



GAVI/12/047/sk/rh/msee/ea

Ministre de la Santé et des Affaires Sociales
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Boîte postale 177
Nouakchott
Mauritanie

Genève le 25 mai 2012

Monsieur le Ministre,

Demande de soutien de la Mauritanie à GAVI Alliance

Dans une lettre datée du 2 mars 2012, nous vous avons annoncé que le Comité d'examen indépendant (CEI) avait recommandé une « approbation sous conditions » de votre demande de soutien en vue de l'introduction du vaccin antipneumococcique. La Mauritanie a répondu de manière satisfaisante aux conditions posées par le CEI en rapport avec cette demande.

Nous avons le plaisir de vous informer que le Comité exécutif de GAVI, lors de sa réunion du 12 avril 2012, a examiné et avalisé la recommandation du CEI relative à votre demande de soutien 2012-2015 pour l'introduction du vaccin antipneumococcique. À titre indicatif, un résumé du rapport du CEI est joint comme annexe A.

Ainsi que cela était précisé et convenu dans la demande présentée par le pays, la Mauritanie cofinancera l'achat du vaccin antipneumococcique. Le niveau du cofinancement est déterminé par la politique de GAVI sur le cofinancement qui classe la Mauritanie dans le groupe des pays à faible revenu, conformément aux données sur le RNB 2010 par habitant publiées par la Banque mondiale. Par conséquent, la quote-part devant être réglée par la Mauritanie est de \$US 0,20 par dose la première année et aussi par la suite. Veuillez noter que l'obligation de cofinancer ce vaccin commencera uniquement une fois que l'approvisionnement du vaccin aura débuté.

Nous souhaitons vivement vous aider à introduire dès que possible le vaccin antipneumococcique. Néanmoins, en raison d'une demande sans précédent du vaccin antipneumococcique et du délai requis par les fabricants pour augmenter la production de vaccins, il est possible que l'offre mondiale ne puisse satisfaire tous les besoins à court terme des pays qui bénéficient d'un soutien approuvé de GAVI.

./..

GAVI Alliance

2 Chemin des Mines
1202 Geneva
Switzerland

Tel. +41 22 909 6500
Fax +41 22 909 6555

www.gavialliance.org

Par conséquent, le montant réel des doses et le calendrier d'introduction du vaccin risquent de différer des chiffres figurant dans votre demande. Le montant final en dollars de la quote-part de la Mauritanie et le nombre de doses allouées vous seront communiqués en temps opportun dans une lettre séparée.

N'hésitez pas à prendre contact avec ma collègue Dr Marthe Sylvie Essengue Elouma à l'adresse messengue@gavialliance.org au cas où vous auriez des questions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma haute considération.



Helen Evans
Directrice générale adjointe

Pièces jointes : Annexe A : rapport du CEI sur la Mauritanie, 24 juin – 08 juillet 2011 et 2011février 2012

Copies : Directeur des Finances
Directeur de la Planification de la Coopération et des Statistiques
Coordinateur PEV
Représentant de l'OMS, Mauritanie
Représentant de l'UNICEF, Mauritanie
Groupe de travail régional
Siège de l'OMS, Genève
Division des programmes de l'UNICEF, New York
Division des approvisionnements de l'UNICEF, Copenhague
Banque mondiale

Lettre de décision : MRT-2012.01(xaxx)P

RAPPORT DU CEI SUR LE SVN
Genève, 24 juin – 08 juillet 2011

Nom du pays : Mauritanie
Type de soutien demandé : SVN
Vaccins demandés : VPC13

Caractéristiques du pays/Données de base (2006 à 2010)

Population	3 179 469 (2001)	Taux de mortalité infantile (année)	77/1000 (2007)
Nombre annuel de naissances	139 261 (2010) 139 897	Dépenses publiques de santé	3,88% (2008)
Nourrissons survivants	133 219 (2010) 129 125	RNB par habitant (2008)	\$US 686 (2011) projection à partir de chiffres de 2006 \$US 1120 990
Couverture du DTC3 (données administratives)	64% 67%	Groupe de cofinancement du pays*	Faible revenu

*faible revenu, revenu intermédiaire ou pays qui n'est plus éligible

Le VPC13 est la présentation préférée et le VPC10 est le deuxième choix pour une introduction de 2012 à 2015.

