

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

Les textes en italique dans ce document sont donnés à titre de conseils et peuvent être supprimés lors de la préparation du rapport d'évaluation conjointe.

Gavi renouvelle son soutien au(x) programme(s) de vaccination d'un pays, sous réserve d'une évaluation annuelle de la performance. L'évaluation conjointe est une étape importante dans cet examen des performances. Il s'agit d'une évaluation annuelle, nationale et multipartite, menée par la haute direction du ministère de la Santé, de la progression de la mise en œuvre et de la performance du soutien de Gavi au pays et de sa contribution à l'amélioration des résultats en matière de vaccination.

Les évaluations conjointes nécessitent une préparation minutieuse. Il s'agit notamment :

- **Au plus tard le 15 mai : Soumission de la demande de renouvellement de vaccin** sur le portail pays (notamment en fournissant le rapport de niveau de stock de fin d'année, les objectifs, les taux de perte, etc.)
- **4 semaines avant l'évaluation conjointe :**
 - **Soumission de tous les documents de rapports requis** sur le portail pays ;
 - **Soumission de la demande de renouvellement HSS et POECF** (si une nouvelle tranche est requise) sur le portail pays, notamment du budget RSS pour la tranche demandée ;
 - **Les partenaires de Gavi (OMS, UNICEF et autres)** remettent un rapport d'avancement au regard de leurs étapes et des fonctions du PEF sur le portail partenaire.

Exigences en matière de rédaction de rapports

Les rapports suivants sont exigés à des fins de renouvellement et doivent être publiés sur le portail pays 4 semaines avant la JA :

- **Mise à jour du cadre de performance de la subvention (GPF)**
- **Rapports financiers, états financiers annuels et rapports d'audit** (pour tous les types de soutien financier direct)
- **Rapports sur toutes les campagnes/Activités de vaccination supplémentaires menées** (le cas échéant)
- **Rapport de stock de fin d'année** (doit être soumis le 15 mai, au moment de la soumission de la demande de renouvellement des vaccins)

Parmi les **autres informations de rapport essentielles** qui doivent être publiées sur le portail pays quatre semaines en amont de l'évaluation conjointe, on retrouve :

- Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination
- Exigences relatives aux données et aux enquêtes.
- La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)
- Inventaire mis à jour des ECF (en cas de soutien POECF)
- Rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant)
- Évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant)
- Rapports d'évaluation post introduction (le cas échéant)
- Plans de transition Gavi et/ou anti-poliomyélite ou informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant)
- Examens du Programme élargi de vaccination (PEV)/rapport de mise en œuvre du plan d'action (le cas échéant)

Remarque : Si les demandes de renouvellement et rapports requis ne sont pas soumis sur le Portail pays quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe (à l'exception de la demande de renouvellement des vaccins qui doit être soumise au 15 mai), cela pourrait avoir un impact sur la décision de Gavi à renouveler son soutien, notamment un éventuel report et/ou la décision de ne pas renouveler ou de ne pas décaisser le soutien.

Évaluation conjointe (JA complète)

Pays	
JA complète ou JA mise à jour	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	10 au 20 septembre 2018
Participants/affiliation¹	Voir en annexe
Fréquence des rapports de résultats	
Période fiscale²	
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2016-2020
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	<i>par ex. autofinancement initial or transition préparatoire...</i>

1. DEMANDES DE RENOUELEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

Remarques sur la demande de vaccins

Tableau 1 : population cible et couverture 2017

Population	20 751 801									
Cohorte de naissances	1 165 155									
Vaccin	BCG	VPI	MEN A	PCV 13	PENTA3	ROTA2	VAA	VAR1	Bopv3	TD
Population dans la cohorte d'âge cible	1 165 155	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1 165 155
Population cible devant être vaccinée (première dose)	1 165 155	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1 165 155
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	1 165 155	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1084799	1 165 155
Taux de couverture implicite	95%	90%	50%	95%	95%	95%	90%	90%	95%	90%
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	91%	69		68	68	68	73	76	69	
Dernier taux de couverture admin disponible	99	92	57	93	93	89	90	92	93	94
Taux de perte	30	20	50	1	5	1	20	20	5	5
Stock tampon	395321	488160	42380	780727	813599	520485	305100	610200	1084799	513852
Stock signalé	1977000	961400	313580	1560000	3596000	1182000	1550000	354000	5351000	1200600

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Les données figurant dans le tableau ci-dessous affichent une divergence dans la quantification selon la méthode utilisée par le Niger pour l'élaboration du Forecast 2018 et celle utilisée dans l'estimation des besoins ayant alimentés la lettre de décision de soutien aux vaccins de 2018. Il se dégage alors un gap négatif et le pays a un besoin additionnel présenté dans ce tableau pour combler le besoin de l'année en cours.

Tableau 2 : Besoins additionnels des vaccins pour l'année 2018

Vaccins	Quantité Forecast 2018		Quantité lettre décision 2018		Total Gavi + Etat	Besoins additionnels
	Besoin Annuel	Quantité Commandée	Gavi	Etat		
PENTA	2 823 931	3 529 920	2 148 000	745 000	2 893 000	636 920
PCV-13	2 823 931	2 756 164	2 286 000	159 600	2 445 600	310 564
ROTA	1 711 473	1 850 752	1 081 500	115 500	1 197 000	653 752
VAA	989 152	1 236 440	836 200	176 100	1 012 300	224 140
VPI	989 152	1 166 670	1 105 800	0	1 105 800	60 870
Men A	814 596	923 050	514 500	333 000	847 500	75 550

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir³

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue

2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

Commenter les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe, le cas échéant, au niveau des **facteurs contextuels clés** qui affectent directement les performances du programme de vaccination et les subventions de Gavi (tels que les catastrophes naturelles, l'instabilité politique, les conflits, les populations déplacées, les régions inaccessibles, etc., ou les tendances macroéconomiques, les actions industrielles des travailleurs sanitaires, les épidémies ou les manifestations post-vaccinales indésirables graves et inattendues, etc.).

Pour les **pays fragiles ou qui font face à des situations d'urgence humanitaire ou accueillent des réfugiés⁴** : Veuillez indiquer si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée et spécifier si les demandes de renouvellement RSS ou de vaccin ont été ajustées.

Pour les pays en transition après avoir bénéficié de l'**initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite** : Veuillez décrire brièvement l'impact de la vaccination et des soins de santé primaires et indiquer si le pays a mis en place un plan de transition pour la poliomyélite. Si un plan de transition existe, veuillez fournir une brève description de ce plan. En l'absence d'un plan de transition, veuillez décrire les mesures prises en vue de se préparer à la transition de la poliomyélite. Veuillez également indiquer si les investissements de Gavi sont alloués/devraient être alloués aux fins de la transition de la poliomyélite.

³ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

⁴ Pour de plus amples informations, veuillez consulter <http://www.gavi.org/about/programme-policies/fragility-emergencies-and-refugees-policy/>

Le Niger est un pays enclavé, avec une population estimée à 21 466 863 d'habitants en 2018 dont 80% vivent en milieu rural, pour une superficie de 1 266 491 km². La couverture sanitaire nationale prenant en compte le paquet minimum d'activités est de 48,31% dans un rayon de 5 km (source : annuaire statistique 2016). Cette couverture sanitaire varie de 39,01% à Zinder à 97,79% à Niamey. 75% des régions (Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéry et Zinder) sont en deçà de la moyenne nationale.

Le pays fait régulièrement face à plusieurs urgences parmi lesquelles se trouvent les maladies à potentiel épidémique (la méningite, le choléra, la rougeole etc.) et les crises alimentaires et nutritionnelles. En plus de ces urgences d'autres catastrophes naturelles viennent s'ajouter comme les inondations et des poches de sécheresse.

Bien que le pays reste stable grâce aux efforts consentis par l'Etat et ses partenaires pour faire face à la situation d'insécurité, le Niger connaît des incursions d'attaques récurrentes liées à la situation d'insécurité le long de ses frontières avec le Nigéria (Diffa) et le Mali (Tillabéri). Cette situation engendre des déplacements internes de la population et des flux très importants de réfugiés fuyant les violences au Nigéria et au Mali.

Sur le plan sanitaire, malgré les progrès significatifs ces dernières années en matière de réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, la situation reste préoccupante. Le secteur fait face à plusieurs défis dont, entre autres, l'amélioration de la couverture sanitaire (plus de 50% de la population n'ont pas accès aux soins et services de santé dans un rayon de 5 km), la couverture vaccinale (seulement 29,9% des enfants sont complétement vaccinés selon l'EDSN 2017), le problème récurrent de la malnutrition chronique chez les enfants (45%) et la faiblesse du système de santé de manière générale.

Le taux du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique a connu une évolution en dents de scie de 2013 à 2017 avec respectivement 6,25% en 2013 ; 5,35% en 2014 ; 6,28% en 2015 ; 3,62% en 2016 et 5,58% en 2017. En valeur absolue, le montant accordé a connu une augmentation importante, passant de plus de 50 milliards en 2013 à 114 milliards en 2017 avec respectivement plus de 77.96 milliards en 2015 ; 82.27 en 2016 et 99.86 milliards en 2017.

Depuis la dernière évaluation conjointe qui s'est déroulée du 18 au 23 Juillet 2016, bon nombre d'événements sont intervenus dans le système de santé à savoir :

- La réforme du système de santé avec la création de nouveaux districts sanitaires marquée par le passage de 44 à 72 Districts Sanitaires ;
- Le plan de développement sanitaire 2017- 2021 ;
- Le Plan Stratégique de Communication 2017-2021
- Le rehaussement du plafond pour le VII passant de 66000\$ à 125000\$;
- La mise en place de la plate-forme pour l'optimisation de la chaîne de froid (CCEOP 2017-2021).
- L'introduction du Men A dans le PEV de routine
- L'enquête Nationale de couverture 2017
- L'analyse de l'équité dans la vaccination en 2017
- Le changement de présentation du vaccin Pneumo 13 (de un flacon 1 dose à un flacon de 4 doses)

Par ailleurs, grâce à la flexibilité dans la gestion de la subvention, le Niger a bénéficié de deux opportunités pour procéder à la réallocation des subventions de Gavi afin de couvrir les nouveaux besoins liés aux mouvements des populations notamment les Réfugiés et les zones non couvertes.

Dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Niger est exempt de la polio depuis juin 2016 . Le pays a élaboré un plan national de préparation et de réponse à une éventuelle flambée de polio dans le but de parer à une épidémie de Poliovirus Sauvage (PVS) ou du virus dérivé du vaccin (PVDV.). Ce plan est mis à jour annuellement.

Veillez apporter une approche prospective sur les autres événements qui pourraient se dérouler l'année suivante compte tenu de la situation actuelle, des vulnérabilités, des dépendances, des tendances et des changements prévus. Ces derniers concernent les événements qui, s'ils venaient à se produire, auraient des conséquences sur l'aptitude à pérenniser les bénéfices ou à avancer sur les différents domaines décrits dans le rapport. Par ex. certaines incertitudes dans les demandes peuvent aggraver le risque d'expiration de vaccins l'année suivante, une couverture actuellement en déclin peut augmenter le risque d'épidémies ou une

planification en cours d'élections peut exiger la prise en compte d'éventuels troubles sociaux et problèmes de sécurité.

Sur la base des évaluations actuelles des risques du pays, veuillez prendre en compte les aspects suivants pour déceler les risques :

- Les changements à venir dans le programme de vaccination (par ex. de nouvelles initiatives et des innovations) et le contexte du pays (sur le plan politique, économique, social, technologique, juridique ou environnemental) qui pourraient entraîner de nouveaux risques
- D'éventuels nouveaux obstacles à la réalisation des étapes et des objectifs cruciaux. Se demander « que se passerait-il si » pour se concentrer sur l'exception et non la règle.
- Les dépendances au regard des ressources financières, humaines et matérielles et des intervenants tiers, et la question de savoir si ceux-ci resteront disponibles. La dépendance au regard des estimations ou hypothèses qui pourraient ne plus être valables.
- Les problèmes survenus par le passé ou ayant touché d'autres acteurs, et l'éventualité que ceux-ci se (re)produisent.

Veuillez établir une liste des cinq risques les plus importants, au maximum (à savoir, des risques dont la probabilité est élevée et/ou dont l'incidence serait importante). Tenir compte du besoin de prendre des mesures proactives pour empêcher ces risques de se concrétiser ou les détecter rapidement lorsqu'ils surviennent afin de réagir efficacement. Par ailleurs, indiquer clairement si ces mesures d'atténuation des risques sont hiérarchisées dans le plan d'action (cf. section 6 ci-dessous).

Chaque année, le pays procède à une analyse du risque de survenue des maladies à potentiel épidémique avec un accent particulier sur la poliomyélite, la rougeole, les méningites et le choléra).

A cela s'y ajoute les inondations, les crises alimentaires et nutritionnelles et conflits intercommunautaires dans certaines régions du pays. Des mesures proactives pour empêcher ces risques de se concrétiser ont été identifiées :

- Elaboration des Plans de contingence
- Renforcement de la surveillance et de PEV de routine
- Reconstitution de stock céréalier de sécurité
- Sensibilisation des populations sur la cohabitation pacifique
- Travaux d'aménagement des Koris et sensibilisation de la population riveraines des cours d'eau

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

La présente section doit principalement décrire les **changements apportés depuis la dernière évaluation conjointe**. Elle doit fournir une analyse succincte des performances du programme de vaccination, en se penchant plus particulièrement sur l'évolution/les tendances observées lors des deux ou trois années passées, et comprendre une analyse de la couverture et de l'équité vaccinales et un examen des principaux facteurs de couverture faible. TI

Les informations contenues dans cette section seront essentiellement issues de l'analyse recommandée en matière de couverture et d'équité et de tous les aspects pertinents du programme/de la fourniture de services, qui peuvent être trouvés dans les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe (<http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>). Par ailleurs, l'exercice annuel de revue documentaire est considéré comme une source importante d'analyses et peut servir à renseigner le rapport de l'évaluation conjointe.

Il est recommandé aux pays de présenter les informations dans des tableaux, graphiques et cartes et d'indiquer en référence les sources des données.

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Veuillez fournir une analyse de la situation relative à la couverture et à l'équité en matière de vaccination dans le pays, **en vous axant sur les nouvelles données et analyses, les tendances et les changements, notamment les épidémies observées depuis la dernière évaluation conjointe**.

