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins	36
3.5 Communication pour le développement	38
3.6 Surveillance et notification/ Initiatives de lutte accélérée contre les maladies	40
3.7 Financement des activités du Programme.....	44
3.8 Analyse FFOM par composante :.....	46
4. OBJECTIFS DU PPAC 2018-2020.....	52
4.1 Objectif général	52
4.2 Objectifs spécifiques.....	52
5. STRATEGIES ET CALENDRIER DES ACTIVITES	63
5.1 Prestation de services de vaccination	63
5.2 Logistique, chaîne du froid et qualité des vaccins.....	68
5.3 Composante surveillance et notification.....	73
5.4 Composante Communication pour le Développement	75
5.5 Composante gestion du programme	77
5.6 Gestion des ressources humaines	80
5.7 Calcul des coûts et financements.....	81
6. ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENTS	82
6.1 Coûts et financements du Programme Elargi de Vaccination 2018-2020.....	82
6.2 Méthodologie	82
6.3 Analyse des coûts 2017 et futurs du programme	82
6.4 Détermination du gap financier	87
6.5 Analyse des financements du programme pour la période 2018-2020	87
6.6 Stratégies de viabilité financière	103
7. CADRE DE SUIVI EVALUATION.....	105

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

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

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EVOLUTION DES POPULATIONS CIBLES DU PEV DE 2016 A 2023	11
TABLEAU2. PRESENTATION DE L'EVOLUTION DU BUDGET DU MINSANTE DE 2015 EN 2018.....	21
TABLEAU 3. CONTRIBUTIONS TOTALES DES PARTENAIRES PAR PROGRAMME (MILLIARDS FCFA).....	21
TABLEAU 4: CONTRIBUTION DE L'ETAT AU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2015 A 2017.....	26
TABLEAU 5: COUVERTURE VACCINALE DES SASNIM 2015A 2017.....	27
TABLEAU 6: EVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES DE ROUTINE PAR ANTIGENE ENTRE 2015 ET 2017..	29
TABLEAU 7: COUVERTURES VACCINALES AUX VACCINS INTRODUIITS/NOUVELLES FORMULATIONS VACCINS TRADITIONNELS (**)......	33
TABLEAU 8: TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA SITUATION DE LA VACCINATION SYSTEMATIQUE	33
TABLEAU 9: RECAPITULATIF DES PERFORMANCES PAR INDICATEUR MAJEUR EN 2015, 2016 ET 2017.....	41
TABLEAU 10: EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE ANTI ROUGEOLEUSE, DES CAS ET DECES DE ROUGEOLE ET DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE DE 2015 A 2017 AU CAMEROUN.	43
TABLEAU 11: BILAN DE LA SURVEILLANCE SENTINELLE DES DIARRHEES A ROTAVIRUS ET DES (MBP) DE 2015 A 2017.....	43
TABLEAU 12: CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT AU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2015 A 2017(EN FCFA).....	44
TABLEAU 13: FINANCEMENT DES PARTENAIRES DU PROGRAMME DE 2015 A 2017 (EN F CFA)	44
TABLEAU 14: FINANCEMENT TOTAL DU PEV DE 2015 A 2017(EN FCFA)	45
TABLEAU 15: INDICATEUR POUR L'ANNEE DE REFERENCE 2013.....	83
TABLEAU 16: CONTRIBUTEURS AU FINANCEMENT DE LA VACCINATION DE ROUTINE EN 2017	83
TABLEAU 17: EVOLUTION DES COUTS DESAGREGES DE 2018 A 2020	85
TABLEAU 18: FINANCEMENTS SECURISES 2018-2020	86
TABLEAU 19 : SYNOPTIQUES DES COUTS PAR NATURE DU PROGRAMME.....	88
TABLEAU 20: COUTS D'INVESTISSEMENT POUR LA VACCINATION SYSTEMATIQUE.....	89
TABLEAU 21:COUTS DES ACTIVITES DE VACCINATION SUPPLEMENTAIRES (AVS).....	89
TABLEAU 22: COUTS PARTAGES DU SYSTEME DE SANTE (PEV PORTION)	90
TABLEAU 23:COMPOSITION DES ECARTS FINANCIERS (EN \$ US).....	102
TABLEAU 24: MATRICE OPERATIONNELLE DES INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION DU PPAC 2018-2020 : PRESTATIONS DES SERVICES DE VACCINATION	105
TABLEAU 25: MATRICE OPERATIONNELLE DES INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION DU PPAC 2018-2020	107
TABLEAU 226: MATRICE OPERATIONNELLE DES INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION DU PPAC 2018-2020 : GESTION DU PROGRAMME.....	121
TABLEAU 27:MATRICE OPERATIONNELLE DES INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION DU PPAC 2018-2020 : CALCUL DES COUTS ET FINANCEMENT	129

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. EVOLUTION DU BUDGET DE L'ETAT AFFECTE AU MINSANTÉ (EN MILLIARDS DE FCFA) 20	
FIGURE 2: COMPARAISON DES ENFANTS VACCINES PAR ANTIGENES ENTRE 2015 ET 2017 AU CAMEROUN	28
FIGURE 3: EVOLUTION DES COUVERTURES VACCINALES DE 2015 A 2017	28
FIGURE 4: ECARTS ENTRE LES ANTIGENES ADMINISTRES AU MEME MOMENT (2015-2017)	29
FIGURE 5: ECARTS ENTRE LES ANTIGENES ADMINISTRES AU MEME MOMENT (2015-2017)	30
FIGURE 6: NOMBRE D'ENFANTS NON VACCINEES EN PENTA3 EN 2017 PAR REGION	31
FIGURE 7:EVOLUTION DU TAUX D'ABANDON SPECIFIQUEPENTA1/PENTA3 DE 2015 A 2017	31
FIGURE 8: CATEGORISATION DES PERFORMANCES EN PENTA 3 DANS LES DS DE 2015 A 2017.	32
FIGURE 9: EVOLUTION DU TAUX D'ABANDON SPECIFIQUEPENTA1/PENTA3 DE 2015 A 2017	39
FIGURE 10: EVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS VACCINES 0-59 MOIS LORS DES JNV/JLV DE 2016 A 2017	42
FIGURE 11: FINANCEMENT DES PARTENAIRES DU PROGRAMME DE 2015 A 2017.....	45
FIGURE 12: CONTRIBUTION ETAT - PARTENAIRES DANS LE FINANCEMENT DU PEV DE 2015 A 2017.	45
FIGURE 13: PROFIL DES COUTS DE L'ANNEE DE BASE 2017 (COUTS PARTAGES EXCLUS).....	84
FIGURE 14: EVOLUTION DES COUTS DE 2018 A 2020	85
FIGURE 15: DISTRIBUTION DES BESOINS TOTAUX EN RESSOURCES POUR LA PERIODE 2018-2020	86

RESUME EXECUTIF

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

Le gouvernement Camerounais, conscient de l'impact de la vaccination sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et fort de ses engagements à atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD), a fait du Programme Elargi de Vaccination (PEV) l'un des programmes prioritaires de son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020.

Ce plan pluriannuel révisé qui couvre la période 2018-2020 s'aligne aux directives du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV) 2011-2020 et du Plan Stratégique Régional de la Vaccination. Il a été élaboré sur la base d'une revue documentaire, et adhère à la vision du PAMV (« Un monde dans lequel tous les individus et toutes les collectivités jouissent de la vie sans craindre les maladies évitables par la vaccination »). Il est basé sur les sept composantes du système de vaccination (1. Gestion du programme ;2. Gestion des ressources humaines ;3. Calcul des coûts et financement ;4. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins ; 5. Prestation de services de vaccination ; 6. Surveillance et notification ; 7. Communication pour me développement).

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

Problèmes du PEV

D'après l'analyse effectuée par une équipe multidisciplinaire, les forces, faiblesses, opportunités et menaces, les problèmes clés d'une part, les objectifs à poursuivre d'autre part, retenus dans les sept Composantes du PEV, se présentent ainsi qu'il suit :

- **Gestion du programme :**
 - Planification sous optimale des activités de vaccination au niveau intermédiaire et opérationnel ;
 - Coordination insuffisante des activités de vaccination au niveau régional ;
 - Faible contribution de l'Etat aux activités du PEV ;
 - Mécanisme non optimal de suivi des dépenses infranationales relatives à la gestion PEV ;
 - Insuffisance de la qualité des données de vaccination au niveau intermédiaire et opérationnel.
- **Gestion des ressources humaines :**
 - Absence des ressources financières pour la mise en œuvre du Plan stratégique national de renforcement des capacités du personnel du PEV
- **Prestation de services :**
 - Non atteinte des objectifs de couverture vaccinale et d'équité ;
 - Insuffisance de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District.
- **Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins:**

- Système de ravitaillement en vaccins et intrants inadéquat entre les niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Maintenance insuffisante des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant ;
- Insuffisance de matériel de chaîne du froid au niveau opérationnel.
- **Communication et génération de la demande :**
 - La communication en faveur de la vaccination de routine est peu efficace.
- **Surveillance et notification:**
 - Persistance des DS sous performants et non atteinte de certaines populations spéciales (nomades, migrants ; Réfugiés/IDPs, îles) ;
 - Long délais d'acheminements des échantillons à tous les niveaux ;
 - Sous notification et investigation des cas de MAPI ;
 - Faible mobilisation des ressources nationales en faveur de la surveillance.
- **Calcul des coûts et financement :**
 - Insuffisance de mobilisation des ressources financières pour les activités de vaccination (soit l'absence des ressources, ou la mise à disposition tardive) ;
 - Insuffisances dans la gestion des ressources financières.

Objectifs poursuivis :

En ce qui concerne les objectifs à atteindre au cours des trois prochaines années, le PEV s'engage à porter la couverture vaccinale en Penta 3 à au moins 90% au niveau national et à au moins 80% dans tous les districts de santé d'ici 2020. Un effort particulier sera mis pour protéger le maximum d'enfants contre les maladies évitables par la vaccination, en introduisant de nouveaux antigènes dans le programme ; 2ème dose anti rougeoleux (RR2), dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B (HepB0) vaccin anti-méningocoque A, introduction du vaccin anti-HPV. Le défi majeur à ce niveau étant de pouvoir cofinancer l'achat des vaccins qui sont de plus en plus onéreux.

L'espace de stockage pour accommoder les nouveaux vaccins demeure insuffisant surtout au niveau opérationnel malgré les efforts fournis au cours des trois dernières années. Ces efforts seront poursuivis et soutenus pendant les trois prochaines années grâce aux acquisitions qui seront faites dans le cadre de la subvention en vue de l'Optimisation de la Plateforme d'Equipements de la Chaîne du Froid (CCEOP) et la subvention en vue du Renforcement du Système de Santé (RSS 2) accordées au Pays par Gavi.

Les principaux objectifs à atteindre suivant les sept composantes du PEV d'ici 2020 sont :

- **Vaccination systématique :**
 - Porter la couverture vaccinale
 - De la troisième dose du vaccin pentavalent de 86 à au moins 90 % au niveau national, et à au moins 80 % dans tous les Districts de Santé,
 - Du vaccin anti rougeoleux et anti rubéoleux de 77 à au moins 85% au niveau national. ;
 - Introduire de nouveaux vaccins :
 - 2ème dose anti rougeoleux/anti rubéoleux,
 - Anti méningocoque A,
 - Anti HPV à l'échelle nationale,
 - Hépatite B dose de naissance.
- **Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins:**
 - Augmenter le taux de fonctionnalité des équipements CDF de 57% à 90% ;
 - Augmenter la capacité de stockage des dépôts central et périphériques d'au moins 90% ;
 - Renforcer les capacités des logisticiens sur la gestion efficace des vaccins ;

- Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans au moins 50% des districts.
- **Communication et génération de la demande**
- Amener au moins 90% des parents d'enfants à utiliser les services de vaccination d'ici 2020.
- **Surveillance épidémiologique et Initiatives de lutte accélérée contre les maladies**
 - D'ici à 2018, parvenir à l'éradication de la poliomyélite ;
 - D'ici à 2020, maintenir le statut d'élimination du TNN, de la rougeole, contrôler la Fièvre jaune, et renforcer la surveillance des méningites bactériennes ;
 - Renforcer la surveillance des MAPI.
- **Calcul des coûts et financement :**
 - Élaborer et budgétiser un plan d'action PEV opérationnel annuel ;
 - Assurer la gestion efficiente des ressources mobilisées pour le Programme ;
 - Assurer la mobilisation et la mise à disposition à temps, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des fonds destinés aux services de vaccination ;
 - Faire le plaidoyer pour une mobilisation supplémentaire des ressources nationales destinées aux services de vaccination.
- **Gestion du programme :**
 - Obtenir un engagement et un partenariat politiques à tous les niveaux
 - Renforcer à tous les niveaux la planification, le suivi et la coordination des interventions du programme
- **Gestion des ressources humaines :**
 - Optimiser la mise en œuvre du Plan stratégique national de renforcement des capacités du personnel du PEV

1. INTRODUCTION

1.1 Généralités

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

En mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV2011-2020), cadre stratégique offrant une vision pour la décennie 2011-2020. Un Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV) 2014-2020 est disponible. En 2017, les Chefs d'Etat ont entériné la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination. Les pays de la sous-région africaine de l'OMS ont été invités à développer des plans stratégiques en se référant à ces documents et à les intégrer dans leurs plans nationaux de santé en vue de la mobilisation des ressources locales pour atteindre les objectifs en matière de vaccination.

Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2015-2019 du PEV élaboré en 2014 en alignement au PSVR 2014-202 et au PAMV 2011-202. Il a régulièrement été décliné en Plans de Travail Annuels (PTA) et mis en œuvre. Entre 2015 et 2017, la couverture vaccinale en Penta 3 a connu une légère augmentation de 84,33% à 85,79% au niveau national. Malgré cette amélioration, l'objectif de 90% visé n'a pas été atteint¹.

Dans cette période, pour ce qui est de l'introduction de nouveaux vaccins, le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) a été introduit afin de renforcer l'immunité individuelle contre la poliomyélite. De plus, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (tVPO) a été remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (bVPO). Le Pays a aussi procédé à l'introduction de la première dose du vaccin combiné contre la Rougeole et la Rubéole (RR, en remplacement du vaccin anti-rougeoleux-VAR), couplée à la mise en œuvre de la campagne de suivi contre la rougeole. La démonstration de la vaccination contre le papilloma virus humain (HPV) dans deux districts de santé pilote du pays a été menée pour la deuxième année. Le pays a mis en œuvre l'évaluation post-introduction du VPI et l'évaluation post-démonstration du vaccin HPV.

En matière de logistique, un inventaire des équipements de la chaîne du froid a été fait. Le plan de réhabilitation des équipements de la chaîne de froid (ECF) a été élaboré et la soumission à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (CCEOP) de Gavi a été approuvée. De plus, un camion frigorifique a été acquis.

Dans le cadre de la riposte aux épidémies de polio déclarées au Nigéria et l'organisation des campagnes préventives contre la poliomyélite, 7 tours des JNV et 12 tours des JLV ont été mis en œuvre. Au nombre des innovations, figurent le tracking des vacinateurs et superviseurs, la collecte des données via ODK et la cartographie des formations sanitaires à l'aide du système d'information géographique « SIG ».

Une évaluation de la qualité et du système de gestion des données a été conduite en 2017 et un plan stratégique élaboré en vue de son amélioration. En outre, une évaluation de base des capacités du personnel du PEV a été menée et a permis l'élaboration d'un plan stratégique de renforcement des capacités.

1.2 Justification de la révision du PPAC2015-2019.

La révision à mi-parcours décrite dans ce document a été prévue dans le PPAC 2015-2019. En outre, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ayant été rédigé après l'élaboration du PPAC 2015-2019, cette révision offre l'opportunité d'alignement du PPAC. De plus,

¹ MINSANTE, 2018. Rapport annuel du Programme Elargi de Vaccination (PEV) 2017. Yaoundé-Cameroun.

en raison de l'entrée prochaine du Cameroun dans la transition Polio et en graduation de l'éligibilité au soutien de Gavi, il s'avère nécessaire d'accroître les financements du gouvernement dédiés au Programme et de rechercher des sources alternatives de financement afin de combler les gaps qui seront générés par cette situation. Dans l'entretemps, le Pays est confronté à l'augmentation des dépenses liées aux défis sécuritaires dans les régions septentrionales et la partie ouest du Pays. Tous ces défis doivent être pris en compte dans le plaidoyer en faveur de l'augmentation du financement du budget alloué aux services de vaccination. En outre, au.

1.3 Méthodologie de la révision du PPAC 2015-2019

Le PPAC 2015-2019 a été révisé entre août 2017 et mars 2018 à travers un processus de planification participative. Au mois d'Août 2017 le Ministre de la santé Publique a mis en place un groupe de travail multidisciplinaire composé des acteurs majeurs impliqués dans la vaccination pour la révision du document stratégique de la vaccination au Cameroun.

Les travaux préliminaires réalisés par le groupe sus-évoqué ont été revus dans le cadre d'un atelier tenu à Ebolowa en novembre 2017. Y prenaient part des responsables du Ministère de la Santé Publique, des représentants des Ministères partenaires², les partenaires techniques et financiers³, ainsi que la Société Civile représentée par la Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Promotion de la Vaccination et du Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC) et des élus du peuple (Maires et Députés). Au cours de cet atelier, les participants ont passé en revue l'analyse situationnelle, réajusté les objectifs, et recadré la planification des stratégies tout en établissant le lien entre les buts nationaux, régionaux et globaux.

Le processus de révision s'est poursuivi au cours d'une retraite organisée du 20 au 23 février 2018 à Yaoundé. Cette activité a connu la participation des responsables du PEV, des partenaires au développement et des Conseillers Régionaux de l'OMS.

Au cours de cet atelier, les participants ont :

- Comparé les résultats obtenus en 2015, 2016 et 2017 aux objectifs fixés pendant la période et aux résultats obtenus en 2014 en vue de dégager les forces et les faiblesses ;
- Passé en revue les activités par composante en vue de déterminer le niveau de réalisation de chaque activité ;
- Reprogrammé les activités pertinentes pour la période 2018-2020 ;
- Revu les objectifs en fonction des activités reprogrammées ;
- Budgétisé les activités à l'aide de l'outil de costing.

Ce document est le résultat du travail réalisé au cours de cet atelier.

² Le Ministère des Finances (MINFI) et le Ministère de l'Economie, la Planification et l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) étaient représentés à ces travaux

³ OMS, Unicef, CHAI et PLAN Cameroon

2. CONTEXTE DU PAYS

2.1 Situation géographique, démographique et socioéconomique

2.1.1 Situation géographique

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

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

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

2.1.2 Situation démographique

D'après les projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et intervention de santé obtenues en 2016, la population du Cameroun est estimée en 2018 à environ 24 863 337 habitants.

Tableau 1 : Evolution des populations cibles du PEV de 2016 à 2023

Année	Effectif de la population totale	0-11 mois		12-23 mois		0-59 mois		10-14 ans		0-15 ans		Femmes enceintes	
		Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale	Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale	Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale	Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale	Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale	Effectif de la population cible	Cible en % de la population totale
2016	23 642 400	817 510	3,5	766 851	3,2	3 738 441	15,8	2 856 291	12,1	10 351 573	43,8	869 745	3,7
2017	24 253 757	840 654	3,5	776 308	3,2	3 814 004	15,7	2 917 814	12,0	10 578 489	43,6	892 970	3,7
2018	24 863 337	857 962	3,5	797 907	3,2	3 885 338	15,6	2 995 936	12,0	10 797 474	43,4	912 408	3,7
2019	25 492 353	874 840	3,4	814 714	3,2	3 951 283	15,5	3 055 075	12,0	11 030 655	43,3	933 071	3,7
2020	26 133 035	888 916	3,4	831 280	3,2	4 028 776	15,4	3 099 501	11,9	11 239 753	43,0	938 566	3,6
2021	26 765 522	904 194	3,4	845 591	3,2	4 110 877	15,4	3 183 107	11,9	11 425 888	42,7	964 219	3,6
2022	27 419 137	920 610	3,4	859 363	3,1	4 187 861	15,3	3 253 027	11,9	11 662 412	42,5	980 986	3,6
2023	28 088 845	936 955	3,3	875 897	3,1	4 265 114	15,2	3 318 933	11,8	11 897 256	42,4	998 295	3,6

Source : Rapport projections démographiques 2016-2023, INS et UNFPA

2.1.3 Environnement politico-administratif et gouvernance

Le Cameroun est un pays à régime présidentiel. Le multipartisme a été réintroduit dans la vie politique et sociale à travers la promulgation de la loi N°90/053 du 19 décembre 1990. Plus de

200 partis politiques exercent en toute liberté. La constitution du 18 Janvier 1996 consacre la séparation des pouvoirs :

- Le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République, élu au suffrage universel direct pour un mandat de sept ans renouvelable ;
- Le pouvoir législatif est exercé par un parlement bicaméral constitué du Sénat et de l'Assemblée Nationale ;
- Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême et les différentes juridictions ;
- Le Conseil Constitutionnel, mis en place en février 2018.

A la faveur de la réforme constitutionnelle de 1996, le Cameroun est devenu un Etat unitaire décentralisé avec comme collectivités territoriales décentralisées (CTD) les régions et communes. Les CTD sont représentées au parlement par le Senat.⁴ Selon le Décret n° 2008/376 du 12 novembre 2008 portant organisation administrative de la République du Cameroun, le Cameroun est divisé en 10 Régions administratives (anciennement appelées Provinces). Les régions sont divisées en départements (58), eux-mêmes divisés en arrondissements (360).

Une loi d'orientation sur la décentralisation a été votée et promulguée en 2003, organisant entre autre le transfert de compétences et de ressources aux communes. Au niveau du secteur santé, le décret N°2010/0246/PM fixe les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux communes. Il s'agit notamment de la construction, l'équipement et la gestion des Centres de Sante Intégrés. Les Maires assurent la présidence des Comités de Gestion des Hôpitaux de District, des Centres Médicaux d'Arrondissement tandis que celle des Hôpitaux Régionaux et Hôpitaux Centraux est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des Communautés Urbaines.

2.1.4 Situation macroéconomique

Suite à l'initiative du Président de la République, le Gouvernement a adopté le « *Plan National d'Urgence Triennal (PLANUT) pour l'accélération de la croissance* ». L'enveloppe affectée à ce plan est de 925 milliards de Francs CFA. Le volet santé du PLANUT a deux composantes essentielles : (i) la réhabilitation de l'infrastructure et le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux généraux de Douala, Yaoundé et du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30 milliards); (ii) la construction et l'équipement des Centres Hospitaliers Régionaux (120 milliards).

Malgré cette volonté politique d'investir davantage dans le domaine de la santé, la situation économique du pays en 2017 a été marquée par une décélération de la croissance en raison de la baisse des cours du brut du pétrole sur le marché mondial. Aussi, les priorités du Gouvernement s'orientent de plus en plus vers les dépenses militaires et sécuritaires, ainsi qu'à l'organisation des élections en 2018.

La nouvelle politique socio-économique du Gouvernement est traduite par les documents suivants:

- Cameroun Vision 2035 dont le but est de faire du « Cameroun, un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité » ;
- Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), élaboré pour la période 2010-2019, est désormais, conformément à la Déclaration de Paris (2005), le cadre de référence de la politique et de l'action Gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière

⁴ MINATD & GIZ, 2010. Le processus de décentralisation au Cameroun : outils sur le cadre juridique et la structure du pouvoir. Yaoundé – Cameroun.

de développement. Il constitue ainsi le vecteur de la recherche de la croissance et de la redistribution de fruits jusqu'aux couches les plus vulnérables de la population avec un accent particulier sur les femmes et les jeunes ;

- Les stratégies sectorielles et leurs plans opérationnels qui sont élaborés pour la réalisation des objectifs du DSCE.

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

2.1.5 Situation socioculturelle

- L'Education

Le Cameroun avec un taux d'alphabétisation de 81,8% en 2014⁵, se situe au 16ème rang des pays Africains. Toutefois, il ressort du MICS 2014 que 15 % des hommes de 6 ans et plus et une proportion plus élevée de femmes (26%) n'ont aucun niveau d'instruction. C'est en milieu rural que la proportion de personnes sans instruction est la plus élevée (38 % pour les femmes et 22% pour les hommes). À l'opposé, dans les villes de Douala et Yaoundé, ces proportions sont les plus faibles (5% pour les femmes et 3% pour les hommes). Les proportions les plus élevées d'enquêtés sans aucun niveau d'instruction sont enregistrées dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. L'analyse des résultats selon le quintile de bien-être montre que les proportions de femmes et d'hommes n'ayant aucun niveau d'instruction diminuent de manière importante des ménages les plus pauvres aux plus riches.

- Religion

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

- Cultures et Traditions

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

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

- Équité en Santé

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

❖ Disparité économique

⁵ INS, 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport Final. Yaoundé, Cameroun,

⁶INS, 2011. Etat et structure de la population : Indicateurs démographiques. Yaoundé – Cameroun.

Près de 60% des Camerounais n'arrivent pas à faire face à leurs dépenses de santé⁷ (PNDS, 2011-2015). Les soins publics bénéficient davantage au plus aisés: 14,5% de parts du public pour le quintile le plus pauvre en 2007 ; 25% pour le quintile le plus riche. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait les 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres⁸.

❖ Disparité géographique

L'analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle l'existence de deux groupes de régions. Un premier groupe (Centre, Extrême-Nord, Littoral, Ouest, Nord-ouest et Sud-ouest) le mieux servi, avec une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible ; un deuxième groupe (Adamaoua, Est, Nord et Sud) moins servi, caractérisé par une densité faible et un ratio population/formation sanitaire élevé.

Par ailleurs on note une disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, la vaccination complète est plus assurée en milieu urbain (63%) qu'en milieu rural (46%) et varie énormément d'une région à l'autre⁹.

❖ Disparité socioculturelle

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

❖ Approche genre

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

❖ Les populations spéciales

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

❖ Les populations marginales,

Suivant le décret N°2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, on distingue deux grands groupes des populations dites marginales au Cameroun :

- les Pygmées et les Mbororos qualifiés d'autochtones ou indigènes.
- les populations des criques et des îles, les pêcheurs, les montagnards et les populations transfrontalières.
- Les Mbororos, estimés à environ 60 000, se retrouvent beaucoup plus dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. Une des particularités de cette population est leur transhumance. Les Pygmées, estimées à 40 000 âmes, se trouvent dans les zones forestières des régions de l'Est et du Sud généralement sous forme de campements. Les peuples montagnards se recrutent essentiellement dans la région de l'Extrême Nord.
- Les populations des zones insulaires constituent également une particularité. Elles se recrutent dans plusieurs DS notamment des zones côtières (Littoral, Sud et Sud-ouest) et même à l'intérieur du pays autour des étendues d'eaux ou des grands fleuves (Lac Tchad,

⁷ MINSANTE, 2011. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015. Yaoundé – Cameroun.

⁸ INS, 2010. 2^e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun. Yaoundé – Cameroun.

⁹ Banque Mondiale, 2012. République du Cameroun. Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun (RaSSS). Yaoundé – Cameroun.

Lagdo, Sanaga, etc). Ces populations sont constituées le plus souvent des pêcheurs dont la mobilité est fonction des saisons de pêche.

- les réfugiés

En raison de l'instabilité qui trouble la région, le Cameroun offre actuellement l'hospitalité à plus de 336 076 réfugiés et demandeurs d'asile provenant de pays limitrophes et principalement de la République Centrafricaine (RCA), du Nigéria et du Tchad. Ces populations se retrouvent majoritairement (77%) dans les régions l'Extrême-Nord, de l'Est et de l'Adamaoua (UNHCR, Cameroun 2014).

- *Situation Humanitaire et Sécuritaire*

Parmi les frontières du Cameroun avec les pays voisins, celles avec le Nigéria (à l'Ouest), le Tchad (au Nord-Est) et la RCA (à l'Est) suscitent un intérêt sanitaire particulier, du fait de la situation politico-sécuritaire desdits pays limitrophes. En raison des crises sécuritaires dans le Nord du Nigéria et en République Centrafricaine, le Cameroun enregistre depuis juillet 2016, des épisodes d'insécurité transfrontalière dans les Régions de l'Est, et de l'Extrême-Nord. Des attaques sporadiques de bandes armées et des cas d'enlèvements continuent d'être rapportés dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua. Les données du Haut-Commissariat des Nations Unies chargé des Réfugiés (HCR) révèlent que le Cameroun abrite 351 114 réfugiés originaires du Nigéria (95 027) et de la République Centrafricaine (255 907)¹⁰. Répartis principalement dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est et de l'Adamaoua, ces populations spéciales vivent dans des camps humanitaires ou en communauté. En outre, le nombre de déplacés internes dans l'Extrême-Nord du pays à décembre 2017 était estimé à 241 030, essentiellement localisés dans l'Extrême-Nord, essentiellement dans les districts de santé de Makary, Fotokol, Kousseri, Mogode et Mora¹¹. L'instabilité dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a entraîné des mouvements de populations à l'intérieur de ces régions, vers les régions voisines (estimés à 160 000 personnes)¹² et même vers le Nigéria (estimé à plus de 20 000 personnes)¹³. L'immigration et le mouvement interne des populations a abouti à l'apparition de groupes de populations démunies souvent dans un état sanitaire et épidémiologique précaire. La résurgence des cas de PVS au Nigéria et des foyers de diverses épidémies dans ces zones du pays est une des conséquences de cette précarité. Ceci est une des preuves que le Cameroun fait face à plusieurs risques humanitaires caractérisés par les éléments suivants :

- 7 millions d'habitants à risque d'épidémies ;
- 336 073 réfugiés originaires du Nigéria et de la RCA et 241 987 déplacés internes;
- 1,8 millions d'habitants en situation d'insécurité alimentaire ;
- 63 000 cas de malnutrition sévère et 150 000 cas de malnutrition modérée chez les enfants ;
- 23 aires de santé du Logone et Chari situées en zones de sécurité compromise (69 098 habitants, 3179 enfants cibles du PEV).

La Région de l'Extrême-Nord, particulièrement affectée par les problèmes d'insécurité compte 08 districts de santé situés en zones difficiles (Goulfey, Kolofata, Kousseri, Koza, Mada, Makary, Mokolo et Mora), avec 23 aires de santé sur 90 (25,5 %) particulièrement à risque ; ce qui représente

¹⁰UNHCR, 2018. Cameroon Factsheet – April 2018. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unhcr-cameroon-factsheet-april-2018>.

¹¹ IOM : Displacement Tracking Matrix. Cameroon, Far-North Region. December 2017. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/iom_cmr_dashboard_rd12_en.pdf.

¹² Unicef: Cameroon Humanitarian Situation Report, May 2018. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unicef-cameroon-humanitarian-situation-report-may-2018>.

¹³UNHCR : <http://www.unhcr.org/news/briefing/2018/3/5ab0cf2b4/anglophone-cameroonians-nigeria-pass-20000-mark.html>.

une population de 69 098 habitants (49,3 % de la population desdits districts) soit environ 3179 enfants cibles du PEV.

Environnement communicationnel

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

L'enquête MICS menée en 2014 a révélé à propos de l'accès aux médias, que chez les 15-49 ans, 61,1% de femmes et 79,9% d'hommes lisent un journal ou un magazine, écoutent la radio, regardent la télévision au moins une fois par semaine¹⁴. Pour les femmes et les hommes respectivement, 8,9%/20,1% lisent au moins un journal ou un magazine, 30,5%/56,2% écoutent la radio et 54,6%/68,2% regardent la télévision.

