

Niger

Justification de soutien aux programmes

2020-2022

La Justification de soutien au programme (JSP) présente la justification et les objectifs de la programmation du soutien de Gavi pour la période à venir et, avec la (les) demande(s) en ligne de vaccin mentionnée(s) ci-dessous, remplace les précédents formulaires de demande utilisés afin de demander un nouveau soutien.

- La JSP est élaborée environ tous les cinq ans selon et conformément au(x) plan(s) stratégique(s) national (aux) de développement sanitaire et de vaccination et aux budgets.
- L'Évaluation conjointe y est intégrée au cours de l'année de son examen.
- **Le niveau des stocks et les demandes portant sur des renouvellements des vaccins ou des changements de produits doivent être déclarés sur le Portail pays de Gavi entre fin mars et le 15 mai.**
- Toutes les déclarations demandées doivent être soumises sur le portail pays, conformément aux directives sur les rapports d'information.
- La JSP s'appuie sur une analyse fiable des données du pays et des preuves factuelles des progrès réalisés (ou des difficultés persistantes) en termes de couverture et d'équité.
- Parallèlement à la JSP, le modèle de prévision budgétaire de Gavi ainsi que le cadre de performance des subventions (GPF) sont réalisés pour compléter les objectifs présentés dans la JSP. Cela devra être mis en évidence dans le budget et le plan de travail opérationnels propres au pays.
- Il est demandé au forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) d'approuver la JSP avant la soumission finale à Gavi.
- Les signatures à la fois du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou de leur autorité déléguée sont demandées en guise d'approbation de la JSP finale avant soumission à Gavi.
- La JSP sera revue par des membres du Comité d'examen indépendant (CEI) qui formuleront leurs recommandations à Gavi sur l'intégralité du portefeuille de soutien pour la durée de la JSP, y compris tout soutien en cours nécessitant un renouvellement.
- Suite à la revue indépendante, les pays auront un certain temps pour réagir à tous « les problèmes à traiter » avant l'approbation et le décaissement final de Gavi.
- **Il est recommandé d'entamer ce processus 15 à 18 mois avant le décaissement attendu des subventions.**
- **Les demandes de vaccins sont constituées sur le portail pays en ligne de Gavi et soumises à examen et approbation 15 à 18 mois avant le lancement ou la campagne prévu(e) du vaccin.**
- Chaque année, on examine et actualise le budget pour qu'il prenne en compte l'avancement dans la mise en œuvre et toute nouvelle information issue de l'évaluation conjointe.



Consultez le site Internet de Gavi (<https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/>) pour obtenir les conseils programmatiques et relatifs au processus applicables servant de base à l'élaboration de la JSP et des demandes de vaccins. Pour obtenir une **liste des documents obligatoires** à soumettre avec cette JSP, veuillez consulter l'Annexe 1 des Directives concernant les demandes de soutien de Gavi au pays..

Résumé Analytique:

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, le MSP de la République du Niger a élaboré son Plan de développement Sanitaire (PDS) 2017-2021, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations en vue d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD). Il a été élaboré également Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016-2020 qui est en cohérence avec le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020, le Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020, ainsi que la déclaration d'Addis Abeba.

C'est ainsi que le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers notamment l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et les Vaccins (GAVI) ont convenu de mettre en place un nouveau cadre de coopération appelé Cadre d'Engagement Pays (CEP).

Le présent document qui consacre la JSP du Niger s'appuie sur une analyse robuste des données du pays et des données factuelles des progrès réalisés (ou des difficultés persistantes) en termes de couverture et d'équité pour justifier les objectifs de haut niveau auxquels GAVI doit contribuer. Conformément au formulaire qui guide l'élaboration de la JSP, il est organisé en cinq parties que sont : (A) une vue d'ensemble du portefeuille de soutien de GAVI ; (B) l'analyse du système de vaccination du pays et évaluation de la performance antérieure ; (C) Planification du futur soutien de Gavi ; et (D) les Objectifs du soutien demandé à GAVI. (E) Signatures - Approbation de la Justification de soutien au programme.

Selon les résultats de l'ECV 2017, la couverture vaccinale nationale en Penta 3 est de 80,2% pour un objectif de GVAP fixé à au moins 90%. Aussi la moyenne nationale du taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 est de 13% pour un objectif du PPAC fixé à moins de 10%. De toute évidence le Niger n'a pas atteint cet objectif.

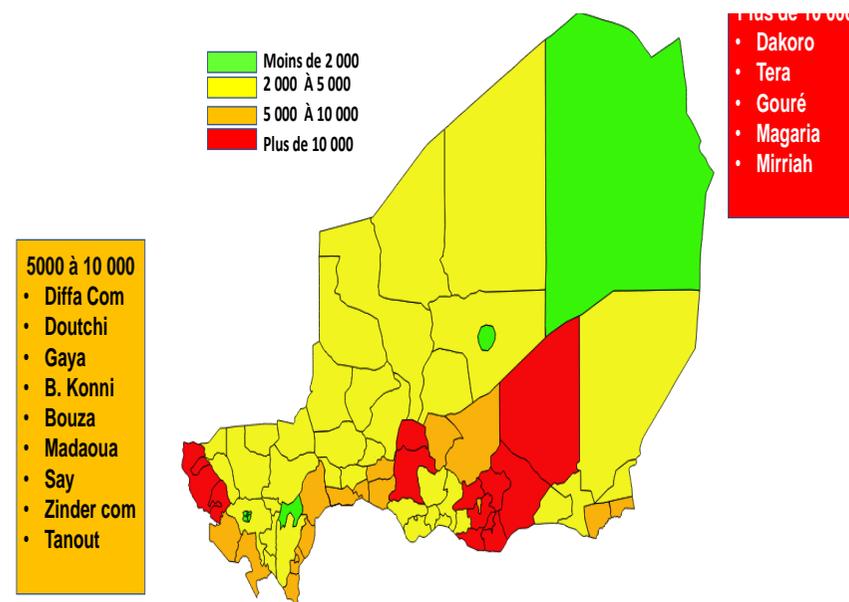
De même l'**objectif du GVAP** qui veut une couverture Penta3 d'au moins 80% dans chaque DS n'est pas atteint, car selon les résultats de l'**ECV 2017 au Niger**, 19 DS sur les 44 enquêtés ont enregistré un taux de CV Penta 3 < 80%.

Selon la même enquête, 5 DS sur les 44 ont enregistré chacun plus de 10 000 enfants non vaccinés et 9 DS sur les 44 ont chacun entre 5000 et 10000 enfants non vaccinés.

L'analyse a montré que ces contreperformances pourraient s'expliquer à travers les raisons essentielles suivantes:

- La question de l'insécurité qui rend certaines zones difficilement accessibles ;
- La question des zones urbaines et péri urbaines avec des zones non loties dont la caractéristique est la problématique des nouveaux quartiers avec la présence des populations défavorisées ;
- La question des populations nomades qui n'utilisent pas les services de vaccination du fait de leurs fréquents déplacements constituant un défi pour l'offre de service malgré la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles ;
- L'insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières) beaucoup plus marquée dans les nouveaux DS ;

Carte: Repartition des enfants non vaccinés au Penta 3 par DS, ECV 2017



- La problématique liée au système d’approvisionnement en vaccins du fait des difficultés de déblocage des fonds étatiques pour l’achat des vaccins ainsi que de l’insuffisance des ressources financières pour la distribution jusqu’au niveau périphérique ;
- L’insuffisance des sorties en stratégies avancées et mobiles décentralisées quand on sait déjà que la couverture sanitaire du pays est à 50,63% en 2018 ;
- L’insuffisance dans l’implication des communautés dans la planification et le suivi de la mise en œuvre des activités ;
- Les occasions manquées de vaccination liées à un problème d’organisation des services (indisponibilité, intégration des services);
- La sous-information/sensibilisation des communautés (73 % des enfants non vaccinés pour des raisons liées à la demande selon l’ECV 2017).

Tous ces éléments réunis en lien avec l’offre et la demande constituent les principales barrières à l’amélioration des performances du programme de vaccination au Niger.

L’analyse de cette contre performance a permis d’identifier selon 8 critères avec un ranking des districts (**Cf. page 39**), 33 DS prioritaires ou contre performants regroupés en : DS Urbains et Semi-Urbains (9) ; DS situés en zones nomades (12); DS situés en zones désertiques (4); DS situés en zones d’insécurité (8).

C’est ainsi que pour reléver les défis qui s’imposent au PEV, le Niger avec l’appui de ses partenaires a élaboré une nouvelle proposition RSSV pour la période 2020-2022, qui prévoit deux paquets d’interventions:

- Dans l’ensemble des 72 DS du Pays, le paquet minimum d’activités comprend la dotation en ECF à travers le CCEOP, le renforcement du DHIS2, la supervision, la formation en gestion PEV et le renforcement de la vaccination en fixe, avancée et mobile.
- Pour les 33 DS prioritaires à faible performance: en plus du paquet décrit ci haut, ils bénéficieront d’un appui renforcé à travers un Paquet d’intervention spécifique à chaque catégorie.