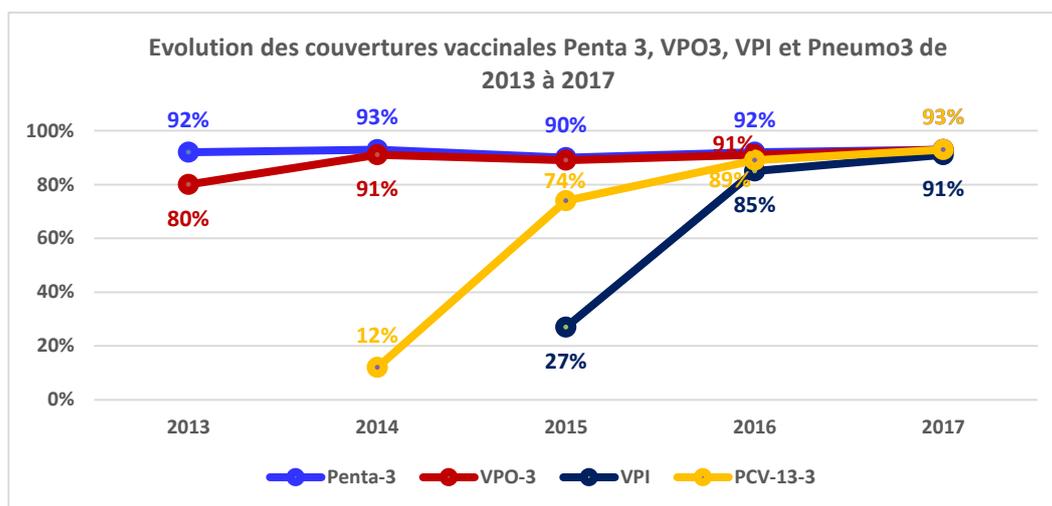
Fournir une analyse des tendances en matière de **couverture et d'équité** au sein des différentes zones géographiques, des statuts économiques, des populations et des communautés, notamment des **bidonvilles, des populations rurales isolées et des zones de conflit** (prendre en compte les groupes de populations sous-desservis par les systèmes de santé, tels que les habitants de bidonvilles, les nomades, les minorités religieuses ou ethniques, les réfugiés, les déplacés au sein du pays ou d'autres groupes mobiles ou migrants). Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/communautés qui disposent des

Évaluation conjointe (JA complète)

taux de couverture les plus faibles et du nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, ou touchés par la charge de morbidité : nombre de cas et incidence de maladies à prévention vaccinale observés dans les systèmes de surveillance des régions/districts, etc. ;

Les pays sont fortement encouragés à inclure les cartes thermiques ou équivalents pour indiquer les tendances de couverture en matière de vaccination dans le temps. Des exemples de telles analyses sont disponibles dans les directives d'analyse pour l'évaluation conjointe (disponibles sur <http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>)

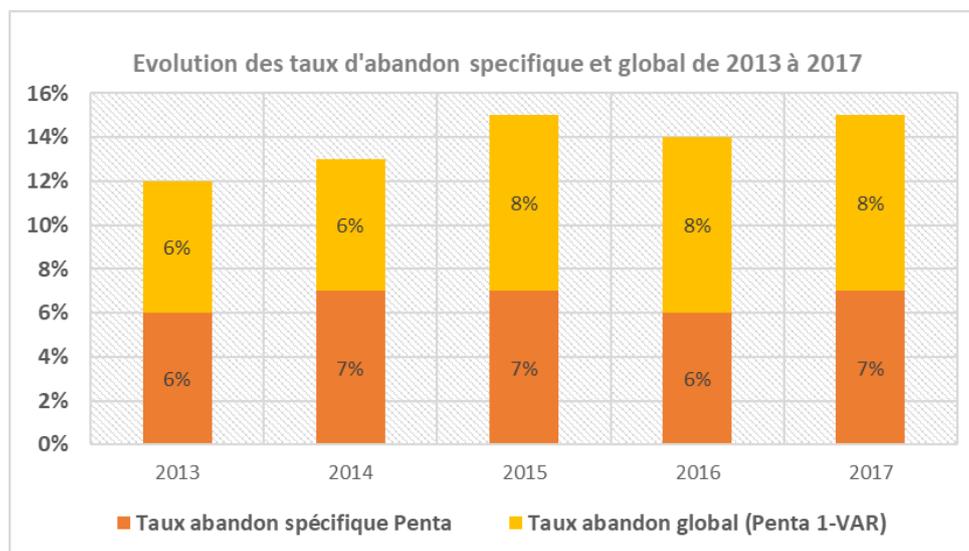
a) Evolution des couvertures vaccinales Penta3, VPO3, VPI et Pneumo3 de 2013 à 2017



Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

- Tous les antigènes ont connu une nette amélioration entre 2016 et 2017.
- Il en est de même pour le PCV13 et le VPI qui ne sont qu'à la deuxième année d'introduction.
- D'une manière générale, on remarque que les tendances montrent qu'après une introduction d'un nouveau vaccin, les performances ne connaissent des progrès qu'à partir de la 2e année, c'est le cas du PCV13 et VPI.
- Malgré l'augmentation progressive des couvertures l'objectif national de 95% n'est toujours pas atteint.

b) Evolution des Taux d'abandon spécifique et Taux d'abandon global de 2013 à 2017

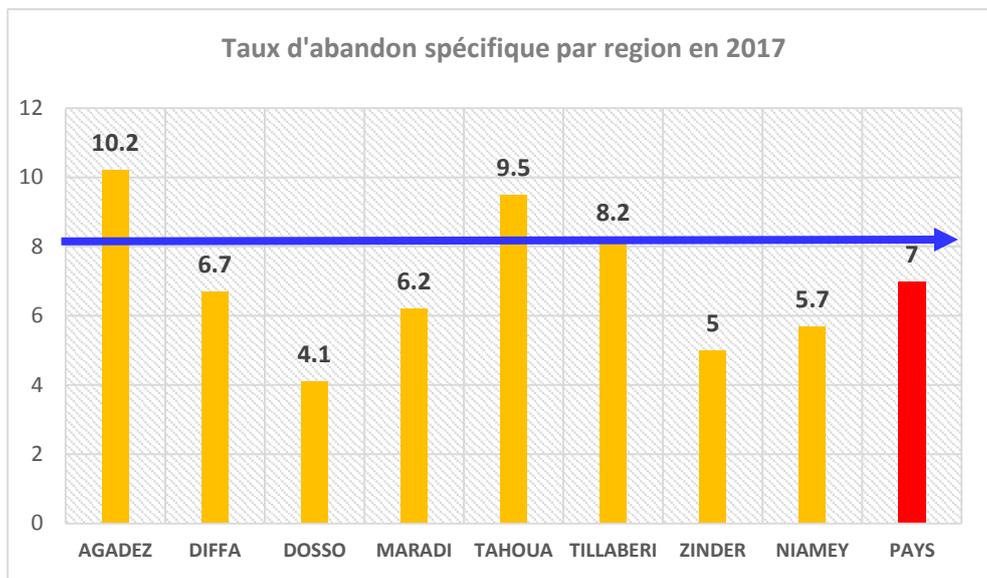


Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Selon les données administratives, le taux d'abandon spécifique est stationnaire (6 à 7%) depuis 5 ans pour un objectif de 8% alors que le taux d'abandon global est quant à lui en augmentation (8%) pour un objectif fixé à 5% en 2017.

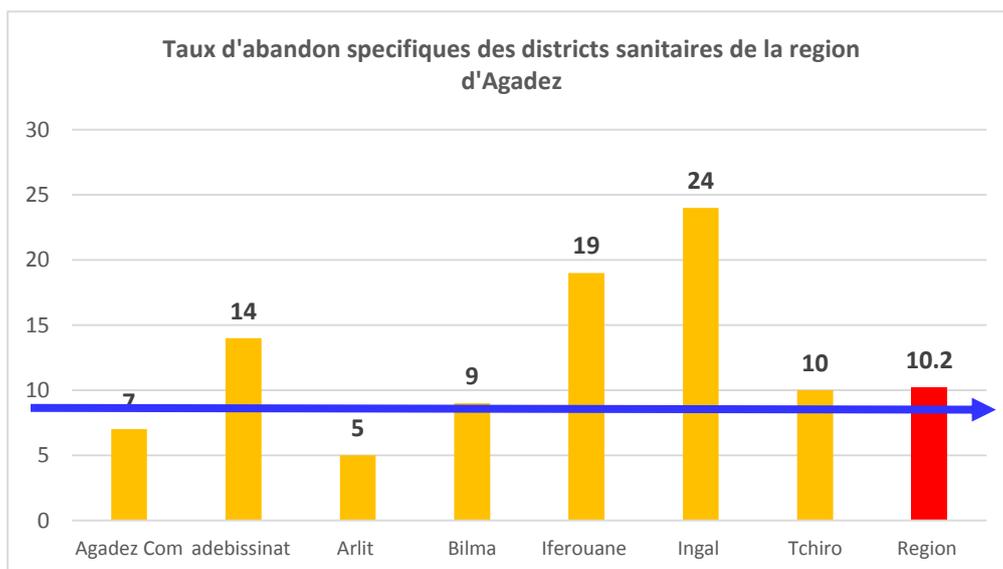
Par contre selon les résultats de l'ECV 2017, la moyenne nationale enregistrée est de 13%. Elle diffère d'une localité à l'autre oscillant entre 6,9% à Madarounfa et 33,3% à Gouré. Dans 43% des DS (19 sur 44) le taux d'abandon enregistré est supérieur à la moyenne nationale. Par contre, dans 32% (14 sur 44) il est resté à 10%, en dessous de la moyenne nationale. *

Cette situation expose le PEV du Niger à deux défis majeurs que sont les occasions manquées de vaccination et le déficit d'équité. Ces défis sont pris en compte dans les priorités retenues pour la nouvelle proposition du JSP 2019 à 2023 à travers les objectifs 2 et 4 .

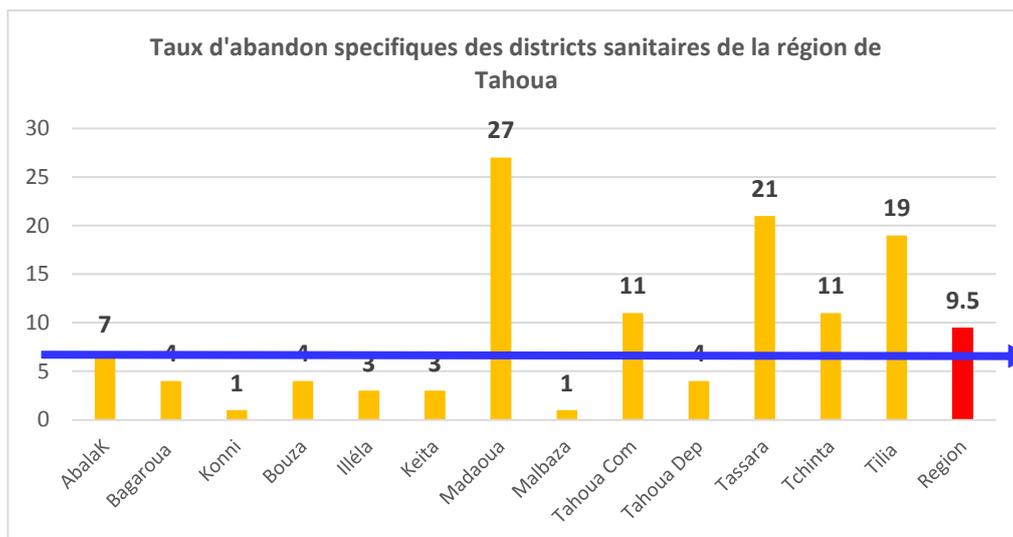


Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

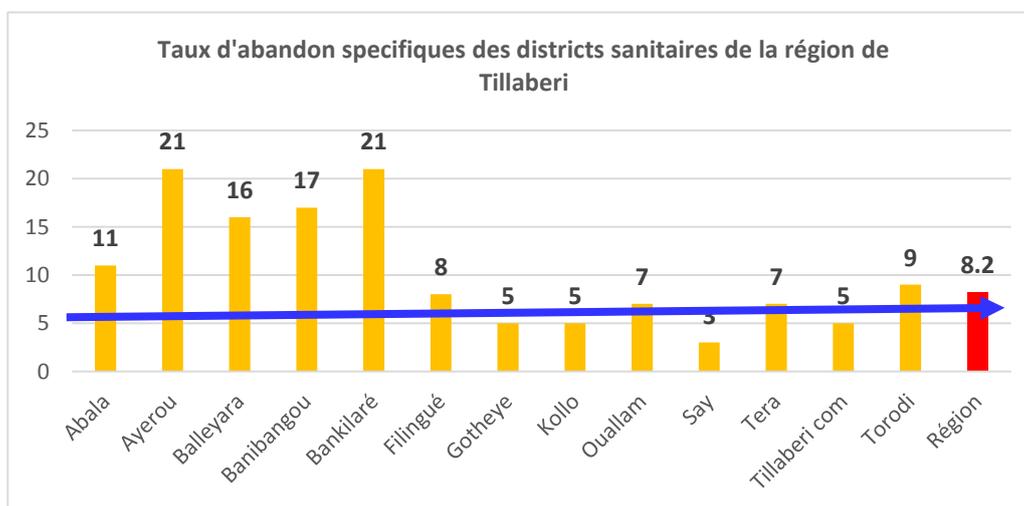
On constate que les régions d'Agadez , de Tahoua et de Tillabéri ont enregistré des taux d'abandon spécifique supérieurs à l'objectif fixé à 8%.



Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017



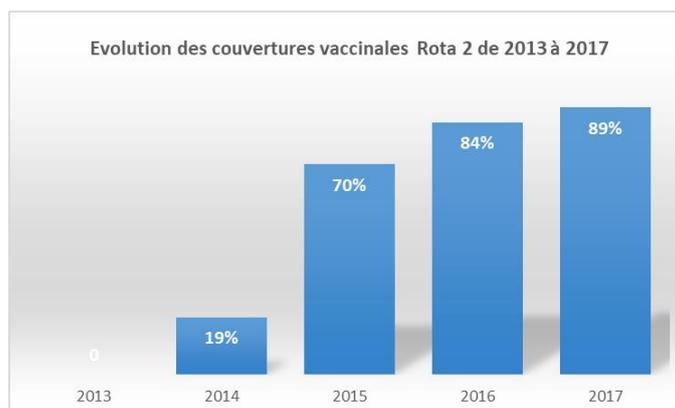
Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017



Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Il ressort de l'analyse des graphiques ci-dessus que 16 districts ont enregistré un taux d'abandon spécifique supérieur à l'objectif fixé à 8%. Parmi ces districts on compte 12 nouveaux districts (soit 75%) (Aderbissinat, Iférouane, Ingal, Tassara, Tilia, Tahoua commune, Abala, Ayerou, Ballayara, Banibangou, Bankilaré et Torodi). Ces districts sont confrontés entre autres au manque d'équipement de chaîne de froid et du personnel non encore formé.