En matière de télécommunications, le Cameroun a un taux de pénétration de 84% pour la téléphonie mobile (sur la base des cartes SIM en service) et de 35,7% pour l'accès à la connexion internet¹⁵. On note toutefois une grande disparité entre les zones urbaines et rurales et une influence grandissante des réseaux sociaux.

Les acteurs de la société civile (OSC, OBC, structures de dialogue et autres associations) mènent une communication de proximité en faveur de la santé et occupent une place de plus en plus importante dans la vaccination.

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

2.2 Analyse du secteur santé

2.2.1 Engagements du gouvernement

Dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le Cameroun a souscrit à plusieurs Engagements parmi lesquels :

- (i) Le Programme d'Action de la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) 1994 ;
- (ii) L'adoption du concept de la santé de la reproduction en 1999 ;
- (iii) L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 : les objectifs 4, 5 et 6 étaient dédiés à la santé et visaient à l'horizon 2015 la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies.
- (iv) L'atteinte des Objectifs de Développement Durable 2015 (ODD) : l'objectif n°3 des ODD est spécifiquement lié à la santé. Il cible à l'horizon 2030 la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles

¹⁴INS, 2015. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) 2014. Yaoundé – Cameroun.

¹⁵ ART, 2017. Observatoire annuel 2016 du marché des communications électroniques. Yaoundé-Cameroun

- à travers un accès universel aux soins et services de santé, la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé ;
- (v) Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR): engagement pris en 2012 par 176 pays membres de l'Organisation des Nations Unies à tenir la promesse des OMD 4 et 5 et de soutenir les progrès vers ces OMD au-delà de 2015, jusqu'à ce que la mère et l'enfant ne meurent plus de causes évitables ;
 - (vi) Le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) 2011-2020 : plan qui vise l'extension des avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés ;
 - (vii) La charte africaine sur les droits de l'homme relatifs aux droits de la femme et de l'enfant (protocole de Maputo) 2006 ;
 - (viii) La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique (CARMMA) en 2010 ;
 - (ix) Le Plan d'Action Mondial du Secrétaire Général des Nations Unies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant en 2011 ;
 - (x) Le renouvellement de l'engagement en faveur de la survie de l'enfant (Une Promesse Renouvelée) en 2012 ;
 - (xi) La Déclaration d'Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008) sur l'intégration de l'approche SSP dans les politiques et les stratégies sectorielles en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des OMD ;
 - (xii) L'International Health Partnership (IHP+) en 2011 qui montre l'engagement du Cameroun à améliorer la gestion de son aide publique au développement en matière de santé.

2.2.2 Politique nationale de la santé

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016 – 2020 a été élaboré pour la mise en œuvre de la SSS. Il est l'outil de référence pour toute intervention dans le secteur santé du Cameroun. Le PNDS est un outil de facilitation de l'élaboration du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CDMT) du secteur santé et de sa Matrice d'Actions Prioritaires. Elle pourra permettre de savoir ce qui est dépensé pour chaque domaine d'intervention de la Stratégie sectorielle, voire pour chaque type d'intervention. Le PNDS est la base principale d'élaboration du budget programme, du Plan d'Actions Prioritaires (PAP), de la Feuille de Route annuelle ainsi que des Plans de Travail Annuels (PTA) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le Plan Pluri Annuel Complet du PEV (PPAC) 2018-2020 est le quatrième du genre dans le Programme Elargi de Vaccination du Cameroun. Il a été élaboré en alignement avec tous ces documents stratégiques de la santé, pour répondre aux problèmes et défis de la vaccination, en se référant à la Vision de la Décennie de Vaccination et à la mission décrite dans le PAMV.

2.2.3 Le système de santé

2.2.3.1 Organisation du système de santé

Au Cameroun le système de santé s'articule sur trois sous-secteurs : public, privé (lucratif et non lucratif) et de la médecine traditionnelle. Le sous-secteur de la médecine traditionnelle est en plein développement institutionnel et juridique. Le système de santé est structuré en trois niveaux formant la pyramide sanitaire nationale :

- Le niveau central ou stratégique

Il assure la fonction de régulation, de pourvoyeurs de ressources, il élabore les stratégies de la politique en matière de santé et assure l'appui institutionnel pour sa mise en œuvre. Il dispose d'un système de prestation des soins et des services de santé qui est constitué des hôpitaux de référence de 1ère et de 2ème catégorie notamment (15 hôpitaux généraux et centraux).

- Le niveau intermédiaire

Il est constitué de 10 Délégations Régionales de la Santé Publique, 14 hôpitaux régionaux et assimilés et d'autres structures comme le Fond Régional de la promotion de la Santé (FRPS). Le niveau intermédiaire apporte aux districts de santé un appui technique et institutionnel dans la mise en œuvre de la politique de santé.

- Le niveau périphérique ou opérationnel

Il compte 189 districts de santé subdivisés en 1804 aires de santé, 5197 CSI/CMA et 284 hôpitaux de district et assimilés.

L'offre de service est dominée par les sous-secteurs publics avec 50,3% des structures sanitaires et 66 % des ressources humaines en santé. Le sous-secteur privé confessionnel quant à lui représente 14% des structures sanitaires et 19% des ressources humaines en santé^{16, 17}.

2.2.3.2 Les Intervenants dans le secteur santé

Les acteurs étatiques du secteur de la santé sont les administrations publiques au niveau central, leurs services déconcentrés et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Certains Ministères et administrations contribuent à la prestation des soins de santé ; ce sont le MINDEF, la DGSN, le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP, le MINJUSTICE, le MINAS, et le MINTSS. D'autres Ministères en partenariat avec le MINSANTE œuvrent pour la promotion de la santé, notamment ceux qui agissent sur les déterminants de la santé ; ce sont le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP, le MINPROFF, le MINAS, le MINTSS, le MINCOM, le MINADER, le MINEPIA, le MINEE, le MINEPDED, le MINDUH, le MINTP, le MINEFOP, le MINSEP, le MINJEC, et le MINAC.

A ces acteurs étatiques s'ajoutent au plan national les représentations professionnelles (ordres professionnels, syndicats et associations), les établissements publics et privés de formation des ressources humaines en santé et les structures de recherche en santé, les entreprises parapubliques et privées qui intègrent les préoccupations sanitaires dans leurs activités à travers leur responsabilité sociale et les organisations de la société civile au sens large (les structures de dialogue, les ONG et les OBC).

En plus des acteurs nationaux, le secteur compte également de nombreux Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

- *Rôle de l'Etat*

L'État intervient comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, Communication, Agriculture, etc.)

Les collectivités territoriales décentralisées (Régions et communes) sont responsables de la gestion et de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire communaux au niveau local. Depuis les lois 2004/018 et 2004/019 du 22 Juillet 2004, ces collectivités disposent de prérogatives leur conférant autorité en matière de i) création, équipement, gestion et entretien des centres de santé d'intérêt communal ou régional, ii) gestion de l'assistance au profit des nécessiteux et leur implication dans l'organisation et la gestion de l'approvisionnement des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels en conformité avec la politique nationale de santé.

Plusieurs administrations publiques œuvrent pour le renforcement de l'action communautaire (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEPIA etc.). Un guide des interventions

¹⁶ MINSANTE, 2018. Base des formations sanitaires du DHIS 2. Version 3. Cellule des Informations Sanitaires

¹⁷ Rapport du recensement général des personnels du secteur de la sante au Cameroun. 2011

sous directives communautaires est disponible depuis 2012. Le document de politique de santé communautaire quant à lui est en cours de finalisation. Il convient de relever que la santé communautaire n'est pas suffisamment développée et les agents de santé communautaires opèrent sans cadre juridique. Ce qui pourrait expliquer les faibles performances observées et suggère la nécessité du développement d'un quatrième niveau de soins et services de santé.

Le budget de la promotion de la santé représentait 0,3% du budget du CDMT 2007-2009 ; et 1% de la programmation budgétaire dans le PNDS 2011-2015 du Ministère de la Santé Publique.

- *Rôle de la Société Civile*

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de la Réorientation des Soins de Santé Primaires (Réo-SSP) issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique est caractérisée par le développement des « structures de dialogue » et s'appuie sur trois principes essentiels : le cofinancement, la cogestion et la participation communautaire. L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers:

- la participation des populations au financement des soins de santé ;
- la participation des représentants des communautés à la cogestion ;
- les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile;
- les prestations des agents de santé communautaire ;
- les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé.

A ce jour, l'ampleur de la contribution des acteurs communautaires à l'offre de soins et de services de santé au niveau primaire n'est pas documentée. Cependant, leur présence est visible et incontournable à travers tout le système de santé.

En ce qui concerne la société civile, environ 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique (Lettres d'Accord de Collaboration, Convention-cadres et Contrats d'Exécution). En matière de promotion de la vaccination, le système communautaire est marqué par l'implication de la Plateforme pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC) qui regroupe 33 OSC focales dans l'ensemble des 10 régions et environ 222 associations à base communautaire.

Il faut rappeler que sous l'impulsion de la subvention du RSS reprogrammé, 145 OBC de district ont assuré la promotion de la vaccination dont le paquet d'activités consistait à organiser des visites de sensibilisation et collecte d'information auprès des tradithérapeutes ; sensibiliser des associations sur la vaccination de routine, la recherche des perdus de vue et la surveillance des maladies; organiser des visites de plaidoyer auprès des leaders traditionnels et religieux en faveur de la vaccination et des conversations communautaire sur la vaccination. A cela il faudrait ajouter 1346 associations dans les aires de santé qui ont été formés pour délivrer les messages de promotion de la vaccination.

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

Il est par ailleurs important de préciser que les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun. L'offre des soins de santé du secteur privé se fait par le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif.

- *Rôle des PTF*

Les partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun. Ceux-ci appuient le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. La non-optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées et l'insuffisance de la coordination des actions des partenaires sont quelques défis à relever.

2.2.4 Profil épidémiologique

Au Cameroun, les principales maladies transmissibles représentaient environ 24% du poids global de la maladie. En effet, le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose représentaient respectivement (11,48%, 10,77%, et 1,41%). Les maladies sus évoquées, associées aux infections respiratoires basses (10,22%), aux maladies diarrhéiques (5,57%), et aux IST (1,31%) constituaient environ 41% du poids de la maladie et sont mis ensemble responsables de 42% de décès.¹⁸

Douze maladies et infections évitables par la vaccination sont ciblées dans le cadre de la vaccination systématique ; la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus influenzae*, les infections à pneumocoque, les diarrhées à Rotavirus, la fièvre jaune, la rougeole et la rubéole¹⁹.

2.2.5 Financement de la santé

Le Cameroun ne dispose pas d'un plan stratégique national de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mise en commun des ressources et mécanismes de partage du risque maladie, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. Cependant, de nombreux programmes et projets ont élaboré des stratégies de financement. C'est le cas notamment du PPAc (Plan Pluri Annuel Complet), du PEV et de la stratégie de financement du VIH/SIDA. Le financement de la santé est décrit à travers ses trois fonctions.

➤ Collecte des dépenses en santé

Selon les derniers Comptes Nationaux de la Santé qui date 2014, le volume total du financement de la santé est de 504 milliards FCFA, soit 4% du PIB [61]. En 2012, les principales sources de financement (figure 5) étaient: les ménages (70,6%), le Gouvernement (14,58%), le secteur privé (7%) et les bailleurs de fonds (6,88%) [166].

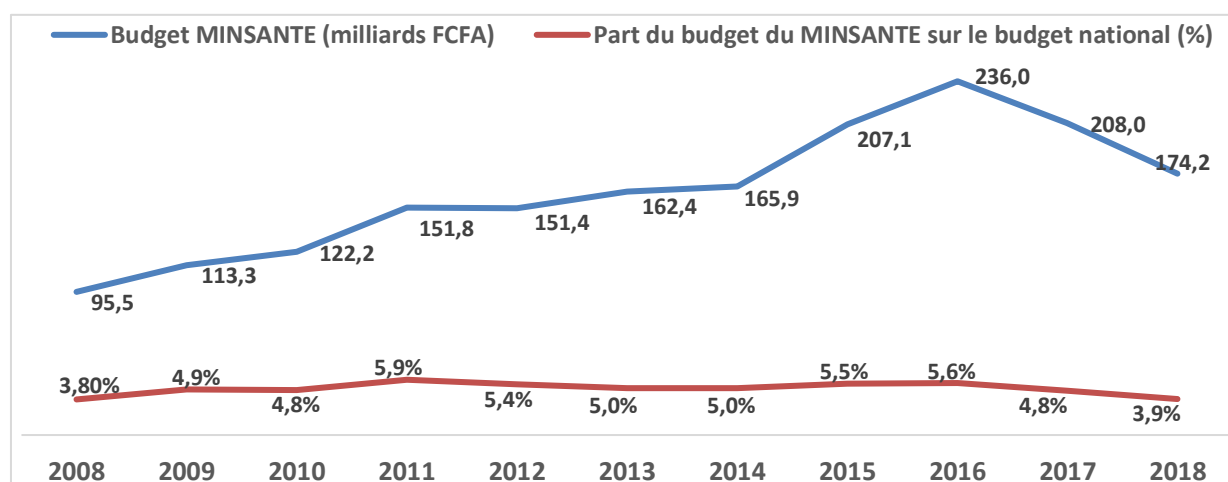


Figure 1. Evolution du budget de l'Etat affecté au MINSANTÉ (en milliards de FCFA)

¹⁸ Global Burden of Diseases 2013,

¹⁹ MINSANTE, 2018. Normes et Standards du Programme Elargi de Vaccination.

Source : Lois de finances 2008-2018.

Tableau2. Présentation de l'évolution du budget du MINSANTE de 2015 en 2018

Année	2015	2016	2017	2018
Budget de l'Etat (en milliards de francs CFA)	3746,6	4 234,7	4373,8	4 513,5
Budget du MINSANTE (en milliards de francs CFA)	207,1	236,0	208,0	174,2
Pourcentage (%)	5,5%	5,6%	4,8%	3,9%

Source : Lois de finances 2008-2018.

La part du budget de l'Etat allouée à la fonction santé oscille entre 4% et 6% depuis 2011. Cette proportion est en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001. Celui-ci préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé²⁰.

- Financement venant des ménages

La contribution des ménages représentait près de 61% des dépenses totales de santé en 2013, soit la 3ème plus importante contribution en Afrique Sub-saharienne derrière le Soudan et le Nigeria;

- Financements extérieurs (FINEX)

Il convient de noter que le MINSANTE mobilise de nombreux partenaires techniques et financiers internationaux. Les FINEX (prêts et dons confondus) représentent chaque année une part importante du financement total du secteur (14% – Figure 3). Par ailleurs, les politiques de santé publique basées sur la gratuité ou les intrants et prestations subventionnées reposent essentiellement sur les FINEX. Les FINEX représentaient 65.0 milliards en 2016 soit 31,4% du budget du MINSANTE (Tableau 9).

Tableau 3. Contributions totales des partenaires par programme (milliards FCFA)

Domaines	2015	
Santé de la mère, de l'enfant, et de l'adolescent	22	34%
Lutte contre la maladie et promotion de la santé	25	38%
Viabilisation du district de santé	18	28%
TOTAL	65	100%

Source : MINSANTE (Division de la Coopération, non publié)

Les ressources financières publiques allouées à la santé sont insuffisantes, ce qui entraîne une dépendance aux financements extérieurs. Cependant, les FINEX sont caractérisés par une faible visibilité dans leur prévision à moyen terme (3-5 ans). Par ailleurs, il est prévu une diminution significative de la contribution des partenaires dans les années à venir. En effet, les principaux partenaires multilatéraux inscrivent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif. C'est ainsi que l'échéance d'inéligibilité du Cameroun aux financements de l'Alliance GAVI est projetée à 2020. Cette échéance correspond d'après les analyses à l'année où le pays aura atteint un revenu par habitant de 1580 USD. De plus, certains partenaires à l'instar du Fonds Mondial développent des conditions de cofinancement qui exigent une contrepartie progressivement croissante de l'Etat.

²⁰ ONU, 2001. Déclaration des Chefs d'Etats. Adoptée au Sommet d'Abuja du 24 au 27 avril 2001.

La multiplicité des procédures et des instances de coordination, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé et à la satisfaction des besoins cruciaux de la population (équité horizontale). Plus précisément, en 2016, 63% des FINEX couvraient la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), 27% étaient alloués à la santé de la mère et de l'enfant, et seulement 5% étaient affectés au renforcement du système [146].

2.2.6 Priorités gouvernementales en matière de santé

Le choix stratégique retenu comme priorité par l'ensemble des parties prenantes et validé par le comité de pilotage est le suivant : « Garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés » qui ont permis de décliner cinq axes stratégiques sur lesquels, reposera la Stratégie Sectorielle de Santé.

➤ *Axes prioritaires et objectifs stratégiques de la SSS*

Pour la période allant de 2016 à 2027, le secteur de la santé s'attellera essentiellement à contribuer aux objectifs de développement de la Vision Cameroun 2035 et de la stratégie nationale de développement (DSCE). Il s'agira essentiellement de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Le secteur santé est subdivisé en cinq axes ou composantes :

- Axe stratégique 1 : Promotion de la santé
- Axe stratégique 2 : Prévention de la maladie
- Axe stratégique 3 : Prise en charge des cas
- Axe stratégique 4 : Renforcement du système de santé
- Axe stratégique 5 : Gouvernance et pilotage stratégique.

La mise en œuvre des différentes interventions retenues dans chacune de ces composantes devraient à terme permettre d'atteindre l'objectif assigné au secteur qui est de « de disposer d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable sur une période de 12 ans. » Pour atteindre cet objectif, cinq objectifs prioritaires ont été retenus :

- Objectif stratégique 1 : Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé ;
- Objectif stratégique 2 : Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention ;
- Objectif stratégique 3 : Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Objectif stratégique 4 : Accroître les capacités institutionnelles des formations sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et aux services de santé de qualité ;
- Objectif stratégique 5 : Améliorer la performance du système à tous les niveaux de la pyramide.

➤ *Priorités pour le cycle de planification 2016-2020 (PNDS)*

Pour ce qui est du premier quinquennat de la mise en œuvre de la SSS (cycle de planification 2016-2020), le renforcement des piliers du système de santé et l'amélioration de la gouvernance dans le secteur sont des prérequis pour l'atteinte des résultats projetés, et demeurent par conséquent la première priorité de ce cycle de planification. En l'absence d'un plan de développement des infrastructures sanitaires, il est difficile d'être précis sur l'orientation et les choix d'investissement par niveau de la pyramide. Toutefois, la mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal et le

renforcement des piliers du système de santé dans les districts de santé se feront progressivement en fonction de leur niveau de développement. Plus concrètement, il s'agira de :

- Construire et équiper des Centres Hospitaliers Régionaux ;
- Réhabiliter les hôpitaux généraux et le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY) ;
- Évaluer les districts de santé et de les classer selon leur potentiel de développement ;
- Sélectionner prioritairement pour le PNDS 1 les districts de santé ayant un fort potentiel de développement (districts prioritaires) ;
- Renforcer non seulement le dispositif juridique et institutionnel, mais aussi les capacités managériales des responsables des districts de santé pour qu'ils soient à même d'apporter un appui technique efficace aux formations sanitaires de leurs districts de santé ;
- Renforcer le système national d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé ;
- Assurer la disponibilité du PMA et du PCA dans les districts de santé.

En ce qui concerne les composantes verticales (composantes de prestations de services), l'accent sera prioritairement mis sur l'amélioration de la mise en œuvre des interventions de routine, la prévention des maladies, le renforcement de la participation communautaire, la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la santé des cibles mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et le renforcement de la prise en charge des cas d'urgence.

Le PPAC 2018-2020, s'arrimera aux objectifs stratégiques sus-cités.

D'après la nomenclature du « Budget Programme », la vaccination est une Action de l'axe stratégique ou composante Prévention de la maladie. La « Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent » se présente comme une priorité, pour laquelle seront menées les interventions à haut impact, notamment la Vaccination. Les activités de vaccination contribuent à l'atteinte du 3^{ème} Objectif du Développement Durable(ODD-03).

2.3 Organisation de la vaccination

2.3.1 Gestion du programme

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

Le GTC-PEV assure la gestion quotidienne du Programme Elargi de Vaccination. Il est constitué d'un Secrétariat permanent et de cinq (5) Sections, et dispose d'un organigramme avec des postes bien décrits. Le GTC-PEV est appuyé dans la coordination du programme par le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA). Les 10 Délégations régionales de la Santé Publique disposent des Groupes Techniques Régionaux du PEV²¹. Au niveau des districts sanitaires et des aires de santé, les activités du PEV sont couvertes par les Bureaux de Santé et les Formations sanitaires.

2.3.2 Ressources humaines du PEV

Au 31 décembre 2017, Le PEV comptait 138 personnels travaillant à temps plein dont 53 au niveau du Groupe Technique Central et 85 dans les Unités Régionales PEV des 10 Délégations régionales de la Santé Publique, soit une augmentation de 34 personnels depuis 2015 (environ

²¹ Décision N°0253/D/MINSANTE/CAB portant réorganisation et fonctionnement du Programme Elargi de Vaccination (PEV)

25%). Depuis le 1^{er} mars 2018, une décision ministérielle organise le GTC-PEV²² en sections, unités et Groupes Techniques Régionales (GTR).

Dans les 189 districts de santé fonctionnels et les 3772 formations sanitaires qui vaccinent, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. Ce personnel est composé de médecins, cadres administratifs et financiers, techniciens médico-sanitaires, infirmiers, et de divers agents (secrétaires, chauffeurs, agents d'entretien, etc.).

Il existe un cadre réglementaire général qui vise à inciter le personnel à la performance²³. De manière plus directe, on peut citer notamment l'arrêté N°1397/MINSANTE du 15 mai 2017 portant harmonisation des primes dans les Programmes de santé du Ministère de la Santé Publique qui a remplacé la décision N°0484/D/MINSANTE/CAB du 09 juillet 2014. A cet effet, malgré un important retard, l'Etat a assuré le paiement des primes du personnel des exercices 2015 et 2016. Les conditions de travail restent considérablement à améliorer à tous les niveaux. Le récent inventaire des immobilisations²⁴ montre que seulement les besoins en matériels roulants et mobiliers de bureau restent insuffisamment couverts.

2.3.3 Infrastructures et équipement

Le patrimoine durable du PEV, sur le plan infrastructurel se compose essentiellement d'un bâtiment abritant les services centraux du Programme à Yaoundé. Les Groupes Techniques Régionaux du PEV (GTR-PEV ne disposent pas de bâtiments propres mais sont logés dans les DRSP.

En ce qui concerne les équipements, l'inventaire a été mené en 2016²⁵ par le MINANTE avec l'appui de ses partenaires a permis d'actualiser les informations sur les équipements de la chaîne de froid du PEV. Il ressort qu'au total le PEV dispose de 5 chambres froides négatives et de 21 chambres froides positives réparties aux niveaux central et régional²⁶. Au moment de l'inventaire, près de 47% des chambres froides positives régionales avaient plus de 20 ans d'âge et 20% étaient âgées ou atteignaient les 30 ans. Plus de 71% des chambres froides positives étaient conformes aux standards de pré-qualification de l'OMS.

Pour ce qui est des réfrigérateurs, 3675 réfrigérateurs ont été inventoriés dans les 4326 FOSA visités. La marque SIBIR® comptait pour près de 55% de tous les réfrigérateurs inventoriés tandis que les réfrigérateurs domestiques représentaient 33%. Plus de 70% des réfrigérateurs fonctionnaient à l'électricité, 19% au gaz, 4% au pétrole et 4% à l'énergie solaire. Seulement 21,7% des FOSA offrant les services du PEV avaient recours à un groupe électrogène de secours au moment de l'inventaire et 15,7% des FOSA en possédaient un. Globalement, 68% des réfrigérateurs étaient fonctionnels. Les équipements non installés représentaient 9% des ECF non fonctionnels. Au total, près de 93% (3417) des ECF ne respectaient pas les normes standards PQS de l'OMS. En outre, 19 538 porte-vaccins ont été dénombrés.

Le parc automobile pouvant potentiellement servir aux activités du PEV comprend 198 véhicules au total (dont un camion frigorifique de marque Iveco au niveau central), 6 embarcations hors-bords à moteur, 1832 motos et 87 bicyclettes). Dans l'ensemble, près de 74% (146) des

²² Op.cit.

²³ Le Statut général de la Fonction Publique

²⁴ Cette opération a été mise en œuvre de manière intégrée avec l'inventaire des vaccins et intrants du PEV en octobre 2017.

²⁵ Rapport de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant du PEV au Cameroun: une vue d'ensemble des résultats depuis le niveau central, les 10 dépôts de vaccins régionaux, les 189 districts de santé, jusqu'aux 3570 formations sanitaires.

²⁶ Voir les détails dans le Rapport de l'inventaire

véhicules et 70% (1283) des motos étaient fonctionnels au moment de l'inventaire. Un nombre important d'équipement de transport à travers le pays a besoin de réparations, notamment 30% (549) des motos, 26% (52) des véhicules et 66% (4) des embarcations hors-bords.

La couverture des besoins en matériels roulant au niveau opérationnel est en moyenne de 36% pour les motos, 54% pour les véhicules et 40% pour les embarcations hors-bords.

En termes de disponibilité de l'énergie électrique, 67,1% des structures offrant les services du PEV au Cameroun (y compris les entrepôts de vaccins des niveaux central et régional) et 87% (164) des districts de santé, sont situées dans des zones couvertes par le réseau électrique.

2.3.4 Vaccins et Intrants

Depuis 2002, le PEV a connu une nette avancée vers l'initiative de « l'Indépendance Vaccinale ». Dans ce cadre, le Gouvernement a créé dès 2001-2002 une ligne budgétaire consacrée exclusivement à l'achat des vaccins, des consommables et à la maîtrise des procédures d'acquisition de ces vaccins. L'approvisionnement en vaccins se fait par le canal de l'UNICEF. Les vaccins et consommables du PEV sont réceptionnés au niveau central par le GTC-PEV. Les régions reçoivent des approvisionnements trimestriels tandis que les districts et formations sanitaires sont fournis tous les mois.

Le taux de couverture des besoins par région était de 112% en 2013 pour le Penta et le taux de perte pour le même antigène était de 3% pour la même année.

2.3.5 Offre de services

Paquet de services offerts et modalités d'offre des services

Les interventions offertes dans le cadre du PEV au Cameroun sont essentiellement des activités de prévention des maladies évitables par la vaccination, notamment la Tuberculose, la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, les Diarrhées à Rotavirus, les Infections à Pneumocoque, les Infections à *Haemophilus influenzae*, l'Hépatite virale B, la Rougeole, la Rubéole et la Fièvre Jaune. À ce titre, les populations sont atteintes à travers diverses modalités d'offre de services, notamment :

- Les activités de vaccination en routine qui se déroulent en poste fixe et en stratégies avancées/mobiles et spéciales ;
- Les activités de vaccination supplémentaires qui comprennent les campagnes de vaccinations locales ou nationales.

Dans un souci d'intégration des activités de santé maternelle et infantile, le paquet de services offert par le PEV inclut l'administration de la vitamine A et le déparasitage des enfants (pendant les campagnes de vaccination).

- Qualité, utilisation et accessibilité des services offerts

L'accès et l'utilisation des services de vaccination sont globalement bons comme l'indiquent la couverture vaccinale au Penta 1 et le taux d'abandon spécifique (respectivement 93% et 8% en 2017).

2.3.6 Financement de la vaccination

Dans la stratégie sectorielle de santé 2016-2027 réactualisée, le PEV est l'une des interventions prioritaires du domaine santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant. Le budget alloué pour le financement de ses activités a connu une augmentation constante depuis 2011 aussi bien de la part de l'État que des partenaires comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Contribution de l'Etat au financement du programme de 2015 à 2017

Année Budgétaire	Affectée au MINISANTE	Ressources de l'Etat affectées au PEV
2015	151 810 000 000	1 482 541 985
2016	151 420 000 000	1 691 859 893
2017	162 448 000 000	2 190 960 477

Source : Budget MINSANTE 2015, 2016, 2017

2.3.7 Information sanitaire et Recherche opérationnelle

La qualité des données s'est améliorée au niveau opérationnel.

3. ANALYSE SITUATIONNELLE DU PEV PAR COMPOSANTE

3.1 Prestations de services (vaccination systématique)

3.1.1 Les stratégies de vaccination

La stratégie préconisée pour atteindre tous les enfants est l'approche « Atteindre Chaque District (ACD) », mise en œuvre au Cameroun dès 2002. La mise en œuvre des 6 composantes de l'approche ACD révisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est nécessaire pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Les stratégies de prestation de service sont :

- la stratégie de vaccination en poste fixe (70% de la cible à vacciner) ;
- la stratégie de vaccination en poste avancée et mobile (30% de la cible à vacciner) ;

3.1.1.1 Vaccination en stratégie fixe

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

Tableau 5 : Planification des séances de vaccination au Cameroun en 2016 et 2017

	Nombre de FOSA	SF planifiées	SF réalisées	% réalisation SF
Année 2016	3 686	124 861	119 765	96
Année 2017	3 749	145 996	137 588	94

3.1.1.2 Vaccination en stratégies avancée et mobile

D'après les données de l'évaluation de base menée par le programme, 50% de formations sanitaires mènent des stratégies avancées. Le taux d'exécution de celles programmées est de 70%. Quant à la stratégie mobile, elle n'est pratiquée que lors des sessions de rattrapage ou des campagnes de vaccination.

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

6.6.1.1 3.1.1.3 Stratégie de vaccination supplémentaire/activités intégrées de vaccination

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

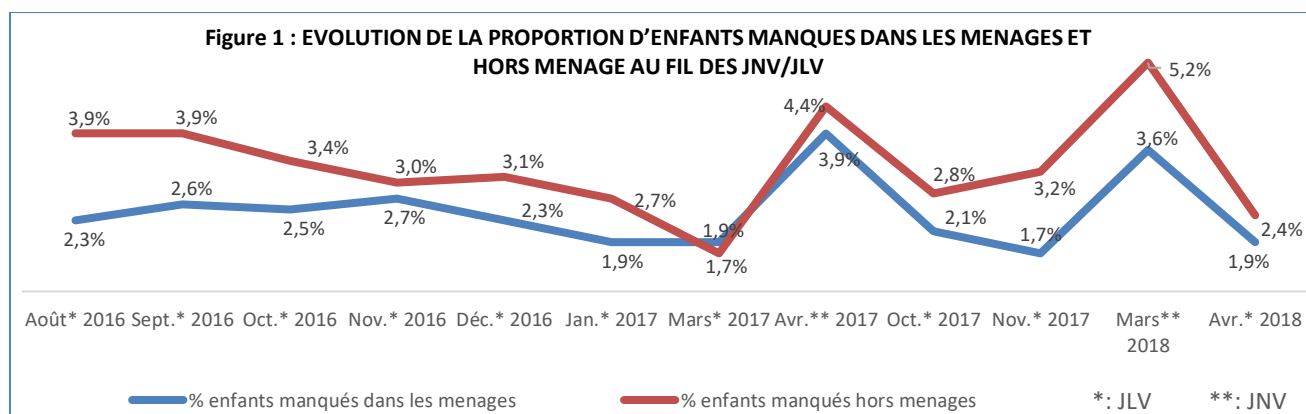
Les Semaines d'Actions de Santé et Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM), offrent un paquet intégré d'interventions 2 fois par an depuis 2008 pour améliorer la survie de la mère et de l'enfant. Généralement, ce paquet est toujours composé d'une supplémentation en vitamine A et du déparasitage des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

Tableau 5: Couverture vaccinale des SASNIM 2015 à 2017

	tVPO (%)			COUVERTURE Vit A ET MBZ (%)			
	0-11 mois	0-59 mois	zéro dose	6 - 11 m	12 - 59 m	6 - 59 m	MBZ
SASNIM T1-2015	93.97	101.5	0.61	106	98	98.7	96.7
SASNIM T2-2015	86	101	0.73	100.6	102	101	100.8
SASNIM T1-2016	90,3%	97,3%	0,6%	88,8%	93,3%	92,9%	93,0%
SASNIM T2-2016	98,1%	101,1%	0,4%				
SASNIM T1 2017	93,3%	95.6	0.5	77,3%	90,4%	89,1%	78,5%

En vue d'améliorer les performances des districts de santé sous-performant, des activités d'intensification de la vaccination de routine à travers la promotion de la vaccination, la recherche et le rattrapage des cibles perdues de vue ont été organisées dans les districts urbains de Yaoundé et Douala, et dans les districts de santé à sécurité compromise de l'Extrême-nord, sous l'appellation d'Activités de Vaccination Intensifiées (AVI).