La présente proposition s’articule autour de cinq (5) objectifs prioritaires qui se déclinent en des interventions et activités pertinentes identifiées pour les atteindre. Le budget total estimé pour l’atteinte de ces cinq objectifs est de 33 609 759 USD.

Objectif 1: Renforcer la Gouvernance, le Leadership et la Gestion pour une meilleure efficacité du système de santé à tous les niveaux d’ici 2022 :

Pour cet objectif, 4 interventions prioritaires ont été identifiées : (i) Le renforcement des capacités de planification, de coordination et de suivi-évaluation à tous les niveaux ; (ii) Promotion d’un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé ; (iii) l’amélioration de la gestion des ressources financières et (iv) La mise en place d’un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines. Ces interventions s’articulent autour de 28 activités dont le coût est évalué à 2 686 194 USD soit 8 % du budget total de la demande de subvention.

Objectif 2: Accroître l’accès équitable aux populations à des services de santé de qualité en faisant passer la couverture sanitaire de 50,63% à 65% en 2022 et la proportion des populations au-delà de 5 km couvertes par les stratégies alternatives de 66% à 80 % d’ici 2022.

Cet objectif sera réalisé à travers deux (2) interventions prioritaires: (i) l’extension de la couverture sanitaire de manière équitable ; (ii) Mise en œuvre des directives pour atteindre chaque enfant (ACE). Cet objectif sera atteint avec la mise en œuvre de 06 activités estimées à 9 959 747 USD soit 30 % du budget total.

Objectif 3: Générer la demande pour réduire le taux d’abandon spécifique (Penta1-Penta3) de 13% en 2017 à 10% en 2022 (WUENIC) :

L’atteinte de cet objectif se fera à travers Trois interventions prioritaires: (i) Le renforcement de l’engagement communautaire ; (ii) Le Renforcement de l’implication de la société civile dans les activités de santé ; (iii) La réduction des risques financiers pour l’accès aux services de santé. 22 activités ont été prévues estimées à 8 217 174 USD, soit 24 % du budget total.

Objectif 4: Amener de 47% en 2018 à au moins 80% en 2022, la proportion des districts sanitaires qui produisent des données fiables selon la méthode du DQS pour la prise de décision. Trois (3) interventions prioritaires prévues: (i) l'Amélioration de la qualité des données; (ii) Le Renforcement de la surveillance et de la riposte aux épidémies ; (iii) la Diffusion, l'utilisation et l'archivage des données. Ces interventions seront matérialisées autour de 27 activités estimées à 4 776 148 USD soit 14 % du budget total.

Objectif 5: Améliorer le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 66% en 2014 à au moins 80 % en 2022:

La réalisation de cet objectif passe par quatre (4) interventions prioritaires: (i) l'Augmentation des capacités de stockage à tous les niveaux ; (ii) Le Renforcement des capacités de gestion et de distribution des vaccins à tous les niveaux ; (iii) L'amélioration de la maintenance de la Chaine de froid ; (iv) Renforcement des capacités de gestion de la logistique
Cet objectif s'articule autour de 39 activités estimées à 7 970 496 USD soit 24 % du budget total.

Sigles et Abreviations

ACD/ACE: Ateindre Chaque District/ Atteindre Chaque Enfant

AT: Assistance Technique
AVS: Activités de Vaccination Supplémentaire
CCEOP: Cold Chain Equipment Optimisation Platform
CCIA: Comité de Coordination Inter Agence
CCP: Cadre de Cooperation Pays
CEI: Comité d'Examen Independant
CEP: Cadre d'Engagement Pays
CNS: Conseil National de Santé
COGES: Comité de Gestion
COSAN: Comité de Santé
CS: Case de Santé
CSI: Centre de Santé Intégré
CSU: Couverture Sanitaire Universelle
CV: Couverture Vaccinale
DEP: Directeur des Etudes et de la Programmation
DGSR: Direction Générale de la Santé de la Reproduction
DHIS2: Data Health Information System
DI : Direction des Immunisations
DQR: Data Quality Region
DQS: Data Quality Survey
DRFM : Direction des Ressources Financières et Matérielles
DRSP: Direction Regionale de la Santé Publique
DS: District Sanitaire
DTS: Droit de Tirage Special
ECD: Equipe Cadre de District
ECF: Equipement de la Chaine du Froid
ECP: Evaluation de la capacité des programmes
EDSN: Enquete Demographique et Sanitaire Nationale
eLMIS: electronic Logistic Management Information System
FAP : Femme en Age de Procréer
FBP: Financement Basé sur les Performances
FC: Fonds Commun
GAR: Gestion Axée sur les Resultats
GAVI : l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et les Vaccins
GEV: Gestion Efficace de Vaccin
GTCV: Groupe Technique Consultatif de la Vaccination

IIV: Initiative pour l'Independence Vaccinale
IRR: Initiative à Resultats Rapide
JSI : John Snow Incorporated
JSP: Justification de Soutien au Programme
MAPI: Manifestations Adverses Post Immunisations
MF: Ministère des Finances
MSP : Ministère de la Santé Publique
NA: Non Applicable
OBC: Organisation à Base Communautaire
ODD: Objectifs de Developpement Durable
ONG: Organisation Non Gouvernementale
TPM: Ouvrier Polyvalent de Maintenance
OSC: Organisation de la Société Civile
PAA : Plan d'Action Annuel
PAD: Plan d'Amelioration des Données
PCDS: Projet de Capacités et de performance du secteur public pour la prestations des Services
PPAC : Plan Pluri Annuel Complet
PCV: Pastille de Control de Vaccin
PDRH: Plan de Developpement des Ressources Humaines
PDS: Plan de Developpement Sanitaire
PEF-TCA: Partner's Engagement Framework-Targeted Country Assistance
PEV : Programme Elargie de Vaccination
POECF: Plateforme d'Optimisation des Equipements de la Chaine du Froid
PTF: Partenaires Techniques et Financier
PTQ: Plan de Travail Quinquenal
RDV: Rendez Vous
REP: Rapport d'Execution du Programme
RH: Ressources Humaine
ROASSN: Regroupement des ONG et Association du Secteur Santé du Niger
RSS: Renforcement du Système de santé
RSSV: Renforcement du Système de Santé et la Vaccination
SA: Strategie Avancée
SARA: Service Availability and Readness Assessment
SF: Strategie Fixe
SIGL: Système d'Information pour la Gestion Logistique
SIMR: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte

SMT: Stock Management Tools

SWEDD: Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend

TIC: Technologie d'Information et de Communication

TNN: Tetanos Neo-Natal

USD: US Dollar (Dollar Américain)

VII: Initiative d'indépendance Vaccinale

WAFU: Warn Africa For Us

WUENIC: WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage

Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien

- Le secrétariat Gavi doit pré remplir toutes les cases grises
- Le pays doit remplir toutes les cases blanches

1. Vaccins : cofinancement du pays projeté et nouveau soutien demandé à Gavi pour les vaccins actuels et nouveaux financés par Gavi

1.1. Cofinancement pour les vaccins actuels financés par Gavi

Programme et type de soutien		2020	2021	2022
[Type de soutien 1] (ex. Pentavalent systématique)	Cofinancement pays (USD)	\$	\$	\$
	Soutien Gavi (USD)	\$	\$	\$
[Type de soutien 2] (ex. Rotavirus systématique)	Cofinancement pays (USD)	\$	\$	\$
	Soutien Gavi (USD)	\$	\$	\$
a) Cofinancement total du pays for les vaccins actuels (USD)		\$	\$	\$
b) Soutien total de Gavi pour les vaccins actuel (USD)		\$	\$	\$
c) Coût total des vaccins actuels (a+b) (USD)		\$	\$	\$

1.2 Présentation du vaccin et dates de mise en œuvre : Le pays doit compléter toutes les colonnes pour chaque introduction et campagne de vaccin nouveau planifiées pendant la durée de la JSP et pour lesquelles le pays recherche une assistance.

Programme et type de soutien	Présentation privilégiée ¹	Date cible pour la soumission de demande	Date souhaitée pour l'arrivée des vaccins	Date de lancement prévue	Soutien demandé jusqu'au ²
------------------------------	---------------------------------------	--	---	--------------------------	---------------------------------------

²Pour les présentations des vaccins, veuillez consulter les profils produits détaillés disponibles ici : <https://www.gavi.org/librairie/documents-gavi/approvisionnements-achats/profils-produit-detailles/>

³Pour le lancement du programme de vaccination systématique, le soutien est généralement demandé jusqu'à la fin du PPAC valide du pays, conformément aux directives, et peut être prolongé à l'avenir. Si vous souhaitez demander le soutien de Gavi sur une plus courte période que jusqu'à la fin de votre PPAC, vous pouvez le faire. Pour les campagnes, la date indiquée dans le champ « soutien demandé jusqu'au » sera généralement la même ou clôturera l'année calendaire qui suit la date de lancement, mais elle peut être prolongée pour une campagne par phases.