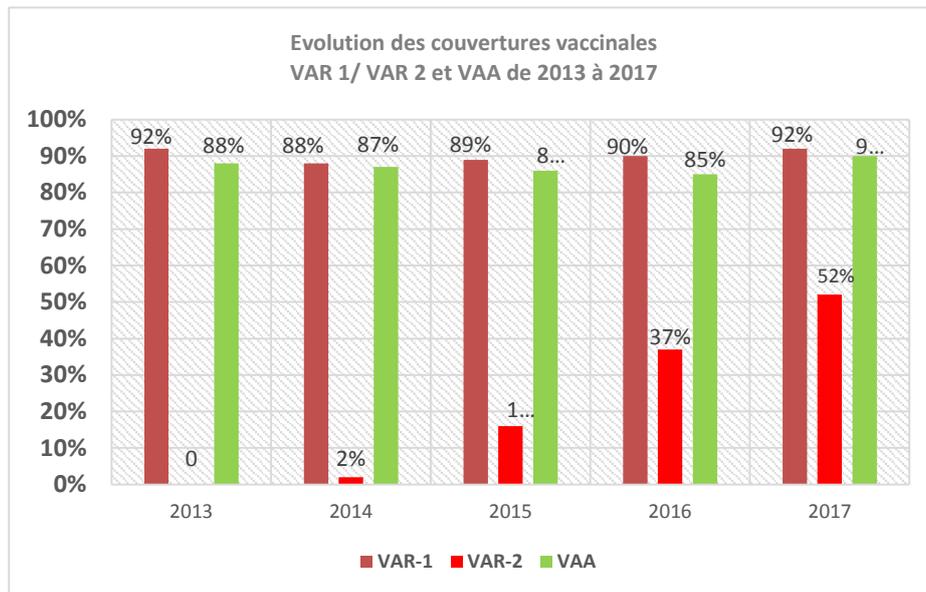
c) Evolution des couvertures vaccinales ROTA 2 de 2013 à 2017



Source : rapports PEV Niger 2014, 2015, 2016, 2017

Depuis son introduction en aout 2014, la couverture Rota 2 a connu une progression significative d'année en année et se trouve à 89% en 2017.

d) Evolution des couvertures vaccinales VAR 1, VAR2 et VAA de 2013 à 2017



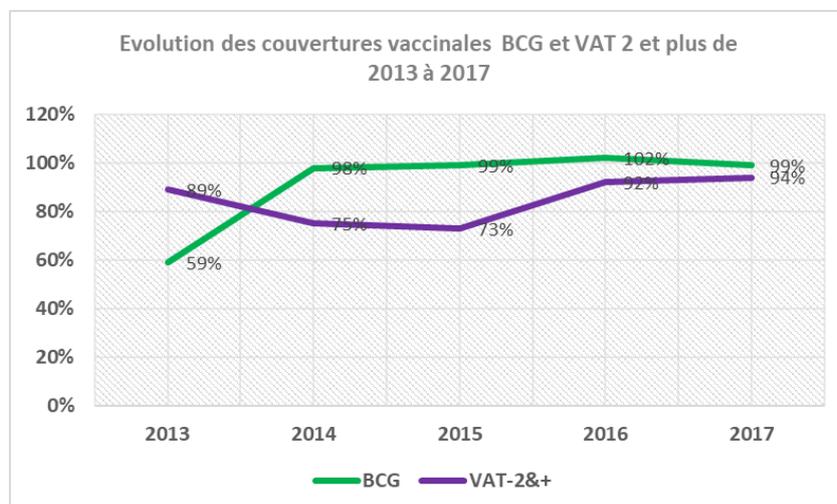
Source : JRF 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

On constate que les couvertures vaccinales en VAR 1 et VAA affichent une tendance positive et progressive sauf pour le VAR2 introduit dans la vaccination de routine en 2014, sur ressources propres du pays. Le VAR2 n'était pas considéré comme un nouveau vaccin et il n'y a donc pas eu de plan national pour l'introduction. Des directives techniques sur le processus d'introduction n'ont pas été mises à la disposition des agents de santé et une formation spécifique sur les aspects d'introduction du VAR2 n'a pas eu lieu. Les formations classiques sur le PEV qui ont été conduites à différents moments n'ont pas abordé en profondeur les questions liées au VAR2.

Le pays n'a pas connu de rupture en VAR. Une revue documentaire a été organisée avec l'OMS (AFRO et IST) pour examiner les progrès de l'introduction du VAR2 au Niger afin de mieux comprendre la situation de l'introduction du VAR2 dans le pays..

Les interventions majeures retenues sont : le plaidoyer et la mobilisation sociale ; l'adaptation et la mise à disposition des guides techniques et supports de collecte des données ; la formation du personnel ; et le monitoring de la couverture et de l'utilisation des ressources.

e) Evolution des couvertures vaccinales BCG et VAT et plus de 2013 à 2017



Source : rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Les couvertures en BCG ont enregistré une bonne performance jusqu'en 2017 sauf en 2013 où le pays a connu une rupture en vaccins. Quant à la situation du VAT 2 et plus, on a observé une chute de la couverture en 2014 et 2015 puis une amélioration à partir de 2016.

Pour le Men A, la subvention reçue a contribué à son introduction dans le PEV de routine en octobre 2017 au lieu de juin 2017 comme programmé, due aux procédures administratives et financières ainsi que le chevauchement des activités. D'octobre à décembre 2017, 145566 enfants ont bénéficié de la vaccination pour une cible estimée à 263 409, soit 55% de CV administrative pour un objectif fixé à 50% (source DVDMT2017).

Concernant le vaccin HPV, le pays a bénéficié d'une subvention d'un montant de deux cent trente-cinq mille (235.000) dollars US\$ pour la mise en œuvre d'un projet pilote de vaccination contre le HPV dans les districts sanitaires de Niamey 3, 4 en milieu urbain et Madarounfa en milieu rural.

Deux (2) évaluations post introduction (PIE) ont été réalisées. La 1ère a été réalisée en novembre 2014 avec pour résultats une couverture en HPV3 respectivement de 83% à Madarounfa, 45% à Niamey III et 60% à Niamey IV. Les principaux problèmes identifiés dans la mise en œuvre de cette première phase de démonstration du projet HPV sont :

- Le refus de vaccination dans certaines écoles et la faible mobilisation des filles non scolarisées dans les DS de Niamey ;
- L'insuffisance des ressources financières pour couvrir la mise en œuvre des activités prévues dans les 2 phases.

Les résultats issus de cette évaluation (Cf. Rapport en annexe) ont servi à identifier des nouvelles stratégies de vaccination (Fixe, avancée et mobile) en s'appuyant sur le PEV de routine pour pallier à l'insuffisance des ressources et préparer la mise à l'échelle de l'introduction du HPV. Quant à la deuxième PIE, elle a démarré en juillet 2018 et va se terminer en octobre 2018. Nous disposons actuellement du premier rapport préliminaire qui sera annexé au présent rapport.

L'objectif visé par l'introduction du vaccin contre le HPV dans la routine était de démontrer, à travers le projet pilote, la capacité de vacciner dans les zones concernées, au moins 50% des jeunes filles âgées de 9 -13 ans avec deux doses du vaccin, avant d'envisager la mise à l'échelle nationale du vaccin. L'administration de la première dose a eu lieu de juin à décembre 2016. Les résultats issus sont illustrés dans le tableau qui suit :

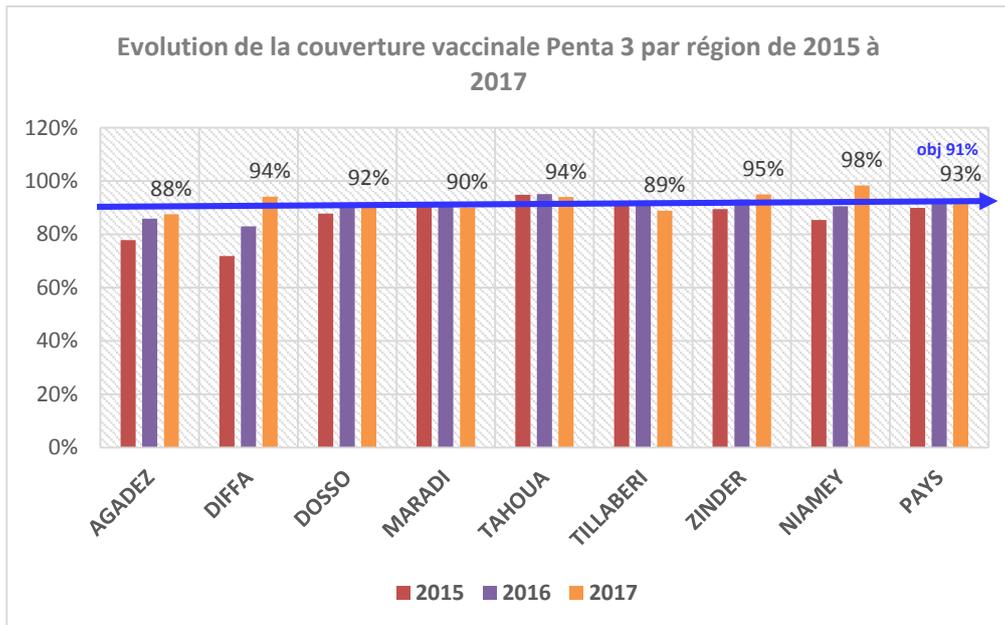
Districts Sanitaires	Cibles à vacciner	Cibles vaccinées 1ère dose	CV (%)
Niamey3	7 178	3361	46,82
Niamey4	12 067	5017	41,58
Madarounfa	14 653	13142	89,69
Total	33 898	21520	63,48

Les prochaines étapes qui permettront de finaliser la stratégie d'introduction sont :

- Finalisation de la phase de démonstration du vaccin en routine en décembre 2018 ;
- Évaluation post Introduction (PIE 2) ;
- Réalisation de l'atelier national de partage de l'expérience HPV du Niger, réalisé du 20-21 Septembre 2018 (Cf. Rapport atelier de partage).

L'atelier national de partage a approuvé les conclusions de la mise en œuvre du projet de démonstration HPV et des orientations stratégiques ont été définies pour la mise à échelle de l'introduction du vaccin HPV. Ces orientations serviront de base pour élaborer le plan d'introduction prévu en 2019 et qui sera soumis pour validation au CCIA.

f) Evolution de la couverture vaccinale Penta 3 par région de 2015 à 2017

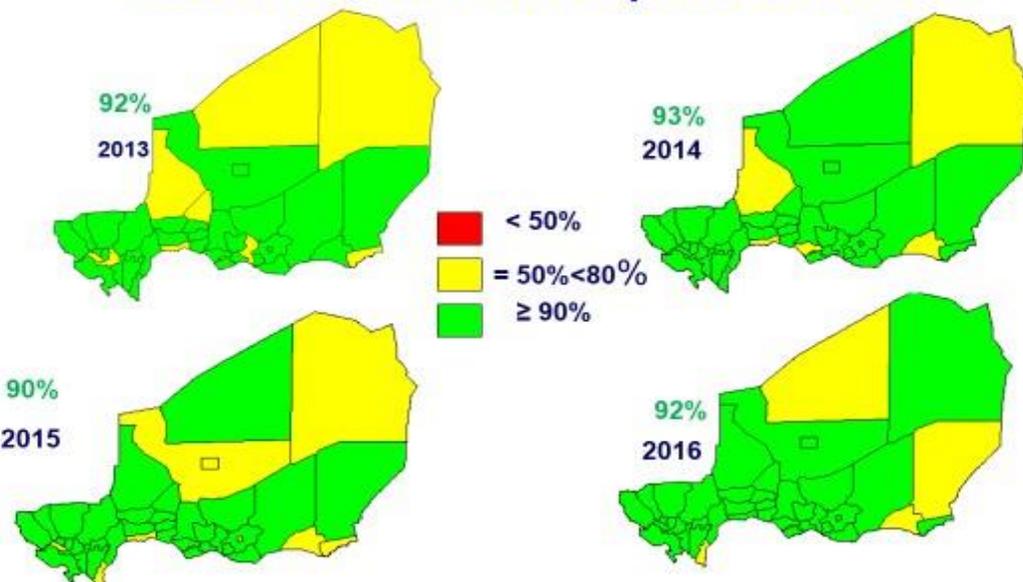


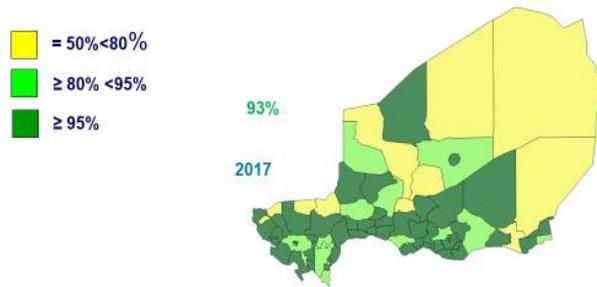
Source : rapports PEV Niger 2015, 2016, 2017

Les couvertures administratives en penta3 se sont améliorées de 2015 à 2017 dans toutes les régions. Toutefois en 2017, l'objectif de 91% de couverture en Penta3 est atteint dans six (6) des régions (Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Zinder et Niamey). Seules les régions d'Agadez et de Tillabéri n'ont pas atteint l'objectif national.

g) Evolution de la couverture vaccinale Penta 3 par district de 2013 à 2017

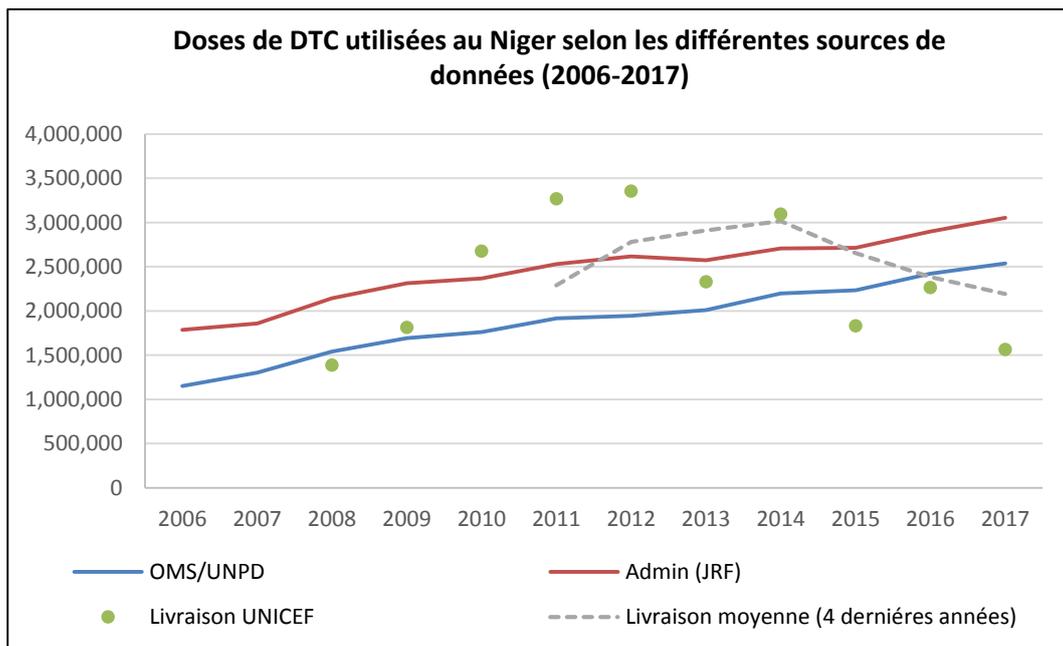
Taux de CV en PENTA3 par DS 2013-2017





rapports PEV Niger 2013, 2014, 2015, 2016, 2017

Selon la carte de 2017 ci-dessus, l'analyse des performances basées sur le Penta 3 au niveau des districts montre que 63% des districts (45 DS sur 72) ont enregistré une couverture de plus de 90%. Il faut aussi noter que 12 districts ont une couverture penta 3 de moins de 80% dont 9 nouveaux districts (75%) (cf Tableau N° 3 ci-dessous). Toutefois, on note des disparités entre les districts avec des couvertures variant de 54% à N'Gourti à 122% à Diffa.