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



6.6.1.2 3.1.1.4 Stratégies alternatives/spéciales

Des adaptations ont été apportées afin de répondre aux besoins spécifiques des zones à sécurité compromise, générant des stratégies spéciales telles :

- Le « Hit and Run » qui consiste pour les équipes de santé accompagnées par les leaders locaux et forces de l'ordre à entrer pendant une fenêtre sécurisée dans les communautés des zones à sécurité compromise, et vacciner pendant quelques heures sans aucun matériel de visibilité puis ressortir immédiatement après ;
- Le Firewalling qui consiste à administrer régulièrement tous les vaccins aux enfants qui vivent dans les communautés autour d'une zone à haut risque et vacciner ceux qui viennent des zones à haut risque dès qu'ils entrent dans les communautés sécurisées environnantes.
- Vu le contexte conflictuel dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest des stratégies alternatives adaptés pour le renforcement de la vaccination de routine et de la surveillance des MEV sont en cours d'élaboration.

3.1.2 Couvertures vaccinales

6.6.1.3 3.1.2.1 Couvertures par antigène

La couverture vaccinale au Penta 3 est passée de 84,3% en 2015 à 85,6% en 2017, mais est restée inférieure à l'objectif (90%)

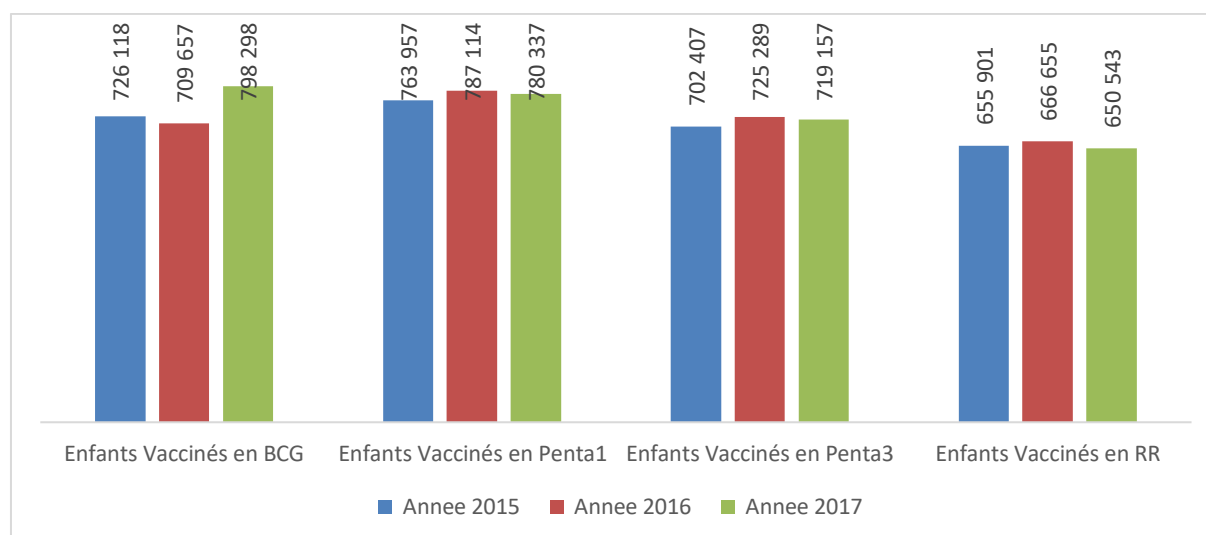


Figure 2: Comparaison des enfants vaccinés par antigènes entre 2015 et 2017 au Cameroun

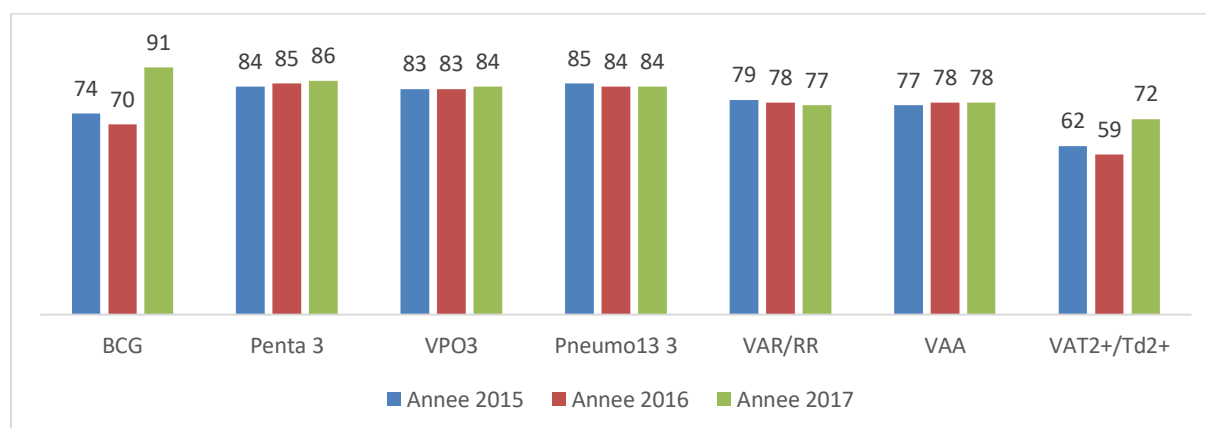


Figure 3: Evolution des couvertures vaccinales de 2015 à 2017

Excepté les couvertures vaccinales du PCV 3 de 2015 à 2017, et celle du BCG en 2017, les couvertures aux différents vaccins ainsi que le pourcentage d'enfants complètement vaccinés, sont restés inférieures aux objectifs ces 3 dernières années (cf tableau en annexe)

Tableau 6: Evolution des couvertures vaccinales de routine par antigène entre 2015 et 2017

Vaccins	Performances annuelles de couverture vaccinale (%)			Objectifs 2017(%)
	2015	2016	2017	
BCG	74	70	91	90
VPO 0	65,3	65	75	90
Penta 1	92	93	93	95
Penta 3	84	85	86	95
PCV 3	85	84	84	83
VPO 3	83	83	84	90
VPI	31,4%	79,3%	76,3%	79
Rotavirus 2	73	80	83	80
VAA	77	78	78	87
VAR/RR	79	78	77	87
Vat 2+/Td2	62	59	72	88

Source : JRF 2015 à 2017, PEV

6.6.1.4 3.1.2.2 Ecart entre les antigènes qui s'administrent au même moment (2015-2017)

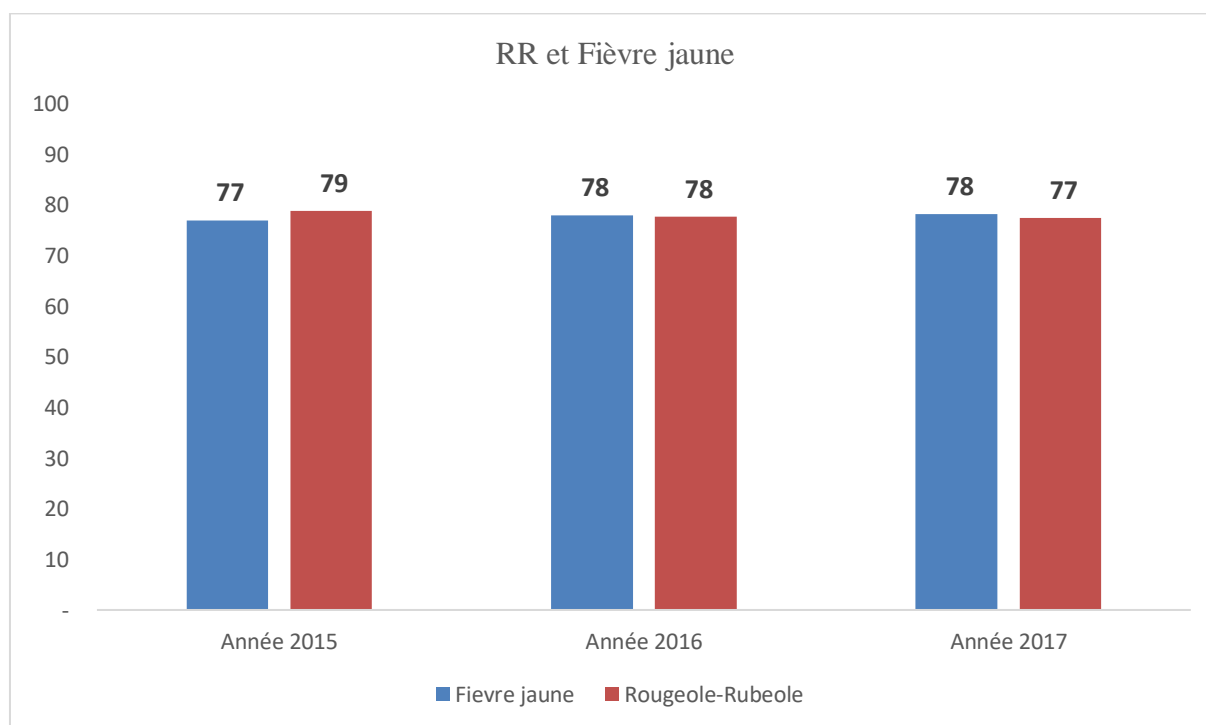


Figure 4: Ecart entre les antigènes administrés au même moment (2015-2017)

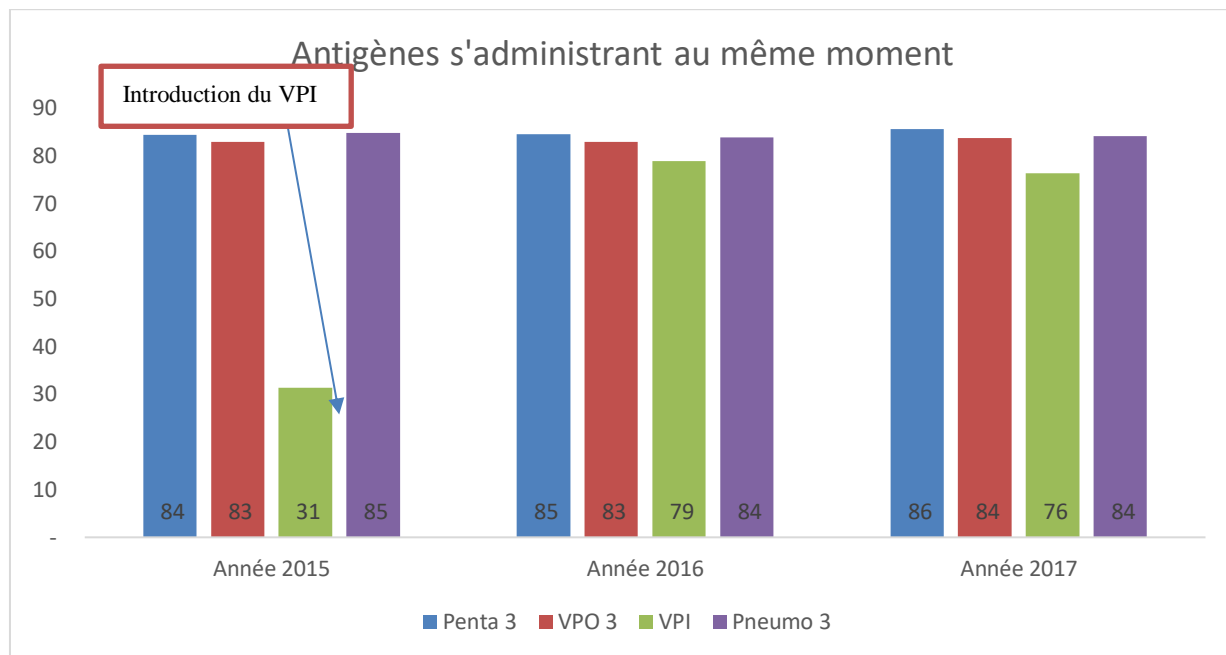


Figure 5: Ecart entre les antigènes administrés au même moment (2015-2017)

6.6.1.5 3.1.2.3 Nombre d'enfants non vaccinés au penta3

Au total, 121751 enfants sont restés non vaccinés en 2017 ; les régions de l'Extrême-Nord, du Littoral, du Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest regroupent 86,3% de ces enfants.

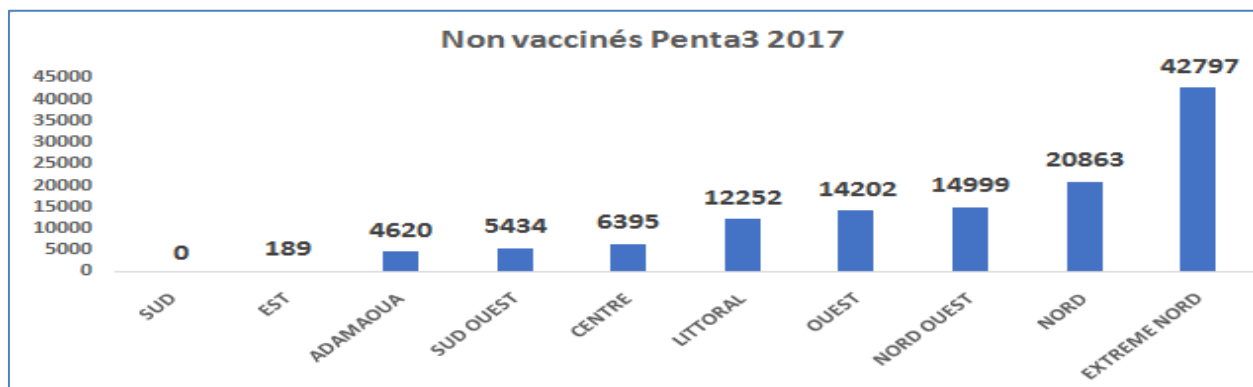


Figure 6: Nombre d'enfants non vaccinés en Penta3 en 2017 par région

Source : Rapport annuel PEV 2017

3.1.3 Demande de la vaccination

6.6.1.6 3.1.3.1 Taux d'abandon du Penta1 –Penta3

Le taux d'abandon Penta1/Penta3 est resté supérieur à 7% de 2015 à 2017, ce qui dénote de l'insuffisance de l'utilisation des services

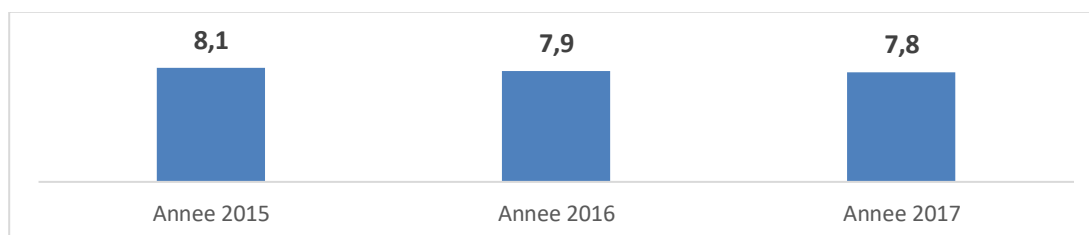


Figure 7: Evolution du taux d'abandon spécifique Penta1/Penta3 de 2015 à 2017

Source : JRF 2014 à 2017, PEV

6.6.1.7 3.1.3.2 Taux d'abandon BCG – Rougeole

Le taux d'abandon BCG – Rougeole est resté inférieur à la cible de moins de 10% entre 2015 et 2016 (9.7% et 6.1% respectivement). Cependant un écart de 18.5% en 2017 a été observé au niveau national, avec des taux de 27.7%, 21.9 % et 21.9% respectivement dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord, et du Littoral

6.6.1.8 3.1.3.3 Pourcentage des districts avec un taux d'abandon Penta1-Penta 3 >7%

Près de la moitié des DS ont un taux d'abandon spécifique Penta1-Penta3 supérieur à 7% :

	Année 2015	Année 2016	Année 2017
TAS>7	93(49%)	88(47%)	97(51%)

6.6.1.9 3.1.3.4 Pourcentage des districts avec un taux d'abandon BCG-RR > 10%

Entre 2015 et 2017, on note une augmentation d'environ 10% du nombre de districts ayant un taux d'abandon général de plus de 10% :

	Année 2015	Année 2016	Année 2017
TAG>10 (%)	97(51%)	87(46%)	113(60%)

3.1.4 Equité de la vaccination

6.6.1.10 3.1.4.1 Equité géographique

Les objectifs d'équité géographique n'ont pas été atteints. Bien que la proportion de districts avec couverture vaccinale supérieure à 80% soit plus élevée en 2017, comparée à celles de 2015 et 2016, seuls 71% des 189 districts en 2017 atteignent l'objectif visé.

	Année 2015	Année 2016	Année 2017
DS avec CV<50%	4 (2,1%)	7 (3,7%)	4 (2,1%)
DS avec 50%<CV<80%	57 (30,2%)	63 (33,3%)	50 (26,5%)
DS avec CV>80%	128 (67,7%)	119 (63,0%)	135 (71,4%)

Figure 8: Catégorisation des performances en Penta 3 dans les DS de 2015 à 2017.

Source : JRF 2014 à 2017, PEV

Les disparités sont plus importantes entre les régions:

- Niveau de couverture vaccinale plus élevé dans le Nord-Ouest (95,6 %) et le Centre sans Yaoundé (95,4 %)
- Niveau de couverture vaccinale plus faible dans les régions de l'Extrême-Nord (57 %) et du Nord (73 %) pour la troisième dose du Pentavalent

6.6.1.11 3.1.4.2 Equité selon le genre, le niveau d'instruction de la mère, l'indice de bien-être économique, la résidence

De l'analyse de l'équité, Il ressort que :

- Les couvertures vaccinales augmentent avec le niveau d'instruction de la mère ou gardienne d'enfant passant de 63 % parmi ceux dont la mère est sans niveau d'instruction à 83,8 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 99,8 % quand la mère a un niveau d'enseignement supérieur;
- Ces couvertures passent de 57,2 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à 95,1 % dans le plus riche ;
- Il n'existe pratiquement pas d'écart entre les filles et les garçons (82,5 % contre 81,1 %) ;
- La couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : 60 % (rang 1), 47 % (rang 4-5), 46 % (rang 6 ou plus) ;

- Selon le milieu de résidence, on note un écart de 16 points entre milieu rural (75 %) et urbain (91 %).

3.1.5 Introduction de nouveaux vaccins/nouvelle formulation des vaccins traditionnels

De 2015 à 2017, le Pays a procédé à l'introduction des vaccins suivants :

- Vaccin antipoliomyélitique inactivé – VPI (juillet 2015) ;
- Vaccin combiné Rougeole-Rubéole – RR (novembre 2015).
- D'autre part, le pays a procédé au remplacement des vaccins suivants :
- VPO trivalent (tVPO) par le VPO bivalent (bVPO) (2016) ;
- VAT par le vaccin antitétanique combiné à la diphtérie (Td) (2016)
- PCV 13 mono dose par le PCV 13 multi doses (4 doses) (2017)
- En outre, le projet de démonstration d'introduction du vaccin HPV a été achevé en 2016

Tableau 7: Couvertures Vaccinales aux vaccins introduits/Nouvelles formulations vaccins traditionnels ()**

Vaccin	CV2015 (%)	CV 2016 (%)	CV 2017(%)
VPI	31,4	79,3	76,3
RR	79	78,1	77,4
HPV *	74	NA	NA
VPOb 3**	NA ***	83,4	83,8
Td 2+**	NA	59	72

*projet de démonstration d'introduction dans 2 DS

***Année d'utilisation du VPOt

Tableau 8: Tableau synoptique de la situation de la vaccination systématique

Vaccination systématique	Indicateurs	Situation nationale		
		2015	2016	2017
Couverture vaccinale	Couverture officielle par Penta 3 (%)	84	85	86
	Couverture officielle pour le vaccin contre la rougeole/rubéole (%)	79	78	77
	% de couverture par Penta 3 selon l'enquête la plus récente	EDS 2014 : 79,6		
	Autres estimations de couverture officielle par programme de Vaccination (Estimation OMS UNICEF)	84	85	86
	Pourcentage des enfants complètement vaccinés	79	78,1	77,4
Demande de vaccination	Taux d'abandon du Penta1 – Penta3 (%)	8,1	7,9	7,8
	Taux d'abandon du BCG – vaccin contre la rougeole (%)	9,7	6,1	18,5
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du Penta1 – Penta3 > 7 %	49	47	51
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du BCG – RR > 10 %	51	46	60
		2017: 38%		

Équité de la* vaccination	Écart Penta3 entre les quintiles socioéconomiques supérieur et inférieur (%)	(Ménages du quintile le plus pauvre : 57.2% ; Ménages du quintile le plus riche : 95.1%)		
	Ecart Penta 3 entre les DS urbains et les DS ruraux	2017 : 16 % (rural : 75%, urbain : 95%)		
	Nombre et pourcentage des districts bénéficiant d'une couverture Penta3 supérieure à 80 %	128 (67,7%)	119 (63,0%)	135 (71,4%)
Introduction de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée	2 (VPI, RR)	0	0
	Couverture du HPV [(démonstration dans 2 districts)%]	74	NA	NA
	Couverture du VPI (%)	31,4%	79,3%	76,3%
	Couverture du vaccin RR (%)	79	78,1	77,4

***données issues de l'analyse de l'équité dans les DS de Moloundou, Edéa, Yoko, Mora, Ebolowa, données des DS du BLT**

3.2 Gestion du programme

3.2.1 Législation et réglementation

Aucune nouvelle directive n'a été développée ou mise à jour entre 2015 et 2017.

3.2.2 Coordination

Les réunions statutaires du CCIA ont effectivement été organisées sur la période 2015-2017. Les recommandations ont été mises en œuvre à 85%. La mise en place d'un CCIA technique planifiée pendant cette période n'a pas été réalisée. Au niveau régional, des mécanismes de coordination et de concertation entre les partenaires ne sont pas mis en place. Quant au NITAG, ses membres ont été désignés par une note du Ministre de la Santé Publique en 2016, et ont bénéficié d'une session d'orientation sur leurs termes de références en 2017. Aucune réunion statutaire ne s'est tenue pendant la période 2015-2017.

3.2.3 Planification

La Politique Nationale de Santé est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) issu de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016-2027. Le PNDS 2016-2020 a été élaboré et validé. Les Plans Annuels 2015, 2016 et 2017, déclinaisons opérationnelles du PPAC 2015-2019, ont été élaborés et validés par le CCIA.

A l'effet d'opérationnaliser la stratégie nationale de santé, les districts de santé élaborent des Plan de Développement Sanitaire du District de Santé (PDS) qu'ils déclinent annuellement en un Plan de Travail Annuel (PTA) prenant en compte le microplan de la vaccination de routine. Toutefois, il convient de relever que depuis 2015, les PDS n'ont pas été actualisés, causant un déficit de planification au niveau opérationnel et de prestations de services.

3.2.4 Qualité des données

Gestion des données de surveillance et de vaccination

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

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

Les échantillons collectés dans les formations sanitaires transitent par les Postes de Réception des Echantillons Biologiques (PREB) au niveau régional, et central avant d'atteindre le laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun (CPC). Le CPC est le laboratoire de référence pour les analyses des échantillons biologiques (selles et sang), dans le cadre de la surveillance au cas par cas des PFA, de rougeole et de fièvre jaune. Il collabore avec les autres laboratoires régionaux pour le séquençage et la séro neutralisation. Les résultats sont envoyés au PEV pour encodage et feedback à tous les niveaux.

Une réunion de revue des données de vaccination est prévue mensuellement dans le but d'apprécier le niveau des performances et de détecter les problèmes sur la qualité des données. Après cette revue, les bases de données et le rapport de revue sont partagés avec les Groupes Techniques Régionaux et les partenaires.

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

3.3 Gestion des RH

Au mois de Janvier 2017, Le PEV compte 123 personnels travaillant à temps plein dont 52 au niveau du Groupe Technique Central et 82 dans les Unités Régionales PEV. Dans les 189 districts de santé fonctionnels et les formations sanitaires qui vaccinent, le personnel de santé travaille pour le PEV à temps partiel. En ce qui concerne la formation des personnels impliqués dans la mise en œuvre des activités du PEV au niveau opérationnel, seuls 16% ont reçu une formation sur la gestion du PEV; Ce personnel est composé de médecins, techniciens supérieurs de la santé, infirmiers, aides soignant, cadres administratifs, agents de l'Etat, et agents de santé communautaire.

L'évaluation du PEV dans le cadre de l'élaboration du PPAC 2015-2019 a relevé des insuffisances relatives à la formation du personnel et l'absence d'un Plan de formation pluriannuel désagrégé par niveau de la pyramide sanitaire, entre 2015 et 2017. Toutefois, des formations ont été réalisées dans tous les domaines du programme, notamment la prestation de service, la surveillance épidémiologique, la communication, la logistique et approvisionnement en vaccins, la qualité des données et la gestion financière. Ce constat corrobore les résultats de l'enquête de base des besoins en formation du personnel, ceux de la revue externe du PEV ainsi que ceux de l'inventaire général des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant du PEV. Dans sept régions du pays, plus de 90% du personnel n'a reçu aucune formation sur la vaccination. Ce pourcentage excède 95% dans trois régions, notamment dans le Littoral (95,9%), le Sud (97,5%) et le Sud-Ouest (97,7%). Ces évaluations ont permis au Programme d'identifier les besoins en formation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et d'élaborer avec l'appui des partenaires au développement, un plan stratégique de renforcement des capacités.

Les performances de la vaccination et la surveillance sont suivies à tous les niveaux. Toutefois, l'analyse et la validation des données est faible dans les formations sanitaires.

L'évaluation de la qualité des données a mis en exergue la faible promptitude et complétude, et les déficiences au niveau des composantes « monitoring et supervision ».

Sur les 03 dernières années le niveau central n'a mené que 02 supervisions formatives vers les régions sur les 06 attendues (33,3%). Les activités de supervision des régions vers les districts et des districts vers les aires de santé n'ont été que faiblement menées. Parmi les contraintes majeures, on relève l'insuffisance de financement.

3.4 Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins

Indicateurs proposés		Année		
		2015	2016	2017
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	54%	54%	54%
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de motos vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	36%	36%	36%
Approvisionnement des vaccins	Ruptures de stock de plus de 7 jours d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national (si oui indiquer l'antigène et la durée en mois)	00 jours	10 jours pour le VPI	BCG 46 jours, VPO19 jours, VPI 35 jours, RR 92 jours, Td 93 jours
Chaîne du froid /Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	41%	41%	41%
	Année du dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets	2017	2017	2017
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Oui	Oui	Oui

L'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins a fait ressortir la vétusté des matériels de la chaîne du froid, le manque de formation du personnel en maintenance préventive, des ruptures prolongées et répétées en gaz et pièces de rechange, des pannes prolongées dues à l'indisponibilité de techniciens qualifiés. En considérant la moyenne nationale, aucun des 9 critères n'a atteint le score de 80% exigé. En ce qui concerne les catégories, seules celles relatives aux « Bâtiments » et « Capacité de stockage » ont atteint respectivement 81% et 85%.

Au niveau central, seul le critère 6 relatif à la gestion des stocks a atteint un score de 80%. Les autres critères avaient obtenu des scores variant entre 31% pour le critère 2 (Contrôle des températures de stockage) à 68% pour le critère 8 (Gestion des vaccins).

Au niveau régional, un seul critère 9 relatif au Système d'information et fonctions d'appui à la gestion sur les 8 applicables à ce niveau a atteint le score de 80%. En ce qui concerne les catégories, 2 ont atteint un score satisfaisant à savoir les « Bâtiments » et la « Formation » avec 83% et 87%.

Des faiblesses sont constatées dans les catégories suivantes :

- Capacité de stockage due essentiellement au manque de magasin sec ;
- Gestion (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants, etc...) ;
- Equipement (inexistence de système d'enregistrement continu et de matériel d'indicateur de congélation, etc..) ;
- Maintenance (pas de contrat de maintenance pour toutes les chambres froides régionales).

Au niveau district de santé, seuls deux critères sur les huit (08) applicables ont atteint le score de 80%. Il s'agit du critère 2 relatif à la température et du critère 9 en rapport avec le système d'information et fonctions d'appui à la gestion. Les catégories « Bâtiments » et « Formation » ont également atteint l'objectif de 80%.

Les faiblesses demeurent dans les catégories suivantes :

- « Gestion » : insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants, absence de plan d'urgence dans la majorité des districts etc.),
- « Equipement » : Absence de système d'enregistrement continu et d'indicateur de congélation, absence de générateur électrique et insuffisance de régulateur de tension)
- « Maintenance » : Inexistence de plan de maintenance
- « Véhicules » : la majorité des districts ne disposent pas de véhicules pour les activités du PEV.

Au niveau des formations sanitaires, sur les huit (08) critères, seul le critère « Capacité de stockage » a atteint l'objectif de 80%.

La faiblesse à ce niveau réside dans les catégories suivantes :

- « Equipement » : Inexistence de système d'enregistrement continu et d'indicateur de congélation, absence de régulateurs de tension dans la plupart des centres de santé qui utilisent l'électricité comme source d'énergie)
- « Maintenance » : Inexistence de Plan de maintenance
- « Formation » : non maîtrise du test d'agitation dans la plupart des centres de santé)
- « Gestion » (insuffisance dans l'archivage des documents, non concordance des données des intrants, absence de plan d'urgence dans la majorité des centres de santé, non utilisation des outils de gestion des stocks,
- « Véhicules » : insuffisance de moyens de transport pour les activités en stratégie avancée.