Type de soutien 1 : Hépatite B à la naissance*	Flacon de 20 doses	Mai 2020	Janvier 2021	Mars 2021	Décembre 2022
---	--------------------	----------	--------------	-----------	---------------

* *Le Niger a mis en place un Programme National de lutte contre le Sida, les IST et les Hépatites (PNLSH) par arrêté N° 01097/MSP/SG/DEP du 31 déc. 2018 portant organisation et fonctionnement du programme. La mission de PNLISH est de contribuer à la réduction des nouvelles infections, de la morbidité et de la mortalité liés aux Infections Sexuellement Transmissibles, au VIH/Sida et aux Hépatites par des activités de type promotionnel, préventif, curatif et de recherche. Dans le même cadre, le PPAc 2016-2020 prévoit l'introduction du Vaccin Hep B à la naissance dans le PEV de routine à compter de 2021. Le PPAc 2016-2020 sera mis à jour pour la période 2017-2021.*

1.3 Soutien aux vaccins nouveaux à demander : Pour connaître les types de soutien aux vaccins et les directives, veuillez consulter <https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/vaccins/>

Programme et type de soutien	Année	2020	2021	2022
[Type de soutien 1] : Hépatite B à la naissance	Population dans la cohorte d'âge cible (#)	NA	1 094 237	1 137 463
	Population cible devant être vaccinée (première ou seule dose) (#)	NA	875 389	1 023 717
	Population cible pour la dernière dose (#)	NA	1 dose	1 dose
	Estimation des taux de pertes ³	NA	10%	10%
	Cofinancement du pays (en USD)	\$	\$	\$
	Soutien Gavi (en USD)	\$	\$	\$
d) Total du cofinancement demandé au pays pour les vaccins nouveaux (en USD)		\$	\$	\$
e) Total du soutien demandé à Gavi pour les vaccins nouveaux (en USD)		\$	\$	\$
f) Coût total des vaccins nouveaux demandés (a+b) (en USD)		\$	\$	\$

* *Annexe 1: Niger Forecast-2017-2021*

³ Pour les taux de pertes indicatifs pour les présentations privilégiées (%), veuillez consulter les profils produits détaillés disponibles ici : <https://www.gavi.org/librairie/documents-gavi/approvisionnements-achats/profils-produit-detailles/>

1.4 Coût total et résumé du cofinancement pour le soutien aux vaccins

a) Total du cofinancement demandé au pays pour les vaccins actuels et les nouveaux vaccins (a+d) (USD)	\$	\$	\$
b) Total du soutien demandé à Gavi pour les vaccins actuels et nouveaux (b+e) (USD)	\$	\$	\$
c) Coût total des vaccins actuels et nouveaux demandés (g+h) (USD)	\$	\$	\$

1.5 Demande de changement de la présentation du vaccin⁴ pour le soutien actuel (le cas échéant)⁵ : Veuillez noter que cela demande de délivrer des documents contenant d'autres informations, notamment la capacité de la chaîne du froid, le niveau des stocks du produit actuel et un plan d'activité chiffré (à soumettre sur le Portail pays, ici : <https://www.gavi.org/soutien/processus/portail-pays/> dans la section Documents supplémentaires).

Présentation actuelle	Nouvelle présentation souhaitée	Mois et année souhaités pour le changement	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité	Demandez-vous une subvention pour un changement de produit dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin sur le portail pays ?
VAR 10 doses	VAR 5 doses	Janvier 2020	C'est pour minimiser les taux de pertes et réduire les occasions manquées	Pour le changement de la présentation de 10 doses à 5 doses, le Niger souhaite recevoir le soutien de Gavi dans le cadre de la formation, la communication et la supervision.

2. Soutien financier demandé

2.1. Données du pays concernant la santé et l'immunisation ainsi que cycle national de planification et budgétisation pour la santé

Le pays doit remplir le tableau ci-dessous

Données du pays concernant la santé et l'immunisation - Tous les chiffres en USD	2017	2018

⁴ Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la présentation des vaccins. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.

⁵ Pour obtenir une description détaillée des profils produits des vaccins, veuillez consulter les profils produits détaillés disponibles ici : <https://www.gavi.org/librairie/documents-gavi/approvisionnements-achats/profils-produit-detailles/>

Dépenses totales du gouvernement (année précédente)	\$3 618 980 000	Non applicable
Dépenses totales de santé du gouvernement (année précédente)	\$150 655 968	Non applicable
Budget de la vaccination (année précédente et en cours)	\$4 932 400	\$5 335 532

Source: DRFM/MSP et Ministère des finances, Niger 2017 et 2018

2.2. Cycle national de planification et de budget pour la santé, et cycle national de planification pour la vaccination

Cycles nationaux	Depuis	Jusqu'à
Années du plan national de développement sanitaire	2017	2021
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	2016	2020
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	1 ^{er} janvier	31 décembre

2.3. Soutien financier actuellement actif de Gavi (uniquement les subventions déjà approuvées mais pas encore clôturées)

Tableau entier pré rempli par le secrétariat Gavi (PO)

Type de soutien	Montant engagé	Montant approuvé	Montant décaissé	Année(s) de soutien
RSS 2	40 025 095 \$	32 412 892 \$	26 682 183 \$	2014-2018 avec un NCE jusqu'en 2019
CCEOP	8 007 586 \$	3 730 343 \$	2 310 600 \$	2017-2021

2.4. Nouvelle demande de soutien financier : le pays doit remplir le tableau ci-dessous. Pour connaître tous les types de soutien aux vaccins et les directives, veuillez consulter : <https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/>

Dates cibles de début et de fin du soutien financier :				
Veillez noter le plafond RSS total du pays pour les 5 années à venir⁶ : (montant du plafond en USD)				
	2020	2021	2022	Total

⁶ Le cas échéant et si la source de co-investissement du pays dans la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF) est le RSS de Gavi, ce montant devra être déduit du plafond RSS.

Obj1. Renforcer la Gouvernance, le Leadership et la Gestion pour une meilleure efficacité du système de santé à tous les niveaux d'ici 2022	933 461	849 414	903 331	2 686 194
Obj2. Accroître l'accès équitable aux populations à des services de santé de qualité en faisant passer la couverture sanitaire de 50,63% à 65% en 2022 et la proportion des populations au-delà de 5 km couvertes par les stratégies alternatives de 66% à 80 % d'ici 2022	4 181 196	3 116 548	2 662 003	9 959 747
Obj3. Générer la demande pour réduire le taux d'abandon spécifique (Penta1-Penta3) de 13% en 2017 à 10% en 2022 (WUENIC)	4 051 250	2 061 411	2 104 513	8 217 174
Obj4. Amener de 47% en 2018 à au moins 80% en 2022, la proportion des districts sanitaires qui produisent des données fiables selon la méthode du DQS pour la prise de décision	2 425 123	688 744	1 673 395	4 776 148
Obj5. Améliorer le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 66% en 2014 à au moins 80% en 2022	5 958 829	1 269 123	742 545	7 970 496
Total RSSI	17 549 858	7 985 241	8 085 785	33 609 759
Co-investissement de Gavi dans la POECF7	0	1 135 604	1 135 604	2 271 208
• Fonds nationaux	0	0	0	0
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS, pour éviter de le compter deux fois)	0	283 901	283 901	567 802
• Autres partenaires	0	0	0	0
Total POECF8 (en USD)	0	1 419 505	1 419 505	2 839 010
<i>par ex. SIV dans le cadre de la méthode de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux</i>	Naissances vivantes ⁹	#	#	#
	Soutien de Gavi (en USD) ¹⁰	\$	\$	\$
<i>par ex. soutien opérationnel des campagnes de suivi de la rougeole</i>	Population dans la cohorte d'âge cible ¹¹	\$	#	#
	Soutien de Gavi (en USD) ¹²	\$	\$	\$
Total du soutien de Gavi : SIV, Ops, changements (estimation)				

⁷ Co-investissement de Gavi dans la POECF = 50 % ou 80 % du montant total pour la POECF, en fonction de la phase de transition de Gavi

⁸ Total POECF = Co-investissement du pays dans la POECF + Co-investissement de Gavi dans la POECF

⁹ Les Subvention d'introduction de vaccins (SIV) sont calculées à partir des naissances vivantes

¹⁰ Veuillez vous référer à ce que vous avez calculé dans le modèle de prévision budgétaire et veiller à ce que les chiffres correspondent

¹¹ Le coût opérationnel est calculé à partir de la population de la cohorte d'âge cible

¹² Veuillez vous référer à ce que vous avez calculé dans le modèle de prévision budgétaire et veiller à ce que les chiffres correspondent

Total du soutien RSSV demandé (en USD)	17 549 858	7 985 241	8 085 785	33 609 759
---	------------	-----------	-----------	-------------------

NB: Le Niger a eu un CCEOP approuvé en Novembre 2016 pour un montant total de co-investissement de Gavi de 6.406.069 USD sur 5 années. La Lettre de Décision du 7 juin 2017 concrétise cet engagement pour les deux premières années pour un co-investissement de Gavi de 2.984.274 USD, le co-investissement du Pays d'un montant de 746.069 USD étant assuré à travers le RSS2. L'exécution du CCEOP ayant débuté en 2018 avec 1 an de retard, pour rattraper ce retard, les cotes part de la deuxième année (2019) et de la Troisième année (2020) seront versés en 2019 comme inscrit dans le PAA 2019 de la DI et recommandé par la mission Gavi de Février 2019, raison pour laquelle la colonne de 2020 n'affiche aucun montant.