Source : Secrétariat Gavi, Septembre 2018

En se référant au graphique ci-dessus, la comparaison des données d'enfants vaccinés avec les doses de DTC utilisées en 2017 montre qu'il y a plus d'enfants vaccinés que de doses de vaccins livrées. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que le retard de paiement du cofinancement entraîne un décalage dans la livraison des vaccins en moyenne d'une année. En plus de cela, il existe au niveau opérationnel des stocks de vaccins qui ne sont pas pris en compte au moment de la commande. Le Niger n'a pas connu de rupture en Penta au cours de la période considérée. Cependant, on a observé une rupture du VPI pendant 20 jours au niveau central.

Il faut souligner que les camps de réfugiés sont essentiellement dans la région de Diffa et ne saurait expliquer ces taux élevés.

Tableau 3 : Districts avec couvertures DTC3 inf. à 80% (année 2017)

Districts	BCG	HepB	VPO-0	VPI	VPO-1	VPO-2	VPO-3	DTC-HepB-Hib-1	DTC-HepB-Hib-2	DTC-3	PCV-13-1	PCV-13-2	PCV-13-3	Rota-1	Rota-2	VAR-1	VAR-2
Aderbissanat	81%	0%	30%	71%	83%	69%	71%	83%	69%	71%	83%	69%	71%	83%	69%	80%	31%
Bilma	87%	0%	59%	60%	72%	66%	67%	77%	73%	70%	72%	70%	69%	75%	74%	78%	45%
Iférouane	80%	0%	40%	48%	80%	72%	66%	84%	72%	68%	77%	68%	59%	68%	63%	74%	14%
Ingall	82%	0%	26%	67%	88%	72%	67%	88%	72%	67%	88%	72%	67%	79%	64%	71%	12%
Mainé Soroa	93%	0%	18%	72%	100%	85%	76%	99%	85%	76%	99%	84%	75%	97%	83%	73%	18%
N'gourti	42%	0%	25%	50%	58%	48%	55%	58%	48%	54%	58%	47%	53%	51%	43%	61%	16%
Bermo	85%	0%	16%	75%	74%	75%	81%	74%	74%	79%	73%	75%	79%	61%	59%	82%	37%
Maradi Ville	77%	0%	52%	62%	67%	63%	62%	67%	63%	62%	63%	60%	58%	67%	63%	60%	32%
Abala	77%	0%	34%	77%	86%	80%	77%	86%	80%	77%	86%	80%	77%	81%	73%	75%	24%
Ayerou	61%	0%	15%	55%	70%	61%	55%	70%	61%	55%	70%	61%	55%	70%	61%	43%	18%
Banibangou	86%	0%	45%	71%	91%	95%	75%	91%	95%	75%	90%	79%	73%	89%	76%	67%	30%
Bankilare	71%	0%	30%	65%	82%	73%	65%	82%	73%	65%	81%	72%	64%	77%	64%	67%	29%

La couverture de la première dose du VAR est plus élevée que celle du DTC3 / PCV3 dans certains districts sanitaires, cette situation pourrait s'expliquer par le rattrapage des occasions manquées et une insuffisance dans la collecte et l'analyse systématique des données au niveau des structures.

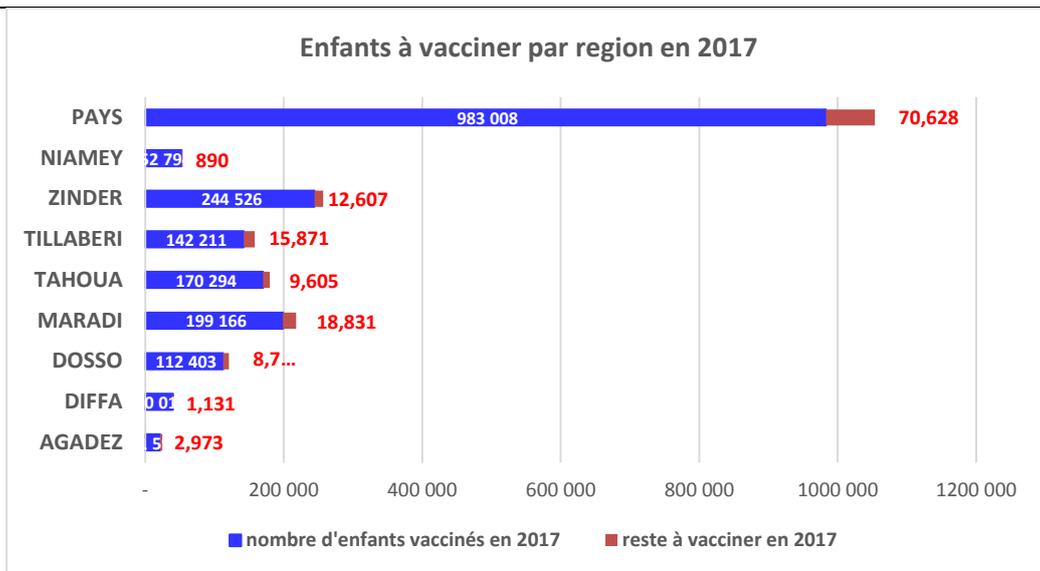
Tableau 4 : districts avec couvertures DTC3 Sup. à 100% (année 2017)

Districts	BCG	HepB	VPO-0	VPI	VPO-1	VPO-2	VPO-3	DTC-HepB-Hib-1	DTC-HepB-Hib-2	DTC-3	PCV-13-1	PCV-13-2	PCV-13-3	Rota-1	Rota-2	VAR-1	VAR-2
Agadez Com	121%	0%	70%	104%	112%	104%	102%	113%	106%	104%	112%	106%	105%	111%	105%	98%	53%
Diffa	136%	0%	29%	120%	123%	117%	121%	124%	149%	122%	122%	116%	120%	118%	111%	122%	71%
Dogondoutchi	116%	0%	58%	105%	108%	105%	105%	108%	105%	105%	107%	105%	105%	107%	105%	102%	67%
Aguié	125%	0%	47%	110%	121%	115%	112%	121%	115%	112%	121%	115%	112%	118%	111%	111%	69%
Gazaoua	111%	0%	45%	105%	116%	110%	105%	112%	110%	105%	116%	110%	105%	115%	110%	102%	59%
Bagaroua	106%	0%	43%	103%	108%	104%	104%	108%	104%	104%	107%	102%	102%	105%	101%	104%	41%
Belbedji	106%	0%	49%	119%	129%	123%	119%	128%	123%	119%	129%	123%	119%	129%	123%	116%	56%
Niamey1	105%	0%	98%	106%	114%	106%	107%	112%	106%	107%	113%	106%	107%	114%	104%	96%	24%
Niamey4	98%	0%	87%	112%	124%	117%	114%	124%	118%	114%	122%	117%	114%	122%	116%	95%	21%

Ce tableau montre 9 districts ayant enregistré pour le penta 3 des taux couvertures vaccinales au-delà de 100% dont 3 sont des nouveaux districts (Bagaroua, Belbedji et Gazaoua). Cependant, cette performance pose la problématique de la non maîtrise du dénominateur et de la fiabilité des données collectées dans les formations sanitaires. Les actions retenues dans le Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD) contribueront à pallier à ces insuffisances.

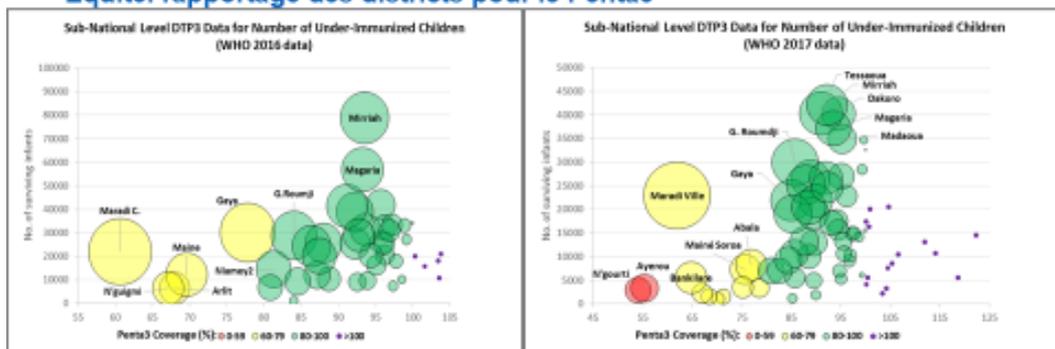
a) Enfants non vaccinés au Penta3 (Janvier à Décembre 2017)

- Cible totale = 1 053 636
- Vaccinés = 983 008
- Non vaccinés = 70 628



Une analyse détaillée par district montre que 31 sur 72 (soit 43%) ont enregistré plus de 1000 enfants incomplètement vaccinés ou non vaccinés au penta3. Parmi ces 31 districts, il faut souligner que 8 districts (Guidan Roundji, Dosso, Gaya, Maradi Commune, Tessaoua, Kollo, Gouré et Mirriah) ont enregistré plus de 2500 enfants à vacciner. Cependant, il faut également relever que 15 districts sur les 72 (Agadez commune, Diffa, Goudoumaria, N'guigmi, Dogondoutchi, Aguié, Gazaoua, Bagaroua, Keita, Tahoua, Belbedji, Damagaram Takaya, Tesker, Niamey1 et Niamey4) affichent des chiffres négatifs d'enfants à vacciner. Ce qui pose à nouveau la problématique de la non maîtrise du dénominateur et de la fiabilité des données.

Performance du programme de vaccination: Équité: rapportage des districts pour le Penta3



Pour 2017, les quatre districts avec le plus grand nombre d'enfants qui n'ont pas reçu la troisième dose recommandée du vaccin pentavalent sont Maradi Ville, G. Roumdji, Tessaoua et Gaya.

15



Source : Secrétariat Gavi

b) comparaison des couvertures administratives à celles de Wuenic et ECV 2017

Tableau 5 : comparaison des couvertures administratives à celles de Wuenic et ECV 2017

Antigène	Objectifs 2017	Couvertures administratives	WUENIC	Enquête couverture 2017
Penta 3	82%	93%	68%	80,2%
PCV13-3	82%	93%	68%	76%
VPI	82%	92%	69%	60,8%
VPO3	82%	93%	69%	82,3%
VAR1	82%	92%	76%	76,1%
VAR2	60%	52%	36%	NA
Rota2	75%	89%	68%	83,4%
VAA	82%	90%	73%	76%

Source : Rapports PEV Niger, ECV 2017 et Wuenic OMS-UNICEF

En 2017, les couvertures administratives du PEV enregistrées ont atteint les objectifs visés par antigène en dehors du VAR2. Cependant les estimations OMS-UNICEF (Wuenic) pour la même année affichent des taux de couvertures en deçà des objectifs fixés, à titre illustratif le Penta3 est à 68% contre 93% CV administrative et 80,2% selon l'enquête 2017.

Selon les résultats de la dernière enquête nationale de couverture vaccinale réalisée en décembre 2017, les couvertures obtenues par antigène sont en deçà des objectifs fixés sauf pour le Rota2 qui a connu un gain de 8 points. Il faut cependant souligner que les couvertures vaccinales 2017 sont en nette progression par rapport à celles issues de l'enquête 2013. Ainsi la couverture en Penta 3 est passée de 77,8% en 2013 à 80,2% en 2017; celle du VPO3 de 74,5% à 82,3% ; celle du VAR1 de 74,7% à 76,1% et celle du VAA de 72,9% à 76%.

c) Equité

L'ECV a montré que Les enfants vivant dans des localités couvertes par la stratégie mobile ont moins de chance d'être complètement vaccinés (30,4%) que ceux vivants dans des localités couvertes par les stratégies fixes ou avancées (39,8%).Le même constat a été fait par l'analyse de l'équité qui a montré que le principal goulot d'étranglement du PEV en milieu rural est lié à l'accessibilité géographique. Plus les populations sont éloignées et dispersées, moins elles sont atteintes par les services de vaccination en milieu rural. Cette analyse a également relevé que les communautés « nomades » sont mal desservies par les services de vaccination à cause de leur mobilité à la recherche du pâturage pour le bétail et donc difficilement localisables.

L'analyse de l'équité a montré par ailleurs que de nombreux enfants ne sont pas vaccinés en milieux péri-urbains au niveau des communautés identifiées sous le nom de «pauvres en milieux urbains» préoccupées plus par la recherche de quoi nourrir la famille comme priorité que la vaccination de l'enfant. Ceci peut expliquer la récurrence des épidémies de rougeole et de méningite dans les milieux urbains comme c'est le cas à Niamey 2, Zinder Commune, Agadez commune, Tahoua commune, Diffa Commune, etc. Il serait par conséquent nécessaire de penser à une stratégie de vaccination en milieux urbains.

La même analyse de l'équité a fait ressortir l'influence des pesanteurs socio-culturelles notamment celles liées à l'extrémisme religieux comme un goulot d'étranglement majeur qui entrave la réalisation des activités de vaccination.

Les missions de supervision ont révélé que pour des raisons de financement , les formations sanitaires exercent moins d'activités en stratégies avancées et mobiles qu'au niveau des centres fixes (4 sorties par mois en stratégie avancée et 1 sortie par mois en stratégie mobile, contre 20 séances en stratégie fixe), pendant que 70% à 80% de la cible résident dans un rayon de 5 à 15 km.

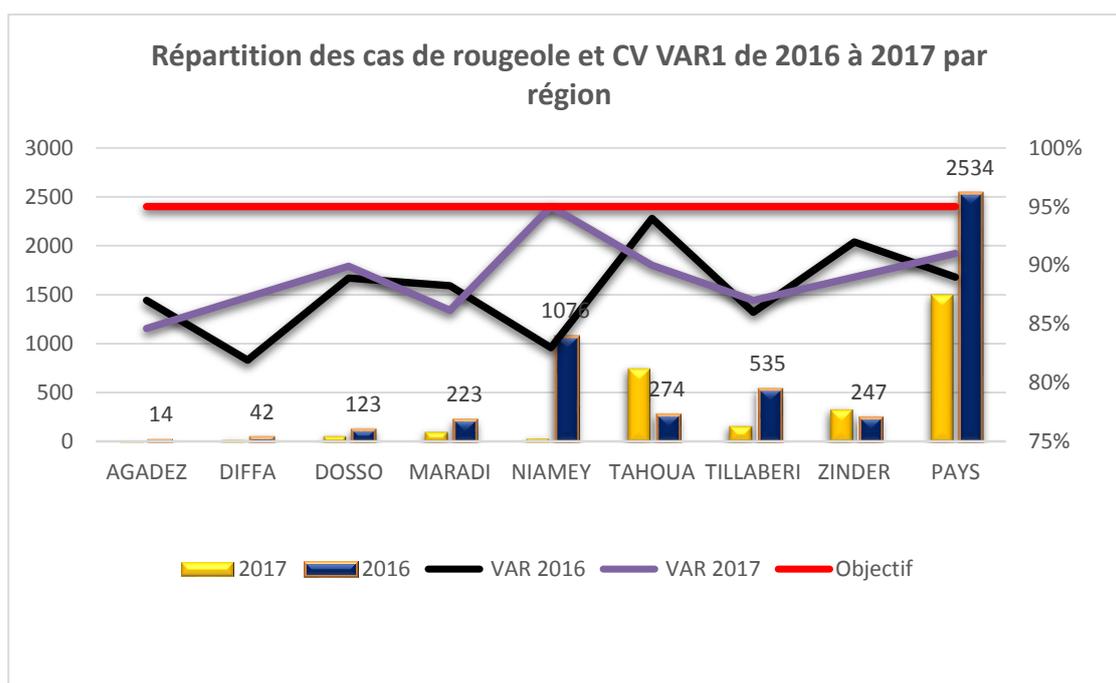
d) Analyse des performances des districts prioritaires RSS

Selon la base de données de la DI, dans les 21 districts prioritaires qui ont été éclatés en 36 nouveaux districts sanitaires, la proportion d'enfants vaccinés en stratégie fixe est de 94% pour un objectif de 80%, celle de la stratégie avancée est de 124% pour un objectif de 80% pendant que celle de la stratégie mobile n'a atteint que 49% pour un objectif de 80%. Quant à l'ECV 2017, ces proportions sont de l'ordre de 39,8% en stratégie fixe/avancée contre 30,4% en stratégie mobile.