1. Type de soutien demandé/Financement total/Période de mise en œuvre

Le VPC13 en monodose est demandé pour être mis en œuvre à partir de dernier trimestre de 2012, sur la base des doses demandées jusqu'en 2015.

La valeur totale de la demande est de \$US 5 151 777.

2. Historique du soutien de GAVI

SSV 2003-2007
HepB 2005-2008
Pentavalent 2009-2012
SSI 2004-2006
RSS 2010=2015

En avril 2009, la Mauritanie a reçu un soutien au RSS. La demande souligne la nécessité d'améliorer les services dans les zones isolées/éloignées dont la couverture vaccinale du DTC3 est inférieure à 50%. En mai 2009, le CEI a examiné la demande et a recommandé une approbation sous conditions. Les conditions ont été remplies.

3. Composition et fonctionnement du CCIA

Le Comité de coordination interagences pour la vaccination (CCIA) a été fondé en 2002 et il est présidé par le Secrétaire général du Ministère de la Santé. Le CCIA fonctionne bien et compte sur la représentation de partenaires internationaux et de groupes d'organisations de la société civile (OSC). Les principaux points évoqués lors des réunions du CCIA comprenaient l'examen du PEV, les résultats de l'enquête rapide sur les activités vaccinales supplémentaires pour 2009, la campagne de suivi de la deuxième dose de vaccin antirougeoleux prévue pour 2010 et la validation du PPAC pour la période 2008-2015. Le rapport de situation annuel a été abordé lors de la réunion du CCIA le 13 mai 2010. Trois comptes rendus des plus récentes réunions ont été joints (mai 2010, octobre 2010 et avril 2011).

4. Situation du Programme national de vaccination

Le PEV mauritanien cible neuf maladies : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite B, l'infection à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et les pneumocoques. Initialement, les vaccins étaient les suivants : vaccin antituberculeux (BCG), vaccin antipoliomyélique, vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC) et vaccin antirougeoleux. Le vaccin contre l'hépatite B a été ajouté à ce calendrier en mars 2005 et le vaccin anti-Hib en 2009.

Les taux de couverture sont variables, de 17% à 80%. Les raisons données incluent des difficultés de communication, de logistique, de transport ainsi que des contraintes humaines et financières. Entre 2009 et 2010, le nombre de Moughataa dont la couverture des trois doses du vaccin pentavalent était inférieure à 50% est passé de 13 (25%) à 17 (32%) et seulement 51% des Moughataa enregistrent une couverture comprise entre 50% et 79%. Fin 2010, à peine 9 des 53 Moughataa du pays avaient enregistré une couverture supérieure à 80%.

Le pays a notifié des épisodes de poliomyélite, une récente poussée de rougeole et des cas de tétanos néonatal. Les pneumocoques sont un problème majeur de santé publique.

Le CEI a observé que 81% de ces infections sont dues à deux sérotypes 1, 14, 6B, 5, 23F, 19F, 6A, 19A, 4 et 9V. Les objectifs pour la couverture sont de 20% en 2012, 80% en 2013 et 85% en 2014. Les mêmes objectifs ont été fixés pour le vaccin pentavalent.

5. Vue d'ensemble du Plan pluriannuel complet (PPAC)

Le PPAC couvre une période de trois années (2012-2015), qui correspond au plan national stratégique de lutte contre la pauvreté (2011-2015) et la première phase du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2015). Il s'agit d'un document de qualité.

L'analyse de situation documente la charge de morbidité, y compris les cas de rougeole, de poliomyélite et de tétanos. Le PPAC révisé donne les objectifs nationaux et les stratégies pour renforcer le PEV. Le programme national a la tâche ardue de gérer/coordonner les différentes campagnes de vaccination tout en accordant son

attention aux régions à faible couverture pour la vaccination systématique. Il existe d'importantes limitations des ressources humaines et financières.