Le pays a budgétisé sur le RSS3 la partie du co-investissement pays correspondant aux années 4 (2021) et 5(2022) du CCEOP soit un montant total de 567.802 USD.

Annexe 2 : Commentaires de Gavi (Budget CCEOP 2018-2021)

Option de vérification des données pour le calcul des paiements du RSS/financement basé sur la performance (FBP)

Le pays doit indiquer un mécanisme de vérification des données parmi ceux proposés (veuillez cocher la case correspondante). Veuillez noter que l'option sélectionnée sera utilisée toute la durée de la subvention RSS.

Utilisation des données administratives du pays	N/A	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF	Le pays choisit l'option du WUENIC	Utilisation des enquêtes	N/A
--	-----	--	------------------------------------	---------------------------------	-----

Partie B : Analyse du système de vaccination du pays et évaluation de la performance antérieure

🌀 **La Partie B remplace l'Évaluation conjointe pour cette année et examine la performance et du système de vaccination**, notamment par le biais d'une analyse approfondie de la couverture et de l'équité ainsi que de tout obstacle à l'amélioration de la couverture visant plus de pérennité et d'équité. Elle doit se concentrer sur l'évolution/les tendances observées au cours des deux à trois années précédentes et particulièrement sur les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe.

Les informations de cette section seront essentiellement établies à partir de l'analyse recommandée sur la couverture et l'équité ainsi que d'autres aspects pertinents du programme qui se trouvent dans le **Guide d'analyse des évaluations conjointes** (<https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/rendre-compte-renouveler/>)

Cette section décrit également l'avancée dans la mise en œuvre des subventions et les améliorations du système de vaccination. En complétant les données présentées dans le portail du pays (par ex., le cadre de performance des subventions actualisé, les rapports financiers, l'évaluation de la qualité des données, etc.), cette section explique les résultats par rapport aux cibles et objectifs, les difficultés de mise en œuvre associées et les principaux enseignements tirés de la période de rédaction de rapports antérieure.

→ *Cette section constitue la base pour l'identification des objectifs, à définir à la Section D sur la future programmation*

3. Situation en matière de couverture et d'équité

Décrire les preuves de niveaux national et infranational en matière de couverture et d'équité de la vaccination dans le pays et les contraintes à l'amélioration. Dans les tableaux 3.1 et 3.2, identifier les 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 taux de couverture les plus faibles et du nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, la charge de morbidité la plus élevée : nombre de cas et incidence de maladies à prévention vaccinale observés dans les systèmes de surveillance des régions/districts, etc. ;

Parmi les sources de données disponibles, tenir compte des données administratives, des enquêtes sur la couverture vaccinale, des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS)/enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), des analyses d'équité, des enquêtes Connaissances-Attitudes-Pratiques et des schémas pathologiques comme la rougeole. Veuillez clairement indiquer la (les) source(s) des données exploitées dans cette section.

- *Cette section est essentielle à la détermination des zones géographiques et/ou aux groupes de population cibles pour définir la priorité des interventions*
- *Faites part de toute analyse pertinente des tendances ou preuve supplémentaire dont vous disposez.*
- *Veuillez également vous référer au Guide pour mieux comprendre les obstacles à la vaccination liés au genre (<https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires/>)*

3.1. Au niveau national : (Indiquer la source des données et l'année de chacune des sources)

Couverture : Les performances de couverture vaccinale enregistrées en 2017 selon les différentes sources et selon 8 des DTP3, VAR2,10 antigènes que compte le PEV au Niger se présentent comme suit :
etc.

Tableau N°01 : Couvertures vaccinales par antigènes et selon certaines sources en 2017

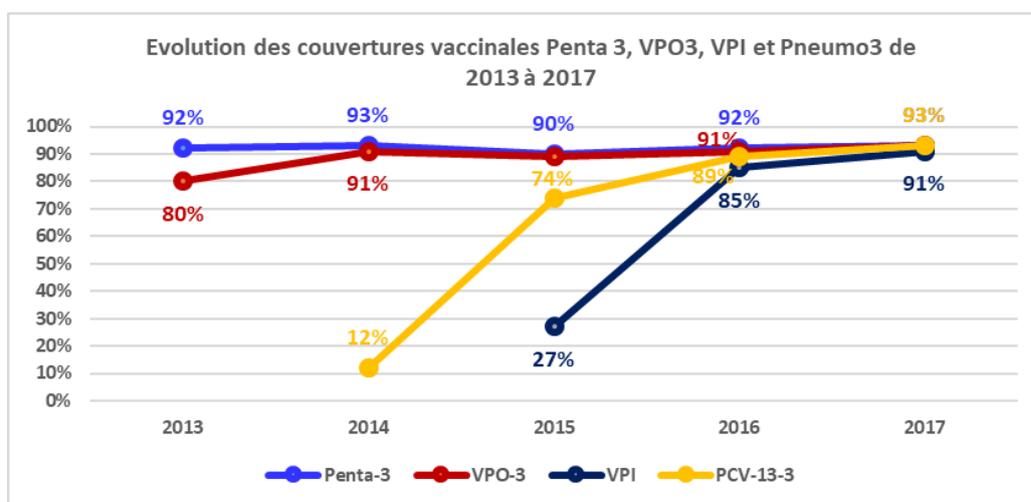
Antigène	Objectifs 2017 PPAC 2017-2021	CV administratives DI 2017	WUENIC 2017	ECV 2017
Penta 1	90%	93%	93%	92,1%
Penta 3	82%	93%	81%	80,2%
PCV13-3	82%	93%	80%	76%
VPI	82%	92%	69%	60,8%
VPO3	82%	93%	82%	82,3%
VAR1	82%	92%	78%	76,1%
VAR2	60%	52%	38%	NA
Rota2	75%	89%	84%	83,4%
VAA	82%	90%	81%	76%

Selon les résultats de l'ECV 2017 (*Annexe 3*), la couverture vaccinale nationale en Penta 3 est de 80,2% pour un objectif de GVAP fixé à au moins 90%. Aussi la moyenne nationale du taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 est de 13% pour un objectif du PPAC fixé à moins de 10%. (*Annexe 4*)

Cependant on note un écart d'au moins 10 points de couverture entre les données de l'ECV 2017, du WUENIC avec celles des données administratives.

Ce qui dénote d'une insuffisance dans la fiabilité des données administratives illustrée à travers les résultats du DQS réalisé en 2018 qui a relevé que 31 (53%) DS présentent une discordance de données concernant le Penta 3 et le VAR. (*Annexe 5*)

Graphique N° 01 : Tendence des couvertures vaccinales Penta3, VPO3, VPI et Pneumo3 de 2013 à 2017- Vaccins administrés au même moment (Source : Rapports PEV 2013 à 2017)

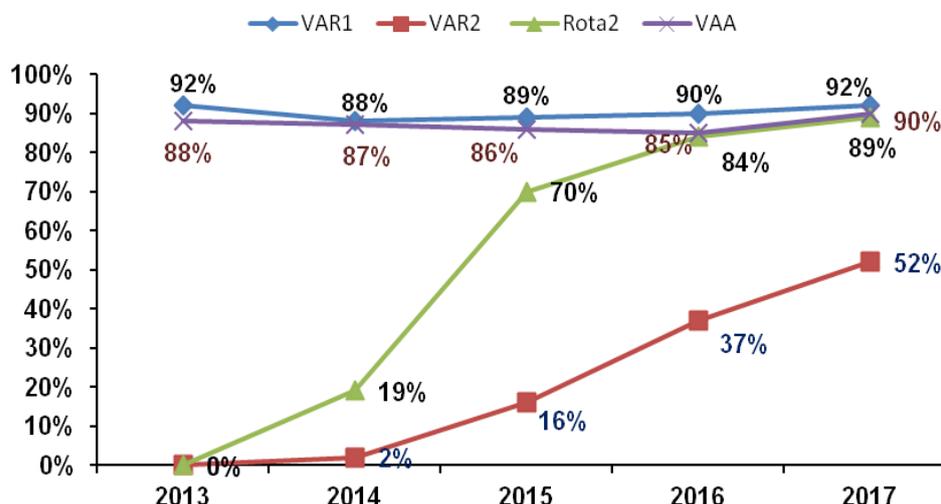


Le graphique N°1 montre la tendance des couvertures vaccinales Penta3, VPO3, VPI et Pneumo3 de 2013 à 2017, pour des vaccins administrés au même moment. La plupart des antigènes ont connu une nette amélioration entre 2016 et 2017.