L'inventaire des ECF de décembre 2015 et janvier 2016 a permis d'identifier les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement à savoir :

Au niveau central: (1) la faible capacité de stockage des vaccins (gap de 4 chambres froides positives de 40 m³ en 2016) et l'absence d'un entrepôt propre au PEV pour les consommables, (2) les dysfonctionnements et des pannes au niveau des chambres froides, (3) la faiblesse des capacités en gestion des approvisionnements et des stocks de vaccins, avec comme conséquence un taux de perte élevé;

Au niveau intermédiaire et périphérique : (1) la faible capacité de stockage , (2) l'insuffisance de matériel roulant pour les supervisions, (3) l'absence d'un système formel d'information et de gestion

logistique (SIGL)²⁷, (4) la faible couverture des besoins en logistique nécessaires aux prestations des soins de santé primaires des populations difficiles d'accès ou marginalisées et la présence des réfrigérateurs non homologués dans 93% des formations sanitaires ; (5) l'absence d'un système formel de maintenance de la chaîne du froid dans 70% des formations sanitaires et des bâtiments dans 80% des formations sanitaires, (6) l'inexistence d'un système adéquat de destruction des déchets dans 73% des formations sanitaires ; (7) le non-respect des normes en matière de gestion des déchets de vaccination.

Afin d'adresser les principaux goulots d'étranglement, le pays avec l'appui de ses partenaires a lancé le processus de renforcement de la chaîne d'approvisionnement depuis 2014 par la mise en œuvre des activités du plan de réduction des écarts de la GEV, notamment :

- L'acquisition et l'installation de 8 chambres froides au niveau central et régional et de 121 réfrigérateurs solaires pour les formations sanitaires ;
- L'acquisition d'un camion frigorifique pour le transport des vaccins, l'acquisition des dispositifs de contrôle à distance de température et 3 000 fridge-tag ;
- L'amélioration de l'espace de stockage à sec au niveau central ;
- Le lancement d'un appel d'offre pour la construction de l'entrepôt central du PEV.
- Les subventions RRS2 et CCEOP approuvées par Gavi permettront au Pays, le renforcement de sa chaîne d'approvisionnement à travers l'acquisition des équipements répondant aux normes OMS.

3.5 Communication pour le développement

3.5.1 Planification

Depuis 2015, des progrès ont été observés dans la planification des interventions de communication. Ce qui s'est traduit par les ateliers de micro planification qui ont permis de tenir compte des ressources locales à l'instar des agents de santé communautaires(ASC) recrutés dans les villages pour la communication de proximité. En plus de la micro planification, le processus d'élaboration des Plans Intégrés de Communication (PIC) pour couvrir les différents aspects liés à la vaccination systématique, la surveillance et aux Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) a été lancé. Toutefois, ce processus visant à rendre disponible les PICs aux différents niveaux du système de santé est surtout effectif aux niveaux central et intermédiaire. C'est ainsi qu'on dispose d'un Plan Stratégique de Communication(PSC) au niveau central couvrant la période 2018-2020. Le PSC est décliné chaque année en Plan de Travail Annuel (PTA). Au niveau des régions, des PICs annuels alignés au PSC existent. L'effectivité des PICs au niveau opérationnel des districts de santé reste donc encore à assurer.

3.5.2 Connaissances sur la vaccination

Suivant l'enquête CAP de 2011²⁸, la connaissance du calendrier vaccinal se situe à 56,7% seulement au niveau national. On observe aussi que la connaissance des différents vaccins n'atteint pas les 60%.La dernière évaluation OBRA²⁹ conduite au mois de novembre 2018 a montré que les connaissances des mères/parents sur les maladies évitables par la vaccination restent très générales. Les aspects liés aux signes des maladies, leur gravité et les conséquences

²⁷ MINSANTE, 2013. Rapport de l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins.

²⁸Ministère de la Santé Publique. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination au Cameroun en 2011 (CAP), Yaoundé, 2011.

²⁹OutBreak Response Assesment (OBRA)

sur la santé et le bien-être ne sont que peu maîtrisés des populations. Bien qu'on puisse imaginer que ces performances se soient améliorées depuis 2011 comme l'indique certaines études³⁰, il n'en demeure pas moins que les facteurs cognitifs et culturels continuent de constituer une part non négligeable des raisons liées à la non vaccination³¹.

3.5.3 Comportements de recours aux services de vaccination

Les taux d'abandon spécifique et général donnent des indications sur le recours des mères/parents aux services de vaccination. Ce qu'illustre la figure 5 ci-dessous, pour ce qui est du taux d'abandon spécifique :

Le taux d'abandon Penta1/Penta3 est resté supérieur à 7% de 2015 à 2017, ce qui dénote de l'insuffisance de l'utilisation des services.

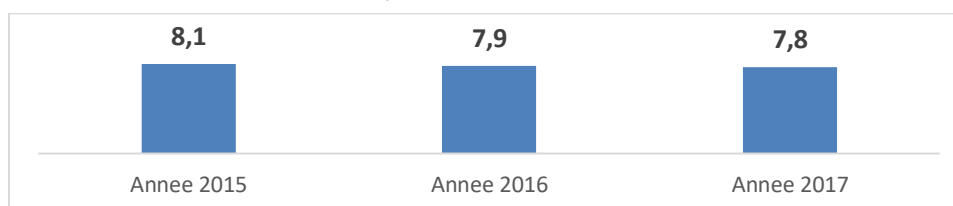


Figure 9: Evolution du taux d'abandon spécifique Penta1/Penta3 de 2015 à 2017

Source : JRF 2014 à 2017, PEV

Par ailleurs, le recours des populations aux services de vaccination est modulé par de multiples facteurs sociaux, culturels voire relevant du système de santé. Les études^{32,33} sur la question ont permis de dégager les évidences résumées dans le tableau ci-dessous :

Catégorie facteurs	Item
Sociaux	Prévention et traitement des maladies par des produits traditionnels ou autres pratiques (herbes, plantes, prières, etc.) Décision pour la vaccination de l'enfant dépendant souvent des hommes Pouvoir de la grande/belle famille Pratiques irrespectueuses et inégalités lors des soins Activités économiques des mères/parents Influence des leaders traditionnels et élites
Culturels	Croyances en la maladie comme résultant de la malédiction, du péché, du sort et autres surnaturelles Croyances au pouvoir mystique pour prévenir/traiter les maladies Diffusion des rumeurs « noires » Préférences pour certains vaccins ou types de formations sanitaires
Système de santé	Rupture des intrants Offre limitée des services de vaccination Communication insuffisante par le personnel de santé

³⁰Ministère de la Santé Publique, Enquête qualitative sur les perceptions des communautés sur la vaccination en vue de l'introduction du vaccin anti poliomyélite inactivé (VPI) dans la vaccination de routine au Cameroun, 2015.

³¹KWEDI NOLNA S. et al. Factors influencing the performance of routine immunization in urban area. A comparative case study of two studies in Cameroon: Douala and Yaoundé, Vaccine, 2018.

³²Ministère de la Santé Publique, Des habitudes de non-vaccination des enfants : Etude anthropologique des facteurs de persistance du refus et de l'abandon de la vaccination dans les régions de l'Extrême-Nord et de l'Ouest Cameroun, 2017

³³Ministère de la Santé Publique, Cartographie et étude socio-anthropologique des nomades et des migrants dans les régions de l'Adamaoua, Nord et Extrême-Nord, 2018.

	Insuffisante satisfaction des mères/parents dans les services de vaccination
--	--

3.5.3.1 *Les interventions de communication*

Les interventions de communication pour la vaccination sont mises en œuvre dans le cadre de la vaccination systématique et lors des AVS. Les stratégies que sont la communication pour le changement de comportement ou social, le plaidoyer, la mobilisation sociale orientent l'essentiel des interventions de communication. Il apparaît néanmoins que les AVS sont l'occasion d'une intensification des activités de communication. Ce que montre une étude³⁴ conduite sur la cartographie des interventions de communication au Cameroun. Cet état de choses s'illustre notamment par le fait que le PEV dispose d'un réseau de 16735 ASC appelés mobilisateurs sociaux, mais qui ne sont réellement actifs que lors des AVS. La vaccination de routine se trouve ainsi privée d'une ressource capitale dont les résultats escomptés sur l'information des familles et le rattrapage des enfants manqués ou perdus de vue sont évidents. A côté des stratégies habituelles de communication pour le changement de comportement et de plaidoyer, l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination reste à renforcer. Cette approche impliquerait ainsi des mécanismes qui permettent de rendre actif le réseau des agents communautaires dans le cadre de la vaccination de routine. Dans ce même sens, le réseau d'environ 120 radios communautaires constitue une ressource à capitaliser. Cela implique aussi que les actions visant à obtenir l'appui et l'accompagnement des autorités politiques, traditionnelles et religieuses ou encore des partenaires soient renforcées. Dans cette même lancée, l'appui des organisations de la société civile(OSC), des structures de dialogue, des ONG doit davantage être mobilisé.

6.6.1.12 *La génération des évidences*

Depuis 2015, la recherche opérationnelle pour produire des évidences sociales pouvant être exploitées en vue de l'affinement des interventions de communication a été effective. Plusieurs études socio-anthropologiques ont été menées à l'instar de celles que nous avons cités plus haut. L'utilisation de ces évidences est rendue compte par la place accordée dans les plans de communication aux populations spéciales (nomades, réfugiées, déplacés internes), aux groupes réfractaires à la vaccination, à la formation en Communication Interpersonnelle (CIP) tant des ASC que des prestataires de soins. Cependant, les études menées jusqu'ici ont été circonscrites à certains événements dont notamment les AVS et ne s'inscrivaient pas dans un plan de recherche. La conséquence de cette absence de plan de recherche ou de génération des évidences est que les études ne sont pas systématiquement menées. Le besoin de recherche opérationnelle pour disposer de données sociales exploitables par la communication continue donc de se poser. Le format de ces activités de recherche nécessite d'être aussi élargi pour prendre d'autres types de recherche à l'instar des revues systématiques.

3.6 Surveillance et notification/ Initiatives de lutte accélérée contre les maladies

3.6.1 *Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies*

La surveillance des maladies évitable par la vaccination se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies et riposte. Au PEV, 08 maladies évitables, et à potentiel épidémique sont sous surveillance dont la Poliomyélite, la rougeole, la rubéole, la fièvre jaune, le tétanos néonatal au cas par cas, et les diarrhées à Rotavirus, les méningites bactériennes

³⁴Ames et al. Mapping how information about child hood vaccination is communicated in two regions of Cameroon: What is done and where are the gaps? BMC Public Health, 15: 1264.

(Haemophilus influenzae type b, pneumocoque) et récemment le syndrome de rubéole congénitale sur surveillance sentinelle.

Tableau 9: Récapitulatif des performances par indicateur majeur en 2015, 2016 et 2017

Maladies sous contrôle	Indicateurs majeur	Situation actuel		
		2015	2016	2017
Polio	Couverture VPO3 (%)	83,4	83,8	84
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans	5,5	8,1	8,3
	Qualité des selles (%)	87,0	87,0	89,7
	Ecart de couverture	07	07	08
	Nombre de PVS	00	00	00
	Nombre des AVS mené (JNV/JLV)	07	08	05
TMN	Couverture Td2 (%)	62	59	72
	Proportion des cas investigués (%)	7	50	39
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	3	1	4
	Y a-t-il eu des AVS ? (O /N)	N	O	N
Rougeole	Couverture RR1 (%)	NA	78,1	77,4
	Nombre de flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	88	7	5
	Etendue géographique des campagne de riposte	National	DS	DS
	Nombre total de cas de rougeole (laboratoire/ cliniques/épidémiologiques)	638	91	185
	Taux d'incidence de rougeole	8,3	1,4	1,7
	Taux d'éruptions cutanées non rougeoleuses	4,6	7,1	7,4
	% de districts avec au moins 1 cas suspect de rougeole	89,9		91
Fièvre jaune	CV antiamarile (%)	79	78	77
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect	96,8	98,4	99,5
	Cas confirmés	2	41	4
	Campagne de prévention organisée ? (O/N)	O	N	N
Rota	Proportion des selles diarrhéique teste positive(%)	17,5	19,2	30,0
Méningite	Proportion d'échantillon LCR testés			
MAPI	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Oui	Oui	Oui
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	03	00	01
	% des DS ayant notifié un cas de MAPI	24.2%	48,7%	50,3%

3.6.2 La surveillance des Paralysie Flasques Aigues (PFA)

Entre 2015 et 2017, d'importants efforts ont été consentis dans la lutte contre la polio. La couverture vaccinale en VPO3 a augmenté d'un point, les AVS menées de bonne qualité et l'amélioration des indicateurs de performance de la surveillance de polio. Cependant, les revues récentes (desk revue en 2015 et évaluations OBRA) ont relevé quelques insuffisances à savoir l'insuffisance dans la coordination, la faible documentation et le faible archivage des activités de surveillance.

L'objectif national des indicateurs majeurs des performances de surveillance sont en général bon. En termes de détection des cas, le taux de paralysie flasque aigue non polio annualisé (TPFA NPA ≥ 3) a été atteint depuis 2015 et la qualité des selles s'est améliorée de 87% en 2015 à 89,7% en 2017 mais reste toujours en deçà de l'objectif d'au moins 90% fixé par le pays. Les longs délais d'acheminements des échantillons ont été également relevés. Le pays est indemne de polio depuis 2015.

Au cours des AVS, La proportion d'enfants non vaccinés dans les ménages est restée inférieure à 5% depuis janvier 2016, pendant que celle en hors ménage varie entre 3% et 5%.

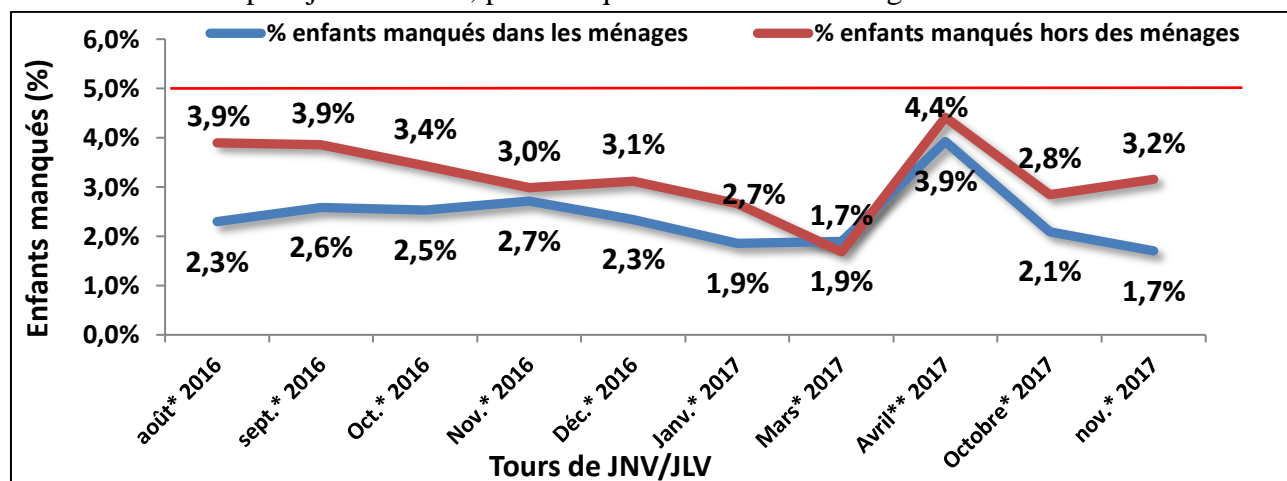


Figure 10: Evolution du nombre d'enfants vaccinés 0-59 mois lors des JNV/JLV de 2016 à 2017

Sources : Rapport 2017 SAVS

La proportion des parents informés avant la campagne reste élevée. La qualité des AVS polio s'est globalement améliorée pendant les deux dernières campagnes (octobre et novembre 2017). La surveillance environnementale est nationale avec au moins un site par région. Les eaux usées ont été effectués dans 30 sites répartis dans 18 districts de santé. Aucun cas de PVS ni de VDPV n'a été isolé par le laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun. Cependant, les NPENT et sabin ont été identifiés respectivement dans 19,7% et 4,9% des prélèvements en 2017.

3.6.3 TMN

En 2012, le pays a atteint le seuil d'élimination du tétanos maternel et néonatal. Un plan pour maintenir le statut d'élimination est suivi. Le nombre de districts ayant franchi le seuil d'élimination (1 cas pour 1000 naissances vivantes) était de 03 (Kar-Hay, Olamze et Nwa) en 2015, 01 (Messamena) 2016 et 03 (Ngog Mapubi, Ndom, Nguti) en 2017. Durant cette période, la proportion des cas investigués est restée inférieure à l'objectif d'au moins 80% ainsi que la riposte.

Des actions de riposte locale ont été menées autour de certains cas notifiés et dans les districts ayant franchi le seuil d'élimination. Les riposte dans ces DS ont été mené dans 03 en 2018, sauf à Nguti pour raison d'insécurité.

3.6.4 Rougeole et rubéole

Dans le cadre de la performance de la surveillance de la rougeole, les 2 indicateurs principaux à savoir le pourcentage des DS ayant investigué au moins un cas et le taux de rash fébrile non rougeoleux ont été atteints de 2015 à 2017. 07 districts de santé ont connu une épidémie de rougeole en 2016 contre 88 en 2015 soit une réduction de 92% du nombre de Districts de Santé en épidémie après la campagne de suivi de fin 2015.

Tableau 10: Evolution de la couverture vaccinale anti rougeoleuse, des Cas et décès de rougeole et des indicateurs de surveillance de la rougeole de 2015 à 2017 au Cameroun.

Année	Couverture (VAR/RR) en % PEV de routine	Nombre de cas déclarés	Nombre de décès déclarés.	Taux de létalité	Taux de rash fébrile non rougeoleux	% districts ayant investigué au moins un cas
2015	79	1650(650)*	39	2,3	4,6	92%
2016	77	1669(91)*	2	0,1	7,1	89%
2017	77	1702(185)*	0	0,0	7,4	91%

*Cas confirmé (laboratoire et lien épidémiologique)

Au cours de ces années, l'incidence de la rougeole a diminué, mais l'objectif de moins de 1 cas /100 000 habitants n'est pas toujours atteint. On note également une baisse de taux de létalité de 2,3 à 0,0.

3.6.5 Fièvre jaune

La proportion de district ayant investigué au moins un cas de fièvre jaune est restée optimale (supérieure à 80%) de 2015 à 2017. Le nombre de cas confirmés varie en dents de scie avec un pic en 2016 comme présenté dans le tableau récapitulatif ci-dessus. Néanmoins, aucune riposte n'a été menée ces deux dernières années.

3.6.6 Rotavirus et méningites bactériennes

La surveillance des diarrhées à Rota virus et méningites bactériennes est sentinelle. En 2017, un arrêt d'analyse des échantillons prélevés due à la rupture des réactifs a été observé (mois de Mai à la fin 2017). Toutefois, la collecte des échantillons a continué.

Tableau 11: Bilan de la surveillance sentinelle des diarrhées à rotavirus et des (MBP) de 2015 à 2017

Année	Diarrhées à rotavirus		Cas positifs de Méningites bactériennes pédiatriques		
	Cas suspects	Positifs	Hib	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Autres
2015	273	48 (17,5%)	1	3	13
2016	632	131 (19,2%)	3	4	1
2017	756	104 (30,0%)	0	3	1

Le taux de positivité des diarrhées à Rota virus est passé de 17,5% en 2015 à 30% en 2017. Ceci soulève un problème sur la vaccination en routine de ce vaccin.

Quant aux méningites bactériennes pédiatriques, le nombre de cas confirmés de méningite à *Haemophilus influenzae* type b et à *Pneumocoques* est quasiment nul depuis l'introduction du vaccin dans la vaccination de routine. Ce nombre est en moyenne de 02 et 03 cas pour ces infections respectivement.

3.6.7 Gestion des MAPI

La surveillance des MAPI est effective au Cameroun. Cependant, on note une tendance générale à la sous-notification des cas avec seulement 28.7% de districts ayant notifié au moins un cas en 2017 contre 80% attendus. Les cas de MAPI graves survenant aussi bien pendant les AVS que lors de la vaccination de routine font l'objet d'investigation poussée par le comité MAPI.

3.7 Financement des activités du Programme

Les sources de financement du PEV sont:

- Le budget de l'Etat, sous forme de crédits alloués aux trois niveaux de la pyramide sanitaire;
- Les fonds d'appui apportés par les partenaires dont Gavi, OMS, UNICEF, CHAI, Plan Cameroon, HKI, AFD, GIZ, FICR, SVI ;
- Les fonds locaux, parfois sous forme de dons en nature.

3.7.1 Contribution de l'Etat au financement du PEV

La vaccination est l'une des interventions prioritaires de la composante prévention de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027. La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé oscille entre 6% et 8% depuis 2011, tandis que celle allouée au MINSANTE varie entre 4% et 6%. Le montant alloué au PEV a en valeur absolue progressivement augmenté de 2012 à 2016 et a connu un tassement en 2017 ; il reste néanmoins insuffisant au regard des besoins identifiés.

Tableau 12: Contribution du Gouvernement au financement du programme de 2015 à 2017(en FCFA)

Année	Budget MINSANTE	Ressources de l'Etat affectées au PEV	Pourcentage (%)
2015	207 066 000000	3030360000	1,46%
2016	236 167 500000	3413800000	1,45%
2017	208 201 500000	3 779 915 000	1,82%
2018	174,239,000,000	3,255,602,018	1.86%

Source: Rapports financiers PEV et Lois de finance 2015, 2016, 2017

L'augmentation de la contribution de l'Etat au financement du PEV peut s'expliquer par le plaidoyer de haut niveau mené par les dirigeants du PEV avec l'appui des membres du Parlement auprès des décideurs politiques sur l'importance de la vaccination dans le processus de développement. Cependant, pour que cette augmentation soit conséquente, il est souhaitable que la vaccination soit considérée comme un investissement dans le budget de l'Etat.

3.7.2 Contribution des partenaires au financement du PEV

Tableau 13: Financement des partenaires du programme de 2015 à 2017 (en F CFA)

Année	OMS	UNICEF	GAVI	CHAI	Total
2015	2 526 905 963	6 515 460 000	17 902 328 241		26 944 694 205
2016	823 509 935	284 211 000	5 235 368 911		6 343 089 846
2017	2 696 235 997	2 809 402 081	7 297 300 000	102 315 018	12 905 253 096
Total	6 046 651 895	9 609 073 081	30 434 997 152	102 315 018	46 193 037 147

Source : Rapports annuels PEV 2015 à 2017

Globalement, la tendance du financement des partenaires est à la baisse, l'année 2016 ayant connu une chute drastique. De 2015 à 2017, l'appui des partenaires du Programme est passé de

26 944 694 205 FCFA à 12 905 253 096 FCFA, malgré l'entrée en jeu de CHAI. Gavi est le plus gros contributeur (65,9%) sur la période.

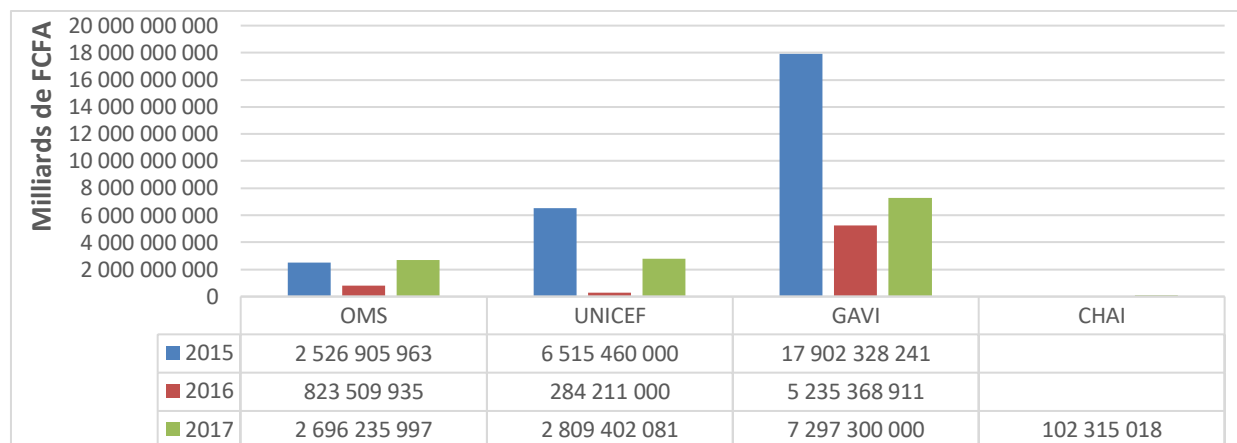


Figure 11: Financement des partenaires du Programme de 2015 à 2017

Tableau 14: Financement total du PEV de 2015 à 2017(en FCFA)

SOURCES	2015	2016	2017	Total
Etat	2 658 723 646	2 694 021 146	3 779 915 000	9 132 659 792
Partenaires	26 944 694 205	6 343 089 846	12 905 253 096	46 193 037 147
Total	29 603 417 851	9 037 110 992	16 685 168 096	55 325 696 939

Source: Rapports financiers PEV 2015, 2016, 2017

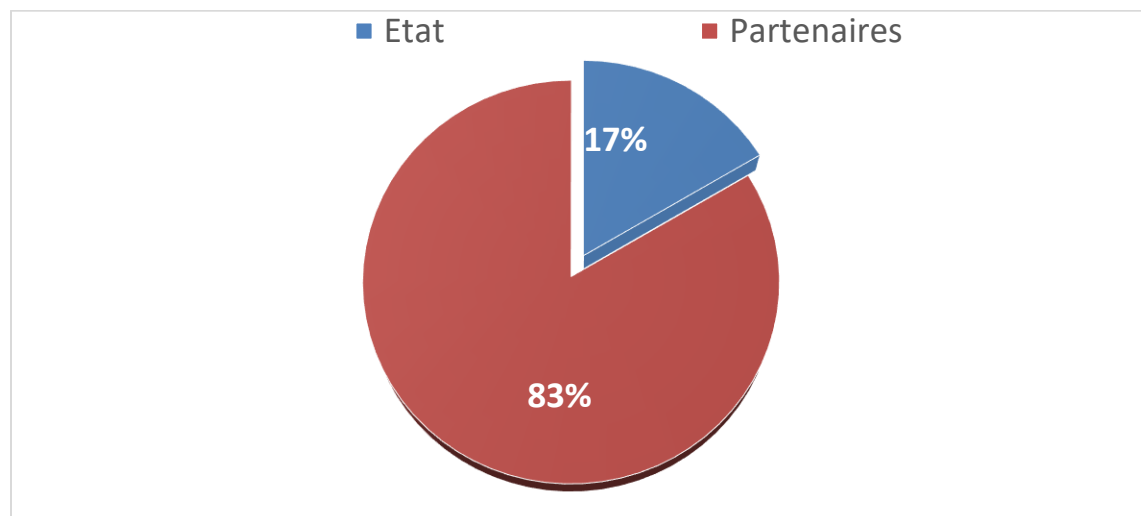


Figure 12: Contribution Etat - Partenaires dans le financement du PEV de 2015 à 2017

Dans l'ensemble, le budget du PEV de 2015 à 2017 a connu une diminution. Les activités du PEV sont en majorité financées par les partenaires. Toutefois, les efforts consentis par l'Etat ont permis le relèvement de sa contribution de 1,15% sur la période 2011-2013 à 1,49% sur la période 2015-2017. D'après les projections du PIB et de l'évolution de la population à la lumière du DSCE, le Cameroun atteindra un PIB par habitant de l'ordre de 1500 dollars en 2019. Par conséquent, il ne devrait plus être éligible au financement GAVI d'ici 2019, conformément aux nouvelles dispositions de soutien de GAVI qui fixe le plafond du PIB par habitant à 1500 dollars.

La viabilité financière du Programme, l'atteinte et le maintien de ses objectifs de couverture vaccinale dépendront de la capacité du Pays à mobiliser les ressources alternatives nécessaires et en

assurer une gestion efficiente. La principale stratégie de financement durable de la vaccination envisagée jusqu'à peu était la création d'un Fonds de soutien à la Santé avec un guichet pour la vaccination à travers une Loi dont la préparation était coordonnée par un comité interministériel. La poursuite et l'élargissement des réflexions a débouché sur une réforme plus vaste, la mise en place progressive d'un système de Couverture Santé Universelle, système national de prépaiement des soins et services de santé visant à améliorer l'accès aux soins pour toutes les couches de la population, y compris les plus démunies.

Pour assurer la fiabilité et la transparence de la gestion des ressources du PEV tant aux niveaux central que Régional, le Programme envisage l'acquisition de la version la plus actuelle du logiciel TOM2PRO (V2), le logiciel TOMPRO acquis en 2010 étant devenu obsolète et le volume des opérations à traiter en relation avec la CAA s'étant accru.

3.7.3 Financement de la demande de la vaccination

Il existe plusieurs mécanismes de financement de la demande au Cameroun (mutuelles santé, chèque santé, etc.). Ces mécanismes innovants pour améliorer l'utilisation des services restent cependant insuffisants car leur mise en œuvre n'intègre pas toutes les formations sanitaires. Le projet de couverture santé universelle, dont les procédures et les mécanismes de mise en place du système sont suffisamment avancés, envisage de régler une part importante des problèmes de génération de la demande à travers l'amélioration de l'accès aux soins pour toutes les couches de la population, y compris les plus démunies.

3.8 Analyse FFOM par composante :

Gestion du programme

Forces :

- Existence d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des vaccins;
- Planification régulière des activités au niveau central ;
- Disponibilité d'un Plan Stratégique National de renforcement des capacités du personnel du PEV.

Faiblesses :

- Allocation insuffisante de la quote-part du budget du MINSANTE dédié à la vaccination ;
- Mécanisme non optimal de suivi des dépenses infranationales relatives à la gestion PEV ;
- Absence de mécanisme garantissant le financement durable de la vaccination ;
- Suivi insuffisant des dépenses destinées au PEV au niveau régional et opérationnel ;
- Planification sous optimale des activités de vaccination au niveau intermédiaire et opérationnel ;
- Coordination insuffisante des activités de vaccination au niveau régional ;
- Supervisions formatives insuffisamment menées à tous les niveaux ;
- Gestion insuffisante des données de vaccination au niveau régional et opérationnel;
- Formation continue insuffisante et peu coordonnée du personnel du PEV.

Opportunités :

- Appui constant des partenaires dans la MEO des activités de suivi-évaluation ;
- Approbation par Gavi des subventions RSS 2.

Menaces :

- Sortie future du Cameroun de l'éligibilité aux financements GAVI, sans mise en place des mesures d'autofinancement pour l'achat des vaccins ;
- Faible niveau de décaissement des fonds du trésor public ;
- Financement activités majoritairement dépendant des partenaires ;
- Le passage à la transition polio qui aura un impact sur les performances de la surveillance PFA, rougeole, fièvre jaune, TMN et la vaccination de routine car les fonds de polio contribuent aux performances de ces domaines ;
- Forte mobilité du personnel de santé intervenant dans la mise en œuvre des activités de vaccination.

Prestations de services

Forces

- Gratuité de la vaccination
- Absence d'iniquité liée au genre
- Réussite introductions des vaccins: VPI, RR.
- Bonne qualité des AVS
- Existence d'un outil de supervision intégrée SMNI
- Intégration d'autres interventions de santé et des interventions intersectorielles.