6. Plan d'introduction des nouveaux vaccins

L'analyse de situation justifie la demande d'introduction du VPC13. Des stratégies ont été fournies pour l'introduction du nouveau vaccin dans le PEV. Une stratégie de réduction de la perte vaccinale a été préparée. L'introduction nationale se déroulera pendant la deuxième année de mise en œuvre. La couverture prévue est de 20% pendant la première année et de 80% pendant la deuxième année. Des stratégies spécifiques sont requises pour faire baisser le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin pentavalent et pour corriger la faible couverture dans les nombreux districts où elle est inférieure à 50%. Le mécanisme d'achat passera par l'UNICEF et la Mauritanie peut prétendre à une allocation d'introduction.

7. Plan d'amélioration

Une évaluation de la gestion des vaccins a été menée en 2010. Sur la base de l'analyse des résultats de différents critères, des lacunes majeures ont été identifiées à chaque niveau. Par conséquent, des recommandations ont été formulées et un plan d'amélioration avec des activités correctives a été dressé. Ces activités figurent dans un plan qui détaille les mesures, les calendriers, les ressources, les responsables et les parties prenantes.

La distribution des vaccins rencontre de graves problèmes au niveau de tous les districts. Il a été noté que la capacité actuelle de stockage positif au niveau central permettra non seulement de stocker toutes les quantités requises pour mettre en œuvre le programme, mais aussi d'entreposer les fournitures nécessaires pour la première année d'introduction du vaccin antipneumococcique. Néanmoins, il est essentiel de renforcer la capacité d'au moins une chambre froide de 30 m³ pour satisfaire les besoins à compter de 2013 et porter la capacité de stockage de 5621 à 12 764. Le coût de l'investissement est estimé à \$US 54 286.

D'après la capacité actuelle, si aucune mesure n'est prise, seules les régions de Tagant, de Guidimaka, d'Inchiri et de Brakna n'enregistreront aucun déficit. Les commandes déjà passées par l'UNICEF et celles qui sont prévues par le Gouvernement par le biais de l'UNICEF pour la seconde moitié de 2011 devraient doter toutes les régions d'une capacité suffisante en 2012.

La situation jusqu'en 2015 ne révèle pas de besoins additionnels d'importance. Les équipements prévus en 2011 et en cours d'achat permettent de combler tous les besoins.

8. Capacité de la chaîne du froid

Une évaluation du niveau national en novembre 2010 a jugé insuffisante la capacité de la chaîne du froid.

Pour surmonter cette capacité insuffisante identifiée pendant l'EVM de novembre 2010, le plan d'action actuel prévoit d'augmenter en 2011 la capacité de stockage au niveau national avec une chambre froide positive de 30 m³ au niveau central, qui figure déjà dans le budget proposé par l'UNICEF. Pour les niveaux inférieurs, l'expansion est en cours (168 réfrigérateurs fournis par l'UNICEF et 100 réfrigérateurs financés par la Banque mondiale).

9. Analyse financière

En 2010, le coût total des activités de vaccination, y compris l'approvisionnement en vaccins et d'autres investissements, était d'environ \$US 6 125 138. Les dépenses totales de vaccination s'élevaient à \$US 40 030 825 dont \$US 2 793 658 revenaient aux dépenses de la vaccination systématique et \$US 1 237 167 aux campagnes, soit 31%. Les vaccins et le matériel d'injection représentaient la même année plus de 51% de la vaccination totale. Les coûts partagés comptaient pour 34% des coûts totaux.

Il existe des sources multiples et variées de financement du système de santé en Mauritanie. Elles proviennent : i) du budget de l'État, ii) des contributions de la communauté, notamment les honoraires versés par les patients, et iii) des institutions internationales d'appui au développement.

Le Gouvernement, l'UNICEF, l'OMS et GAVI sont les principales sources de financement du programme.

Les besoins totaux en ressources sur la période 2012-2015 se chiffrent à \$US 45 915 621. Le montant du financement apporté pour la même période est estimé à \$US 40 374 820 et couvre 88% des besoins en ressources. Le montant du financement assuré et probable pour la même période est de \$US 43 531 568, c'est-à-dire qu'il couvre 94% des besoins.