Selon les résultats de la même enquête, la couverture vaccinale globale en Penta3 était de 80,2% avec des extrêmes allant de 49% (Gouré) et 90,9% (Mayahi). Notons aussi que 26 districts sanitaires sur 44 soit 59% ont une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80%. Sur les 21 DS prioritaires pour le RSS2, 6 soit 29% ont régressé par rapport à leur performance de 2013. Il s'agit des districts de : Arlit, Diffa Commune, Birnin Konni, Bouza, Tchintabaraden et Gouré. Notons que le DS de Zinder Commune est resté stationnaire avec 78,7% en penta3 en 2013 contre 78,6% en 2017. Les raisons de la contreperformance s'expliquent par leurs spécificités :

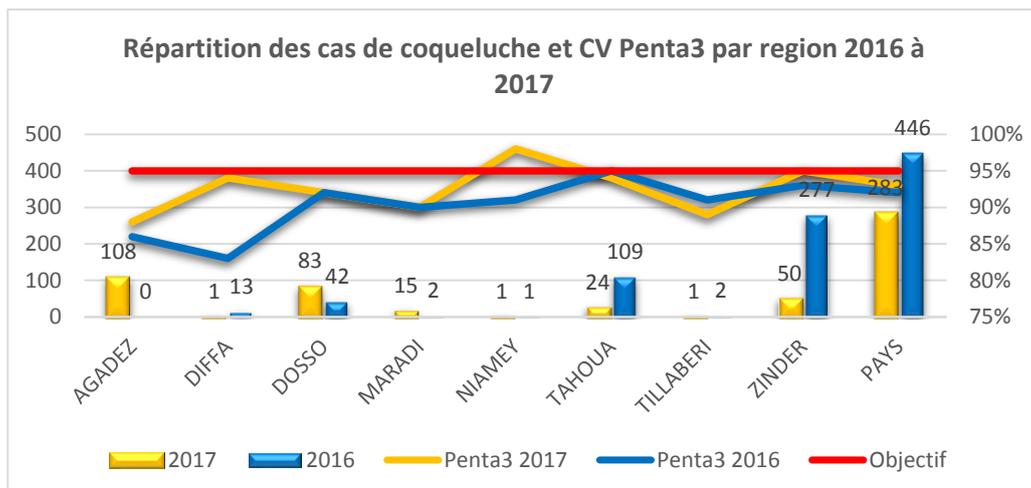
- La présence des zones d'accès difficile (relief accidenté, dunes de sable, habitats dispersées) avec des zones d'insécurité résiduelle (d'Arilit, de Tchintabaraden, de Gouré et Bouza)
- l'existence des populations urbaines et périurbaines faiblement desservies par les services de vaccination dans les DS de Birnin konni, de diffa commune et de zinder Commune).

e) Surveillance maladies évitables par la vaccination



Source : Rapports PEV Niger et MDO de 2016 à 2017

On observe la survenue des épidémies localisées dans certains districts sanitaires et CSI. C'est ainsi qu'au cours de l'année 2016, 25 districts sur 44 (56,81%) étaient en épidémie de rougeole avec un total de 2534 cas. En 2017, 21 districts étaient en épidémie. Des ripostes vaccinales ont été organisées dans les districts sanitaires concernées. Niamey a enregistré la moitié des cas survenu en 2016 due à une baisse de couverture vaccinale en VAR observée la même année.



Source : Rapports PEV Niger et MDO de 2016 à 2017

Les cas de coqueluche sont observés dans les régions de Zinder et Tahoua au cours de l'année 2016 et la région d'Agadez en 2017. Ces cas sont observés du fait que les couvertures vaccinales sont inférieures à 90% dans les régions d'Agadez et de Zinder. Par ailleurs, ces régions sont des zones de transhumance par excellence, difficile d'accès où la majorité d'enfants échappent aux services de vaccination.

3.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

*Veillez souligner les principaux facteurs relatifs aux systèmes et programmes de santé qui déterminent les niveaux de couverture et d'équité, indiqués dans la section ci-dessus, en vous axant sur les **évolutions et les changements survenus depuis la dernière évaluation conjointe**. Pour les districts/communautés identifiés comme ayant une faible performance, expliquer l'évolution des principales barrières à l'amélioration de la couverture.⁵ Si possible, veuillez établir ci-dessous une **liste des obstacles liés aux goulots d'étranglement au niveau de la couverture et de l'équité, par ordre de priorités** :*

- **Personnel sanitaire** : disponibilité, compétences et répartition du personnel sanitaire.
- **Chaîne d'approvisionnement** : intégration, principaux résultats du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV, ainsi que les avancées sur les cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement.⁶
- **Fourniture de services et génération de la demande** : principaux résultats liés à l'amélioration de la qualité des services et aux stratégies d'engagement communautaire, aux stratégies d'intégration et de rentabilisation, à la demande de services de vaccination, aux calendriers de vaccination, etc.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants⁷** : Veuillez indiquer les barrières auxquelles sont confrontés les soignants pour faire vacciner les enfants et planifier ou mettre en œuvre les interventions (par l'intermédiaire de Gavi ou d'autres fonds), pour faciliter l'accès aux services de vaccination des femmes au bénéfice de leurs enfants. (Par exemple : la flexibilité des services de vaccination pour que ceux-ci s'adaptent aux horaires de travail des femmes, l'éducation sanitaire des femmes sur l'importance de la vaccination et la mobilisation sociale des pères, le nombre croissant de femmes travaillant dans le secteur de la santé, etc.)

⁵ Vous pourrez trouver des sujets de discussions pertinentes sur certains domaines stratégiques dans les Conseils pour la programmation, disponibles sur le site Web Gavi à l'adresse : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>

⁶ Vous trouverez plus d'informations à cette adresse : <http://www.gavi.org/support/hss/immunisation-supply-chain/>

⁷ Pour d'autres conseils liés aux programmes, consultez la page <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#gender>. Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont souvent un accès limité aux services sanitaires, et sont donc dans l'incapacité de faire vacciner leurs enfants. Elles peuvent être confrontées à certains obstacles, notamment le manque d'éducation ou de pouvoir décisionnel, un faible statut socioéconomique, leur incapacité à sortir librement de chez elles, l'absence d'accès aux établissements médicaux, des échanges négatifs avec les professionnels de la santé, un manque d'implication de la part du père dans les questions de santé, etc.

- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ou d'autres évaluations, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination ; cela inclut la performance des équipes de PEV nationales/régionales et des équipes de santé chargées de gérer la vaccination (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités), l'utilisation des données pour les analyses, la gestion et la supervision des services de vaccination ou les problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁸.

Parmi les facteurs ayant contribué au niveau de performances obtenues sont :

- La disponibilité des vaccins à tous les niveaux
- La mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles
- La formation du personnel (MLM, gestion PEV, techniques vaccinales),
- la mise en œuvre de l'Initiative de Résultats Rapides (RRI)
- Supervision et monitoring
- Renforcement de la Chaîne d'approvisionnement
- Paiement cofinancement 2017
- Organisation de 6 réunions du CCIA
- Evaluation de l'équité de prestation des services de vaccination
- Réalisation de l'inventaire des matériels de chaîne de froid dans les 8 régions
- Organisation d'une journée parlementaire sur la vaccination
- Plaidoyer et organisation des réunions d'information et de sensibilisation sur l'importance de la vaccination par les OSC (ROASSN)
- Les missions d'appui techniques

La levée du monopole de l'ONPPC dans la chaîne d'approvisionnement a permis à plusieurs acteurs d'intervenir, créant ainsi un système complexe de distribution et de stockage (multiplicité des flux, dilution des responsabilités, chaînes d'approvisionnement parallèles). En vue de mettre en place un système d'approvisionnement intégré et performant, le Ministère de la Santé Publique a conduit de septembre à novembre 2017 une étude sur la chaîne d'approvisionnement avec l'appui de la Banque Mondiale .

L'analyse de la chaîne d'approvisionnement existante a permis d'identifier, trois nouveaux scénarii d'approvisionnement ainsi que des recommandations à mettre en place pour développer une chaîne intégrée efficiente dans le pays. C'est ainsi que le scénario N°1 en rapport avec la distribution des médicaments jusqu'au niveau CSI avec un stockage intermédiaire aux dépôts de zone puis aux districts. L'acheminement jusqu'aux districts sera fait par l'ONPPC en moyens propres alors que l'acheminement des districts aux CSI pourra être contractualisé à des transporteurs privés ou laissé à la charge des districts. Pour ce faire, un comité national de suivi de la chaîne d'approvisionnement intégrée a été mis en place. Les conclusions issues de cette étude ainsi que les recommandations sont répertoriées dans le rapport de la chaîne d'approvisionnement intégrée qui sera annexé au présent rapport.

La dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins date de 2014 assorti d'un plan d'amélioration dont le niveau d'exécution des recommandations se résume comme suite :

Au niveau national : 27 recommandations réalisées sur 29 soit 93% de taux de réalisation

Au niveau régional : 12 recommandations réalisées sur 21 soit 57% de taux de réalisation et 3 en cours

Au niveau district : 7 recommandations réalisées sur 10 soit 70% de taux de réalisation et 3 en cours

Au niveau CSI : 6 recommandations réalisées sur 9 soit 67% de taux de réalisation et 2 en cours

Ainsi les priorités retenues dans le cadre du CEP au titre de l'année 2019 sont :

- L'amélioration de la couverture sanitaire et renouveau des SSP :
- L'équité dans la vaccination :
- Le renforcement de la participation communautaire :
- Le renforcement de l'implication et la responsabilisation des organisations de la société civile :
- Le renforcement du partenariat avec les institutions de formations et de recherche

⁸ Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, la Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

3.3. Données

Fournir un examen succinct des principaux défis liés à la disponibilité en temps voulu, la qualité et l'utilisation des données sur la vaccination, **en vous axant sur les évolutions et les changements survenus depuis la dernière évaluation conjointe**. Cette section doit a minima couvrir les connaissances en matière de données de couverture vaccinale (populations cibles, nombre d'enfants vaccinés) et de triangulation disponibles avec les données de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, les données de surveillance des maladies à prévention vaccinale et les données sur les effets indésirables suite à la vaccination. Veuillez prendre en compte les aspects suivants :

- Statut du **système de vaccination et de santé** (par ex. DHIS2, systèmes parallèles, système de surveillance) et mises à jour sur un éventuel plan de renforcement national du HMIS.
- Informations relatives aux **dénominateurs**, par ex. tout écart entre un dénominateur national, les estimations de l'ONU et les objectifs des programmes, les recensements prévus, etc.
- Les principaux défis relatifs **à la disponibilité des données, à leur qualité et à leur utilisation**, en se reportant aux résultats de l'étude documentaire la plus récente, de toutes les évaluations récentes et de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination. Par exemple, avez-vous conscience des principales limites/faiblesses liées à la qualité des données et aux analyses de données que vous avez utilisées pour renseigner cette évaluation conjointe ?
- **La conformité** avec la qualité des données Gavi et les exigences en matière d'enquêtes (les exigences sont détaillées dans l'annexe de la JA et décrites en détails sur <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#data>). Si vous n'êtes pas en conformité, expliquez pourquoi.
- Principaux **efforts/innovations/bonnes pratiques** axés sur le niveau de développement et les interventions visant à améliorer les données basées sur des preuves.

- Système d'information sanitaire (SNIS)-dhis2 :

Le circuit de l'information sanitaire est en corrélation avec l'organisation de la pyramide sanitaire.

En dépit des efforts déployés pour renforcer le circuit de collecte des informations sanitaires, des lacunes persistent dont entre autres : une discordance importante des données à cause des multiples sources et supports de collecte, le retard dans la transmission des données, l'absence de rétro information, le mauvais archivage des données, la faible utilisation des NTIC, l'insuffisance de la qualité des données, l'insuffisance de l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux, la non prise en compte des données du secteur privé dans les données de routine.

C'est ainsi que le Niger a introduit en 2017, grâce au soutien du Fonds Mondial et de la Banque Mondiale, l'outil informatique dhis2 permettant d'intégrer toutes les données des différents programmes en une seule plateforme. Il faut signaler que les modules de la vaccination et de qualité de données ne sont pas pris en compte dans le dhis2.

A ce jour, des ordinateurs ont été achetés et mis en place au niveau des structures sanitaires grâce au financement de la Banque Mondiale pour permettre une saisie et un traitement des données.

En marge des travaux de l'évaluation conjointe, le Secrétariat Gavi a tenu une séance de travail avec la Direction des statistiques (DS) qui a débouché sur la possibilité d'octroyer une assistance technique pour permettre la prise en compte des modules de la vaccination et de qualité de données dans le dhis2.

A cet effet, dans le cadre de la mise en oeuvre du PAA 2019, une formation des agents de la Direction des immunisations sera organisée sur l'utilisation de la plateforme dhis2.

- Plan d'amélioration de la qualité des données :

L'analyse sur la qualité des données de couverture administrative du PEV 2017 en Penta3 fait ressortir que 7 sur 44 DS soit 16% ont vacciné plus que la cible attendue (Enfants 0-11 mois) alors que les résultats de l'ECV 2017 montrent qu'aucun de ces districts sanitaires n'a couvert la totalité de sa cible. De même, on constate que 14 DS sur les 72 que compte actuellement le pays ont encore au moins 20% de leurs cibles non encore vaccinées. Ce constat pose la problématique de la non maîtrise de la cible par les différents acteurs du PEV.

Un plan d'amélioration de la qualité des données est en cours d'élaboration. Pour ce faire un projet d'arrêté a déjà été soumis à la signature du MSP et des termes de références sont introduites au FC pour la mobilisation des ressources. Des dispositions sont prises pour conduire les activités retenues et rendre disponible le PAQD d'ici fin 2018.

Par ailleurs, Le Niger a planifié de conduire une enquête SARA couplée à un « Data Quality Review » (DQR) d'ici la fin 2018. La direction des statistiques a élaboré des termes de références et a mis en place un comité chargé d'organiser cette enquête.