Faiblesses

- Non atteinte des objectifs de couverture et d'équité vaccinale ;
- Insuffisance de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District ;
- Insuffisance de l'offre et de la demande des services de vaccination.
- Non maîtrise de la cartographie des communautés difficiles d'accès et zone de faible couverture
- Insuffisance de la gestion des vaccins
- -Faible maîtrise des dénominateurs
- Insuffisance de la qualité des données
- Faible appropriation par le personnel du PEV (ou faible capacité d'utilisation) de l'outil de supervision intégrée SMNI

Menaces

- Déclenchement différé de la mise en œuvre du RSS 2
- Sous-financement des activités de la vaccination de routine
- Effets de la graduation GAVI
- Diminution des financements alloués à la lutte contre la Polio
- Elargissement des zones à sécurité compromise

Opportunités

- Migration vers le DHIS2
- Intervention de nouveaux acteurs dans le financement de la vaccination de routine (BMGF)
- Identification de/plaidoyer pour sources additives de financement à tous les niveaux
Financement innovant des activités de la vaccination de routine (PBF)
- Mise en œuvre du CCEOP
- Technologies innovantes de suivi et mise en œuvre de la vaccination (KOBBO collect, ODK, Avadar)

Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins

Forces :

- Existence de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables;
- Existence d'un système de prévision annuelle des besoins ;
- Mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion des vaccins et de la CDF ;
- Capacité de stockage suffisante dans certaines régions ;
- Le renforcement continu des équipements de la chaîne du froid ;
- Disponibilité d'un camion frigorifique pour l'enlèvement et la distribution des vaccins ;
- Existence d'un système de distribution des vaccins et consommables à tous les niveaux.

Faiblesses :

- Système de ravitaillement en vaccins et intrants inadéquat entre les niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Maintenance insuffisante des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant ;
- Insuffisance de matériel de chaîne du froid au niveau opérationnel ;
- Existence au niveau opérationnel des réfrigérateurs non conformes aux normes de l'OMS ;
- Insuffisance de maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant au niveau régional et opérationnel ;
- Insuffisance dans la gestion des déchets de la vaccination au niveau périphérique ;
- Utilisation insuffisante des outils de gestion et de monitoring.
- Retards dans le dédouanement des consommables (2 à 4 mois) ;
- Insuffisance de dispositifs de monitoring de température continue à tous les niveaux ;
- Insuffisance de formation des acteurs impliqués dans la gestion des vaccins ;
- Insuffisance d'incinérateurs conformes pour la destruction des déchets biomédicaux issus des activités de vaccination.

Opportunités :

- Approbation du pays pour la plateforme d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement et le RSS 2 (Gavi) ;
- Appui financier de Gavi pour la construction d'un nouvel entrepôt humide et sec pour le PEV

Menaces :

- Décaissement difficile des fonds alloués à l'achat et à l'enlèvement du vaccin et matériel d'injection du port et de l'aéroport ;
- Sortie de l'éligibilité au financement de GAVI ;
- La menace sécuritaire dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest qui peuvent constituer un frein dans la MEO des activités de distribution des vaccins et des ECF.

Initiatives de lutte accélérée contre les maladies (AVS)

Forces

- Les indicateurs des performances de surveillance rougeole et de la fièvre jaune sont dans les normes ;
- Maintien du statut d'élimination du TNN ;
- Mise en œuvre des initiatives innovantes pour le renforcement de la surveillance des MEV (ODK/ISS, AVADAR);

- Implication des agents relais communautaire dans les activités de santé.

Faiblesses

- Le taux d'incidence de rougeole est supérieur au taux d'élimination attendu ;
- Le seuil d'élimination du TMN est dépassé dans certains districts et risque de remettre en cause le statut d'élimination du TMN dans le pays ;
- Discordance de 5,8 points entre la CV administrative l'ECV de la dernière campagne de suivi contre la rougeole (2015) ;
- Retard de réponse dans les épidémies de rougeole et TNN ;
- Insuffisance dans la préparation et la coordination des AVS ;
- Insuffisance dans la mobilisation des ressources ;
- Faible mobilisation des ressources nationales en faveur de la surveillance ;
- Discordance des données entre différentes bases de données (MAPE/PEV) ;
- Insuffisance dans l'archivage et la documentation.

Opportunités :

- Appuis techniques et financiers des Partenaires/ONG humanitaires ;
- Existence de la Task Team de coordination des activités de surveillance et AVS dans la zone du Bassin du Lac Tchad ;
- Collaboration intersectorielle (MINDEF, MINPROFF, MINEDUB, MINCOM, MINEPIA, MINAS, Etc.).

Menaces :

- Forte dépendance des financements extérieurs ;
- Insécurité dans les régions septentrionales de l'Est, du Nord-ouest et du Sud-ouest ;
- Logistique inadaptée pour atteindre les populations spéciales

Surveillance et notification

Forces :

- Maintien du pays exempt de PVS depuis 2015 ;
- Les indicateurs des performances de surveillance sont dans les normes ;
- La surveillance environnementale nationale effective;
- Comités polio existant et fonctionnel ;
- La qualité de la mise en œuvre des AVS polio ;
- Maintien de statuts d'élimination du TMN ;
- Atteinte des indicateurs majeurs de rougeole ;
- Riposte menée au tour des épidémies ;
- Mise en œuvre des initiatives innovantes pour le renforcement de la surveillance des MEV (ODK/ISS, AVADAR);

Faiblesses :

- Insuffisance dans la préparation et la coordination des AVS;
- Insuffisance dans la mobilisation des ressources ;
- Non atteinte de certaines populations spéciales (nomades, migrants ; Refugies/IDPs, îles) ;
- Persistance des DS sous performants;
- Long délais d'acheminements des échantillons à tous les niveaux

- Sous notification et investigation des cas de MAPI
- Le taux d'incidence de rougeole est supérieur au taux d'élimination attendu ;
- Le seuil d'élimination du TMN est dépassé dans certains districts et risque de remettre en cause le statut d'élimination du TMN dans le pays ;
- Retard de riposte dans les épidémies de rougeole et TNN ;
- Faible mobilisation des ressources nationales en faveur de la surveillance ;
- Irrégularité dans la tenue des réunions de monitoring trimestrielle de surveillance ;
- Insuffisance dans l'archivage et la documentation.

Opportunités :

- Appuis techniques et financiers des Partenaires/ONG humanitaires ;
- Collaboration intersectorielle (MINDEF, MINPROFF, MINEDUB, MINCOM, MINEPIA, MINAS, Etc.).

Menaces :

- Forte dépendance des financements extérieurs ;
- Insécurité dans les régions septentrionales, Nord-Ouest, Sud-Ouest et de l'Est ;
- Logistique inadaptée pour atteindre les populations spéciales.

La Communication pour le Développement

Forces

- Existence d'un PSC au niveau central et des PICs au niveau intermédiaire ;
- Mobilisation politique à travers les comités de coordination à différents niveaux du système de santé ;
- Développement des partenariats avec les OSC, les médias, les secteurs apparentés pour la promotion de la vaccination ;
- Monitoring des activités de communication ;
- Conduite des enquêtes socio-anthropologiques ;
- Interventions ciblant les populations spéciales et populations/groupes réfractaires ;
- Intégration des résultats de recherche et autres évidences dans les plans de communication

Faiblesses

- Insuffisance des plans de communication au niveau opérationnel ;
- Faible qualité des données collectées dans le cadre du monitoring
- Sous-utilisation des agents de santé communautaires et autres acteurs communautaires ;
- Insuffisance du partenariat avec les entreprises et institutions politiques
- Absence d'un plan systématique d'évaluation et de recherche sur la communication ;
- Faible visibilité du PEV à travers les plateformes numériques

Opportunités

- Appui financier des partenaires au développement ;
- Existence de grants de financement de la communication au niveau mondial

Menaces

- Contexte sécuritaire dans certaines régions du pays
- Baisse de financement au niveau mondial.

Calcul des coûts et financements

Forces :

- La budgétisation et dotation des ressources financières et matérielles en faveur de la Vaccination systématique dans toutes les structures de la pyramide sanitaire.
- L'inscription au niveau du budget de l'État de deux lignes de crédits pour l'achat des vaccins et du matériel d'injection pour le PEV ;
- L'amélioration des procédures d'acquisition des vaccins et consommables par l'intermédiaire de l'UNICEF ;
- L'accroissement progressif du budget du PEV par rapport au budget de la santé ;
- L'existence d'un cadre de dépense à moyen termes (CDMT) sectoriel comme outils de planification budgétaire et de mobilisation de ressources additionnelles au profit du secteur de la santé ;
- La connaissance des couts projetés sur 3 ans faites avec l'outil de COSTING de l'ensemble des charges/intrants pour la vaccination.

Faiblesses

- L'absence d'un outil automatisé moderne de gestion financière
- L'absence d'une politique nationale de financement de la santé ;
- Le déblocage tardif des ressources par certains partenaires
- L'insuffisance de coordination des interventions des partenaires au niveau des districts sanitaires ;
- L'insuffisance des ressources financières du PEV ;
- La lourdeur des procédures administratives et financières ;
- La faible contribution de la communauté, de la collectivité et du privé dans le financement de la vaccination ;
- L'insuffisance dans la justification des ressources financières.
- Insuffisance de formation des responsables des structures sanitaires sur la gestion des ressources financières.

Opportunités

- Le soutien constant des partenaires techniques et financiers ;
- L'appui de GAVI pour l'achat des nouveaux vaccins et consommables, ainsi que l'équipement CDF et logistique,
- Le processus de décentralisation administrative en cours
- L'engagement des plus hautes autorités à accompagner la vaccination ;
- L'existence de structures décentralisées (Commune, collectivité, COGES) qui accompagnent certaines formations sanitaires.

Menaces

- Le faible taux de mobilisation des ressources financières des partenaires techniques et financiers ;
- Les décaissements tardifs des ressources de l'Etat
- La persistance des crises sociopolitique

- Le retrait progressif des partenaires techniques et financiers du PEV.

4. OBJECTIFS DU PPAC 2018-2020

4.1 Objectif général

Contribuer d'ici 2020, à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination à travers :

- Le renforcement de la qualité, de l'équité et de la pérennité des services de vaccination
- L'accroissement de la demande des services de vaccination.
- Le renforcement des capacités des acteurs
- L'introduction d'une manière pérenne de nouveaux vaccins et des technologies appropriées.
- Le maintien du pays exempt de Poliomyélite et du statut d'élimination du tétanos néonatal, l'atteinte des objectifs d'élimination de la rougeole, de la rubéole, et du contrôle de la fièvre jaune
- Le financement durable de la vaccination.

4.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques pour chaque composante d'ici à 2020 ainsi que les jalons, sont décrits dans les tableaux ci-dessous

4.2.1 Prestation de services de vaccination

Objectif : Améliorer la couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV de routine y compris celle de nouveaux vaccins.

Prestation de services de vaccination (Vaccination systématique)					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Étapes /Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
Couverture vaccinale	Non atteinte de l'objectif de CV en penta3 (90%)	1	Porter de 86% à au moins 90% la couverture vaccinale Penta3 au niveau national	2018 : 87% 2019 : 89% 2020 : 90%	Les avantages de la Vaccination s'appliquent à tous de manière Équitable
	Non atteinte de l'objectif de CV en RR (87%)	1	Augmenter de 77% à au moins 85% la couverture vaccinale en RR au niveau national	2018 : 80% 2019 : 83% 2020 : 85%	
Offre de vaccination	Insuffisance de l'offre de vaccination en stratégie fixe	1	Porter le nombre de séances de vaccination en stratégie fixe de 3 par mois à au moins 20 par mois dans toutes les FOSA qui vaccinent	2018 : ≥ 8 /mois 2019 : ≥ 16 /mois 2020 : ≥ 20 /mois	Les avantages de la Vaccination s'appliquent à tous de manière équitable
	Insuffisance de l'offre de vaccination en stratégie avancée (y compris les communautés difficiles d'accès et les zones de faible couverture)	1	Porter de 50% à 100% le nombre de formations sanitaires éligibles qui réalisent les activités de vaccination en stratégie avancée	2018 : 80% 2019 : 90% 2020 : 100%	
Demande de vaccination	Insuffisance de l'utilisation des services de vaccination : nombre élevé d'enfants non atteints et de perdus de vues		Réduire de 18.5% à au moins de 10% le taux d'abandon général (BCG-VAR) au niveau national et de 7.8% à au moins de	-TAG : 2018 :12% 2019 : 10% 2020 : 9% -TAS :	Les individus et les Communautés comprennent la valeur des Vaccins et réclament les

		1	7% le taux d'abandon spécifique (Penta1-Penta3)	2018 : 7% 2019 : 6% 2020 : 5%	vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité
Equité vaccinale	La proportion des districts ayant une couverture vaccinale inférieure à 80% est élevée	1	Porter de 71% à au moins 80% la proportion des districts ayant une couverture vaccinale supérieure à 80%	2018 : ≥75% 2019 : ≥80% 2020 : ≥80%	Les avantages de la Vaccination s'appliquent à tous de manière équitable
	Les disparités de CV persistent : entre les zones urbaines et rurales Entre les régions sanitaires, selon le niveau d'éducation et les quintiles de richesse	1	Maintenir l'équité à moins de 5% l'écart de CV selon le genre	2018-2020 : <5%	
			Réduire l'écart de CV de moins de 10% entre les zones rurales et les zones urbaines	2018-2020 : <10%	
Introduction de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés	Retard dans l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés (vaccins contre le HPV, la méningite A, dose de naissance du vaccin contre l'hépatite virale B, 2eme dose de RR, doses supplémentaires	1	Introduire d'ici 2020 dans le PEV de routine : - le vaccin contre l'hépatite B à la naissance (HepB0), le vaccin contre le HPV, le vaccin contre la méningite A (MenA), la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole, doses	2019 : -2eme dose vaccin RR -HepB0 -HPV - Doses supplémentaires de vaccins contre le tétanos) -2020 : MenAfrivac	Développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés : d'ici 2020, tous les pays à revenus faible et moyen ont introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés

de vaccins contre le tétanos)	supplémentaires de vaccins contre tétanos		
-------------------------------------	---	--	--

Tableau 15: Objectifs de couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV (2018-2020)

Vaccin	Objectifs de couverture vaccinale		
	2018	2019	2020
BCG	92%	93%	94%
bVPO	89%	89%	90%
Penta 3	87%	89%	90%
PCV-13	87%	89%	90%
IPV	87%	89%	90%
Rota-Liq	89%	89%	90%
RR	80%	83%	85%
VAA	80%	83%	85%
Td	75%	80%	80%
HPV	---	80%	85%
HépB DN	---	60%	80%
Men_A	---	---	60%

4.2.2 Initiative de lutte accélérée contre les maladies

Objectif : Maintenir les AVS de qualité avec moins de 5% de cibles non atteintes

Initiative de lutte accélérée contre les maladies					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapes/Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
Polio	Persistance des zones mal couvertes	1	Atteindre au moins 95% des enfants de 0-59 mois dans toutes les communautés y compris les CDA et les ZFC	2018-2020 : $\geq 95\%$ d'enfants	D'ici à 2018, Parvenir à l'éradication de la poliomyélite
Tétanos	Faible couverture en Td2+	1	Atteindre au moins 95% des femmes en âge de procréer dans toutes les communautés y compris les CDA et les ZFC des DS	2018-2020 : $\geq 95\%$ de femmes en âge de procréer	- Atteindre les objectifs de CV dans chaque région, pays et communauté (Maintenir le statut d'élimination du TNN)

			ayant franchi le seuil d'élimination		
Rougeole/ rubéole	Persistance des zones mal couvertes et augmentation du nombre de susceptibles	1	Atteindre au moins 95% des enfants de 9-59 mois dans toutes les communautés y compris les CDA et les ZFC des DS en épidémie	2018-2020 : $\geq 95\%$ d'enfants	La rougeole et la rubéole éliminées dans au moins cinq régions de l'OMS
Fièvre jaune	Persistance des zones mal couvertes et persistance du cycle selvatique	1	Atteindre au moins 95% des enfants de 9-59 mois dans toutes les communautés y compris les CDA et les ZFC des DS en épidémie	2018-2020 : $\geq 95\%$ d'enfants	-Atteindre une CV d'au moins 90% dans les pays à risque.

4.2.3 Surveillance et notification

Objectif : Maintenir les indicateurs de surveillance des maladies cibles du PEV et des MAPI au-dessus des normes d'ici 2020

Surveillance épidémiologique et Notification					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapes/ Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
Surveillance de routine des MEV	Détection et investigation tardive des MEV	1	Atteindre l'objectif de pays exempte de polio	0 cas de PVS ni de cVDPV de 2018-2020	D'ici à 2018, Parvenir à l'éradication de la poliomyélite
		1	Maintenir le Taux de PFA non polio annualisé ≥ 2 pour 100.000	2018-2020 TPFANPA ≥ 2 pour 100.000	
		1	Atteindre la proportion de selles prélevées dans les 14 jours $\geq 90\%$ au niveau national et dans toutes les régions	2018-2020 Qualité des selles $\geq 90\%$	

Surveillance épidémiologique et Notification					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapas/ Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
		2	Maintenir un taux de rash fébrile non rougeoleux	2018-2020 : ≥ 2	La rougeole et la rubéole éliminées dans au moins cinq régions de l'OMS Maintenir le Statut d'élimination du TNN, rougeole, Fièvre jaune et méningite
		1	Réduire l'incidence de la rougeole à moins d'1 cas pour 1 000 000 d'habitants d'ici 2019	2018-2020 : ≤1	
		2	Maintenir le taux d'investigation de la rougeole et fièvre jaune d'au moins 2 cas pour 100 000 habitants au niveau central et dans toutes les régions d'ici 2020	2018-2020 : ≥2	
		1	Atteindre et maintenir une proportion de cas notifié et investigués de TNN de 80% d'ici 2020	2018-2020 : 80%	
			Nombre de DS ayant franchi le seuil d'élimination du TNN qui est ≥ cas / 1000 NV	2018-2020 : 0	
Surveillance sentinelle	Non atteinte de l'objectif de surveillance sentinelle	2	Déterminer l'incidence des maladies évitables par les nouveaux vaccins et la distribution des souches circulantes		
Surveillance des MAPI		1	Porter le taux de notification de MAPI à au moins 1 cas de MAPI /1000000	2018-2020 : ≥1/100 000	

Surveillance épidémiologique et Notification					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapas/ Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
			nourrissons survivants par an		
			Porter le taux d'investigation des MAPI graves à au moins 80%	2018 : 60% 2019 : 70% 2020 : 80%	

4.2.4 Approvisionnement, logistique et qualité des vaccins

Approvisionnement, logistique et qualité des vaccins					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapas /Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
Approvisionnement et distribution des vaccins	Rupture de stock de vaccins et consommables de plus de 7 jours à tous les niveaux	1	Approvisionner le niveau central, régional et périphérique en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue	Proportion de structures sans rupture de stock de plus de 7 jours 2018: 70% 2019 : 85% 2020 : 100%	Améliorer la disponibilité des vaccins et consommables à tous les niveaux.
Approvisionnement et distribution des vaccins	Insuffisance de capacité de stockage en vaccins et consommables à tous les niveaux	1	Renforcer la capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux.	Proportion de structures ayant une capacité de stockage suffisante pour les vaccins Au niveau central 2018 :70% 2019 :85% 2020 :100% Au niveau régional 2018 :70% 2019 :90% 2020 :100%	Améliorer la disponibilité des vaccins et consommables à tous les niveaux.

				<p>Au niveau district</p> <p>2018 :41%</p> <p>2019 :70%</p> <p>2020 :90%</p> <p>Au niveau centre de santé</p> <p>2018 :41%</p> <p>2019 :70%</p> <p>2020 :90%</p>	
Gestion de la maintenance	Qualité de la maintenance insuffisante	1	Mettre en œuvre les activités de maintenance à tous les niveaux	<p>Proportion d'équipements fonctionnels</p> <p>Au niveau central</p> <p>2018 :90%</p> <p>2019 :95%</p> <p>2020 :100%</p> <p>Au niveau régional</p> <p>2018 :70%</p> <p>2019 :90%</p> <p>2020 :100%</p> <p>Au niveau district</p> <p>2018 :41%</p> <p>2019 :70%</p> <p>2020 :90%</p> <p>Au niveau centre de santé</p> <p>2018 :41%</p> <p>2019 :70%</p> <p>2020 :90%</p>	Renforcer les équipements de chaîne de froid et les moyens de transport à tous les niveaux
Gestion de la maintenance	Insuffisance de capacité de transport des vaccins et intrants	2	Doter les structures de santé en matériel roulant.	<p>Nombre de véhicules/moto dédiés au transport des vaccins et intrants de la vaccination</p> <p>Au niveau central</p> <p>2018 :70%</p>	Renforcer les équipements de chaîne de froid et les moyens de transport à tous les niveaux

				2019 :70% 2020 :70% Au niveau régional 2018 :50% 2019 :60% 2020 :70% Au niveau district 2018 :36% 2019 :50% 2020 :60% Au niveau centre de santé 2018 :36% 2019 :50% 2020 :60%	
Gestion de la maintenance	Capacité de destruction des déchets issus des activités de vaccination insuffisante	2	Renforcer la capacité des structures à éliminer correctement les déchets issus des activités de vaccination d'ici 2020	Proportion des structures (central, régional et district) disposant d'incinérateurs adéquats 2018 :36% 2019 :50% 2020 :60%	Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination
Approvisionnement et distribution des vaccins	Qualité et disponibilité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins insuffisantes à tous les niveaux	2	Renforcer les capacités des Logisticiens sur la gestion efficace des vaccins	Proportion des logisticiens formés Au niveau central 2018 :90% 2019 :95% 2020 :100% Au niveau régional 2018 :70% 2019 :80% 2020 :90%	Améliorer la disponibilité et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables.

				Au niveau district 2018 :40% 2019 :70% 2020 :80% Au niveau centre de santé 2018 :20% 2019 :40% 2020 :70%	
--	--	--	--	---	--

4.2.5 Communication pour le développement

Objectifs : D'ici 2020 :

- Développer les activités de plaidoyer et de partenariat
- Amener au moins 90 % des parents d'enfants à utiliser les services de vaccination ;
- Développer les stratégies de communication d'e-health et de santé mobile intégrées aux usages habituelles de promotion de la vaccination
- Renforcer le mécanisme de suivi évaluation des activités de communication en faveur de la promotion de la vaccination.

4.2.6 Gestion du Programme

Objectifs : D'ici 2020 :

- Renforcer le respect de la régulation et la gouvernance à tous les niveaux pour des services de vaccination efficaces, équitables, et de qualité
- Obtenir un engagement et un partenariat politique à tous les niveaux
- Renforcer à tous les niveaux la planification des interventions du PEV
- Renforcer à tous les niveaux le suivi et la coordination des interventions du Programme

Gestion du programme					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapas/Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
qualité des données	Absence des utilitaires du PEV dans les points de prestation Le mouvement des enfants d'une FOSA à une autre crée des déperdition artificielle dans le système	1	D'ici 2020, Rendre disponible les outils intégrés pour la gestion de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire		

Gestion du programme					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etales/Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
	Les équipements informatiques n'ont pas un Plan de maintenance après leur acquisition	1	Assurer la maintenance du matériel informatique et le réseau internet dans tous les DS, UR/PEV et au GTC/PEV		
	Il n'existe pas de procédures pour la gestion des données du PEV.		S'assurer de l'utilisation des normes et procédures de gestion des données		
	Les documents de travail se trouvent dans les ordinateurs personnels Le volume des papiers produits au niveau régional et central devient important et nécessite un rangement spécifique et une dématérialisation de certains documents archives		D'ici 2020, disposer d'un système d'archivage physique et électronique au GTC-PEV et dans les UR-PEV	2019 : système d'archivage au GTC-PEV 2020 : extension dans les UR-PEV	
	La connaissance exacte de sa population cible reste toujours problématique		Disposer des données de populations qui reflètent la réalité		

Gestion du programme					
Sous-composante	Problème	Priorité	Objectifs	Etapes/Jalons	Lien avec Objectifs/cibles du GVAP
	car elle ne reflète pas toujours les réalités				
	Les réunions de revue et validation de données du PEV restent faiblement réalisées à tous les niveaux		Assurer la mise en œuvre de toutes les activités de suivi-évaluation		

4.2.7 Gestion des ressources humaines :

- Renforcer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les compétences, la motivation et le développement professionnel des acteurs de la vaccination.

4.2.8 Calcul des coûts et financement

- Élaborer et budgétiser un plan d'action PEV opérationnel annuel
- Assurer la gestion efficiente des ressources mobilisées pour le Programme. (Efficience)
- Suivre les dépenses afférentes aux prestations de services et repérer les insuffisances à tous les niveaux (efficience)
- Assurer la mobilisation et la mise à disposition à temps, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des fonds destinés aux services de vaccination (fiabilité).
- Faire le plaidoyer pour une mobilisation supplémentaire des ressources nationales destinées aux services de vaccination (viabilité)
- Utiliser à des fins de plaidoyer les informations sur les coûts et les avantages de la vaccination contenues dans les PPAC

5. STRATEGIES ET CALENDRIER DES ACTIVITES

5.1 Prestation de services de vaccination

Prestation de services de vaccination						
Sous composantes	Objectifs	Stratégies	Activités principales/Essentiels	2018	2019	2020
		Renforcer la mise en œuvre de la Stratégie "Atteindre Chaque District"	Elaborer annuellement/actualiser les microplans de chaque DS	X	X	X
			Mettre en œuvre la vaccination en stratégies fixe et	X	X	X

Couverture vaccinale	Porter de 86% à au moins 90% la couverture vaccinale au Penta3, et de 77% à au moins 85% en RR au niveau national d'ici 2020		avancée/mobile suivant les directives nationales			
			Mener les supervisions formatives à tous les niveaux suivant les directives nationales	X	X	X
			Faire l'analyse des performances pour action à tous les niveaux suivants les directives nationales	X	X	X
			Mettre en œuvre les AVI trimestriellement dans les DS sous performants	X	X	X
		Mettre en œuvre les stratégies innovantes/spéciales au profit des communautés	Mener des activités spécifiques pour atteindre les communautés difficiles d'accès (nomades, populations insulaires, peuples autochtones...)	X	X	X
			Mettre en œuvre des activités spécifiques pour atteindre les populations en zones à sécurité compromise (IDP, réfugiés...)	X	X	X
			Conduire des activités spécifiques pour atteindre les populations des zones précaires urbaines	X	X	X
		Réduire les occasions manquées de vaccination (MOV)	Mettre en œuvre les interventions de la stratégie MOV		X	X
		Intégrer le programme de vaccination systématique à d'autres prestations préventives essentielles de santé maternelle et infantile et à d'autres interventions intersectorielles	Etablir les liens entre la vaccination systématique et les autres prestations préventives essentielles en faveur de la santé de la mère et de l'enfant	X	X	X
			Développer le partenariat avec les administrations en charge de la santé animale	X	X	X
			Développer le partenariat avec les	X	X	X

			administrations en charge la santé scolaire			
			Développer le partenariat avec les administrations en charge de la santé militaire	X	X	X
			Développer le partenariat avec les administrations en charge de la santé pénitentiaire		X	X
			Développer le partenariat avec les administrations en charge de la santé de la police		X	X
Equité en vaccination	Porter de 71% à au moins 80% la proportion des districts ayant une couverture vaccinale supérieure à 80% au Penta 3, et réduire les ratios d'iniquité à moins de 10 % d'ici 2020	Améliorer la pénétration des services de vaccination au sein des groupes visés	Mettre en œuvre les interventions liées à l'analyse de l'équité dans les districts de santé sous performants			
		Repérer et desservir les populations, les communautés et les individus qui restent à l'écart ou sont marginalisés	Mener une étude sur les raisons de mise à l'écart/marginalisation de la vaccination de certaines communautés/populations et y apporter des mesures correctrices		X	X
			Repérer les enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés lors des AVS et lors des activités de surveillance des maladies évitables par la vaccination		X	X
			Conduire une enquête de satisfaction sur la qualité de l'offre de service de vaccination (convivialité, commodités, efficience et la qualité des prestations dans les établissements de soins) et y apporté des solutions		X	X

Demande	Réduire de 18.5% à moins de 10% le taux d'abandon général (BCG-VAR) au niveau national et de 7.8% à moins de 7% le taux d'abandon spécifique (Penta1-Penta3) d'ici 2020	Engager les communautés à l'utilisation optimale des services de vaccination	Développer les activités de vaccination des perdus de vue dans la communauté	X	X	X
			Evaluer la mise en œuvre des micro plans ACD avec les communautés et identifier localement des actions correctrices		X	X
Introduction de nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés	Introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés d'ici 2020	Renforcer/élargir l'offre de service de vaccination à travers les nouveaux vaccins	Mettre en œuvre les activités relatives à l'introduction de la deuxième dose RR et à la campagne de suivi		X	
			Mettre en œuvre les activités relatives à l'introduction du vaccin contre le HPV		X	
			Mettre en œuvre les activités relatives à l'introduction du vaccin contre la méningite à méningocoque A		X	X
			Mettre en œuvre les activités relatives à l'introduction du vaccin contre l'hépatite B dose de naissance		X	
Initiative accélérée de lutte contre la maladie		Parvenir à l'éradication/élimination des MEV sous surveillance	Participer à l'organisation 02 SASNIM/JNV par an	X	X	X
			Organiser des AVS préventives (JNV/JLV) contre la polio	X		
			Organiser les ripostes aux éventuelles épidémies de polio	X	X	X
			Mettre en œuvre le E-tracking des acteurs dans les DS chroniquement sous performants	X	X	X
			Organiser les campagnes de suivi contre la rougeole		X	

		Organiser des enquêtes post AVS (Rougeole, Polio)	X	X	X
		Organiser les ripostes locales aux éventuelles épidémies de rougeole	X	X	X
		Organiser des ripostes autour du cas de TNN et dans les districts ayant franchi le seuil d'élimination	X	X	X
		Mettre en œuvre des activités du plan d'éradication/ plan de transition Polio	X	X	X
		Mettre en œuvre des activités post certification /éradication	X	X	X
		Mettre en œuvre des activités du plan stratégique d'élimination de la rougeole	X	X	X
		Mettre en œuvre des activités spécifiques (EYE)	X	X	X
		Mettre en œuvre des activités du plan de maintien de l'élimination du TNN	X	X	X
	Créer des synergies entre la vaccination systématique, les actions en vue d'accélérer la lutte contre les maladies et les activités visant à l'introduction de nouveaux vaccins	Utiliser les activités de vaccination supplémentaires pour rechercher les enfants insuffisamment/non vaccinés, les individus et les communautés mal desservies et les faire participer aux séances régulières de vaccination	X	X	X
		Saisir l'opportunité de la formation à l'administration du nouveau vaccin pour renforcer la capacité du personnel sanitaire à assurer les vaccinations recommandées	X	X	X

			Renforcer la surveillance des MEV et le suivi des MAPI lors de l'introduction de nouveaux vaccins	X	X	X
--	--	--	---	---	---	---

5.2 Logistique, chaîne du froid et qualité des vaccins

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
Approvisionnement et distribution des vaccins	Satisfaire 100% des besoins des dépôts du niveau opérationnel en vaccins et consommables d'ici 2020	Assurer la qualité et la disponibilité des vaccins à tous les niveaux	Organiser un atelier pour l'estimation des besoins annuels en vaccins et consommables	X	X	X
			Acquérir les vaccins et les consommables	X	X	X
			Organiser des missions trimestrielles de distribution des vaccins et consommables aux niveaux intermédiaires selon le plan de distribution	X	X	X
			Créer et maintenir un cadre de logisticiens dûment formés et dont le professionnalisme soit reconnu pour gérer la chaîne d'approvisionnement en vaccins	X	X	X
			Maintenir la chaîne du froid et le système de distribution des vaccins en état de fonctionner	X	X	X
			Surveiller la température pendant tout stockage et transport de vaccin	X	X	X