Il faut relever que le PCV13 et le VPI n'ont pas connu les mêmes performances. Ceci pourrait s'expliquer par leur introduction en milieu d'année (Aout 2014 et Juillet 2015 respectivement) dont les couvertures

calculées seulement sur une partie de l'année. A cela s'ajoute une insuffisance dans la mise en œuvre des activités de communication et de plaidoyer auprès des populations.

Graphique N°02: Evolution des couvertures vaccinales du VAR1, VAR2, Rota2 et VAA de 2013 à 2017 (Source : rapports PEV 2013 à 2017)



Selon les tendances de couvertures vaccinales de tous les antigènes représentées à travers le graphique N°2, on observe une amélioration progressive jusqu'en 2017, même si pour le Rota 2 et le VAR 2, l'introduction a été faite dans le programme en 2013. Malgré que le VAR2 a connu une progression, son taux de couverture reste faible (52% en 2017). Cette situation s'explique également du fait que les activités de formation des agents et de communication et plaidoyer restent encore insuffisantes.

Couverture :

Valeurs absolues des enfants non ou sous-vaccinés

Selon les données administratives 2017:

- Dans les 72 DS que compte le pays, un total de 70 628 enfants de 0-11 mois sur 1 053 636 n'ont pas été vaccinés au Penta 3 soit 6,7% ;
- De ces 72 Districts, 27 (37%) sont situés en zones nomades et totalisent 23 990 enfants de 0 à 11 mois non vaccinés soit 34% des enfants non vaccinés au niveau national.

Selon l'ECV 2017:

- Sur un total de 11 579 enfants de 12 à 23 mois enquêtés, 2 292 enfants n'ont pas été vaccinés au Penta 3 soit (19,8%) ;
- La proportion de zéro dose (enfants n'ayant reçu aucun vaccin) varie de 0% (Mayahi, Niamey 3, Niamey 5, Ouallam) à 15,5% (Gouré) avec une moyenne nationale pondérée de 3,1%.

Équité :

- Richesse (par ex. quintiles supérieurs/inférieurs)
- Éducation (par ex. avec/sans scolarisation)
- Sexe
- Urbain-rural
- Les autres groupes ou

L'analyse de l'équité a été faite sur la base des données provenant des l'EDSN 2006, 2012, l'analyse de l'équité en matière de vaccination de 2017 mais aussi celles de l'ECV 2017.

Selon les EDSN 2006, 2012, les couvertures vaccinales selon les caractéristiques sociodémographiques se présente comme suit :

Tableau N°02: Proportion des enfants complètement vaccinés selon les caractéristiques sociodémographiques au Niger, EDSN 2006, 2012

communautés culturel(le)s systématiquement marginalisé(e)s, par ex. issu(e)s de minorités religieuses ethniques, les enfants de soignantes à faible statut socio-économique, etc.	Sources de données	Caractéristiques socio-démographiques									
		Bien être		Education		Milieu de résidence		Sexe		Rang de naissance	
		+ riches	+ pauvres	Second+	Aucune	Urbain	Rural	M	F	1ère	6ème+
		EDSN- MICS 2006	48,7	20,1	54,4	42,9	48,4	25,1	27,8	30,9	31,4
	EDSN MICS IV 2012	66,8	34,9	72,7	49,8	68,6	49,1	51,6	52,3	59,8	48,1

Comme les résultats de l'EDSN 2017 ne sont pas encore validés, l'analyse des caractéristiques socio-démographiques est basée sur les résultats de l'EDSN 2006 et 2012.

- Les deux EDSN montrent qu'il y a une disparité dans la proportion des enfants complètement vaccinés selon certaines caractéristiques sociodémographiques :
- En ce qui concerne le bien être, la proportion des enfants complètement vaccinés passe de 48,7% en 2006 à 66,8% en 2012 chez les riches contre 20,1% en 2006 à 34,9% en 2012 chez les pauvres. Ainsi, l'écart se creuse entre les riches et les pauvres passant de 28,6 points en 2006 à 31,9 points en 2012. La principale raison en est que les populations pauvres sont plus préoccupées par la recherche de la nourriture pour 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.
- En ce qui concerne le niveau d'instruction, l'écart se creuse davantage entre les parents ayant une éducation secondaire + et ceux n'ayant aucune éducation passant de 11,5 points en 2006 à 22,9 points en 2012.
- Par contre, selon le lieu de résidence, l'écart se réduit également entre la proportion des enfants complètement vaccinés en milieu urbain et ceux du milieu rural passant de 23,3 points en 2006 à 19,5 points en 2012. Cela est due à l'urbanisation des villes avec l'exode massif des ruraux vers les grands centres urbains posant la problématique des nouveaux quartiers, mal desservis par les services de santé. Ceci justifie l'élaboration d'une stratégie de vaccination en milieu urbain.
- Il n'y a pas de différence significative selon le sexe selon les résultats retrouvés.
- Selon le rang de naissance, la proportion des premiers nés de la fratrie complètement vaccinés et les enfants occupant le 6ème rang + passe de 8,2 points en 2006 à 11,7 points en 2012. Cette situation s'expliquerait par le fait que plus le nombre d'enfants augmente, moins on se préoccupe de la vaccination des derniers nés.

Comme indiqué précédemment, selon l'ECV 2017, la couverture nationale en Penta 3 est de 80,2% pour un objectif de GVAP fixé à au moins 90%. Il ressort également que 26 DS des 44 enquêtés soit 59% ont atteint l'objectif du GVAP fixé à au moins 80% dans chaque district. Aussi la moyenne nationale du taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 est de 13% pour un objectif du PPAC fixé à moins de 10% avec des extrêmes allant de 6,9% à Madarounfa (Région de Maradi) à 33,3% à Gouré (Région de Zinder). Cependant l'analyse des données administratives a montré que 60 DS sur les 72 soit 83,3% ont atteint l'objectif du GVAP en terme de couverture vaccinale en Penta3.

Toujours selon l'ECV 2017, les raisons de non vaccination des enfants se présentent comme suit :

- Celles dépendant essentiellement des parents représentaient 73,5% ;
- Tandis que celles dépendant du système de prestation des services de vaccination correspondent à 26,5%.

Pour celle dépendant des parents, l'indisponibilité de la mère était la raison principale. Cette indisponibilité était le fait entre autres :

- Occupation (activités ménagères ou génératrices de revenus) ;
- Absence pour cause de voyage ou de maladie de la mère ;
- Refus du père de faire vacciner l'enfant ;
- Perte du carnet de vaccination de l'enfant ne permettant pas de continuer la vaccination selon les mères ;
- Méconnaissance des dates de rendez-vous et la nécessité de continuer la vaccination (sous information).

Pour les raisons dépendantes du système de prestations on peut citer:

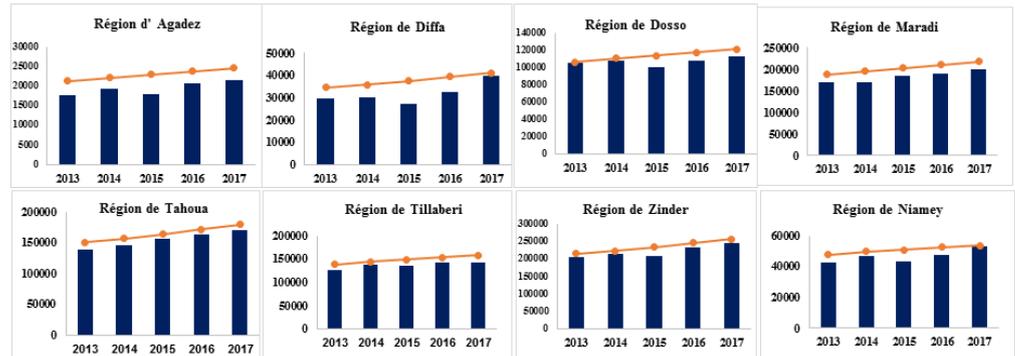
- l'éloignement du site de vaccination et/ou l'absence de moyens pour s'y rendre du fait que les cases de santé ne sont pas équipées en matériels de chaîne du froid pour rapprocher les services de vaccination de la population.
- Les mères interrogées avaient évoqué le fait qu'elles se rendaient avec les enfants au site de vaccination sans que ceux-ci ne reçoivent la vaccination. Dans ce groupe, les raisons évoquées selon les mères :
 - Les faux rendez-vous,
 - L'absence de vaccin,
 - L'impossibilité d'ouvrir un flacon de vaccin lorsque très peu d'enfants étaient présents

3.2. Au niveau infranational, identifier les zones et groupes cibles à faibles couverture et équité :
(Indiquer la source des données et l'année de chacune des sources)

Couverture par zones géographiques/groupes de population :
DTP3, VAR2, etc.

Au Niger, la couverture vaccinale varie selon les zones géographiques et les groupes de population. Ci-dessous les variations de couverture selon les données administratives et celles de l'enquête de couverture 2017.