D'après l'analyse de la structure des sources de financement pour la période 2012-2015, les contributions sont les suivantes : Gouvernement 47%, UNICEF 14%, OMS 4%, GAVI 51%. Il existe un déficit de financement de 8%.

10. Dispositions de cofinancement

Selon le rapport 2009-2010 du Comité d'Examen Indépendant (CEI), le pays a versé \$US 96 997 pour 30 350 doses de vaccin pentavalent en janvier 2009. D'après le rapport de situation annuel, le financement des vaccins traditionnels a été sévèrement réduit, en particulier le poste d'achat des vaccins et consommables. Entre 2006 et 2010, cette baisse a atteint environ 54%. Le déficit financier est un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du programme. Ces déficits sont principalement dus aux problèmes politiques et/ou institutionnels. Le rapport de situation annuel explique en détail les dépenses par catégories (par exemple les outils de collecte des données, la formation du personnel, la mobilisation de la population et le soutien opérationnel de l'unité centrale du PEV). Le pays entend verser \$US 55 500 pour 16 300 doses de vaccin pentavalent en 2011 (quote-part à \$US 0,20 par dose).

11. Cohérence entre les documents de la proposition

On note quelques divergences entre la proposition, les statistiques du rapport conjoint OMS/UNICEF et le PPAC pour la population totale (3 179 469), le nombre de naissances (139 897) et le nombre de nourrissons survivants (129 125).

12. Vue d'ensemble de la proposition: Forces et faiblesses

Forces :

Volonté des autorités politiques et administratives de revitaliser le PEV avec l'appui des partenaires et du CCIA.

Faiblesses :

Faible couverture vaccinale avec un taux d'abandon élevé.

Insuffisances dans la gestion et la livraison des vaccins au niveau des districts de santé.

Faible accessibilité aux services de santé.

Mauvaise qualité et incohérence des données.

13. Recommandations

Vaccin : VPC

Recommandation : Approbation sous conditions

Conditions :

La Mauritanie doit fournir un Plan d'introduction révisé du nouveau vaccin incluant des stratégies spécifiques par région visant à réduire le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin pentavalent, à porter le taux de couverture vaccinale au moins à 50% dans les districts peu performants et à renforcer la qualité de la gestion des vaccins et leur distribution au niveau district. La stratégie ACD (atteindre chaque district) de l'OMS met à disposition des outils utiles pour atteindre ces objectifs.

Examen de la réponse aux conditions

Comité d'examen indépendant, Genève, 6-10 février 2012

Conditions :

Le CEI a recommandé de fournir un plan révisé d'introduction des nouveaux vaccins incluant des stratégies spécifiques par région pour diminuer le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin pentavalent, porter la couverture à 50% au moins dans tous les districts qui obtiennent de mauvais résultats, et renforcer la qualité de la gestion et de l'administration des vaccins au niveau des districts. La stratégie ACD de l'OMS donne des outils précieux pour atteindre cet objectif.

Réponse :

La Mauritanie a présenté un plan révisé d'introduction des nouveaux vaccins, dont la qualité s'est nettement améliorée par rapport à la version précédente, même s'il n'inclut pas de budget ni d'analyse des déficits financiers. Des stratégies précises, conformes à la stratégie ACD de l'OMS, ont été élaborées pour relever la couverture vaccinale et réduire le taux d'abandon dans les 14 districts qui enregistrent les plus mauvais résultats du PEV. Ces stratégies sont notamment les suivantes :