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
			Intégrer en toute sécurité les systèmes d'approvisionnement en vaccins et en fournitures médicales		X	X
			Réaménager les systèmes d'approvisionnement en vaccins en vue d'une efficacité et d'une efficacité maximum		X	X
			Mise en œuvre des activités du plan d'amélioration de la GEV	X	X	X
			Mise en œuvre des recommandations (audits, supervisions, inventaires, EGEV, Etudes, etc.)	X	X	X
Approvisionnement et distribution des vaccins	Augmenter la capacité de stockage des dépôts central et périphériques d'au moins 90% d'ici 2020	Renforcement en infrastructures et équipements	Construire le nouvel entrepôt du PEV au niveau central	X	X	X
			Acquérir 2 chambres froides+ de 40 m3 au niveau central, 3 CF+ de 40m3 au niveau régional, 144 réfrigérateurs au niveau district, 3622 réfrigérateurs au niveau centre de santé et 572 stabilisateurs	X	X	
			Acquérir des enregistreurs continus de température avec système d'alarme via réseau téléphonique (5 niveau central et 7 en régional) et 2500	X		

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
			enregistreurs de type 30 jours			
			Acquérir des groupes électrogènes stabilisateurs (5 de 40 KVA au niveau régional)		X	
			Acquérir 73 extincteurs au niveau central et régional		X	
			Faire 4 missions de suivi par an des travaux de construction des magasins sec	X	X	X
			Réaliser des études sur la CDF		X	X
Gestion de la maintenance	Augmenter le taux de fonctionnalité des équipements CDF de 57% à 90% d'ici 2020	Renforcement des activités de maintenance	Création d'une unité de maintenance au niveau central	X		
			Création et implantation des pools de maintenance au niveau régional		X	
			Elaborer les SOPs en matière de la maintenance des ECF et les outils de gestion y afférent		X	
			Former 10 agents au niveau central, 24 au niveau régional dans la maintenance des équipements CDF		X	
			Renforcer le fonctionnement de l'Unité 'Maintenance' du programme		X	X
			Effectuer des missions trimestrielles d'interventions préventives	X	X	X

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
			Effectuer 4 missions d'interventions curatives par structure	X	X	X
			Faire 5 missions de suivi des contrats de maintenance	X	X	X
			Elaborer la procédure de mise au rebut des équipements	X		
			Mettre à jour les inventaires des équipements CDF sur toute l'étendue du territoire	X	X	X
Logistique de transport	Satisfaire au moins 50% des besoins des structures en moyens de transport à tous les niveaux d'ici 2020	Assurer la disponibilité du matériel roulant et des équipements du PEV	Acquérir 2 véhicules frigorifiques au niveau régional et 15 véhicules pick-up double cabine au niveau district et 554 motos pour les formations sanitaires		X	
Gestion des déchets	Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans au moins 50% des districts d'ici 2020	Amélioration de la gestion des déchets	Doter 80 districts de santé d'un incinérateur		X	X
			Elaborer les SOPs sur la gestion des déchets vaccinaux			
			Former 100 points focaux districts en gestion déchets		X	X
			Elaborer un plan de destruction des déchets vaccinaux par district	X	X	X
			Superviser l'ECD dans la mise en œuvre de leur plan de gestion de déchets		X	X
	Améliorer la disponibilité	Renforcement du système de	Réviser les outils de gestion des vaccins		X	

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
Approvisionnement et distribution des vaccins	et la qualité des données de vaccination et de gestion de stock des vaccins et consommables dans 100% des dépôts à tous les niveaux d'ici 2020	gestion des vaccins à tous les niveaux	et consommables (RR2, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)			
			Valider les outils de gestion des vaccins et consommables (RR2, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		X	
			Diffuser les outils de gestion des vaccins et consommables (RR2, MenAfrivac, HPV, Hépatite B à la naissance)		X	
			Former 15 logisticiens du niveau central, 30 logisticiens du niveau régional à l'utilisation des outils de gestion des vaccins	X	X	X
			Former 15 logisticiens du niveau central, 30 logisticiens du niveau régional à l'utilisation des enregistreurs continus de température et indicateurs de gel	X	X	X
			Equiper les logisticiens du niveau central en 5 kits informatiques, 10 au niveau régional		X	
			Organiser 1 mission de supervision formative sur l'utilisation des	X	X	X

Sous-composante	Objectifs	Stratégies	Activités	2018	2019	2020
			outils de gestion des vaccins			
			Organiser une session annuelle de formation des acteurs de districts sur la gestion efficace des vaccins	X	X	X
			Organiser l'évaluation de la gestion efficace des vaccins		X	

5.3 Composante surveillance et notification

Sous-composantes	Objectifs globaux	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
Surveillance de routine	-D'ici à 2018, Parvenir à l'éradication de la Poliomyélite, -D'ici à 2020, Maintenir le Statut d'élimination du TNN, rougeole, contrôler la Fièvre jaune, Et renforcer la surveillance des méningites bactériennes	Renforcement du système de la surveillance de routine	Mener les activités de supervision formatives a tous les niveaux	X	X	X
			Renforcer les activités de surveillance active des PFA, rougeole, fièvre jaune et TNN dans les formations sanitaires et en communauté			
			Mise en œuvre des activités des plans polio, rougeole, TMN	X	X	X
			Organiser les réunions de monitoring des activités de surveillance a tous les niveaux	X	X	X
			Valider et mettre en œuvre les directives de surveillance de la rubéole congénitale	X	X	X
			Mener les activités de la surveillance sentinelle (personnel, réactifs, réunions,	X	X	X

achat/maintenance des équipements)			
Mettre en place un système de surveillance à base communautaire dans les DS prioritaires	X	X	X
Assurer l'acheminement des échantillons du niveau opérationnel au laboratoire national (contractualisation agence de transport, remboursement frais de transport	X	X	X
Etendre AVADAR dans 04 nouveaux districts de santé pour la surveillance active	X		
Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement de la chaîne de froid rétrograde afin d'améliorer le taux de détection des NPENT	X	X	X
Assurer le fonctionnement des comités Polio et d'élimination de la Rougeole	X	X	X
Mettre en œuvre le Plan d'amélioration de la qualité des données	X		
Organiser des revues des performances trimestrielles du GTC-PEV	X	X	X
Etendre la surveillance environnementale de la poliomyélite			
Elaborer les rapports d'activités trimestrielles du PEV	X	X	X

			Mener les évaluations du PEV	X	X	X
		Identification et mise en œuvre des innovations I	Mise en œuvre du projet AVADAR	X	X	X
			Mettre en œuvre le projet de géolocalisation des cas de PFA	X	X	X
			Mise en œuvre ISS, E Surv, etc.	X	X	X
Surveillance sentinelle	Déterminer l'incidence des maladies évitables par les nouveaux vaccins et la distribution des souches circulantes	Renforcement de la surveillance sentinelle	Apporter un appui financière aux activités de laboratoire	X	X	X
			Mener les activités de recherche active des maladies			
Manifestations indésirables		Renforcement de la surveillance des MAPI	Organiser les missions d'investigation des cas de MAPI graves	X	X	X
			Elaborer, traduire et produire un document standardisé sur les MAPI/Pharmacovigilance	X		
			Assurer la prise en charge des cas de MAPI graves	X	X	X

5.4 Composante Communication pour le Développement

COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT						
Sous composante	Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	2018	2019	2020
Plaidoyer et mobilisation politique	D'ici 2020, développer les activités de plaidoyer	Obtenir un engagement et un partenariat politiques à tous les niveaux pour la	1. Organiser l'appropriation de la vaccination à tous les niveaux du système de santé	X	X	X
			2. Mettre en place des partenariats nationaux pour la vaccination		X	X

	et de partenariat	vaccination systématique	3. Assurer la consistance du cadre juridique et politique du Programme Elargi de Vaccination		X	X
--	-------------------	--------------------------	--	--	---	---

Communication et mobilisation communautaire	Amener d'ici 2020, au moins 90 % des parents d'enfants à utiliser les services de vaccination ;	Sensibiliser les mères/ parents et populations	1. Organiser les causeries éducatives dans les formations sanitaires et les communautés	X	X	X
			2. Former les prestataires des services de vaccination et ASC aux activités de CIP		X	X
			3. Organiser la sensibilisation des populations spéciales (nomades, déplacés internes, réfugiés, etc.) 4. Produire les supports de communication	X	X	X
	Développer l'approche communautaire du PEV et faire participer les groupes sociaux	Travailler avec les ASC, OSC, OBC et leaders et radios communautaires	X	X	X	
	Assurer une communication appropriée face aux réticences, rumeurs et conséquences négatives des MAPI	1. Organiser le dialogue, la négociation et développer des alliances	X	X	X	
		2. Former les prestataires de services de vaccination et ASC à la communication en situation d'urgence		X	X	
Médias et santé mobile	D'ici 2020, développer les stratégies de	Assurer la communication à travers les médias sociaux	Utiliser les médias sociaux et plateformes numériques pour promouvoir la vaccination		X	X

	communication d'e-health et de santé mobile intégrées aux usages habituels de promotion de la vaccination	Assurer la communication à travers les médias traditionnels	Intensifier la communication via les médias nationaux	X	X	X
Production des données sociales et évidences	Renforcer d'ici 2020, le mécanisme de suivi évaluation des activités de communication en faveur de la promotion de la vaccination	Développer les activités de suivi, de production des évidences par des évaluations et la recherche	1. Organiser la collecte, l'analyse, le partage et l'exploitation en continu des données de communication	X	X	X
			2. Organiser les évaluations et la recherche pour soutenir la communication par les évidences	X	X	X

5.5 Composante gestion du programme

Sous-composantes	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
Législation et réglementation	Plaidoyer et sensibilisation	Finaliser l'Avant-projet de loi de création du fonds et le transmettre au Parlement	X	X	X
		Organiser 3 rencontres de sensibilisation des Députés et Sénateurs pour augmenter le budget de la vaccination dans un contexte de transition polio et Gavi	X	X	X
Planification		Elaborer le Plan de Travail Annuel du PEV	X	X	X

	Planification stratégique et opérationnelle	Organiser annuellement la planification des activités aux niveaux central (01), régional (10) et DS (189)	X	X	X	
		Elaborer le PPAc 2021-2025			X	
Coordination	Fonctionnement des comités	Mettre en place et assurer le fonctionnement du GTCV	X	X	X	
		Mettre en place et assurer le fonctionnement du CCIA technique au niveau central	X			
		Mettre en place et assurer le fonctionnement des Comités Rougeole et MAPI	X	X		
		Assurer le fonctionnement du CCIA	X	X	X	
	Amélioration de la qualité des données	Produire les utilitaires du PEV	X	X	X	
			Acquérir le matériel et des équipements informatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X
			Contractualiser la maintenance du matériel et des équipements informatiques	X	X	X
	Recherche et Développement		Elaborer, mettre en œuvre et suivre le plan de Recherche-Développement du PEV		X	X
			Mener des recherches opérationnelles sur les thématiques prioritaires du PEV (Enquête CAP, PFE...)		X	X
	Plaidoyer	Plaidoyer stratégique	Mener le plaidoyer pour la mise en œuvre de la Déclaration d'ADDIS-ABEBA	X	X	X
Mener le plaidoyer pour l'allocation d'un budget de fonctionnement pour les 10 unités régionales PEV			X	X	X	
Faire le plaidoyer auprès du MINSANTE et des Partenaires pour le financement du budget du PEV			X	X	X	
Faire un plaidoyer pour la dotation en personnel (communautaire et technique) nécessaire à la prestation des services de vaccination			X	X	X	
Mener un plaidoyer auprès du MINFI et MINEPAT afin que les fonds relatifs à l'achat des vaccins soient logés dans le BIP			X	X	X	

		Mener un plaidoyer auprès du MINDEVEL et des CVUC en vue de la mise en place d'une ligne "appui à la vaccination" dans les budgets des collectivités territoriales décentralisées (CTD)	X	X	X
--	--	---	---	---	---

Gestion du programme						
Sous composantes	Objectifs	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
Qualité des données	D'ici 2020, Rendre disponible les outils intégrés pour la gestion de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Concevoir les utilitaires du PEV et migrer son système d'information vers le DHIS2	Produire les utilitaires de gestion de données à tous les niveaux	X	X	X
			Mener une étude sur la cohérence des données collectées dans Les districts de santé pilote à travers l'utilisation parallèle du DVDMT et du DHIS2	X		
			Développer le module du Dashboard DHIS2 accessible par niveau avec transfert des données au format DVDMT/RIM	X	X	
			Mettre en place un système de transmission mensuelle électronique des données de vaccins et intrants		X	
	Assurer la maintenance du matériel informatique et le réseau internet dans tous les DS, UR/PEV et au GTC/PEV	Elaborer les procédures de maintenance du parc informatique	Organiser annuellement des visites de suivi/maintenance des équipements informatiques dans tous les DS	X	X	X
			Acquérir du matériel informatique (régions) avec connexion internet et flotte téléphonique	X	X	X
			Renforcer les capacités des acteurs sur l'utilisation des outils de collecte et rapportage	X	X	X
			Organiser annuellement les ateliers de formation/recyclage des personnels des régions sur la gestion des données et l'utilisation des outils	X	X	X

Gestion du programme						
Sous composantes	Objectifs	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
	S'assurer de l'utilisation des normes et procédures de gestion des données	Mettre en œuvre un système de gouvernance des données	Elaborer et valider les SOPs pour la gestion des données de vaccination		X	
	Disposer d'un système d'archivage physique et électronique au GTC-PEV et dans les UR-PEV		Mettre en place un système d'archivage		X	X
	Disposer des données de populations qui reflètent la réalité		Tenir des réunions annuelles d'actualisation/harmonisation des populations des villages/communautés y compris les populations spéciales	X	X	X
	Assurer la mise en œuvre de toutes les activités de suivi-évaluation	Evaluer la qualité du système d'information	Conduire des revues documentaire de la qualité des données (DQR/DQA) ;	X	X	X
			Mener des enquêtes de couverture tous les 5 ans			X
		Tenir des activités régulières de monitoring des performances du programme	Tenir des réunions de revue et validation des données à tous les niveaux	X	X	X
			Tenir trimestriellement des réunions du "groupe de travail qualité des données" pour le suivi de la mise en œuvre du Plan	X	X	X

5.6 Gestion des ressources humaines

Sous-composantes	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
RH	Dotation et motivation du personnel	Identifier le besoin en personnel communautaire pour assurer la prestation des services de vaccination	X	X	X
		Elaborer et mettre en œuvre des mécanismes d'incitation et de redevabilité du personnel		X	X

Sous-composantes	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
Renforcement des capacités		Mettre en œuvre le plan Stratégique de renforcement des capacités du personnel	X	X	X
Supervision	Renforcement des capacités	Mettre en place un pool d'auditeurs internes des activités du PEV		X	
		Former les gestionnaires financiers PEV à l'utilisation des outils de reporting des dépenses locales de la vaccination à tous les niveaux		X	X
		Organiser tous les deux ans un atelier de renforcement des capacités des superviseurs (01 niveau Central, 10 niveau régional, 189 niveau DS)	X		X
		Organiser des supervisions formatives semestrielles dans les 55 Districts de Santé à faible couverture vaccinale	X		
		Organiser des supervisions formatives semestrielles du Niveau central vers les régions et Districts		X	X
		Organiser des supervisions formatives trimestrielles du Niveau régional vers les Districts et mensuelles des districts vers les formations sanitaires	X	X	X

5.7 Calcul des coûts et financements

Sous-composantes	Stratégies	Activités principales/Essentielles	2018	2019	2020
Viabilité financière	Mobilisation des fonds et ressources	Elaborer et mettre en œuvre un guide de mobilisation locale des fonds en faveur de la vaccination		X	X
	Efficience	Mettre en place un outil moderne et automatisé de gestion financière et comptable aux niveaux central et régional		X	
		Mettre en place un mécanisme de reporting des dépenses de la vaccination aux niveaux districts et aires de santé	X	X	
Audit et contrôle	Amélioration de la gestion financière	Elaborer un plan annuel d'audit interne et externe des activités du PEV à tous les niveaux		X	
		Mener les missions d'audits externes (annuels) et internes trimestrielles du niveau central vers les régions et les DS		X	X
		Mener les missions de supervision financière semestrielle et d'appui comptable au niveau central et trimestrielles au niveau régional	X	X	X

6. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS

6.1 Coûts et financements du Programme Elargi de Vaccination 2018-2020

Afin d'évaluer le budget du Plan Pluriannuel Complet du PEV, l'année 2017 a été utilisée comme année de base qui a permis de faire une projection des besoins futurs du programme, ainsi que l'identification des sources de financement pour les cinq prochaines années. Cette évaluation se présente de la manière suivante :

- Méthodologie de détermination des coûts ;
- Analyse des coûts actuels et futurs du programme ;
- Analyse des financements actuels et projetés du programme pour les années à venir et détermination du gap financier ;
- Réduction des gaps ;
- Stratégies de viabilité financière du PEV ;
- Tableau synoptique des prévisions budgétaires 2018 - 2020.

6.2 Méthodologie

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

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

Un atelier d'élaboration du draft zéro s'est tenu en novembre 2017 à Ebolowa réunissant des responsables du Ministère de la Santé Publique, des représentants des Ministères partenaires³⁵, les partenaires techniques et financiers³⁶, ainsi que la Société Civile représentée par la Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Promotion de la Vaccination et du Renforcement du Système de Santé au Cameroun (PROVARESSC) et des élus du peuple (Maires et Députés).

6.3 Analyse des coûts 2017 et futurs du programme

6.3.1 Analyse des coûts 2017

La mise en œuvre des activités du Programme Elargi de Vaccination au cours de l'année 2017 a coûté \$US 42 254181 contre \$ US 97 122 659 initialement prévu pour l'année 2017 dans le PPAC 2015-2019.

La structure des montants dépensés montre que \$ US 7 437870 (soit 17,6% du total) de l'enveloppe ont été consacrés aux activités de vaccination supplémentaires, \$ US 32 058794 (75,9%) à la vaccination de routine et \$ US 2 757517 (6,5%) aux coûts partagés.

L'acquisition des vaccins et matériels d'injection pendant les activités de vaccination a représenté \$ US 2 117 718, soit 5,0% des dépenses totales du PEV.

³⁵ Le Ministère des Finances (MINFI) et le Ministère de l'Economie, la Planification et l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) étaient représentés à ces travaux

³⁶ OMS, Unicef, CHAI et PLAN Cameroon

Tableau 15: Indicateur pour l'année de référence 2013

Rubrique	Coût en \$ US	Pourcentage
Campagnes de vaccination	7 437 870	17,6%
Vaccination de routine (*)	32 058 794	75,9%
Dépenses totales de vaccination	39 496 664	93,5%
Total des coûts partagés (**)	2 757 517	6,5%
TOTAL	42 254 181	

(*) La "vaccination de routine" englobe :

- la vaccination par habitant (\$ US 1,32) ;
- la vaccination par enfant (DTC3 \$ US 45).

(**) Le "total des coûts partagés" englobe :

- Les coûts partagés du personnel (\$ US 9 998) ;
- La construction des bâtiments partagés (\$ US 2 747 519).

Les financements des coûts de vaccination de routine ont été assurés en 2017 par l'Etat et ses partenaires. Les plus grands financiers du programme sont l'Etat du Cameroun avec 45,3%, GAVI (57,1%), UNICEF (1,6%), l'OMS (1,9%). Puis vient CHAI avec 0,05%.

Tableau 16: Contributeurs au financement de la vaccination de routine en 2017

Source de financement	Vaccination de routine seulement	Proportion (%)
Gouvernement	\$10 957 752	34,57%
Gouvernement- co financement	\$3 380 445	10,67%
OMS	\$528 231	1,67%
Unicef	\$457 116	1,44%
Gavi-SNV	\$15 836 125	49,96%
Gavi-RSS	\$205 195	0,65%
Gavi-CCEOP	\$316 142	1,00%
CHAI	\$15 463	0,05%

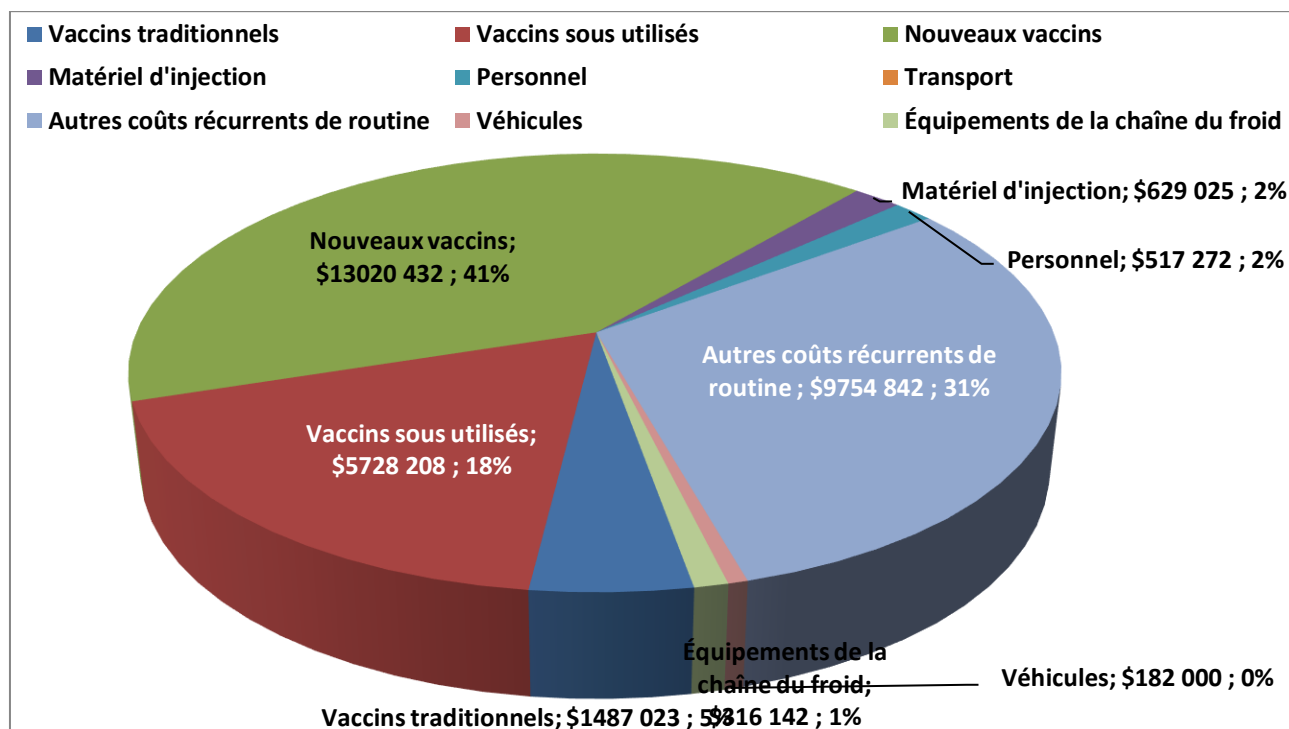


Figure 13: Profil des coûts de l'année de base 2017 (coûts partagés exclus)

Les montants dépensés sont répartis tel qu'il suit :

- 47,5% de l'enveloppe a été consacré à l'achat des vaccins nouveaux et sous utilisés contre 3,8% pour les vaccins traditionnels et 1,6% pour le matériel d'injection ;
- 18,9% pour les campagnes de vaccination;
- 24,7% pour les autres coûts récurrents ordinaires ;
- 1,3% pour le personnel ;
- 0,8% pour les équipements de la chaîne du froid ;
- 1,0% pour les autres biens d'équipement ;
- 0,5% pour les véhicules.

6.3.2 Analyse des coûts futurs

Les besoins futurs du PEV pour la période 2018-2020 s'élèvent à \$ US 182 346233, soit un coût moyen par an de \$ US 60 782078, avec un minimum en 2018 (\$ US 50 959602) et un maximum en 2020 (\$ US 73 603911) traduisant un accroissement graduel essentiellement lié à l'introduction des nouveaux vaccins (HepB 0, HPV, MenafriVac) et de la seconde dose du vaccin RR.

On n'observe pas d'augmentation significative des coûts des composantes Prestation des services, Communication et Génération de la demande et Surveillance et Notification sur les 3 années du PPAc. La contribution du PEV aux coûts partagés du système de santé ne croît pas de façon significative non plus. Toutefois, les composantes Gestion du Programme et Approvisionnement en vaccins et Logistique connaissent un fort accroissement des coûts en 2019 et 2020, en raison des introductions de vaccins qui impliquent des coûts d'acquisition des vaccins et intrants, des coûts opérationnels et une acquisition de chambres froides supplémentaires en 2020. En outre, l'on observe en 2019 une hausse transitoire du coût des activités de vaccination supplémentaires composante liée notamment à la campagne de vaccination de suivi contre la Rougeole et la Rubéole.

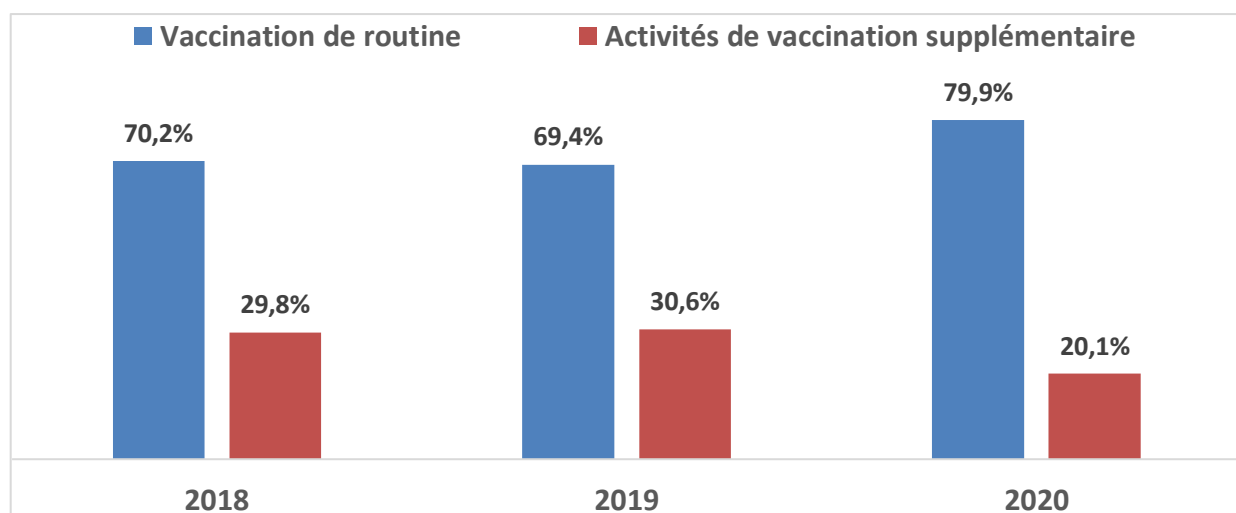


Figure 14: Evolution des coûts de 2018 à 2020

Tableau 17: Evolution des coûts désagrégés de 2018 à 2020

RUBRIQUES	2018	2019	2020	TOTAL
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	\$23,963,096	\$26,827,986	\$45,330,101	\$96,121,183
Prestation des services	\$529,506	\$570,652	\$667,504	\$1,767,663
Plaidoyer et communication	\$446,226	\$448,903	\$451,597	\$1,346,726
Monitoring et contrôle des maladies	\$417,288	\$419,792	\$422,311	\$1,259,392
Gestion du programme	\$8,779,570	\$10,322,606	\$10,384,542	\$29,486,719
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	\$14,371,136	\$16,839,241	\$14,262,436	\$45,472,812
Coûts directs totaux	\$48,506,822	\$55,429,181	\$71,518,491	\$175,454,493
Coûts partagés du système de santé (contribution du PEV)	\$3,019,824	\$3,065,787	\$3,084,182	\$9,169,793
Total global	\$51,526,646	\$58,494,968	\$74,602,673	\$184,624,287

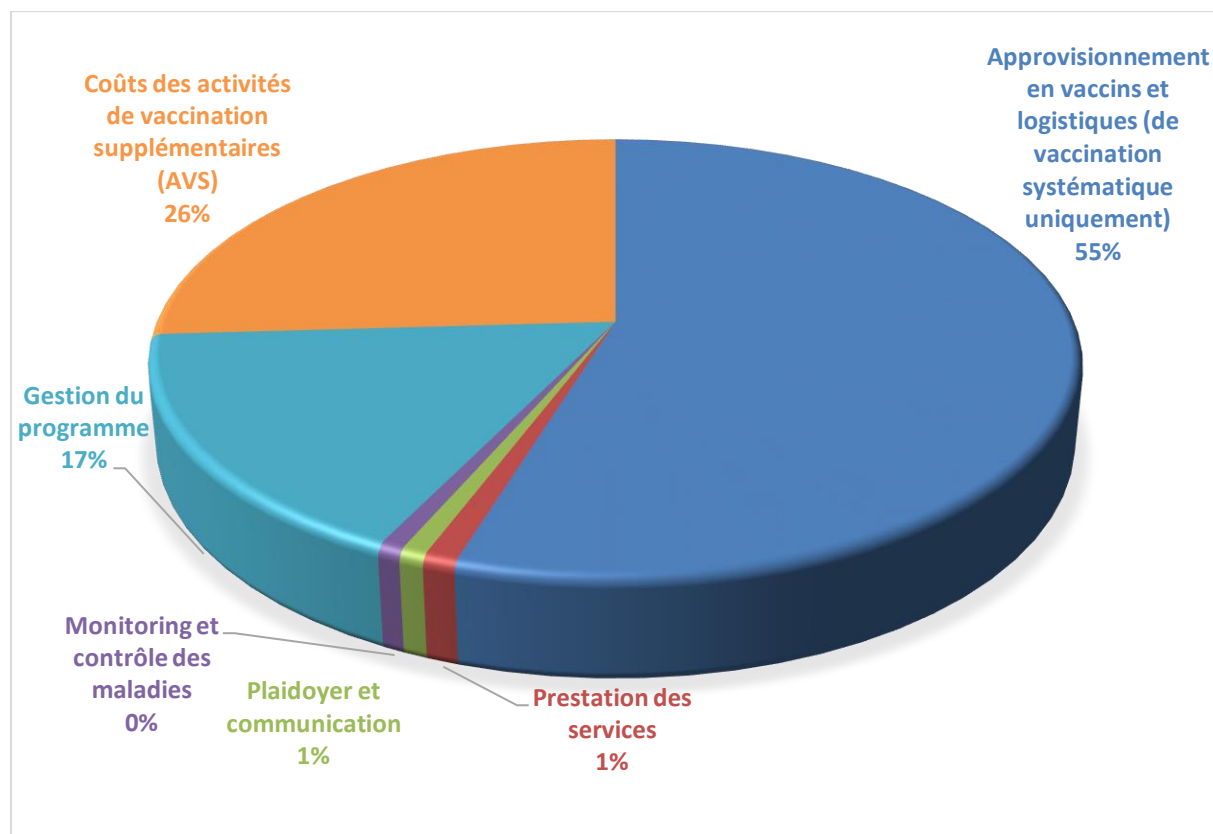


Figure 15: Distribution des besoins totaux en ressources pour la période 2018-2020