Graphique N°3 : Tendence des enfants 0-11mois vaccinés au Penta 3 selon les regions du Niger de 2013 à 2017 (Source : données administratives des rapports PEV)



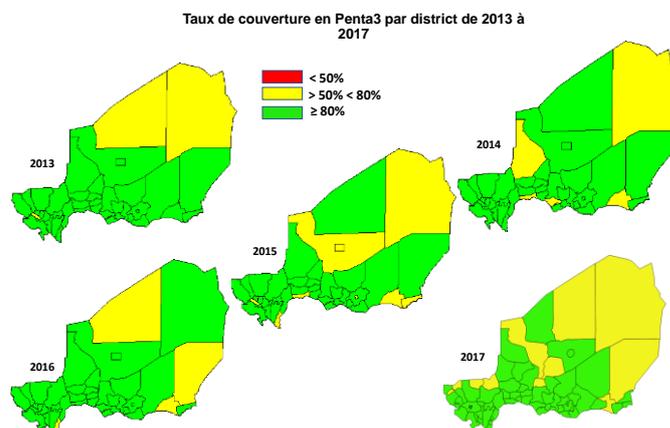
Légende : Bleu= Nombre d'enfants 0-11mois vaccinés ; Rouge= Cibles enfants 0-11mois.

Le graphique N°3 affiche le nombre d'enfants 0-11mois vaccinés au penta 3 de 2013 à 2017 rapporté à la cible de chaque année. Ainsi :

- Aucune des 8 regions n'a atteint les cibles attendues au cours de la période considérée ;
- En plus, l'écart reste constant entre les cibles et les enfants vaccinés pour toutes les régions ;
- A l'exception des régions de Tahoua et Maradi, il ressort une tendance progressive des cibles vaccinées d'année en année avec une baisse en 2015 pour les 6 autres régions. Cette diminution s'explique entre autres par le retard dans la mise en œuvre des activités financées par Gavi suite au remboursement des fonds Gavi utilisés pour des dépenses inéligibles après l'audit externe de 2013.

Les cartes présentées ci-dessous permettent de visualiser l'évolution des performances des DS depuis la mise en œuvre de la subvention du RSS2 en 2013.

Graphique N° 04 : Evolution des couvertures administratives en Penta 3 selon les districts de 2013 à 2017 (Source : données administratives PEV de 2013 à 2017)



Selon les données administratives, de 2013 à 2017, on a observé les tendances suivantes :

- Aucun district sanitaire (DS) ne se trouve dans la catégorie des moins de 50% de couverture en Penta 3 ;
- 12 DS ont une couverture Penta3 entre 50% et 80% ;
- 60 districts ont maintenu une couverture supérieure à 80%.

Toutefois, on note parfois des disparités entre les districts d'une même région avec des couvertures en Penta3 variant de 54% à N'Gourti et 122% au DS de Diffa (région de Diffa).

Il convient de souligner que ces données, sont caution à réserve eu égard aux résultats de l'enquête de couverture vaccinale 2017 qui indique un taux de couverture au niveau national de 80,2% plus proche des estimations OMS et UNICEF. Il faut noter également que la méthodologie dans l'enquête de couverture vaccinale de 2017 (Enquête par grappe) n'a considéré que les 44 anciens DS d'avant le redécoupage administratif de 2016 portant le nombre de DS de 44 à 72.

Ainsi, l'analyse des performances selon la CV administrative montre que 45 DS sur 72 (63%) ont enregistré une couverture de plus de 90% en Penta3 en 2017, 12 districts ont une couverture penta 3 de moins de 80% dont 9 nouveaux districts (75%) (cf tableau 05 ci-dessous). Ces nouveaux DS sont confrontés à des problèmes institutionnels dont entre autres :

- Effectif incomplet de l'Equipe Cadre de District ;
- Insuffisance de formation en management de DS et du PEV ;
- Non fonctionnement des ECF dans certains nouveaux DS (Dioundou, Tesker, Damagaram Takaya) ;
- Insuffisance des locaux pour le fonctionnement de l'ECD ;
- Insuffisance des bâtiments pour l'entreposage adéquat des ECF et des consommables ;
- Persistance de la tutelle des anciens DS.

Pour résoudre ces problèmes, ces DS auront besoin d'un appui notamment dans le domaine du renforcement institutionnel et opérationnel.

Tableau N° 03 : Catégorisation des districts selon leurs performances en couvertures Penta3, PCV13 Polio3 et VAR 1 en 2017

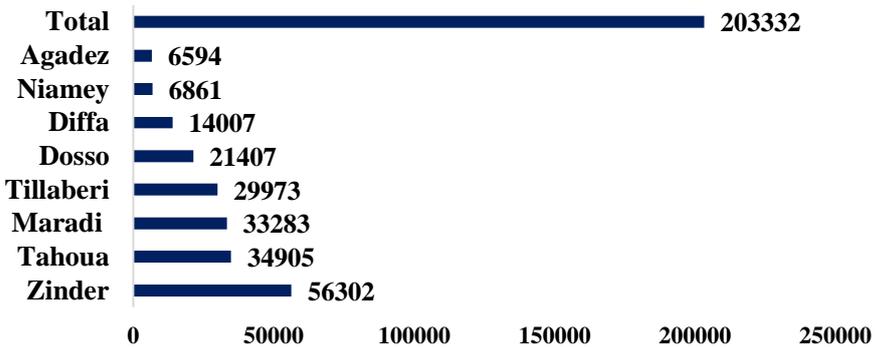
Niveaux de couverture	Nombre et proportion de districts sanitaire							
	Penta3		PCV13.3		Polio3		VAR1	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
CV inf. à 50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CV entre 50% et 80%	12	17%	12	17%	11	15%	13	18%
Sup. à 80%	60	83%	60	83%	61	85%	59	82%
Total	72	100%	72	100%	72	100%	72	100%

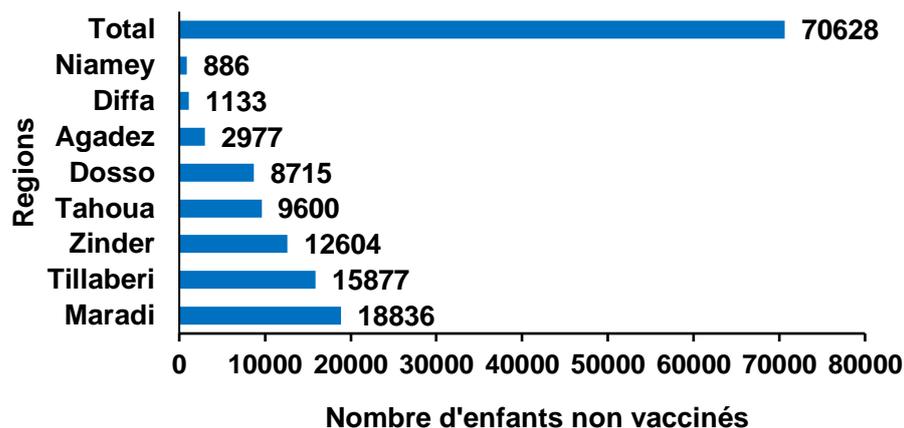
Source : données administratives de 2017.

Selon les résultats de l'ECV 2017, 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 enquêtés soit 59% ont une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80%.

En ce qui concerne les taux d'abandon, la moyenne nationale enregistrée selon l'ECV 2017 est de 13% avec des variations allant de 6,9% à Madarounfa (région de Maradi) et 33,3% à Gouré (région de Zinder). Par ailleurs, dans 43% des DS (19 sur 44) le taux d'abandon enregistré est supérieur à la moyenne nationale et dans 27% (12 sur 44) il est resté à moins de 10%.

Des 18 DS ayant une CV inférieure à 80% lors de l'ECV 2017, 15 districts ont également un taux d'abandon supérieur à 13%. Il s'agit de: Agadez Commune, Tchiro, Diffa commune,