3.4. Financement de la vaccination

Veillez apporter un bref aperçu des principales questions touchant à la planification, la budgétisation, l'allocation, le décaissement et l'exécution des fonds de vaccination. Veillez prendre en compte les aspects suivants :

- **Disponibilité du cadre de financement de la santé et des plans et budgets opérationnels de vaccination annuels et à moyen terme**, indiquant s'ils s'intègrent au plan/budget national plus global, leur lien avec les processus de micro-planification et leur cohérence avec ces derniers.
- **Allocation de ressources suffisantes dans les budgets de santé nationaux au profit des programmes/services de vaccination**, que ce soit pour les vaccins Gavi ou autres, des frais opérationnels (intégrés) et des frais de fourniture de services. Expliquer dans quelle mesure la stratégie nationale de santé intègre ces coûts et toute mesure prise pour augmenter les ressources nationales allouées à la vaccination. En cas de manquement lié au cofinancement dans les trois années passées, décrire les mesures d'atténuation mises en œuvre pour éviter tout autre manquement de ce type à l'avenir.
- **Décaissement et exécution des ressources dans les délais** : dans quelle mesure les fonds alloués aux activités de vaccination (notamment les frais de vaccination ou autres) sont mis à disposition et alloués dans les délais, à toutes les échelles (par ex. celle du pays, de la province, du district) ?
- **Rapports adéquats sur le financement de la vaccination et informations fiables sur le financement disponibles en temps opportun pour améliorer la prise de décisions.**

Le financement de la vaccination peut être scindé en deux parties. D'une part, il y a les financements internes et d'autre part, les financements externes. Les financements internes sont ici considérés comme étant les ressources issues du budget national et le financement communautaire; les financements externes sont les fonds alloués par GAVI, OMS, UNICEF, ROTARY, Fonds Communs et les autres Partenaires externes (organismes bi et multilatéraux et ONG/associations).

Tableau 6 : Décaissement et exécution des ressources des activités de vaccination en 2017 niveau central.

Sources de financement (1)	Montants prévus (2)	Montants mobilisés (3)	Montants dépensés (4)	Taux de mobilisation (5)=(3)/(2)	Taux d'absorption (6) =(4)/(3)	Taux de réalisation financière (7)=(4)/(2)	Importance relative (8)=(4)/(DT)
UNICEF	112 520 344	92 091 040	92 091 040	81,8%	100,0%	81,8%	2,3%
OMS	276 400 000	283 696 836	283 696 836	102,6%	100,0%	102,6%	7,0%
ETAT	2 667 765 758	2 479 614 316	2 479 614 316	92,9%	100,0%	92,9%	61,0%
RSS/FC	1 093 163 498	755 435 915	755 435 915	69,1%	100,0%	69,1%	18,6%
GAVI	2 131 568 000	580 391 332	447 167 832	27,2%	77,0%	21,0%	11,0%
FC	55 000 000	9 980 970	9 980 970	18,1%	100,0%	18,1%	0,2%
Total	6 336 417 600	4 201 210 409	4 067 986 909	66,3%	96,8%	64,2%	100,0%

Source : Revue annuelle_PAA_2017 DI/MSP

Le tableau ci-dessus fait le récapitulatif des sources de financement de la vaccination et les taux d'exécution financière pour l'année 2017. Il convient de noter que la première source de financement est l'état avec une importance relative de 61%, suivi de Gavi avec près de 30% (RSS/FC+GAVI). Ensuite viennent l'OMS et l'UNICEF avec respectivement 7% et 2%. Il faut noter que l'UNICEF contribue aussi au Fonds Commun (FC). Avec 66,3%, le taux de mobilisation des financements reste assez faible. Par contre, quand les financements sont mobilisés, ils sont absorbés de manière satisfaisante, soit à 96,8%.

Tableau 7 : Décaissement et exécution des ressources des activités de vaccination en 2017 niveau régional.

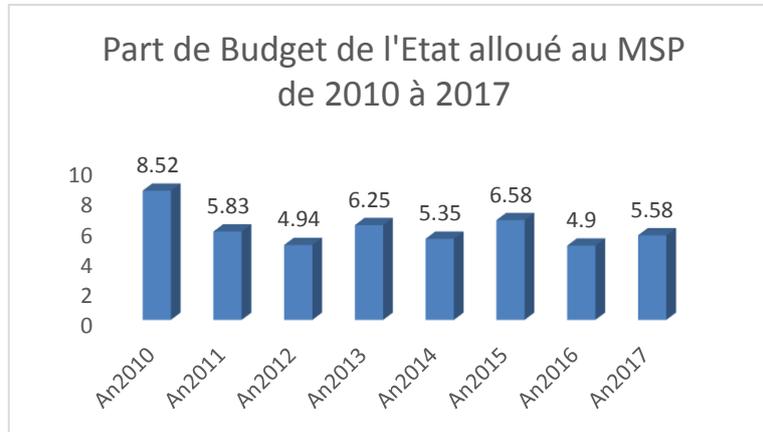
Sources de financement (1)	Montants prévus (2)	Montants mobilisés (3)	Montants dépensés (4)	Taux de mobilisation (5)=(3)/(2)	Taux d'absorption (6) =(4)/(3)	Taux de réalisation financière (7)=(4)/(2)	Importance relative (8)=(4)/(DT)
RSS/FC et GAVI	1220881675,83 5	819655635,11 5	608907079,72 4	67%	74%	50%	

Source : Revue annuelle_PAA_2017

Pour les régions (attendre niveau déconcentré : DRSP et DS), la désagrégation du financement des autres partenaires est difficile.

Les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques générales : la part du budget de l'Etat consacrée

Tableau 8 : Evolution de la part du budget de l'Etat consacrée à la santé de (2010-2017)



Source : Rapports d'exécution budget Etat_DRFM_MSP

Pour les dépenses publiques pour la vaccination de routine, en millions d'USD (total), et part en % des dépenses publiques. : selon les comptes de la santé réalisés en 2016 les dépenses courantes de santé consacrées à la vaccination étaient de l'ordre de 2,10% des Dépenses Totales de la Santé pendant que pour les soins préventifs en général, la part était de 7,95% dont 26,43 % sont consacrées au programme de vaccination.

Le cofinancement. Le Niger a souscrit à l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV) qui permet au pays de disposer d'une ligne de crédit pour l'achat des vaccins et consommables. Cette ligne de crédit, qui était de 660 000USD jusqu'en 2017, est destinée au départ, pour l'achat des vaccins traditionnels et leurs consommables. La projection des besoins en vaccins et consommables sur la période 2017-2021 a montré qu'en raison de l'introduction des nouveaux vaccins (MEN-A, Hep B à la naissance et HPV, RR...), le plafond assigné à l'enveloppe IIV s'est avéré insuffisant pour couvrir le total des coûts des vaccins traditionnels et consommables. C'est pour cela que le plafond vient d'être pratiquement doublé et porté à 1 250 000 USD à compter de 2018. ;

Une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des vaccins traditionnels d'un montant de 2 milliards de francs CFA soit environ 3,5 millions de dollars américains a été inscrite au budget national pour rembourser les fonds de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV) et les vaccins cofinancés ainsi que leurs consommables

La situation du cofinancement

Tableau 9 : Récapitulatif du cofinancement de l'Etat pour l'achat des vaccins

Années	Montant à payer	Montant payé	Ecart
2016	1 469 500 US\$	1 469 500 US\$	0 US\$
2017	929 000 US\$	929 000 US\$	0 US\$

A travers le tableau ci-dessus, le Niger s'est acquitté de ses arriérés de cofinancement en fin mars 2018. Ce retard de déblocage de fonds pour honorer le paiement du cofinancement a entraîné des situations de ruptures de stocks dans le pays, créant ainsi des distorsions majeures dans le suivi de stocks des vaccins avec pour conséquences la multiplication des transferts financiers, les difficultés du suivi comptable, le chevauchement des plans de livraisons et la complexité de la gestion des stocks etc.

Au titre de l'année 2018, le montant des vaccins cofinancés s'élève à 1,951,115 \$. Des engagements ont été pris lors de la mission d'évaluation conjointe pour honorer ces différents paiements. Le Niger doit donc payer plus de 3 millions de dollars américains d'ici la fin de l'année 2018 pour éviter le défaut de cofinancement et du VII avec les conséquences que cela peut entraîner. C

4. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

4.1. Performance du soutien au vaccin

Fournir une analyse succincte des performances des subventions Gavi, en vous axant sur les **vaccins introduits récemment (les deux dernières années)** ou qui devraient être introduits, les **campagnes**, les activités de vaccination supplémentaires, les programmes de démonstration, les MAC et les changements de présentation des vaccins. La présente section devra présenter les informations suivantes :

- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et des autres plans d'activité liés à la subvention. Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles spécifiées dans le GPF n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performances, les goulots d'étranglement et les risques.
- **Avancement global de la mise en œuvre** du soutien vaccinal Gavi.
- **Campagnes** : Fournir des informations sur la fréquence des campagnes et les principaux résultats de l'enquête post-campagne, notamment la couverture atteinte. Si la couverture atteinte était faible, en indiquer les raisons. Comment les subventions aux frais opérationnels ont-elles été allouées ? Expliquer dans quelle mesure la campagne a contribué à renforcer la vaccination de routine, par ex. en identifiant les enfants n'ayant reçu aucune dose et les enseignements tirés.
- Mettre à jour l'**analyse de la situation pour la rougeole et la rubéole** (en utilisant les données les plus récentes de surveillance et de couverture vaccinale pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale aux échelles nationales et infranationales⁹) et mettre à jour le **plan pour la rougeole et la rubéole sur 5 ans** (par ex. en indiquant les prochaines dates d'introduction du RR et du VVR2, les campagnes de suivi, etc.).
- **Décrire les principales actions en matière de soutien aux vaccins de Gavi dans l'année à venir** (par ex. la prise de décisions sur l'introduction de vaccins, les prochaines demandes, la planification et la mise en œuvre de mesures d'introduction/de campagnes) et les **besoins connexes en matière d'assistance technique**¹⁰.

⁹ Pour plus d'informations sur les analyses escomptées relatives à la rougeole et à la rubéole, vous pouvez consulter le document d'orientation et d'analyse de la JA.

¹⁰ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu d'appui en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

Au cours des deux dernières années, deux (2) activités majeures ont été mises en œuvre dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins:

- Changement de présentation du vaccin PCV13, de 1dose à 4 doses par flacon(Switch) ;
- Introduction du Men A dans le PEV de routine

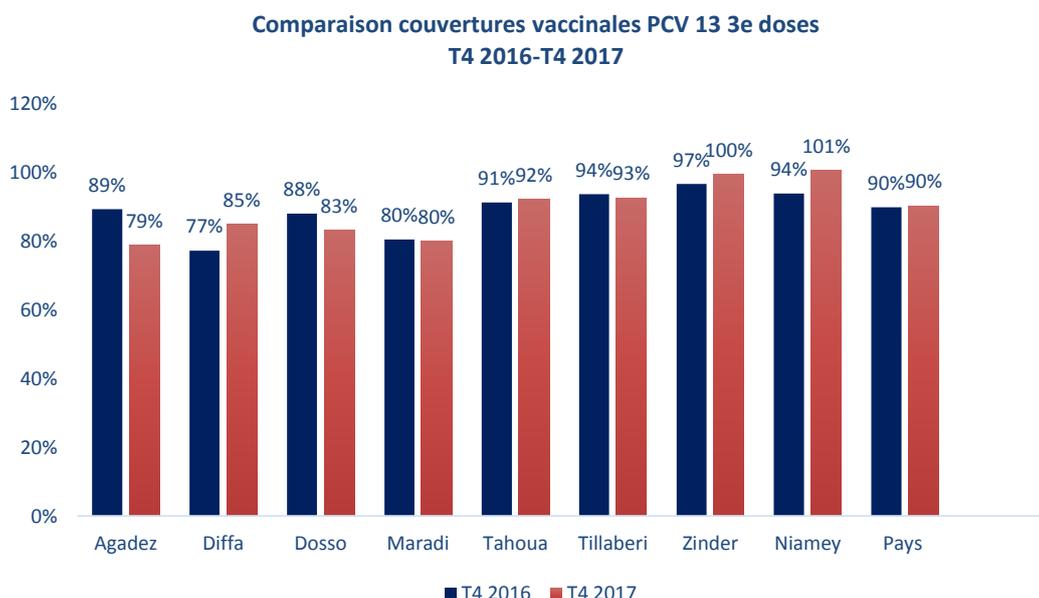
1. Activités du Switch Pneumo 13

Pour ce faire , le pays a réceptionné 1 397 600 doses de vaccin pneumo13 en flacons de 4 doses, le 17 juillet 2017. Le switch a été lancé le 18 septembre 2017 et les couts opérationnels sont de l'ordre 240 500 dollars US.

Les principales activités réalisées sont :

- Briefing des membres du CCIA pour l'appropriation du processus du remplacement
- Organisation des réunions de coordination du remplacement
- Validation du plan de remplacement
- Inventaire physique détaillé des stocks de PCV 13 Mono dose avant l'introduction
- Evaluation des besoins en PCV-13 (4 doses)
- Commande et réception du PCV-13 (4 doses) tenant compte des besoins du pays
- Approvisionnement de tous les sites de prestation de service en PCV-13 (4 doses)
- Élaboration des supports de formation pour les agents de santé
- Formation des agents de santé sur le remplacement avec l'appui technique de l'Agence de Médecine Préventive (AMP)
- Collecte des données et le suivi de l'approvisionnement en PCV-13 (4 doses) des formations sanitaires

En terme de couverture, ce changement de présentation s'illustre à travers les graphiques ci-dessous :



2. Introduction du Men A dans le PEV de routine

Le Niger à l'instar des autres pays de la ceinture de la méningite, a introduit le vaccin MenAfriVac dans son PEV de routine le 20 octobre 2017. L'objectif général est de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées à l'infection due au Méningocoque A.

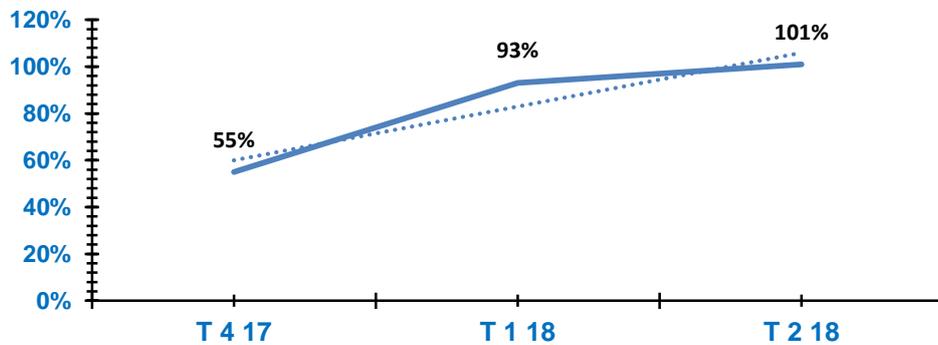
Au total 691500 doses ont été mises à la disposition du Pays et les couts opérationnels sont de l'ordre de 678500 dollars US.