Tableau 18: Financements sécurisés 2018-2020

Financement sécurisé	2018	2019	2020
	US\$	US\$	US\$
Gouvernement	11,481,107	13,555,869	13,193,204
Gouvernement- co financement	5,927,642	10,712,075	39,277,217
OMS	2,227,005	1,461,166	1,506,681
Unicef	8,394,515	91,684	92,235
Gavi-SNV	14,437,519	15,753,484	712,416
Gavi-RSS	-	24,833	25,032
Gavi-CCEOP	1,191,317	1,013,793	2,253,493
CHAI	16,490	16,589	-
Total financement sécurisé	43,675,595	42,629,493	57,060,278
Total ressources nécessaires	51,526,646	58,494,968	74,602,673
Ecarts de financement	7,851,051	15,865,475	17,542,395

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

6.4 Détermination du gap financier

Besoins en ressources : financement et écarts*		2018	2019	2020	TOTAL
Total : ressources nécessaires		51526646	58494968	74602673	184624287
Total : ressources nécessaires (routine seulement)		37155511	41655727	60340237	139151475
Par habitant \$\$		1.49	1.63	2.31	1.81
Par enfant ciblé vacciné \$\$		51.15	55.32	78.18	61.55
Total financement sécurisé		43,675,595	42,629,493	57,060,278	143,365,366
Gouvernement		11,481,107	13,555,869	13,193,204	38,230,180
Gouvernement- co financement		5,927,642	10,712,075	39,277,217	55,916,934
OMS		2,227,005	1,461,166	1,506,681	5,194,852
Unicef		8,394,515	91,684	92,235	8,578,434
Gavi-SNV		14,437,519	15,753,484	712,416	30,903,419
Gavi-RSS		-	24,833	25,032	49,865
Gavi-CCEOP		1,191,317	1,013,793	2,253,493	4,458,603
CHAI		16,490	16,589	-	33,079
Écart de financement (financement sécurisé)		7,851,051	15,865,475	17,542,395	41,258,921
% des besoins totaux		15%	27%	24%	22%
Financement probable		7851051	15865426	17542396	41258873
Gouvernement		2806257	2780588	4536687	10123532
Gouvernement- co financement					
OMS		4803495	6088147	6028372	16920014
Unicef			6996691	6960649	13957340
Gavi-SNV					
Gavi-RSS		241299			241299
Gavi-CCEOP					
CHAI				16688	16688
Écart de financement (financement sécurisé & probable)		-	(49)	1	(48)
% des besoins totaux		0%	0%	0%	

6.5 Analyse des financements du programme pour la période 2018-2020

Besoins en ressources : Vaccination

	2017 \$\$	2018 \$\$	2019 \$\$	2020 \$\$
Systématique et campagnes (y compris vaccins et cout opérationnels)	38,870,465	48252237	73166772	82689348
Systématique uniquement (y compris vaccins et couts opérationnels)	31432594	33881102	56327531	6842612

par enfant vacciné DTC. \$	44.35	46.64	7.81	88.66
----------------------------	-------	-------	------	-------

Besoins en ressources : Vaccination par habitant

	2017 \$	2018 \$	2019 \$	2020 \$
Systématique et campagnes (y compris vaccins et cout opérationnels)	1.6	1.94	2.87	3.17
Systématique uniquement (y compris vaccins et couts opérationnels)	1.3	1.36	2.21	2.62

6.5.1 Les coûts récurrents courants

Tableau 19 : synoptiques des coûts par nature du programme

Coûts récurrents de la vaccination systématique					
Catégorie de coûts	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
Vaccins (vaccins de routine seulement)	\$20,235,663	\$21,402,346	\$23,494,074	\$40,671,213	\$85,567,634
Traditionnel	\$1,487,023	\$1,524,206	\$1,596,294	\$1,632,099	\$4,752,599
Sous utilisé	\$5,728,208	\$5,871,443	\$6,144,471	\$6,315,023	\$18,330,937
Nouveau	\$13,020,432	\$14,006,697	\$15,753,310	\$32,724,091	\$62,484,098
Matériel d'injection	\$629,025	\$652,113	\$835,551	\$1,133,268	\$2,620,932
Personnel	\$517,272	\$520,376	\$524,734	\$527,883	\$1,572,993
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$377,073	\$379,335	\$381,611	\$383,901	\$1,144,847
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$3,181	\$3,200	\$4,456	\$4,483	\$12,139
Per diem pour supervision et monitoring	\$137,018	\$137,840	\$138,667	\$139,499	\$416,007
Transport	\$87,315	\$104,718	\$142,079	\$236,360	\$483,156
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$74,779	\$89,683	\$121,680	\$202,424	\$413,786
Stratégie avancée	\$8,798	\$10,551	\$14,315	\$23,815	\$48,681
Stratégie mobile	\$3,739	\$4,484	\$6,084	\$10,121	\$20,689
Entretien et frais généraux	\$818,099	\$975,411	\$1,193,463	\$1,709,460	\$3,878,335
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	\$696,738	\$849,206	\$1,013,793	\$1,526,183	\$3,389,182
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$95,462	\$100,151	\$153,459	\$156,909	\$410,519
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$25,899	\$26,055	\$26,211	\$26,368	\$78,634
Formation de courte durée	\$154,634	\$164,895	\$165,885	\$166,880	\$497,660
IEC/ mobilisation sociale	\$418,457	\$446,226	\$448,903	\$451,597	\$1,346,726
Surveillance des maladies	\$262,058	\$279,448	\$281,125	\$282,812	\$843,385
Gestion du programme	\$146,291	\$155,999	\$156,935	\$157,877	\$470,810
Autres coûts récurrents de routine	\$7,955,303	\$8,432,621	\$9,973,576	\$10,033,417	\$28,439,614
Sous-total		\$33,134,154	\$37,216,325	\$55,370,766	

6.5.2 Les coûts en capital

Tableau 20: Coûts d'investissement pour la vaccination systématique

Coûts d'investissement pour la vaccination systématique	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
Véhicules (100% PEV)	\$182,000	\$216,564	\$296,987	\$487,581	\$1,001,132
Équipements de la chaîne du froid	\$316,142	\$342,111	\$420,289	\$727,310	\$1,489,709
Autres biens d'équipement	\$381,848	\$400,604	\$613,834	\$627,637	\$1,642,075
Bâtiments Construction (100% PEV)	\$42,001	\$42,253	\$42,506	\$42,761	\$127,520
Sous-total	\$ 921,991	\$ 1,001,533	\$ 1,373,616	\$ 1,885,289	\$ 4,260,437

C – LES CAMPAGNES DE VACCINATION

Tableau 21: Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)

Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)					
	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
Sous total	3,102,866	3,686,816	3,793,374	3,903,039	\$11,383,229
Vaccins et matériel d'injection	\$1,315,099	\$1,347,978	\$1,381,681	\$1,416,222	\$4,145,880
Coûts opérationnels	\$1,787,767	\$2,338,838	\$2,411,693	\$2,486,817	\$7,237,349
Sous total	0	0	3,908,684	964,923	\$4,873,608
Vaccins et matériel d'injection	\$0	\$0	\$2,447,518	\$964,923	\$3,412,442
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$1,461,166	\$0	\$1,461,166
Sous total	3,626,890	687,894	708,579	729,888	\$2,126,361
Vaccins et matériel d'injection	\$94,505	\$121,084	\$124,113	\$127,215	\$372,411
Coûts opérationnels	\$3,532,385	\$566,810	\$584,466	\$602,673	\$1,753,949
1.3 - Average Price of Injection Equipment and Cost of Other Injection Supplies	325,514	2,457,583	2,531,571	2,607,801	\$7,596,955
Vaccins et matériel d'injection	\$325,514	\$417,066	\$427,492	\$438,180	\$1,282,738
Coûts opérationnels	\$0	\$2,040,517	\$2,104,079	\$2,169,621	\$6,314,218
Sous total	0	4,803,495	4,932,227	5,064,540	\$14,800,262
Vaccins et matériel d'injection	\$0	\$3,386,469	\$3,471,061	\$3,557,859	\$10,415,388
Coûts opérationnels	\$0	\$1,417,026	\$1,461,166	\$1,506,681	\$4,384,873
Sous total	94,505	501,145	516,013	531,323	\$1,548,481
Vaccins et matériel d'injection	\$94,505	\$121,084	\$124,113	\$127,215	\$372,411
Coûts opérationnels	\$0	\$380,061	\$391,900	\$404,108	\$1,176,069
Sous total	152,672	1,953,693	160,402	164,411	\$2,278,506
Vaccins et matériel d'injection	\$152,672	\$156,490	\$160,402	\$164,411	\$481,303
Coûts opérationnels	\$0	\$1,797,203	\$0	\$0	\$1,797,203
Sous total	135,424	280,510	288,391	296,510	\$865,411

Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)					
	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
Vaccins et matériel d'injection	\$135,424	\$138,807	\$142,275	\$145,842	\$426,924
Coûts opérationnels	\$0	\$141,703	\$146,117	\$150,668	\$438,487
Sous total	0	0	0	0	\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Sous total	0	0	0	0	\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Sous-total	7,437,870	14,371,136	16,839,241	14,262,436	\$45,472,812

D – LES COÛTS PARTAGES**Tableau 22: Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)**

Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)					
	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
Coûts partagés du personnel	\$9,998	\$10,058	\$12,017	\$12,089	\$34,165
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien	\$198,479	\$245,762	\$273,182	\$274,821	\$793,765
Bâtiments partagés - Construction	\$2,747,519	\$2,764,004	\$2,780,588	\$2,797,271	\$8,341,863
Bâtiments partagés - Overhead	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Sous-total	\$ 2,955,995	\$3,019,824	\$3,065,787	\$3,084,182	\$ 9,169,793

Total global	2017	2018	2019	2020	Total 2018 - 2020
	\$42,539,974	\$51,526,646	\$ 58,494,968	\$74,602,673	\$184,624,287
Vaccination systématique	35,102,104	37,155,511	41,655,727	60,340,237	139,151,475
Vaccination supplémentaire (campagnes)	7,437,870	14,371,136	16,839,241	14,262,436	45,472,812

6.5.3 Synoptiques du financement par nature et par source de financement du programme :**A – L'ETAT DU CAMEROUN**

Catégorie de coûts	2018		2019		2020		Total
	Gov	Gov- co financem ent	Gov	Gov- co financem ent	Gov	Gov- co financem ent	
Coûts récurrents de la vaccination systématique	US\$	US\$					

Vaccins (vaccins de routine seulement)							
Traditionnel	\$1,524,206		\$1,596,294		\$1,632,099		\$4,752,599
Sous utilisé		\$965,023		\$1,689,022		\$6,315,023	\$18,330,937
Nouveau		\$4,746,799		\$8,800,125		\$32,724,091	\$62,484,098
Matériel d'injection	\$165,092	\$215,820	\$176,457	\$222,928	\$182,749	\$238,103	\$2,620,932
Personnel							
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	\$379,335		\$381,611		\$383,901		\$1,144,847
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles							\$12,139
Per diem pour supervision et monitoring							\$416,007
Transport							
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)							\$413,786
Stratégie avancée + Stratégie mobile							\$69,370
Entretien et frais généraux							
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :							\$3,389,182
Entretien et d'autre équipement d'investissement	\$100,151		\$61,774		\$64,675		\$410,519
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	\$26,055		\$26,211		\$26,368		\$78,634
Formation de courte durée	\$41,224		\$41,471		\$41,720		\$497,660
IEC/ mobilisation sociale							\$1,346,726
Surveillance des maladies							\$843,385
Gestion du programme	\$155,999		\$156,935		\$157,877		\$470,810
Autres coûts récurrents de routine	\$8,432,621		\$9,973,576		\$10,033,417		\$28,439,614
Sous-total	\$10,824,682	\$5,927,642	\$12,414,329	\$10,712,075	\$12,522,806	\$39,277,217	\$125,721,245
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique							
Véhicules (100% PEV)					\$487,581		\$1,001,132
Équipements de la chaîne du froid			\$200,000				\$1,489,710
Autres biens d'équipement	\$400,604		\$613,834		\$627,637		\$1,642,075
Bâtiments Construction (100% PEV)	\$42,253		\$42,506		\$42,761		\$127,520
Sous-total	\$442,857	\$0	\$856,340	\$0	\$1,157,980	\$0	\$4,260,437
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)							
Polio : Enfants de 0 à 59 mois							
Vaccins et matériel d'injection							\$4,145,880
Coûts opérationnels							\$7,237,348
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans							
Vaccins et matériel d'injection					\$964,923		\$3,412,442
Coûts opérationnels							\$1,461,166
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois							

Vaccins et matériel d'injection								\$372,411
Coûts opérationnels								\$1,753,949
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois								
Vaccins et matériel d'injection								\$1,282,738
Coûts opérationnels								\$6,314,218
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus								
Vaccins et matériel d'injection								\$10,415,388
Coûts opérationnels								\$4,384,873
Vitamine A : Femme en post-partum (3.7%)								
Vaccins et matériel d'injection								\$372,411
Coûts opérationnels								\$1,176,069
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois								
Vaccins et matériel d'injection								\$481,303
Coûts opérationnels								\$1,797,203
Td, ,								
Vaccins et matériel d'injection								\$426,924
Coûts opérationnels								\$438,487
Sous-total	\$0	\$0	\$0	\$0	\$964,923	\$0		\$45,472,811
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)								
Coûts partagés du personnel	\$10,058		\$12,017		\$12,089			\$34,165
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien	\$245,762		\$273,182		\$274,821			\$793,765
Bâtiments partagés - Construction	\$2,764,004		\$2,780,588		\$2,797,271			\$8,341,863
Bâtiments partagés - Overhead								
Sous-total	\$ 3,019,824	\$0	\$3,065,787	\$0	\$3,084,182	\$ 0		\$9,169,793
Total global	\$14,287,363	\$5,927,642	\$16,336,456	\$10,712,075	\$17,729,891	\$39,277,217		\$184,624,286
Vaccination systématique	\$14,287,363	\$5,927,642	\$16,336,456	\$10,712,075	\$16,764,967	\$39,277,217		\$139,151,475
Activités de vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0	\$964,923	\$0		\$45,472,811
Total financement sécurisé	\$11,481,107	\$5,927,642	\$13,555,869	\$10,712,075	\$13,193,204	\$39,277,217		\$143,365,414
Financement probable	\$2,806,257	\$0	\$2,780,588	\$0	\$4,536,687	\$0		\$41,258,872
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$11,225,286	\$5,927,642	\$13,270,669	\$10,712,075	\$13,193,204	\$39,277,217		\$142,086,947
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	\$42,253	\$0	\$0	\$0	\$1,452,505	\$0		\$32,630,098

B – GAVI ALLIANCE

	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--

Catégorie de coûts	Gavi-SNV			Gavi-RSS			Gavi-CCEOP			Total
	US\$			US\$			US\$			
Coûts récurrents de la vaccination systématique										
Vaccins (vaccins de routine seulement)										
Traditionnel										
Sous utilisé	\$4,906,420	\$4,455,449								\$9,361,869
Nouveau	\$9,259,898	\$6,953,185								\$16,213,083
Matériel d'injection	\$271,201	\$436,166	\$712,416							\$1,419,783
Personnel										\$0
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)										\$0
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles										\$0
Per diem pour supervision et monitoring										\$0
Transport										\$0
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)										\$0
Stratégie avancée + Stratégie mobile										\$0
Entretien et frais généraux										\$0
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :							\$849,206	\$1,013,793	\$1,526,183	\$3,389,182
Entretien et d'autre équipement d'investissement										\$0
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)										\$0
Formation de courte durée				\$24,734	\$24,883	\$25,032				\$74,649
IEC/ mobilisation sociale										\$0
Surveillance des maladies										\$0
Gestion du programme										\$0
Autres coûts récurrents de routine										\$0

Sous-total	\$14,437,519	\$11,844,800	\$712,416	\$24,734	\$24,883	\$25,032	\$849,206	\$1,013,793	\$1,526,183	\$30,458,566
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique										\$0
Véhicules (100% PEV)				\$216,564						\$216,564
Équipements de la chaîne du froid							\$342,111		\$727,310	\$1,069,421
Autres biens d'équipement										\$0
Bâtiments Construction (100% PEV)										\$0
Sous-total	\$0	\$0	\$0	\$216,564	\$0	\$0	\$342,111	\$0	\$727,310	\$1,285,985
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)										\$0
Polio : Enfants de 0 à 59 mois										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Rougeole + Rubéole : Enfants de 9 mois à 15 ans										\$0
Vaccins et matériel d'injection		\$2,447,518								\$2,447,518
Coûts opérationnels		\$1,461,166								\$1,461,166
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Vitamine A : Femme en post-partum (3.7%)										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois										\$0

Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Td, ,										\$0
Vaccins et matériel d'injection										\$0
Coûts opérationnels										\$0
Sous-total	\$0	\$3,908,684	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,908,684
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)										\$0
Coûts partagés du personnel										\$0
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien										\$0
Bâtiments partagés - Construction										\$0
Bâtiments partagés - Overhead										\$0
Sous-total	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$0
Total global	\$14,437,519	\$15,753,484	\$712,416	\$241,299	\$24,883	\$25,032	\$1,191,317	\$1,013,793	\$2,253,493	\$35,653,236
Vaccination systématique	\$14,437,519	\$11,844,800	\$712,416	\$241,299	\$24,883	\$25,032	\$1,191,317	\$1,013,793	\$2,253,493	\$31,744,551
Activités de vaccination supplémentaire	\$0	\$3,908,684	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,908,684
										\$0
Total financement sécurisé	\$14,437,519	\$15,753,484	\$712,416	\$0	\$24,883	\$25,032	\$1,191,317	\$1,013,793	\$2,253,493	\$35,411,937
Financement probable	\$0	\$0	\$0	\$241,299	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$241,299
										\$0
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$14,437,519	\$15,753,484		\$0	\$24,883		\$1,191,317	\$1,013,793	\$2,253,493	\$34,674,489
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	\$0	\$0		\$241,299	\$0		\$0	\$0	\$0	\$241,299

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

	2018	2019	2020	
Catégorie de coûts	OMS			Total

Coûts récurrents de la vaccination systématique	US\$			
Vaccins (vaccins de routine seulement)				
Traditionnel				
Sous utilisé				\$0
Nouveau				\$0
Matériel d'injection				\$0
Personnel				\$0
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)				\$0
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	\$3,200	\$4,456	\$4,483	\$12,139
Per diem pour supervision et monitoring	\$137,840	\$138,667	\$139,499	\$416,007
Transport				\$0
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	\$89,683	\$121,680	\$202,424	\$413,786
Stratégie avancée + Stratégie mobile	\$15,035	\$20,399	\$33,936	\$69,370
Entretien et frais généraux				\$0
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :				\$0
Entretien et d'autre équipement d'investissement				\$0
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)				\$0
Formation de courte durée	\$41,224	\$41,471	\$41,720	\$124,415
IEC/ mobilisation sociale				\$0
Surveillance des maladies	\$279,448	\$281,125	\$282,812	\$843,385
Gestion du programme				\$0
Autres coûts récurrents de routine				\$0
Sous-total	\$566,430	\$607,798	\$704,873	\$1,879,102
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique				\$0
Véhicules (100% PEV)		\$296,987		\$296,987
Équipements de la chaîne du froid				\$0
Autres biens d'équipement				\$0
Bâtiments Construction (100% PEV)				\$0
Sous-total	\$0	\$296,987	\$0	\$296,987
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)				\$0
Polio : Enfants de 0 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels	\$1,660,575	\$1,712,302	\$1,765,640	\$5,138,517
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0

Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$3,386,469	\$3,471,061	\$3,557,859	\$10,415,388
Coûts opérationnels	\$1,417,026	\$1,461,166	\$1,506,681	\$4,384,873
Vitamine A : Femme en post-partum (3.7%)				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Td, ,				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Sous-total	\$6,464,070	\$6,644,529	\$6,830,180	\$19,938,779
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)				\$0
Coûts partagés du personnel				\$0
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien				\$0
Bâtiments partagés - Construction				\$0
Bâtiments partagés - Overhead				\$0
Sous-total	\$-	\$-	\$-	\$0
Total global	\$7,030,501	\$7,549,313	\$7,535,053	\$22,114,867
Vaccination systématique	\$566,430	\$904,785	\$704,873	\$2,176,088
Activités de vaccination supplémentaire	\$6,464,070	\$6,644,529	\$6,830,180	\$19,938,779
				\$0
Total financement sécurisé	\$2,227,005	\$1,461,166	\$1,506,681	\$5,194,852
Financement probable	\$4,803,495	\$6,088,147	\$6,028,372	\$16,920,015
				\$0
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$2,227,005	\$1,461,166	\$1,506,681	\$5,194,852
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	\$4,803,495	\$6,088,147	\$6,028,372	\$16,920,015

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

	2018	2019	2020	
Catégorie de coûts	Unicef			Total
Coûts récurrents de la vaccination systématique	US\$			
Vaccins (vaccins de routine seulement)				
Traditionnel				
Sous utilisé				\$0
Nouveau				\$0

Matériel d'injection				\$0
Personnel				\$0
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)				\$0
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles				\$0
Per diem pour supervision et monitoring				\$0
Transport				\$0
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)				\$0
Stratégie avancée + Stratégie mobile				\$0
Entretien et frais généraux				\$0
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :				\$0
Entretien et d'autre équipement d'investissement		\$91,684	\$92,235	\$183,919
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)				\$0
Formation de courte durée	\$41,224	\$41,471	\$41,720	\$124,415
IEC/ mobilisation sociale	\$446,226	\$448,903	\$451,597	\$1,346,726
Surveillance des maladies				\$0
Gestion du programme				\$0
Autres coûts récurrents de routine				\$0
Sous-total	\$487,450	\$582,059	\$585,552	\$1,655,060
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique				\$0
Véhicules (100% PEV)				\$0
Équipements de la chaîne du froid		\$220,289		\$220,289
Autres biens d'équipement				\$0
Bâtiments Construction (100% PEV)				\$0
Sous-total	\$0	\$220,289	\$0	\$220,289
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)				\$0
Polio : Enfants de 0 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$1,347,978	\$1,381,681	\$1,416,222	\$4,145,880
Coûts opérationnels	\$678,263	\$699,391	\$721,177	\$2,098,831
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0
Coûts opérationnels				\$0
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$121,084	\$124,113	\$127,215	\$372,411
Coûts opérationnels	\$566,810	\$584,466	\$602,673	\$1,753,949
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$417,066	\$427,492	\$438,180	\$1,282,738
Coûts opérationnels	\$2,040,517	\$2,104,079	\$2,169,621	\$6,314,218
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus				\$0
Vaccins et matériel d'injection				\$0

Coûts opérationnels				\$0
Vitamine A : Femme en post-partum (3.7%)				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$121,084	\$124,113	\$127,215	\$372,411
Coûts opérationnels	\$380,061	\$391,900	\$404,108	\$1,176,069
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$156,490	\$160,402	\$164,411	\$481,303
Coûts opérationnels	\$1,797,203			\$1,797,203
Td, ,				\$0
Vaccins et matériel d'injection	\$138,807	\$142,275	\$145,842	\$426,924
Coûts opérationnels	\$141,703	\$146,117	\$150,668	\$438,487
Sous-total	\$7,907,065	\$6,286,027	\$6,467,332	\$20,660,425
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)				\$0
Coûts partagés du personnel				\$0
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien				\$0
Bâtiments partagés - Construction				\$0
Bâtiments partagés - Overhead				\$0
Sous-total	\$ -	\$ -	\$ -	\$0
Total global	\$8,394,515	\$7,088,375	\$7,052,884	\$22,535,773
Vaccination systématique	\$487,450	\$802,347	\$585,552	\$1,875,349
Activités de vaccination supplémentaire	\$7,907,065	\$6,286,027	\$6,467,332	\$20,660,425
				\$0
Total financement sécurisé	\$8,394,515	\$91,684	\$92,235	\$8,578,434
Financement probable	\$0	\$6,996,691	\$6,960,649	\$13,957,339
				\$0
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$8,394,515	\$91,684	\$92,235	\$8,578,434
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	\$0	\$6,996,691	\$6,960,649	\$13,957,339

E - CLINTON HEALTH ACCESS INITIATIVE (CHAI)

	2018	2019	2020	
Catégorie de coûts	CHAI			Total
Coûts récurrents de la vaccination systématique	US\$			
Vaccins (vaccins de routine seulement)				
Traditionnel				
Sous utilisé				
Nouveau				
Matériel d'injection				
Personnel				

Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)				
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles				
Per diem pour supervision et monitoring				
Transport				
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)				
Stratégie avancée + Stratégie mobile				
Entretien et frais généraux				
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :				
Entretien et d'autre équipement d'investissement				
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)				
Formation de courte durée	\$16,490	\$16,589	\$16,688	\$49,766
IEC/ mobilisation sociale				
Surveillance des maladies				
Gestion du programme				
Autres coûts récurrents de routine				
Sous-total	\$16,490	\$16,589	\$16,688	\$49,766
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique				
Véhicules (100% PEV)				
Équipements de la chaîne du froid				
Autres biens d'équipement				
Bâtiments Construction (100% PEV)				
Sous-total	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)				
Polio : Enfants de 0 à 59 mois				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Rougeole + Rubeole : Enfants de 9 mois à 15 ans				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Vitamine A : Enfants de 6 à 11 mois				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Vitamine A : Enfants de 12 à 59 mois				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Fièvre jaune : Personnes âgées de 9 mois et plus				
Vaccins et matériel d'injection				

Coûts opérationnels				
Vitamine A : Femme en post-partum (3.7%)				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Mebendazole : Enfants de 12 à 59 mois				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Td ,				
Vaccins et matériel d'injection				
Coûts opérationnels				
Sous-total	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)				
Coûts partagés du personnel				
Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien				
Bâtiments partagés - Construction				
Bâtiments partagés - Overhead				
Sous-total	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total global	\$16,490	\$16,589	\$16,688	\$49,766
Vaccination systématique	\$16,490	\$16,589	\$16,688	\$49,766
Activités de vaccination supplémentaire	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$16,490	\$16,589	\$0	\$33,078
Financement probable	\$0	\$0	\$16,688	\$16,688
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	\$16,490	\$16,589	\$0	\$33,078
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	\$0	\$0	\$16,688	\$16,688

Pour la période 2018-2020, les besoins en ressources financières s'établissent à \$ US \$184,624,286. Le financement sécurisé est de \$ US \$143,365,414, soit 78%, tandis que le financement probable se situe à \$ US \$41,258,872, soit 22%. Il correspond aux promesses de financement faites par les bailleurs tels que l'OMS, l'UNICEF, GAVI et CHAI dans leurs domaines d'action respectifs.

La vaccination systématique représente 75% (\$139,151,475) du budget alors que les AVS représentent 25 % du budget soit \$45,472,811.

Les besoins en ressources du présent PPAC sont pris en charge par les différents bailleurs de fonds tels qu'il suit :

	MONTANT 2018-2020	%
ETAT	\$104,270,645	56%

GAVI	\$35,653,236	19.32%
OMS	\$22,114,867	12%
UNICEF	\$22,535,773	12%
CHAI	\$49,766	0.03%

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

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

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

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

CHAI participe essentiellement pour le suivi de la Logistique et le renforcement des capacités du personnel.

6.5.4 Analyse des écarts dans les financements

Tableau 23: Composition des écarts financiers (en \$ US)

Eléments de l'écart de financement	2018	2019	2020	TOTAL	
Vaccins et matériel d'injection	0	0	0	0	0%
Personnel	0	143123	143982	287105	1%
Transport	0	142079	236360	378439	1%
Activités et autres coûts récurrents	24735	812971	834536	1672242	5%
Logistiques (véhicules, chaîne du froid et autre équipement)	258818	559782	530342	1348942	4%
Activités de vaccination supplémentaire	4803496	11469390	12755755	29,028,641	89%
Écart Financier*	5087049	13127345	14500975	32,715,369	

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

Les coûts partagés étant exclus, car, ils sont entièrement pris en charge par l'Etat, l'analyse des besoins en ressources spécifiques sur la base des financements sécurisés et des financements

probables sur la période 2018-2020 fait ressortir des écarts de financement d'un montant total de \$ US 32,715,369 correspondant au total des financements probables.

Les éléments principaux de l'écart financier se situent principalement au niveau des activités de vaccination supplémentaires (\$ US 29,028,641) soit 89 % du gap à résorber.

6.5.5 Réduction des écarts

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

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

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

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

6.6 Stratégies de viabilité financière

6.6.1 Stratégies de viabilité financière du PEV

Pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale visés par le PPAC 2018-2020, le PEV a besoin de ressources humaines, financières, matérielles et logistiques nécessaires à la mise en œuvre de ses activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

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

Elles vont s'articuler autour des trois axes suivants :

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

6.6.1.13 Axe 1: Mobilisation des ressources supplémentaires

Véritable outil de plaidoyer, le PPAC permettra de lever des ressources additionnelles auprès des décideurs politiques, des leaders communautaires, des partenaires au développement afin de garantir l'augmentation constante des différents financements alloués au Programme Elargi de Vaccination.

A. Les Pouvoirs Publics

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

B. Les fonds propres de l'Etat

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

C. Le Fonds de soutien à la santé

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

D. Les fonds des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

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

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

E. Les communautés

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

F. Les partenaires

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

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

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

6.6.1.14 Axe 2 : Amélioration de la fiabilité des ressources

Bien qu'il convient de noter les efforts appréciables que l'Etat a consentis pour relever sa contribution au financement du PEV, force est cependant de constater qu'il n'est pas toujours aisé de garantir la fiabilité des données renseignant de l'utilisation de l'ensemble des ressources affectées au PEV.