- Améliorer la planification et la gestion des ressources sur la base de la microplanification, la formation des agents de santé et l'utilisation de nouveaux outils de gestion (certaines activités de formation sont déjà mises en œuvre, le projet pilote VaxTrack est en cours).
- Continuer d'étoffer la capacité de stockage et de transport des vaccins. Le plan d'amélioration fondé sur l'évaluation de la gestion vaccinale 2010 est activement mis en œuvre avec le soutien du Gouvernement, de JICA, de la Banque mondiale/Gouvernement mauritanien et de l'UNICEF (une chambre froide au niveau central, deux chambres froides au niveau régional, 294 réfrigérateurs au niveau sous-régional ont déjà été achetés, avec l'engagement du Gouvernement mauritanien et de ses partenaires)
- Atteindre la population cible en renforçant les stratégies mobiles et avancées et en intégrant la prestation de services de santé, par la formation des ressources humaines dans les zones périphériques et en consolidant la participation communautaire. Les activités seront appliquées avec les fonds de GAVI (RSS et SSV) et de l'Espagne/UNICEF.
- Utiliser les fonds RSS de GAVI pour détacher les infirmières dans les zones périphériques, financer des activités de santé avec une stratégie mobile et avancée, et renforcer l'équipement (y compris la chaîne du froid) et le matériel informatique pour la gestion des données. Ce financement sera fourni à 9 des 14 districts qui obtiennent de mauvais résultats, et la mise en œuvre commencera début 2012.
- Renforcer la supervision formative et le suivi pour l'action.
- La stratégie ACD de l'OMS sera utilisée comme cadre pour corriger les faiblesses au niveau du programme et pour élargir la couverture dans les moughataa (districts) qui obtiennent de faibles résultats. L'approche ACD n'a jamais été tentée dans le pays et elle sera appliquée pour la première fois en 2012 avec le soutien du RSS de GAVI. Ainsi, en améliorant l'approvisionnement et en rapprochant les services de

vaccination de la population, le taux d'abandon sera réduit et la couverture vaccinale progressera.

Plusieurs enquêtes ont été menées en 2010/2011, notamment une évaluation de la gestion des vaccins qui attribue les mauvais résultats de la chaîne d'approvisionnement des vaccins aux faiblesses, en particulier aux niveaux périphériques, et notamment à l'absence de personnel, de connaissances, de transport et de communications, à la non-application d'une politique sur les flacons ouverts, à la médiocre gestion des informations, aux lacunes de la chaîne du froid et au budget insuffisant.

Les résultats en baisse ces dernières années ont été étroitement liés à la diminution du soutien des bailleurs de fonds, en particulier les donateurs bilatéraux. De récents engagements de la Banque mondiale, de la Commission européenne, de GAVI (RSS), du Rotary International, avec la poursuite du soutien de l'OMS et de l'UNICEF, devraient avoir un rôle de catalyseur pour améliorer les résultats lorsqu'ils s'accompagnent d'une volonté plus ferme du Gouvernement.

La Mauritanie a déjà démontré qu'avec la volonté politique, elle était capable d'améliorer la couverture des trois doses du DTC en 2001/2002, et les activités vaccinales supplémentaires pour la poliomyélite en 2010/2011.

Plusieurs initiatives, en particulier la réparation de l'équipement de la chaîne du froid, l'acquisition de nouveaux équipements de réfrigération, la formation à la gestion des informations, etc., ont déjà été mises en œuvre en 2011. Un plan de formation est en place. Les fonds RSS de GAVI pour l'application de la stratégie ACD ont été reçus et se centreront sur 9 des 14 districts obtenant de mauvais résultats.

La non-disponibilité de ressources financières représente le principal facteur contribuant aux mauvais résultats et au déclin de ces dernières années. La stratégie économique révisée introduite en 2011 avec des plans pour la consolidation en 2012, associée à un nouveau soutien financier solide des partenaires, devrait constituer un facteur habilitant important pour améliorer les résultats.

La réponse à l'approbation conditionnelle du CEI ne donne cependant pas de plan par région afin de diminuer les taux d'abandon pour le vaccin pentavalent et augmenter la couverture, contrairement à ce qui avait été demandé.

La Mauritanie a préparé une analyse complète des forces et des faiblesses du programme et a proposé des mesures pour corriger les résultats en baisse du programme. Elle a joint un plan de mise en œuvre détaillé. Il y manque cependant un budget. Des progrès substantiels sont accomplis vers une mobilisation des fonds avec un engagement plus solide du Gouvernement. De forts indicateurs donnent à penser que les résultats de la couverture et les taux d'abandon pour le vaccin pentavalent et d'autres antigènes dans les districts à la traîne s'amélioreront et que les éléments clés d'une stratégie ACD seront mis en place en 2012.

Condition remplie.

Recommandation : approbation