Les principales activités réalisées au décours de l'introduction du vaccin MenAfriVac se résument comme suit :

- la gestion et la coordination de l'introduction du vaccin MenAfriVac dans le PEV de routine
- La formation du personnel de santé en cascade .;

- La réunion d'informations des médias et les ONGs/Associations :
- Le Lancement officiel de l'introduction : le lancement a été effectué au chef-lieu de la région de Tahoua par le Secrétaire Général du MSP en présence des autorités administratives et coutumières de la région.
- Le suivi post formation et la supervision

Tendance de la couverture vaccinale MenA T4 2017-T2 2018



4.2. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

Fournir une analyse succincte des performances du soutien Gavi pour le RSS pendant la période d'établissement des rapports.

- **Avancement de la mise en œuvre de la subvention RSS** au regard des objectifs et du budget, et importants écarts par rapports aux plans (par ex. retards de mise en œuvre, faibles taux de dépenses, etc.), à l'aide du tableau ci-dessous.
- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et les résultats clés. Par ex. en comparant le nombre d'enfants vaccinés supplémentaires et d'enfants sous-vaccinés dans les districts recevant l'appui de la subvention RSS aux autres districts non bénéficiaires du soutien. Quels indicateurs dans le GPF ont été affectés par les activités mises en œuvre ?
- Comment le soutien Gavi permet d'**atténuer les principaux facteurs à l'origine des faibles taux de vaccination** :
 - en contribuant à améliorer les performances globales du programme de vaccination/ de la structure de fourniture de services appuyant les stratégies de vaccination et du secteur de la santé ;
 - en ciblant les districts et/ou groupes de population aux niveaux de couverture plus faibles (y compris dans les bidonvilles urbains, les zones rurales isolées et les zones de conflit) ;
 - en éliminant les principales barrières à la couverture et à l'équité visées à la section 3 ci-dessus.
- Indiquer si la **sélection des activités reste pertinente**, réaliste et correctement hiérarchisée à la lumière de l'analyse de la situation qui a été menée et des taux d'absorption financière et de mise en œuvre.
- Donner des informations sur les **plans visant à traiter les goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre**, notamment les réallocations planifiées du budget (veuillez joindre le budget révisé).
- Le cas échéant, décrire brièvement la manière dont a été utilisé le **financement basé sur la performance** dont le pays a bénéficié, et ses résultats. Quels indicateurs du Cadre de performance des subventions (GPF) seront utilisés pour suivre les progrès ?

Évaluation conjointe (JA complète)

- Décrire brièvement la manière dont le soutien RSS de Gavi **contribue aux stratégies du secteur de la santé adoptées par le pays**, s'aligne sur celles-ci et se coordonne avec elles. Mentionner les synergies avec d'autres types d'appui de partenaires de développement.
- (Le cas échéant, veuillez mentionner toute autre initiative pertinente non soutenue par Gavi et qui aborde les principaux facteurs de faible couverture.)

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS au titre de l'année 2017, les structures du Ministère de la Santé Publique du niveau régional et central ont exécuté plusieurs activités. Les réalisations physiques et financières par programme du PDS sont présentées dans les tableaux ci-dessous :

Dans l'ensemble, le taux net¹¹ de réalisation physique en 2017 est de 56,03% contre 66,67% en 2016 soit une baisse d'environ 10,64%. Le taux brut¹² de réalisation physique au niveau national quant à lui passe à 59,73% en 2017 contre 71,62% en 2016.

Tableau 10: Réalisation physique par région et par niveau en 2017

Régions	Activités prévues PAA (2)	Nbre activités réalisées (3)	Taux net de réalisation (4) = (3)/(2)	Nbre activités en cours (5)	Taux brut de réalisation (6) = (3+5)/(2)	Importance relative % (7) = (3)/(Total activités réalisées)
Agadez	701	307	43,79%	2	44,08%	6,42%
Diffa	552	299	54,17%	7	55,43%	6,25%
Dosso	928	542	58,41%	13	59,81%	11,34%
Maradi	1 003	552	55,03%	22	57,23%	11,55%
Tahoua	892	574	64,35%	28	67,49%	12,01%
Tillabéri	695	500	71,94%	30	76,26%	10,46%
Niamey	484	294	60,74%	6	61,98%	6,15%
Zinder	1 028	593	57,68%	18	59,44%	12,40%
Total Régional	6 283	3 661	58,27%	126	60,27%	76,57%
Total niveau central	2 250	1 120	49,78%	190	58,22%	23,43%
Total National	8 533	4 781	56,03%	316	59,73%	100,00%

Le tableau montre un taux net de réalisation physique variant de 71,94% à Tillabéri à 43,79% à Agadez. Au plan national, le taux de réalisation physique est de 56,03% dont 58,27% pour les régions et 49,78% pour le niveau central. L'Etat et les PTF ont consentis beaucoup d'efforts pour le financement des PAA 2017 et cela à tous les niveaux. Sur une prévision globale de 163,3 milliards de francs CFA, 96,4 milliards ont été mobilisés et 84,5 milliards ont été dépensés, soit un taux national de réalisation financière de 51,77% en 2017. En 2017, la prévision globale a baissé (de 15,3 milliards de francs CFA) par rapport en 2016 ainsi que la mobilisation et la dépense effective.

Tableau 11: Exécution financière par région et par niveau

Région / Niveau	Montant prévu (S1) (2)	Montant mobilisé (S1) (3)	Montant dépensé (S1) (4)	Taux de mobilisation % (5) = (3)/(2)	Taux d'absorption % (6) = (4)/(3)	Taux de réalisation financière % (7) = (4)/(2)	Importance relative % (8) = (4)/(Total dépenses)
Agadez	4 918 823 211	1 253 511 217	1 193 388 883	25,48%	95,20%	24,26%	1,41%
Diffa	3 639 656 579	2 576 801 830	2 475 394 914	70,80%	96,06%	68,01%	2,93%
Dosso	6 005 736 619	2 971 805 886	2 646 870 485	49,48%	89,07%	44,07%	3,13%
Maradi	9 681 328 028	6 364 713 112	6 156 561 381	65,74%	96,73%	63,59%	7,28%
Tahoua	5 964 259 327	5 006 150 834	4 714 505 038	83,94%	94,17%	79,05%	5,58%
Tillabéri	8 426 524 116	5 358 780 838	4 933 136 167	63,59%	92,06%	58,54%	5,84%
Niamey	1 994 909 252	1 457 341 994	1 389 535 916	73,05%	95,35%	69,65%	1,64%

¹¹ Taux net = activités réalisées sur le total des activités prévues

¹² Taux brut = activités réalisées + activités en cours sur le total des activités prévues

Évaluation conjointe (JA complète)

Zinder	12 412 125 104	6 528 645 796	6 258 049 649	52,60%	95,86%	50,42%	7,40%
Total regional	53 043 362 236	31 517 751 509	29 767 442 432	59,42%	94,45%	56,12%	35,22%
Niveau central	110 218 454 987	64 921 257 705	54 749 528 111	58,90%	84,33%	49,67%	64,78%
Total national	163 261 817 223	96 439 009 214	84 516 970 543	59%	88%	52%	100%

Le taux de réalisation financière au niveau régional varie de 79,05% à Tahoua et 24,26% à Agadez. Au plan national, le taux de réalisation financière est de 52% dont 56,12% pour les régions et 49,67% pour le niveau central.

Les principales contraintes/difficultés rencontrées sont :

- Flux des déplacés et réfugiés mettant en cause la planification;
- Non utilisation des motos dans certaines régions rendant difficile les activités surtout en foraine;
- Personnel en place est dominée par les agents contractuels (représentent 75% de l'effectif)
- Retard dans la déblocage des fonds

Les mesures correctives mises en œuvre ont été les suivantes :

- Rencontre périodique avec les partenaires de proximité et appui logistique pour la réalisation de certaines activités.
- Plaidoyer auprès des autorités administratives, PTF et la collectivité pour un appui en personnel (recrutement des agents cadres et auxiliaires)
- Redéploiement du personnel par le MSP
- Plaidoyer auprès des partenaires de proximité et collectivités territoriales pour le financement de la vaccination, la dotation en MEG et le recrutement du personnel

Analyse du cadre de performance :

Le cadre de performance du portail Niger comporte 70 indicateurs dont 67 ont été renseignés. La dernière mise à jour a permis de renseigner 2 et il en reste un seul. Il s'agit de : IR-C 8.3 : Pourcentage de réunions de suivi menées par la province/l'État au niveau du district ; indicateur pour lequel, il n'existe pas de supports de collecte appropriés. Par conséquent, cet indicateur sera renseigné lors de monitoring des activités de la vaccination.

L'analyse des tendances des indicateurs sur portail affiche en général, selon les données administratives, les couvertures vaccinales enregistrées en 2017 sont au-delà des objectifs fixés pour l'année. Le taux de couverture vaccinale en Penta3 passe de 92% en 2016 à 93% en 2017 soit un point de plus. La couverture VAR2 cumulée est de 52% et est en nette progression par rapport aux données de l'année précédente (37%). Les écarts entre les couvertures des antigènes concomitamment administrés se sont réduits et affichent un nul entre le VPO3, le Penta3 et le PCV-13. Toutefois la comparaison de ces performances aux données de l'enquête de couverture affiche un écart de 12 points en Penta 3.

Par ailleurs en ce qui concerne les sessions sur le terrain menées par rapport à celles prévues : en considérant que tous les 960 centres qui vaccinent sont restés ouverts pendant une moyenne 249 jours ouvrables et le nombre des séances de communications qui se font chaque jour avant le début de la vaccination étant de 148 647 soit un taux de 62%. Ce taux semble faible est peut sous-estimé compte des difficultés de collecte.

Par rapport à la proportion des cases de santé offrant des services de vaccination en fixe : $307/2495 = 12,34\%$. Seuls 12,34% des cases de santé offrent un paquet d'activités qui incluent la vaccination. Cette situation peut s'expliquer par la faible disponibilité au niveau des cases de santé des équipements de la chaîne de froid et du personnel formé.

Objectif 1	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Non applicable
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	
% d'activités menées/ utilisation du budget	

<p>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p>	
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)¹¹</p>	
Objectif 2 :	
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	
<p>% d'activités menées/ utilisation du budget</p>	
<p>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p>	
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)¹¹</p>	
Objectif 3 :	
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	
<p>% d'activités menées/ utilisation du budget</p>	
<p>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p>	
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)¹¹</p>	

budget et les **besoins connexes en assistance technique**¹³

4.3. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

Si votre pays reçoit un soutien à la POECF de Gavi, apporter une rapide mise à jour des informations relatives aux éléments suivants :

- **Performances** des indicateurs POECF – réalisations au regard des cibles convenues, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions ;
- **Statut de la mise en œuvre** (nombre d'équipements installés/installations en attente, commentaires des utilisateurs sur la formation en entretien préventif, efficacité du réfrigérateur, etc.) y compris tous problèmes/enseignements tirés ;
- **Contribution** de la POECF aux performances du système de vaccination ;
- **Prochains besoins des pays en matière d'assistance technique** aux fins de la mise en œuvre du soutien POECF¹¹

Remarque : un inventaire des ECF doit accompagner la demande de renouvellement de soutien à la POECF.

Le Niger bénéficie d'un soutien à la POECF et est à sa première année de mise en œuvre dont voici la mise à jour des informations y relatives :

En vu de suivi de performance du processus , trois indicateurs suivants ont été retenus

Indicateurs	Cible pour année 2017
Nombre des CSI et Cases de santé ; qui disposaient d'un réfrigérateur non homologué ou non admissible à la plateforme ; qui vient d'être doté par un ECF avec ILR ou SDD admissible à la plateforme	392 (POECF)+16 (UNICEF)= 408
Nombre d'établissements (CSI et cases de santé) auparavant sans équipement et maintenant dotés d'ECF admissible à la plateforme (c.-à-d. ILR, SDD ou dispositifs passifs à long terme)	105(POECF)+8(UNICEF)=113
Nombre total de dépôts de districts sanitaires équipés en ECF fonctionnels sur le total des districts sanitaires multiplié par 100 (Nombre total des DS : 72)	100%

En octobre 2016, le Niger a soumis son application pour 5 ans dans la Plateforme d'optimisation des ECF ; de 2017 à 2021. Par sa lettre de décision du 21 Juin 2017 ; Gavi a approuvé la mise en œuvre de la phase urgente de 2 premières années 2017-2018.

La mise en œuvre du processus se fait sous une coordination inclusive UNICEF-MSP/DI. Un cadre de coordination du projet (PMT) ; avec la participation des partenaires dont OMS et JSI est fonctionnel. Pour de raisons d'efficacité, ce cadre a été élargi en incluant le transitaire du MSP et les deux prestataires dont Technilab et Yandalux représentants des fabricants respectivement Surechill (Réfrigérateurs solaires) et Vestfrost (congélateurs et réfrigérateurs électriques). Cette expérience fait prévaloir la collaboration public-privé dans la mise en œuvre.

Le tableau suivant résume le nombre des équipements attendus, reçus et installés en ce début septembre 2018.

¹³ Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA). La planification de la TCA sera renseignée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

Tableau 12 : Situation de la POECF

Désignation	Besoin pour 5 ans		Quantité validée pour 2 ans		Mise en œuvre année 1	
	Modèle	Quantité	2017	2018	Reçus	Installés
Réfrigérateurs	VLS 400 A	242	64	63	64	
	GRV 50/100 SDD	1265	524	133	411	216
Congelateurs	MF 314	164	51	51	51	
Régulateurs de Tension electr.	AVR	406	115	119	115	
Moniteur de T°	Fridge – Tag 2+	2996	880	526	880	576

Noter que les 524 réfrigérateurs solaires de l'année 1 (2017) comprennent 216 réfrigérateurs GVR 100 acquis et déjà installés sur financement RSS et couvrent le besoin en GVR 100 SDD de trois premières années et 7 sur les 73 réfrigérateurs de la quatrième année.

Enseignement tiré : l'approche qui a consisté à « faire corps » entre la logistique PEV, l'appui UNICEF, les prestataires et le transitaire dans une coordination inclusive a permis de préparer tous les documents nécessaires au dédouanement et réaliser ces opérations dans 4 à 7 jours.

La POECF contribue aux performances du système par les faits suivants :

- La dotation des dépôts de nouveaux districts (qui est en cours) contribue à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement en réduisant les distances de points de prestations de service de vaccination aux sites de stockage des vaccins et celle de Centre de santé contribue à l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité ;
- La POECF contribue à redynamiser le groupe de travail logistique du niveau national en mettant ensemble autour du MSP/DI, les partenaires (OMS ; UNICEF et JSI) et les prestataires chargés de déploiement et installation des ECF ;
- La POECF constitue aussi une opportunité du fait de renforcement des capacités des utilisateurs des ECF au niveau opérationnel

4.4. Performances de gestion financière

Fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en liquidités de Gavi (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, le financement basé sur la performance, les subventions d'introduction des vaccins, les subventions des coûts opérationnels de campagne, les subventions de changement, les subventions de transition, etc.) Veuillez prendre en compte les aspects suivants :

- **Absorption** financière et taux d'utilisation de toutes les subventions de soutien en liquidités Gavi listées séparément¹⁴ ;
- **Conformité** aux rapports financiers et aux exigences en matière d'audits pour chaque subvention (en indiquant dans une liste séparée la conformité à chaque subvention de soutien en liquidité, tel qu'indiqué ci-dessus) ;
- **Problèmes** issus des engagements d'examen (par ex. audits de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme menés par Gavi, audits externes annuels, audits internes, etc.) et liés à l'avancement de la mise en œuvre d'une recommandation ;
- **Systèmes** de gestion financière¹⁵.