Pour y parvenir, il s'agira de :

1. Assurer une gestion rigoureuse et transparente des ressources mobilisées dans le strict respect des procédures de l'Etat et des différents partenaires ;
2. Assurer un meilleur reporting de toutes les dépenses liées aux activités de vaccination à tous les niveaux ;
3. Acquérir et déployer à tous les niveaux (GTC-PEV, UR PEV) la version la plus actuelle du logiciel TOM2PRO (V2)

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

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

Il s'agira, ainsi de :

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

7. CADRE DE SUIVI EVALUATION

Tableau 24: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020 : prestations des services de vaccination

COMPOSANTE : PRESTATIONS DES SERVICES DE VACCINATION
Objectif Stratégique : D'ici 2020, améliorer la couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV de routine y compris celle de nouveaux vaccins et les maintenir au-dessus des normes nationales et Internationales
Indicateurs traceurs :
CV PENTA 3
CV RR
Sous composante 1 : COUVERTURE VACCINALE

Objectif : Porter les couvertures vaccinales des valeurs de 2017 aux cibles projetées en 2020							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence en 2017	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
CV au BCG	92%	91% (Rapports annuel du PEV)	93%	94%	Revue et exploitation des registres de vaccination ou rapports du PEV à tous les niveaux / Enquêtes	Opérationnel	Mensuelle
CV au Penta 3	89%	86% (Rapports annuel du PEV)	90%	90%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou rapports du PEV à tous les niveaux / Enquêtes	Opérationnel	Mensuel
Couverture vaccinale contre les Rotavirus	89%	83% (Rapports annuel du PEV)	2019: 90%	2020: 90%	Revue et exploitation des rapports du PEV au niveau National ou Enquêtes	opérationnel	mensuel
CV contre la rougeole et la rubéole	2018: 85%	77% (Rapports annuel du PEV)	88%	90%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	Opérationnel	Mensuelle
CV au VAT2+	77%	72% (Rapports annuel du PEV)	83%	88%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	Opérationnel	Mensuelle
Taux d'abandon général	<15%	18% (Rapports annuel du PEV)	10%	<10%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou des rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	Opérationnel	Mensuelle
Taux d'abandon spécifique	<15%	18% (Rapports annuel du PEV)	10%	<10%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou des rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	Opérationnel	Mensuelle

Proportion des districts ayant une couverture vaccinale supérieure à 80% pour le Penta3	80%	71% (Rapports annuel du PEV)	90%	100%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou des rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	Intermédiaire et central	Mensuel
Taux d'exécution des séances de vaccination planifiées en stratégie fixe	100%	103% (Rapport d'analyse des performances JRF)	100%	100%	RMA/décompte des séances de vaccination en stratégie fixe réalisées	Opérationnel	Mensuelle
Pourcentage d'enfants perdus de vue rattrapés dans le cadre des AVI	50%	NA	55%	60%	Rapport d'AVI/décompte des enfants rattrapés	Opérationnel	A l'occasion des AVI

Tableau 25: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020

COMPOSANTE / PRESTATIONS DES SERVICES DE VACCINATION							
Sous-composante2 : INTRODUCTION DES NOUVEAUX VACCINS							
Objectif : D'ici 2020, Introduire de nouveaux vaccins (HPV, RR2, MenAfrivac, HepB 0) dans le PEV de routine							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
CV au MenAfriVac	NA	NA	NA	80%	Revue et exploitation des registres de vaccination ou des rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	National	Mensuel

CV contre l'hépatite virale B (HepB 0)	NA	NA	92%	93%	Revue et exploitation des ou des registres de vaccination ou rapports du PEV à tous les niveaux /Enquêtes	National	Mensuel
Nombre de nouveaux vaccins introduits	0	0/Rapport annuel d'activités GTC-PEV	2	2	Rapport annuel d'activités GTC-PEV/décompte des introductions effectuées	Central	Annuelle
Sous- Composante 3. PREVENTION ET REPOSES AUX EPIDEMIES							
Objectif : D'ici 2020, Renforcer la prévention et la réponse aux épidémies dans tous les districts de santé							
Objectif : D'ici 2020, Introduire de nouveaux vaccins (HPV, RR2, MenAfrivac, HepB 0) dans le PEV de routine	100%	100% (5/5), Rapports d'investigation	100%	100%	Revue documentaire	DS/DRSP/NATIONAL	Hebdomadaire
Proportion d'épidémies (Polio, rougeole, fièvre jaune et TNN) de MEV ayant bénéficié d'une riposte vaccinale	100%	75% (Rapports annuel du PEV)	100%	100%	Revue documentaire	DS/DRSP/NATIONAL	Hebdomadaire
Proportion de la cible manquée à l'occasion des ripostes vaccinales	<5%	3,2% (Rapport Monitoring indépendant)	<5%	<5%	Rapports d'enquête post-intervention	DS/DRSP/NATIONAL	A chaque riposte vaccinale

Nombre de SASNIM	2	1/Rapport annuel d'activités	2	2	Rapport annuel/décompte du nombre de SASNIM réalisées	Central	Annuelle
Taux d'exécution des AVS préventives Polio planifiées en stratégie avancées et mobiles	100%	100%/Rapport annuel d'activités GTC-PEV	100%	100%	Rapport annuel d'activités GTC-PEV/décompte des campagnes de vaccination préventives contre la polio réalisées	Central	Annuelle
Nombre de campagnes de vaccination organisées en réponse à l'épidémie de polio	ND	NA	ND	ND	Rapport annuel d'activités GTC-PEV/décompte des campagnes de vaccination de riposte contre la polio réalisées	Central	Annuelle
Proportion DS en épidémie de rougeole ayant mené une campagne de vaccination de riposte	100%	75% (Rapport annuel d'activités GTC-PEV)	100%	100%	Rapport annuel d'activités GTC-PEV/décompte des campagnes de vaccination de riposte contre la rougeole	Opérationnel	Annuelle
Proportion DS ayant franchi le seuil d'élimination du TNN qui ont mené une campagne de vaccination de riposte	100%	0% (Rapport annuel d'activités GTC-PEV)	100%	100%	Rapport annuel d'activités GTC-PEV/décompte des campagnes de vaccination de riposte contre le TNN	Opérationnel	Annuelle

Tableau 25 : Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020 : chaîne d'approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ DES VACCINS ET LOGISTIQUE							
Objectif Stratégique : Assurer la qualité et l'efficacité du système de stockage et de distribution des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement							
INDICATEUR							
CV RR							
CV PENTA 3							
Sous composante 1 : TRANSPORT ET MOBILITE							
Objectif : D'ici 2020 assurer la mobilité nécessaire aux approvisionnements en vaccins et consommables d'injections à tous les niveaux de la pyramide sanitaire							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
% des Section du GTC PEV disposant de moyens roulants (véhicules 4 x4) fonctionnels pour les activités du PEV sur le terrain	100%	100% (Rapport d'inventaire des immobilisations)	100%	100%	Rapport d'inventaire des immobilisations / Décompte des véhicules 4x4 affectés au DS	CENTRAL	semestrielle
% des GTR PEV disposant de moyens roulants (véhicules 4 x4) fonctionnels pour les activités du PEV sur le terrain	60%	60% (Rapport d'inventaire des immobilisations)	100%	100%	Rapport d'inventaire des immobilisations / Décompte des véhicules 4x4 affectés au DS	DRSP/CENTRAL	semestrielle
Nombre de véhicules 4x4 additionnels acquis par	4	0 (Rapport d'inventaire des immobilisations)	5	7	Rapport d'inventaire des immobilisations / Décompte des	DS/DRSP/CENTRAL	annuelle

le programme pour le niveau opérationnel					véhicules 4x4 affectés au DS		
Proportion des AS publics qui disposent d'au moins une moto en état de marche	20%	20% (Rapport d'inventaire des équipements)	25%	30%	Consultation des rapports d'inventaire	DS/ régional/Central	Semestrielle

CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ DES VACCINS ET LOGISTIQUE

Sous-Composante 2. CHAÎNE DE FROID ET LOGISTIQUE

Objectif : D'ici 2020, atteindre et maintenir une capacité de stockage adéquate à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Pourcentage des DS disposant des POS portant sur la gestion de la chaîne du froid et vaccins	100%	0% (Rapport de supervision des districts)	100%	100%	Rapport des supervision des districts /Revue des rapports de supervision	DS	Semestriel
% des FOSA qui vaccinent, disposant d'une capacité de stockage adéquate (réfrigérateurs pré-qualifiés fonctionnels au volume requis)	7 %	7 % (Rapport d'inventaire des ECF)	25%	50%	Rapport d'inventaire des ECF ou rapport de maintenance des équipements ou Rapports de supervision logistique /intégrée (Revue des rapports)	DS	Semestrielle
% des DS disposant d'une capacité de stockage adéquate (réfrigérateurs	100%	93% (Rapport d'inventaire des ECF)	100%	100%	Rapport d'inventaire des EC F ou rapport de maintenance des équipements ou Rapports de supervision logistique	DS	Semestrielle

et congélateurs pré-qualifiés fonctionnels aux volumes requis dans les FOSA et au dépôt du DS)					/intégrée/Revue des rapports		
% des DRSP disposant d'une capacité de stockage adéquate (réfrigérateurs pré-qualifiés fonctionnels au volume requis)	100%	100% (Rapport d'inventaire des équipements)	100%	100%	Rapport d'inventaire des ECF/rapport de maintenance des équipements/Rapports de supervision logistique ou intégrée/Revue des rapports	DRSP	Semestriel
Nombre de chambres froides additionnelles d'une capacité de 40m2 acquise pour le GTC PEV	0	0	3 chambres froides de 40 m2	5 chambres froides de 40 m2	Rapport de gestion des stocks de vaccins et intrants/Décompte de chambres froides acquises	Central	Annuel
% des sites de stockage de vaccins disposant d'un plan de maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid	100%	ND	100%	100%	Revue des plans de maintenance préventive transmis par les niveaux inférieurs/Rapport des GTR-PEV/Rapports de supervision logistique ou intégrée	DS/DRSP	Semestriel

CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ DES VACCINS ET LOGISTIQUE

Sous –Composante 3. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS ET CONSOMMABLES

Objectif : D'ici 2020, assurer la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement

Proportion des DRSP disposant d'équipements informatiques et d'outils de gestion informatisée des vaccins	100%	100% (Rapport d'inventaire des immobilisations)	100%	100%	Rapport annuel du GTC-PEV/Décompte des DRSP disposant les équipements et outils informatiques requis	Central	annuel
Proportion des points de prestations n'ayant pas connu de rupture de stock en vaccin pentavalent	80%	ND	90%	95%	Rapports de gestion de stock de vaccins/Consultation des rapports	DS	mensuel
Proportion de DS ayant connu une rupture de stocks en vaccin pentavalent de plus de 7 jours au cours du trimestre précédent	10%	ND	5%	0%	Rapport de gestion de stocks/Revue et exploitation des rapports	Intermédiaire	Trimestriel
Disponibilité d'un document de plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources en faveur du PEV	1	1	1	1	Rapport d'activités du GTC-PEV	Central	Annuelle

CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ DES VACCINS ET LOGISTIQUE

Sous-composante 4. SECURITE DES INJECTIONS ET GESTION DES DECHETS

Objectif : D'ici 2020, Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans tous les DS

% des DS disposant d'un plan de gestion des déchets	50%	ND	100%	100%	Rapport de supervision du PEV au niveau opérationnel	Opérationnel	annuel
---	-----	----	------	------	--	--------------	--------

					/Consultation des rapports de supervision du PEV au niveau opérationnel		
% des DS disposants d'un incinérateur fonctionnel	60%	23% (Rapport d'inventaire des équipements)	70%	80%	Rapport d'inventaire ou rapport de maintenance ou rapport de supervision logistique/ Revue des rapports dans les DS	Opérationnel	annuel

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET CONTROLE DES EPIDEMIES[1]

Objectif Stratégique : D'ici 2020, maintenir les indicateurs de surveillance des maladies cibles du PEV et des MAPI au-dessus des normes

Indicateur : Taux de détection annualisé des PFA pour une population de 100 000 habitants de moins de 15 ans

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
Sous composante 1 : QUALITE DU SYSTEME DE SURVEILLANCE							
Domaine 1 : Lutte accélérée contre les maladies							
Thématique 1 : Initiative d'éradication de la poliomyélite							
Taux de détection annualisé des PFA pour une population de 100 000 habitants de moins de 15 ans (TPFANPA[2],PM)	≥3/100 000 hbts de moins de 15 ans	8,4/100 000 hbts de moins de 15 ans (Rapport annuel du PEV)	≥3/100 000 hbts de moins de 15 ans	≥3/100 000 hbts de moins de 15 ans	Revue et exploitation des rapports de surveillance ou des registres de consultations à tous les niveaux	Opérationnel	Hebdomadaire
Pourcentage des cas de PFA dont les selles ont été	≥90%	89,3%; Rapport	≥90%	≥90%	Revue et exploitation des rapports de	Opérationnel	Hebdomadaire

collectées dans les 14 jours suivant la paralysie		annuel du PEV			surveillance ou des registres de consultations à tous les niveaux		
Nombre de cas de PVS circulants / cVDPV	0 cas	0 cas; Rapport annuel du PEV	0 cas	0 cas	Base de résultats du laboratoire polio/Décompte des cas de PVS ou cVDPV détectés par le laboratoire Polio	CENTRAL	Hebdomadaire
Thématique 2 : Elimination de la rougeole							
Incidence de la rougeole	< 1 cas /1000 000 d'habitants	1,4 cas /1000 000 d'habitants; Rapport annuel du PEV	< 1 cas /1000 000 d'habitants	< 1 cas /1000 000 d'habitants	Base de données du laboratoire/ Revue et exploitation des résultats du laboratoire	Central	Hebdomadaire
Nombre de DS ayant connu une épidémie de rougeole dans l'année	0	4; Rapport annuel du PEV	0	0	Rapport des activités de surveillance/Décompte des DS ayant connu une épidémie de rougeole sur la période	Central	Hebdomadaire
Taux d'investigation des cas de rougeole	≥2 cas pour 100 000 habitants	7,5 cas pour 100 000 habitants; Rapport annuel du PEV	≥2 cas pour 100 000 habitants	≥2 cas pour 100 000 habitants	Fiches d'investigation des cas, Rapport mensuel d'activités de surveillance / Revue des fiche d'investigation des cas de rougeole et rapports mensuels d'activités de surveillance	Opérationnel	Hebdomadaire
Thématique 3 : Elimination de la fièvre jaune							
Incidence de la fièvre jaune	< 1 cas /1000 000	16×10^{-2} cas /1000 000	< 1 cas /1000 000 d'habitants	< 1 cas /1000 000	Base de données du laboratoire/ Revue et exploitation des	Central	Hebdomadaire

	d'habitants	d'habitants ; Rapport annuel du PEV		d'habitants	résultats du laboratoire		
Nombre de DS ayant connu une épidémie de fièvre jaune dans l'année	0	0 (Rapport annuel du PEV)	0	0	Rapport des activités de surveillance/Décompte des DS ayant connu une épidémie de Fièvre Jaune sur la période	DRSP/NATIONAL	Hebdomadaire
Taux d'investigation des cas de fièvre jaune	≥2 cas pour 100 000 habitants au niveau central	12,6 cas pour 100 000 habitants au niveau central	≥2 cas pour 100 000 habitants au niveau central	≥2 cas pour 100 000 habitants au niveau central	Fiches d'investigation des cas, Rapport mensuel d'activités de surveillance / Revue des fiche d'investigation des cas de Fièvre Jaune et rapports mensuels d'activités de surveillance	DS DRSP NATIONAL	Hebdomadaire
Thématique 4 : Elimination du TMN							
Incidence du TNN	< 1 cas de TNN/1000 NV	$5,7 \times 10^{-2}$ cas de TNN/1000 NV ; rapport annuel du PEV	< 1 cas de TNN/1000 NV	< 1 cas de TNN/1000 NV	Rapports de surveillance épidémiologique/Revue et exploitation des rapports de surveillance	Opérationnel	Hebdomadaire
Nombre de DS ayant franchi le seuil d'élimination du TNN	0	3 (Rapport annuel du PEV)	0	0	Rapport des activités de surveillance/Décompte des DS ayant franchi le seuil d'élimination du TNN	Intermédiaire	Hebdomadaire
Proportion des districts ayant notifié moins d'un cas de tétanos	≥80%	80% Rapport annuel	≥80%	≥80%	Rapport des activités de surveillance/Revue et	Intermédiaire	Hebdomadaire

néonatal pour 1000 naissances vivantes		d'activité			exploitation des rapports de surveillance		
Proportion des cas de TNN ayant fait l'objet d'une investigation approfondie	≥80%	ND Rapport annuel d'activité	≥80%	≥80%	Rapports d'investigation/Revue et exploitation des rapports d'investigation	Intermédiaire	Hebdomadaire
Domaine 2 : Surveillance sentinelle							
Incidence des diarrhées à Rotavirus	0	ND	0	0	Base de données du laboratoire de référence/revue et exploitation de la base de données	Central	Hebdomadaire
Incidence des méningites à méningocoque	0	ND	0	0	Base de données du laboratoire de référence/revue et exploitation de la base de données	Central	Hebdomadaire
Disponibilité de plans thématiques (Plan de surveillance sentinelle des MBP, Plan de surveillance sentinelle des diarrhées à rotavirus, Plan de surveillance sentinelle SRC, Plan de surveillance sentinelle du HPV, etc.)	1	0 ; revue documentaire	1	1	Archives du PEV/revue documentaire	Central	Annuelle
Domaine 3 : Surveillance des MAPI							
Proportion des DS ayant notifiés des cas de MAPI mineures/graves	≥65%	50,3% DVDM T 2017	≥80%	100%	DVDMT/DHIS-2, rapports de surveillance épidémiologique/Revue et exploitation du	Opérationnel	hebdomadaire
	100%	100%	100%	100%		Opérationnel	

Proportion des cas de MAPI graves investiguées		Rapport annuel du PEV			Rapports de surveillance épidémiologique et rapports d'investigation/Revue et exploitation des rapports		hebdomadaire
Sous composante 2 : SYSTEMES DE LABORATOIRE							
Objectif : D'ici 2020, Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans tous les DS							
Proportion de cas suspects de méningites bactériennes pédiatriques (détectées dans les sites sentinelles de la Fondation Chantal Biya) chez qui le LCR est analysé	100%	91,50% Rapport annuel du PEV	100%	100%	Base de données du laboratoire de référence/Revue et exploitation de la base de données	Central	Hebdomadaire
Proportion des cas de diarrhées (reçu dans les sites sentinelles) dont les selles sont analysées	100%	40,90% Rapport annuel du PEV	100%	100%	Base de données du laboratoire de référence/Revue et exploitation de la base de données	Central	Hebdomadaire
Pourcentage de cas suspects/probables de rubéole congénitale (détectés dans les sites sentinelles) pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	100%	ND	100%	100%	Base de données du laboratoire de référence/Revue et exploitation de la base de données	Central	Hebdomadaire
Sous -Composante 3 : Contrôle des performances du programme							
Nombre d'analyses du risque Polio effectuées	1	1	1	1	Rapport d'analyse/décompte des rapports d'analyse	Central	Semestrielle
Nombre d'analyses du risque Rougeole effectuées	1	1	1	1	Rapport d'analyse sur le risque rougeole /décompte des rapports d'analyse	Central	Semestrielle

Disponibilité du rapport de progrès de l'IEP au Cameroun	1	1	1	1	Rapport de progrès de l'IEP	Central	Annuelle
Proportion de DS ayant des points focaux de surveillance à base communautaire	100%	ND	100%	100%	Répertoire des points focaux surveillance à base communautaire/Revue et exploitation des documents	Régional	Annuelle
Proportion de DS silencieux et/ou à faible performance supervisés	100%	ND	100%	100%	Rapports de supervision des DS silencieux et/ou à faible performance/Décompte des supervisions des DS silencieux et/ou à faible performance menées sur la période	Central	Semestriel
Proportion des MAPI graves pour lesquelles une mission d'investigation approfondie a été conduite	100%	100%	100%	100%	Rapports de missions d'investigation des MAPI graves/Revue et exploitation des rapports de mission d'investigation des MAPI menées sur la période	Régional	Trimestrielle

COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT

Objectif Stratégique : Amener au moins 90% des parents d'enfants à utiliser les services de vaccination d'ici 2020

Indicateur : Proportion des parents enquêtés ayant utilisé les services de vaccination

Sous composante 1. PLAIDOYER ET MOBILISATION POLITIQUE

Objectif : D'ici 2020, développer les activités de plaidoyer et de partenariat

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source / Moyen utilisé pour collecter	Niveau de collecte	périodicité
--------------------------	---------------	----------------------------	---------------	---------------	---------------------------------------	--------------------	-------------

					l'information		
Nombre de partenariats établis avec les secteurs apparentés, entreprises et autres organisations	2018 : 3	2	3	5	Mémorandum d'entente	Central	Annuel
Proportion des comités de coordination de niveau régional disposant d'un plan d'action effectif	2018 : 60%	0%	2019 : 80%	2020 : 90%	Plan d'action / Rapports de réunion	intermédiaire	Annuelle
COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT							
Sous composante 2.COMMUNICATION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE							
Objectif : D'ici 2020, amener au moins 90 % des parents d'enfants à utiliser les services de vaccination							
% des DS disposant d'un plan intégré de communication	2018: 40%	0%	2019:60%	2020:80%	Plan intégré de communication des DS / Revue et exploitation des PIC des DS	Intermédiaire	Annuelle
% des DS dont la performance à au moins 3 interventions de communication de base (communications dans les FOSA, en communauté, plaidoyer) est d'au moins 80%	72%	ND	80%	85%	Rapports/ Dhis2	Intermédiaire	Mensuelle
Proportion des personnes interrogées et qui ont des connaissances et des pratiques appropriées vis-à-vis de la vaccination	2018:ND	73% : connaissance des MEV 56,7% : calendrier vaccinal	2019:80%	2020 : 85%	Rapports d'enquête	Tous les niveaux	Annuel

% des DS qui impliquent les ASC et associations dans la recherche des enfants perdus de vue et la promotion de la vaccination	2018 : 70%	ND	2019 : 75%	2020 : 80%	Rapports/ Contrats / Dhis2	intermédiaire et opérationnel	Mensuelle
---	------------	----	------------	------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------

COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT

Sous composante 3. PRODUCTION DES DONNEES SOCIALES ET EVIDENCES

Objectif : D'ici 2020, renforcer le mécanisme de suivi évaluation des activités de communication en faveur de la promotion de la vaccination.

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
Nombre d'études menées pour apprécier le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques (études CAP) sur la vaccination	NA	NA	1	NA	Rapport d'enquête CAP/ Décompte enquêtes CAP effectuées sur la période	Central	Tous les 3 ans

Tableau 226: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020 : Gestion du programme

GESTION DU PROGRAMME							
Objectif Stratégique : D'ici 2020, améliorer la gestion du PEV							
Indicateurs traceurs :							
CV PENTA 3							
CV RR							
Sous-Composante 1 : GOUVERNANCE, LEADERSHIP ET REGULATION							
Objectif : D'ici 2020, Renforcer le respect de la régulation et la gouvernance à tous les niveaux pour des services de vaccination efficaces, équitables et de qualité							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	Périodicité
	???	???	???	???		National	annuelle

Disponibilité des directives du PEV pour des prestations de service de qualité (directives sur la politique du flacon entamé, sur la gestion des vaccins, sur l'introduction de nouveaux vaccins, etc.)					Directives/Revue directives disponibles		
% des DS supervisés	80%	???	90%	100%	Rapports de supervision/Exploitation des rapports	National	Semestrielle
Disponibilité d'un rapport annuel d'audit externe du PEV	1	1	1	1	Rapport d'audit externe/revue du rapport	National	Annuelle

GESTION DE PROGRAMME

Objectif Stratégique : Améliorer la gestion du PEV

Sous-Composante 2 : PLANIFICATION

Objectif : D'ici 2020, renforcer à tous les niveaux la planification des interventions du PEV

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Valeur Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
% de DS disposant de microplans PEV	50%	27% (51/189) Rapport annuel du PEV	60%	75%	Microplans des DS transmis aux niveaux supérieurs/ Revue documentaire	Intermédiaire	Semestrielle
% des GTR-PEV disposant d'un Plan de Travail Annuel aligné au plan opérationnel du Pays	100%	40% (Rapport annuel du PEV)	100%	100%	PTA des GTR-PEV transmis au GTC-PEV/ Revue documentaire	National	Semestrielle

GESTION DE PROGRAMME

Objectif Stratégique : Améliorer la gestion du PEV

Sous-Composante 3:SUIVI, EVALUATION ET COORDINATION							
Objectif : D'ici 2020, renforcer à tous les niveaux le suivi et la coordination des interventions du programme							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source / Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	Fréquence de collecte des données
Proportion des COSADI fonctionnels[1]	ND	ND	100%	100%	Exploitation des rapports d'activités	National	annuel
Proportion de DS disposant d'un plan de suivi-évaluation découlant du plan de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020	ND	ND	100%	100%	Plan de suivi-évaluation / revue du plan	Intermédiaire	annuel
Proportion de GTR-PEV disposant d'un plan de suivi-évaluation découlant du plan de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020	ND	ND	100%	100%	Plan de suivi-évaluation / revue du plan	Intermédiaire	annuel
Proportion des DS ayant organisés des réunions de coordination au cours desquels les questions de vaccinations ont été abordées	ND	ND	100%	100%	Rapports de réunion de coordination / revue documentaire (rapport des réunions de coordinations)	Intermédiaire	Mensuelle
Proportion des DRSP ayant organisés des réunions de coordination au cours desquels	ND	ND	100%	100%	Rapport de réunion de coordination régionales/ Revue et exploitation des	Central	Semestrielle

les questions de vaccinations ont été abordées					rapports des réunions de coordination		
Niveau d'exécution des recommandations du CCIA	ND	ND	100%	100%	Rapports du CCIA/ Revue et exploitation du rapport	Central	Trimestriel
Disponibilité d'un rapport d'activités du GTC-PEV	4	3	4	4	Rapport annuel d'activités du GTC-PEV/ Revue et exploitation du rapport	Central	Trimestriel
Proportion des GTR-PEV ayant transmis leurs rapports annuels d'activités	100%	60%	100%	100%	Rapport annuel d'activités des GTR-PEV/ Revue et exploitation du rapport	Central	Annuel
Disponibilité d'un rapport d'évaluation du PPAC	NA	1	NA	NA	Rapport d'évaluation du PPAC 2018-2020/Revue et exploitation du rapport	Central	2021
Disponibilité d'une cartographie actuelle des DS abritant des populations dans les zones à sécurité compromise	4	ND	4	4	Cartes des DS abritant des populations dans les zones à sécurité compromise	Central	Trimestriel
Proportion des DS ayant organisé des réunions de monitoring des activités de surveillance épidémiologique	100%	ND	100%	100%	Rapport de la réunion de monitoring	Régional	Annuelle

Proportion des DS ayant organisé des réunions de monitoring des activités de surveillance épidémiologique	100%	ND	100%	100%	Rapport de la réunion de monitoring/ Revue et exploitation des documents	Régional	Annuelle
Proportion des régions ayant organisé des réunions de monitoring des activités de surveillance épidémiologique	100%	ND	100%	100%	Rapport de la réunion de monitoring/ Revue et exploitation des documents	Central	Annuelle
Nombre de réunions de monitoring des activités de surveillance épidémiologique organisées au niveau central	100%	ND	100%	100%	Rapport de la réunion de monitoring/ Décompte des réunions de monitoring des activités de surveillance épidémiologique organisées au niveau central sur la période	Central	Annuelle
Nombre de revues trimestrielles des performances organisées par le GTC-PEV	4	ND ???	4	4	Rapports trimestriels de revue des performances/ Décompte des revues trimestrielles de performances du PEV effectuées sur la période	Central	Trimestriel
Nombre de revues externes du Programme effectuées	NA	NA	1	NA	Rapport de la revue externe du programme/ Décompte des revues externes effectuées sur la période	Central	Annuelle

Nombre de réunions semestrielles de monitoring et évaluation du Programme tenues	2	1	2	2	Rapports des réunions de monitoring et évaluation/ Décompte des réunions semestrielles de monitoring et évaluation du Programme tenues sur la période	Central	Semestriel le
Taux de complétude des rapports d'activité reçus à l'échelon national	100%	100%	100%	100%	Rapports/Revue et exploitation des rapports	Opérationnel/ Intermédiaire	Hebdomadaire/ Mensuelle
Taux de promptitude des rapports d'activité reçus à l'échelon national	100%	100%	100%	100%	Rapports/Revue et exploitation des rapports	Opérationnel/ Intermédiaire	Hebdomadaire/ Mensuelle

GESTION DE PROGRAMME

Sous composante 3.RECHERCHE

Objectif : D'ici 2020,renforcer la recherche dans le programme

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	Fréquence de collecte des données
Nombre d'études menées pour apprécier le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques (études CAP) sur la vaccination	NA	NA	1	NA	Rapport d'enquête CAP/ Décompte enquêtes CAP effectuées sur la période	Central	Tous les 3 ans
Proportion des personnes interrogés et qui ont des connaissances et des pratiques appropriées	90%	???	95%	100%	Rapport d'enquête CAP/Revue et Exploitation du rapport d'enquête	Central	Tous les 3 ans

vis-à-vis de la vaccination							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

GESTION DE PROGRAMME							
Objectif Stratégique : Améliorer la gestion du PEV							
Sous-Composante 4:QUALITE DES DONNEES							
Objectif : D'ici 2020 Améliorer la qualité des données							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	Fréquence de collecte des données
Pourcentage des structures de santé qui disposent et utilisent les outils de gestion des données					DQR	FOSA	trimestrielle
Pourcentage des structures sanitaires disposant d'au moins un personnel compétent en gestion des données					Revue des données	FOSA, DS, Région	Mensuelle
Pourcentage des structures du PEV disposant d'un système d'archivage fonctionnel							Annuelle
pourcentage des activités de suivi-évaluation réalisées					Rapports de réunion et liste de présence+ revue des données.		mensuelle

Tableau 27 : Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020 : Gestion des Ressources Humaines

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Objectif Stratégique : Améliorer les performances du PEV							
Indicateurs traceurs :							
CV PENTA 3							
CV RR							
Sous -Composante 1 Renforcement des capacités DES ACTEURS							
Objectif : D'ici 2020, renforcer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les compétences, la motivation et le développement professionnel des acteurs de la vaccination							
Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	Périodicité
Proportion GTR-PEV dont les équipes ont bénéficié des cours MLM ou de gestion du PEV en présentiel ou en ligne	100%	40%	100%	100%	Rapports de formation sur le cours MLM, Attestation ou certification en ligne/Revue et exploitation des rapports/parchemins	Central	annuelle
Proportion des DS dont les équipes ont bénéficié des cours MLM ou de gestion du PEV en présentiel ou en ligne	100%	ND	100%	100%	Rapports de formation sur le cours MLM, Attestation ou certification en ligne/Revue et exploitation des rapports/parchemins	Intermédiaire	annuelle
Proportion d'AS ayant bénéficié d'au moins 4 supervisions intégrées des activités du PEV par le DS	ND	0	100%	100%	Rapports de supervision/Revue et exploitation des rapports de supervision	Opérationnel	trimestriel
Proportion de DS ayant bénéficié d'au moins 4 supervisions intégrées des	ND		100%	100%	Rapports de supervision/Revue et exploitation des rapports de supervision	Intermédiaire	trimestriel

activités du PEV par le GTR-PEV							
Proportion de GTR-PEV ayant bénéficié d'au moins 2 supervisions intégrées des activités du PEV par le GTR-PEV	ND		100%	100%	Rapports de supervision/Revue et exploitation des rapports de supervision	Central	Semestriel
Disponibilité d'un mécanisme validé d'incitation et de redevabilité du personnel	0	0	1	1	Document décrivant le mécanisme validé d'incitation et de redevabilité du personnel/Exploitation du document	Central	Annuelle

Tableau 27: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PPAC 2018-2020 : Calcul des coûts et financement

CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT
Sous-Composante : FINANCEMENT
Objectif : D'ici 2020, Assurer la pérennité financière des programmes de vaccination par une mobilisation régulière de ressources financière auprès des partenaires au développement et de l'Etat

Intitulé de l'indicateur	Cible en 2018	Baseline /Année/ Référence	Cible en 2019	Cible en 2020	Source /Moyen utilisé pour collecter l'information	Niveau de collecte	périodicité
Niveau d'accroissement annuel du budget de l'Etat pour la vaccination	ND	10%	30%	75%	Documents comptables du programme / Exploitation des registres comptables du programme	National	mensuel
Disponibilité d'un document de plaidoyer pour la mobilisation de financement en faveur du PEV	1	0	1	1	Document de plaidoyer/Exploitation du document	Central	Annuelle
Volume de financements mobilisés à travers le plaidoyer pour la vaccination					Revue des financements mobilisés et accords de financement après le plaidoyer	Central	Annuelle