	<p>N’guigmi, Boboye, Dakoro, B. Konni, Bouza, Tchinta, Say, Tillaberi DS, Gouré, Magaria, Mirriah, Zinder Commune.</p> <p>Ces DS en plus de leur particularité de zones urbaines/périurbaines ou de zones difficiles d’accès (Nomade, désertique, insécurité) sont aussi confrontés à des problèmes de gouvernance dont entre autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une Faible implication des structures/Organisation de la société civile et de la communauté dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé ; • Dans le cadre du One Health, on note une insuffisance de synergie d’actions et de complémentarité entre les différents services étatiques (Santé, Elevage, Hydraulique, Education) et les partenaires (OBC, OSC) permettant de rattraper les populations difficiles d’accès; • Une faible contribution de l’Etat au financement de la santé et du PEV (environ 4,16% des dépenses totales du gouvernement à la santé et environ 0,1% au PEV). (<i>Source : DRFM/MSP et Ministère des finances, Niger 2017 et 2018</i>) • On note aussi l’absence d’un cadre de redétabilité permettant à chaque niveau de la pyramide sanitaire de rendre compte de la mise en oeuvre des activités et résultats atteints. 																				
<p>Couverture par zones géographiques/groupes de population : Valeurs absolues des enfants non ou sous-vaccinés</p>	<p>A partir des résultats de l’ECV 2017, la repartition du nombre d’enfants non vaccinés a été effectuée selon les 8 régions du Niger.</p> <p style="text-align: center;">Graphique N°5: Nombre d'enfants 0-11 mois non vaccinés selon l'ECV 2017</p>  <table border="1" data-bbox="438 1019 1316 1366"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Nombre d'enfants non vaccinés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>203332</td> </tr> <tr> <td>Agadez</td> <td>6594</td> </tr> <tr> <td>Niamey</td> <td>6861</td> </tr> <tr> <td>Diffa</td> <td>14007</td> </tr> <tr> <td>Dosso</td> <td>21407</td> </tr> <tr> <td>Tillaberi</td> <td>29973</td> </tr> <tr> <td>Maradi</td> <td>33283</td> </tr> <tr> <td>Tahoua</td> <td>34905</td> </tr> <tr> <td>Zinder</td> <td>56302</td> </tr> </tbody> </table> <p>Au total 203 332 enfants de 0-11 mois de la cohorte 2016 n’ont pas été vaccinés au Penta 3 selon les résultats de l’ECV 2017. Nous observons que les régions ayant enregistré le plus grand nombre d’enfants non vaccinés sont Zinder, Tahoua, Maradi et Tillaberi avec 157 868 enfants soit 76,6% du total d’enfants non vaccinés.</p> <p>Selon les données administratives 2017, le nombre d’enfants non vaccinés au total a été énuméré et reparti aussi selon les 8 régions du Niger.</p> <p>Graphique N° 06: Répartition des enfants non vaccinés dans les 8 régions du Niger en 2017 (Source : données administratives PEV en 2017)</p>	Région	Nombre d'enfants non vaccinés	Total	203332	Agadez	6594	Niamey	6861	Diffa	14007	Dosso	21407	Tillaberi	29973	Maradi	33283	Tahoua	34905	Zinder	56302
Région	Nombre d'enfants non vaccinés																				
Total	203332																				
Agadez	6594																				
Niamey	6861																				
Diffa	14007																				
Dosso	21407																				
Tillaberi	29973																				
Maradi	33283																				
Tahoua	34905																				
Zinder	56302																				

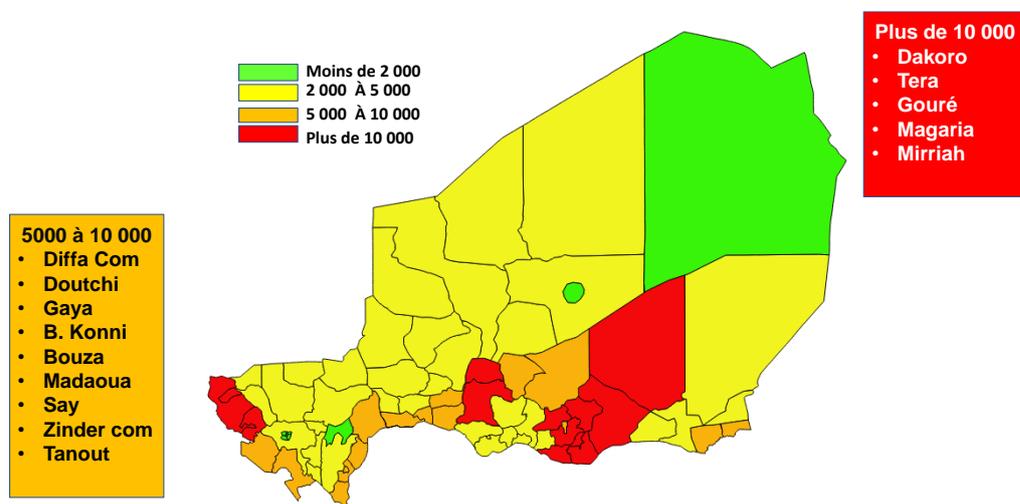


En considérant le graphique ci-dessus, présentant le nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 en 2017 par region, on constate que ce sont les même 4 régions comme pour l'ECV 2017 qui reviennent avec un grand nombre d'enfants non vaccinés soit 80,58% du total des enfants non vaccinés pour la couverture administrative.

Le nombre d'enfants non vaccinés selon l'ECV 2017 est 2,6 fois plus important que le nombre d'enfants non vaccinés en couverture administrative.

Une analyse désagrégée par DS a été faite selon les résultats de l'ECV 2017 et les données administratives 2017 comme l'atteste les figures N°6 et 7.

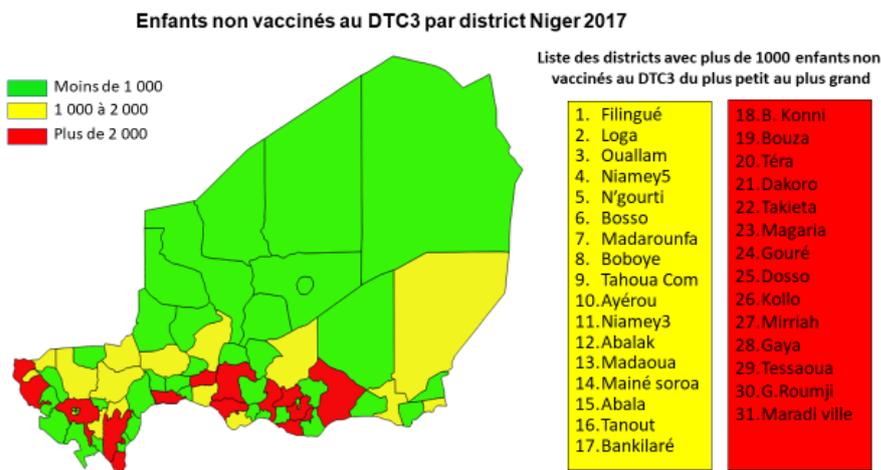
Graphique N°07: Enfants non vaccinés au Penta 3 par district en 2017 (Source : ECV 2017)



Sur les 44 DS enquêtés, nous avons comme mentionné sur le graphique N°7, 14 DS ayant plus de 5000 enfants non vaccinés dont 5 DS de la région de Zinder, 3 de Tahoua et 2 de Tillabéri. Notons aussi qu'il ya 23 DS ayant enregistré entre 2000 et 5000 enfants non vaccinés au Penta 3.

En faisant la même analyse avec les données administratives (Cf. Figure N°6) on retrouve que 11 DS sur les 14 ayant plus de 5000 enfants non vaccinés au penta 3 à l'ECV 2017 se retrouvent dans la classification des DS avec un plus grand nombre d'enfants non vaccinés.

Graphique N°08 : Enfants non vaccinés au Penta 3 par district en 2017 (Source : données administratives PEV de 2017)



Comme on peut le remarquer dans la carte ci-dessus, 31 districts sanitaires ont plus de 1000 enfants non vaccinés au Penta3 dont 14 districts avec plus de 2000 enfants non vaccinés en 2017. Ces enfants représentent 6,7% de la cible totale annuelle du pays 0 – 11 mois survivants. Ces contre performances s’expliquent à travers les raisons essentielles suivantes:

- La question de l’insécurité qui rend certaines zones difficilement accessibles (Tera, Ayerou, Ouallam, Abala, Bankilare, Bosso, N’gourti) avec déplacement des populations, interruption de l’offre de services et difficultés pour le personnel de santé de réaliser les activités des stratégies avancées et mobiles permettant d’atteindre les populations cibles dans ces zones. Eu égard à ce problème d’insécurité (Boko Haram dans la zone de Diffa et la region de Tillabéri avec les Djihadistes maliens), les populations bénéficiaires elle-même traumatisées n’osent pas sortir pour la demande de services.
- La question des zones urbaines et péri urbaines avec des zones non loties dont la caractéristique est la problématique des nouveaux quartiers avec la présence des populations défavorisées, les saisonniers qui sont le plus souvent situés en péri urbain et non pris en compte systématiquement par les services de santé.
- La question des DS situés en zones nomades (Filingué, Ouallam, Abalak, Madaoua, Tanout, Gouré, Guidan Roudji, Tessaoua, Bouza). Ces populations n’utilisent pas les services de vaccination du fait de leurs fréquents déplacements ce qui constitue un défi pour l’offre de service malgré la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles.
- L’insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières) allouées aux nouveaux DS (Abala ; Bankilaré ;Takieta ; Tahoua commune ; Bosso ; Ngourti ; Ayerou). Du fait de l’insuffisance de ressources allouées aux nouveaux DS, le personnel de santé affecté a tendance à retourner dans les anciens DS. Aussi, ces DS sont confrontés aux difficultés de financement des activités du fait de la tutelle des anciens districts.

Aux quatre (4) raisons ci-dessus évoquées, s’ajoute la problématique liée au système d’approvisionnement qui s’explique à travers les résultats issus de la mise en œuvre de la GEV conduite en 2011 et 2014. Rappelons que chaque GEV est assortie d’un plan d’amélioration. Le tableau ci-dessous fait le point des 9 scores de la GEV.