¹⁴ Si, dans votre pays, des montants significatifs de subventions de Gavi sont gérés par des partenaires (par ex., UNICEF et OMS), il est également recommandé d'examiner les subventions par ces agences.

¹⁵ Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.

4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

Si votre pays est en cours de transition pour mettre fin au soutien de Gavi, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. En l'absence de plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition.

- Si un plan de transition a été mis en place, veuillez fournir un bref aperçu des éléments suivants :
 - Progression de la mise en œuvre des activités planifiées ;
 - Goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives ;
 - Respect du calendrier : les activités sont-elles menées dans les délais ou reportées et, en cas de reports, veuillez indiquer la date de réalisation prévue ;
 - Subvention de transition : veuillez spécifier et expliquer les changements importants proposés pour les activités financées par Gavi à travers la subvention de transition (par ex., abandon d'une activité, ajout d'une nouvelle activité ou modification du contenu/budget d'une activité) ;
 - Si des changements sont requis, soumettre une version révisée consolidée du plan de transition.

Non applicable

4.6. Assistance technique

- Décrire l'approche stratégique à adopter pour la fourniture d'une assistance technique permettant d'améliorer la couverture et l'équité, dans le but d'atteindre les enfants sous-vaccinés et non vaccinés (par ex. soutien intégré, soutien infranational, soutien des partenaires élargis, etc.)
- Sur la base des rapports relatifs aux étapes et aux fonctions du PEF, fournir un résumé des progrès des partenaires dans la fourniture de l'assistance technique.
- Souligner les progrès et difficultés liés à la mise en œuvre du plan de TA.
- Indiquer tout amendement/changement apporté à l'assistance technique que vous prévoyez actuellement pour le reste de l'année.

Dans le cadre du PEF-TCA l'assistance technique est fournie depuis 2016 par trois agences l'OMS, l'UNICEF et JSI. Au titre de l'année 2017 et selon le rapport de la revue externe du PEF-TCA conduite du 23 au 27 Juillet 2018 les constats sont les suivants :

- L'offre d'assistance technique est disponible et assurée par les staffs dédiés aux programmes de vaccination dans les trois agences. En plus de ces staffs, le personnel des bureaux régionaux, siège et des consultants) sont mobilisés pour répondre aux demandes de la partie nationale ;
- La partie nationale a un accès facile à l'assistance technique et apprécie positivement la qualité des services d'assistance technique fournis ainsi que les résultats obtenus

La revue externe a néanmoins noté certains points à améliorer dans cette assistance technique : i) Manque de coordination dans la planification et le suivi stratégique. ii) Le processus qui aboutit au plan consolidé PEF-TCA n'est pas systématisé

Pour l'exercice 2017 un total de 75 activités pour les trois agences a été planifiée dont 55 (73%) ont été réalisées, 5 (7%) partiellement réalisée et 15 (20%) non réalisées (cfr rapport TCA OMS-UNICEF-JSI en annexe).

Aux nombres des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PEF-TCA on peut noter :

- Le retard dans l'allocation des fonds (les fonds reçus début avril alors que les premiers milestones sont à renseigner au 30 juin ;
- Avec pour conséquence retard dans le recrutement qui entraîne des difficultés pour absorber l'ensemble des ressources allouées
- Les PAA qui sont à la base du PEF-TCA ne sont disponibles au plutôt qu'en décembre

Au regard de tout ce qui précède, les perspectives suivantes sont proposées pour améliorer la mise en œuvre du PEF-TCA

- Organiser une discussion inclusive entre les parties prenantes (MSP, Gavi, OMS, UNICEF et JSI) pour identifier les priorités en 2019 ;
- Inscrire une fois par trimestre à l'ordre du jour des réunions hebdomadaire DI et partenaires et du CCIA, un point sur la mise en œuvre du PEF TCA

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe,¹⁶ et toute autre recommandation significative du Comité d'examen indépendant ou du Panel d'examen de haut niveau (le cas échéant).

TABLEAU 13 : Evaluation des recommandations de la EC 2016

N°	Recommandations	Responsable	Échéance	évaluation	Commentaires
Couverture vaccinale					
II-1	Développer une stratégie intégrée pour vacciner les enfants insuffisamment/non atteints (zones d'in sécurités, zones d'accès difficile, nomades...)	DI	Fin décembre 2016	en cours	elle est prise en compte dans le plan de l'équité
II-2	Evaluer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2011-2015	DI	Fin décembre 2016	réalisé	
II-3	Elaborer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2017-2020	DI	Avant juin 2017	en cours	atelier d'orientation faite et les équipes sont au niveau des régions
II-4	Organiser des sessions de renforcement des capacités sur la gestion du PEV et la vaccination en pratique	DI	2016_2017	en cours	des formations ont été assurées au niveau régional et districts
II-5	Actualiser la grille de supervision intégrée en prenant en compte les aspects du PEV et la vulgariser à tous les niveaux	DOS/DGSP	Fin décembre 2016	non réalisé	Conflit de calendrier
II-6	Documenter les faiblesses liées à la couverture en VAR 2 y compris au moyen d'enquête auprès des prestataires	DI	Fin décembre 2016	non réalisé	absence de financement pour mettre en œuvre cette recommandation
II-7	Poursuivre la vaccination au VPH			réalisé	
II-8	Mobiliser les ressources pour la 2 ^{ème} dose	DI	immédiatement	non réalisé	absence de financement pour mettre en œuvre cette recommandation
II-9	Initier le dialogue pour faire des échanges de doses de HPV avec les pays voisins			réalisé	
II-10	Poursuivre les préparatifs pour l'introduction du Men A dans le PEV de routine	DI	Avant juin 2017	réalisé	
Logistique et Approvisionnement					
III-1	Elaborer un plan d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement.	DI	au plus tard 9 septembre 2015	réalisé	
III-2	Renforcer les capacités des RH à tous les niveaux, y compris l'Assistance technique en gestion de la logistique et la maintenance	DRFM	2016 -2017	non réalisé	à clarifier

¹⁶ Veuillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

Évaluation conjointe (JA complète)

III-3	Elaborer un plan de maintenance des équipements de la logistique du PEV (auto, moto, frigo,...)	DI	avant fin mars 2017	réalisé	
III-4	Etudier la faisabilité de la mise en place d'un compte d'amortissement des réfrigérateurs et motos (huit DS)	DRFM	Fin 2017		non applicable
III-5	Revoir et suivre la répartition des motos, véhicules et chaîne de froid acquis sur fonds Gavi.	DEP/DI/ DRFM	immédiatement	réalisé	
Financement de la vaccination et des vaccins					
IV-1	Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur de la santé/vaccination y compris le remboursement de la gratuité	DRFM/DEP	Fin septembre 2016	réalisé	Plaidoyer auprès des parlementaires
IV-2	Etudier la mise en place des financements innovants	DEP	Fin 2016	en cours	Consultant attendu
Qualité des données					
V-1	Institutionnaliser le DQS dans tous les districts sanitaires	DS	Fin décembre 2016	Non réalisé	Prévue PAA DI 2017
V-2	Institutionnaliser le DQR au niveau des structures du niveau central	DS	Fin 2017	non réalisé	
V-3	Organiser régulièrement les études : enquêtes SARA et enquêtes de couvertures	DS	2016-2017	En cours	Consultant est arrivé le 16 juillet
V-4	Rendre opérationnel le DHIS2	DS	Fin 2016	En cours	
V-5	Systématiser l'organisation du monitoring plus à tous les niveaux	DS	immédiat	En cours	

Bilan de l'évaluation des recommandations de la revue conjointe 2016

Réalisé	15	45%
en cours	9	27%
Non réalisé	7	21%
Non applicable	2	6%
Total	33	100%

TABLEAU 14 : Evaluation des recommandations de la mission conjointe du 16 au 22 juillet 2017

Thème	Points d'action	Responsable	Date Limite (2017)	Evaluation	Commentaire
-------	-----------------	-------------	--------------------	------------	-------------

Évaluation conjointe (JA complète)

Processus CEP	Envoyer à Gavi la version finalisée de la feuille de route.	Ministère de la Santé/DI/DEP	Immédiat	réalisée	Envoyer à Gavi la version finalisée de la feuille de route.
	Au terme de la mission de l'expert se trouvant actuellement au Niger à cet effet, finaliser la méthodologie de l'Enquête de Couverture Vaccinale et partager avec Gavi	Ministère de la Santé/DI/DEP	18 août	réalisée	ECV faite et rapport disponible
Assistance technique	Réviser les termes de référence du consultant Gavi afin de les orienter sur le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route du CEP, et de la mise en œuvre de l'arrêté concernant le CCIA.	Gavi	7 août	réalisée	rapport disponible
Assistance Technique	Partager avec Gavi un état des lieux des assistances techniques jusqu'en juillet 2017 et identifier les besoins pour 2018	Ministère de la Santé /OMS/ UNICEF/JSI	18 août	réalisée	
Assistance Technique	Mise en œuvre de l'arrêté du CCIA et des sous-comités techniques	Ministère de la Santé	Immédiat	en cours	arrêtés vulgarisés
Assistance Technique	Elaboration conjointe avec Gavi des TdRs du consultant DEP	Gavi/DEP	Immédiat	réalisé	
Introductions de vaccins et campagnes	Accélérer le processus de switch du vaccin monovalent PCV13 au PCV13 à 4 doses.	Gavi / DI	Immédiat	réalisé	formation de formateurs le 6 ,7 et 8 sept. Budget révisé
Introductions de vaccins et campagnes	Installer des frigos solaires dans les CSI	Ministère de la Santé / DEP / JSI	18 août	réalisé	
Introductions de vaccins et campagnes	Financer l'approvisionnement en vaccins des districts et CSI	Ministère de la Santé/DI/DEP	Long terme	réalisé	
Introductions de vaccins et campagnes	Conduire systématiquement la microplanification adaptée aux spécificités régionales pour toutes activités de vaccination y compris le VPH	Ministère de la Santé/DI/DEP	Long terme	réalisé	microplans disponibles
Financement de la vaccination	Valider le plan de paiement des vaccins 2016/2017	Ministère de la Santé / DRFM	Immédiat	réalisé	virements et engagements honorés. Arrières 2016 /2017 apurés
Financement de la vaccination	Organisation d'une mission de plaidoyer de haut niveau (OMS-UNICEF- Gavi) en soutien au Ministère de la santé	Ministère de la Santé/Gavi/OMS/UNICEF	Début 2018	réalisé	

Évaluation conjointe (JA complète)

Évaluation de la Capacité des Programmes	Partager avec Gavi les Exigences en matière de gestion des subventions avec les commentaires des directions centrales présentés lors de la mission conjointe	Ministère de la Santé/DI/DEP	Immédiat	réalisé	
Exécution programmatique et financière	Le Fonds Commun partagera le Rapport de Suivi Financier montrant une harmonisation entre activités réalisées et montants dépensés	Fonds Commun	15 août	réalisé	
Cadre de Performance	Mise à jour complète du cadre de performance (Résultats, cibles, définition et indicateurs CCEOP)	Ministère de la Santé/DI/DEP/OSC	Immédiat	réalisé	
Stratégie de Niamey	Finaliser la stratégie	DRSP Niamey / DI / JSI	Immédiat	Réalisé	
Demande de renouvellement	Revoir et ajuster le nombre de doses insérées dans la demande de renouvellement sur Portail Pays Gavi	Ministère de la Santé/DI/DEP	Immédiat	en cours	Forecast 2018 élaboré et ajustement en cours

Bilan de l'évaluation des recommandations de la revue conjointe 2016

Réalisé	15	88%
en cours	2	12%
Total	17	100%

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (voir section 6 ci-dessous).

6. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN RESSOURCES/SOUTIEN IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

*Résumer brièvement les **principales activités à mettre en œuvre l'année suivante** grâce à la subvention Gavi, notamment, le cas échéant, toute introduction de vaccins dont la demande a déjà été approuvée, la préparation de nouvelles demandes, la préparation de demandes d'investissement pour d'autres vaccins et/ou des plans relatifs aux subventions du RSS et de la POECF.*

*Dans le cadre de ces activités planifiées, et en se basant sur les analyses fournies aux sections précédentes, veuillez décrire les cinq **principales constatations prioritaires et actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi ou d'atténuer les risques futurs pouvant toucher les performances du programme et des subventions.***

Veuillez indiquer si des modifications au soutien de Gavi seront nécessaires, telles que :

- *Des modifications des cibles du pays, telles qu'elles ont été précédemment établies, soit dans le cadre du Grant Performance Framework (GPF) ou dans le cadre de la demande de renouvellement du SVN soumise au 15 mai ;*

Évaluation conjointe (JA complète)

- Des plans pour modifier toute présentation ou type du vaccin ;
- Des plans pour utiliser les possibilités disponibles de réallocation des fonds budgétés, afin de se concentrer sur les zones prioritaires identifiées.

La mise en œuvre de la POECF est prévue pour 5 ans allant de 2017 à 2021, les activités de l'année 1 (2017) ayant connu un retard dans la mise en œuvre, le Niger compte poursuivre au cours de l'année 2019 l'exécution de la deuxième année. Pour ce faire l'élaboration du plan de déploiement opérationnel de la deuxième année est déjà en cours.

Principal résultat/action 1	
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	
Produits/résultats escomptés	
Calendrier associé	
Ressources/soutien nécessaires	
Principal résultat/action 2	
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	
Produits/résultats escomptés	
Calendrier associé	
Ressources/soutien nécessaires	
Principal résultat/action 3	
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	
Produits/résultats escomptés	
Calendrier associé	
Ressources/soutien nécessaires	
Principal résultat/action 4	
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	
Produits/résultats escomptés	
Calendrier associé	
Ressources/soutien nécessaires	
Principal résultat/action 5	
Réaction actuelle	
Actions convenues du pays	
Produits/résultats escomptés	
Calendrier associé	

Ressources/soutien nécessaires	
--------------------------------	--

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

- *Le Forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) répond-il aux exigences de Gavi (veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/coordination/> pour les exigences) ?*
- *Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée pour le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.*
- *Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.*

8. ANNEXE : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

*Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le Portail pays. **Veillez noter que, dans le cas où les principales exigences en matière de rapports (signalées par un *) ne seraient pas respectées, le soutien Gavi ne sera pas évalué pour un renouvellement.***

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires			
Rapports financiers *			
Rapports financiers périodiques			
État financier annuel			
Rapport d'audit financier annuel			
Rapport de niveau de stock de fin d'année (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *			
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination			
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données			
Plan d'amélioration des données (DIP)			
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)			
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)			
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			
Évaluation post-introduction (EPI)			
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans			
Plan opérationnel pour le programme de vaccination			
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			
Rapports spécifiques au VPH			
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			

Si toutefois l'un des rapports demandés n'est pas disponible au moment de l'évaluation conjointe, veuillez indiquer à quel moment le document/les informations manquant(es) sera (seront) disponible(s).

--