Tableau N°4 : Recapitulatif des 9 critères de la GEV selon le niveaux de la chaîne d’approvisionnement en 2011 et 2014

Critères de la GEV	Niveaux de la chaîne d’approvisionnement
--------------------	--

	Central		Régional		District		CSI	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
E1: Procédures d'arrivée et réception des vaccins	58%	64%						
E2: Température de stockage des vaccins	59%	47%	70%	76%	87%	78%	68%	66%
E3: Capacités de stockage des vaccins et consommables	83%	88%	55%	70%	78%	88%	80%	82%
E4: Bâtiments, Equipements, Transport	55%	49%	66%	74%	69%	77%	73%	76%
E5: Maintenance des ECDF	39%	47%	70%	52%	67%	63%	61%	59%
E6: Gestion des stocks	69%	70%	62%	80%	45%	69%	43%	53%
E7: Distribution	49%	49%	35%	50%	36%	50%	70%	49%
E8: Gestion des vaccins	62%	79%	63%	85%	66%	86%	74%	76%
E9: Système d'information et fonction d'appui à la gestion	70%	54%	92%	66%	84%	73%		66%

Les critères ‘capacité de stockage’, ‘gestion des stocks’ et ‘gestion des vaccins’ ont connus une amélioration de 2011 à 2014 à tous les niveaux, ceci s’explique par l’installation des chambres au niveau des régions et au niveau central, la mise en place des réfrigérateurs au niveau opérationnel. La formation des agents chargés de l’immunisation (CRI et CDI) en 2013 a permis d’améliorer le critère gestion des vaccins. Pour améliorer davantage ces différents critères il a été réalisé :

- Formation MLM pour renforcer les capacités des DRSP, coordonnateurs régionaux des immunisations (CRI), agents de la DI et de la société civile en 2017 ;
- Formation complète GEV conduite en 2018 pour tous les responsables (DRSP, CRI et agents de la DI).

NB : Une autoévaluation GEV a été réalisée au 1^{er} Trimestre 2019 et une GEV est prévue au 2nd semestre 2019. (*Annexe 6*)

D’une manière générale en 2011 comme en 2014 les critères « maintenance et distribution » sont restés très faibles ; ceci s’explique par :

- l’insuffisance des ressources financières pour la distribution ;
- l’insuffisance de compétences des agents de la maintenance et des Techniciens Polyvalents de Maintenance (TPM) à tous les niveaux.

Pour les 24 anciens DS, cette situation est due à une insuffisance des sorties en stratégies avancées et mobiles décentralisées quand on sait déjà que la couverture sanitaire du pays est à 50,63% en 2018 . A cela il faut ajouter une faible implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre du système de recherche de perdus de vues.

En résumé, ces éléments réunis en lien avec l’offre et la demande constituent les principales barrières à l’amélioration des performances du programme de vaccination.

De ces DS avec un grand nombre d’enfants non vaccinés, force est de constater qu’on retrouve 13 des 21 districts sanitaires prioritaires du RSS2.

Les résultats de l’ECV 2017, 6 districts sanitaires sur les 21 prioritaires du RSS2 soit 29% ont régressé par rapport à leur performance en Penta 3 de 2013 (date de début du RSS2). 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. Ces districts sont pour la plupart localisés dans les zones nomades et difficiles d’accès.

<p>Équité par zones géographiques/groupe s de population :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richesse (par ex. quintiles supérieurs/inférieurs) • Éducation (par ex. avec/sans scolarisation) • Sexe • Urbain-rural • Les autres groupes ou communautés culturel(le)s systématiquement marginalisé(e)s, par ex. issu(e)s de minorités religieuses ethniques, les enfants de soignantes à faible statut socio-économique, etc. 	<p>La couverture vaccinale des enfants cibles 0 à 11 mois diffère selon certains paramètres sociodémographiques selon l’ECV 2017 et l’analyse de l’équité .</p> <p>S’agissant de la résidence : Comme décrit plus haut, l’ECV 2017 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%). Plus les populations sont éloignées et dispersées, moins elles sont atteintes par les services de vaccination en milieu rural.</p> <p>En ce qui concerne le mode de vie : La couverture vaccinale des enfants cibles 0 à 11 mois diffère aussi selon les habitudes culturelles. C’est ainsi que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’analyse de l’équité (2017) (<i>Annexe 7</i>) a 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 et atteignables. • Aussi, de nombreux enfants ne sont pas vaccinés en milieux péri-urbains au niveau des communautés identifiées sous le nom de « pauvres en milieux urbains ». Comme décrit plus haut, la recherche de la nourriture pour la famille est la principale préoccupation que la vaccination de l’enfant. Cette situation explique la récurrence des épidémies de rougeole et de méningite dans certains districts tels que ; Niamey 2, Zinder Commune, Agadez commune, Tahoua commune, Diffa Commune, etc. • L’influence des pesanteurs socio-culturelles notamment celles liées à l’extrémisme religieux (claustration) comme un goulot d’étranglement majeur qui entrave la réalisation des activités de vaccination dans les régions de Maradi (ex :Maradi Ville) et Zinder (ex :Gouré). <p>Ces spécificités de populations en zones nomades ou de transhumance et périurbaines justifient l’élaboration de stratégies alternatives et spécifiques de vaccination en vue de rattraper les enfants non ou insuffisamment vaccinés.</p>
<p>Pour étoffer les sections 3.1 et 3.2 ci-dessus, les pays sont vivement encouragés à inclure des cartes des points chauds ou éléments semblables exposant les tendances de la couverture sur la durée et à citer en référence la source des données, qui peut être ajoutée ici. Des exemples d’une telle analyse sont disponibles dans le Guide d’analyse des évaluations conjointes (disponible ici : https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/rendre-compte-renouveler)</p>	

3.3. Principaux facteurs de couverture et d'équité pérennes au niveau national

Mettre en exergue les facteurs principaux du système de santé et programmatiques du niveau de couverture et d'équité à partir de la section ci-dessus. Si possible, établir ci-dessous une liste des obstacles liés aux goulots d'étranglement au niveau de la couverture et de l'équité, en définissant la priorité des 3 à 5 plus gros problèmes et en les classant. Si l'un d'entre eux ne va pas bénéficier du soutien de Gavi, indiquer pourquoi et qui lui apportera son soutien. Fournir des preuves et indiquer les enseignements tirés des précédentes activités.

→ Cette définition de la priorité est restituée dans la Partie D sur les objectifs du soutien demandé à Gavi

Jusqu'à 500 mots

[Envisager les obstacles suivants : ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement, la prestation des services et la génération de la demande, les obstacles liés à la différence de sexe que rencontrent les soignants¹³, le leadership, la gestion et la coordination, la qualité, la disponibilité et l'exploitation des données ou les autres aspects stratégiques identifiés par exemple à partir du PPAC, des examens du PEV, des GEV, des rapports d'évaluation, etc.]

Au niveau des ressources humaines :

1. Insuffisance quantitative et qualitative des RH pour la santé (la densité du personnel de santé par région montre que seule la région de Niamey (1,20 pour 1000 hbts) a une densité au-delà de la norme basse (0,4 pour 1000 hbts) de l'OMS. Cependant les autres régions sont en dessous de la norme basse dont les 4 ayant enregistré le plus grand nombre d'enfants non vaccinés) (*Annexe 8 : REP 2017*) ;
2. Répartition inéquitable du personnel entre le milieu urbain (76%) et le milieu rural (24%) ;
3. Insuffisance dans la maîtrise des effectifs du personnel due à l'absence de mise à jour du fichier du personnel au niveau national (navette);
4. Effectif des ECD incomplet dans la majorité des nouveaux districts sanitaires pour assurer le management des districts

En matière des RH, la priorité à prendre en charge par la présente proposition est la 3^{ème}, tenant compte du plan de développement des RH (*Annexe 9*). Les autres priorités seront sous la responsabilité de l'Etat avec l'appui du projet PCDS et SWEDD assurant la complémentarité avec les autres partenaires.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement :

1. Retard dans le débloqué des fonds de l'état pour l'achat des vaccins ce qui entraîne parfois des ruptures en vaccins et consommables au niveau central ;
2. Insuffisance de la capacité de stockage de la chaîne du froid au Niveau central (capacité nette de 95.190 litres pour un besoin estimatif de 115.376 litres) en prélude de l'introduction de l'hépatite B à la naissance et l'accroissement de la population, justifiant la nécessité d'acquisition de trois chambres froides positives d'une capacité de 40m³ chacune (*Annexe 10: Analyse de la capacité de la chaîne du froid*)
3. Eloignement de certaines régions du dépôt central (Diffa 1362 km ; Agadez 976 km ; Zinder 875 km), mauvais état des routes, ayant contribué à l'amortissement des véhicules d'approvisionnement et allonger les délais de livraison des vaccins et consommables d'où la nécessité de construire un dépôt central intermédiaire à Konni et le renouvellement de la logistique de distribution ;
4. Insuffisance en RH qualifiées (logisticiens et maintenanciers) au niveau central ;
5. Non disponibilité des pièces de rechange pour la maintenance des chambres froides (stabilisateurs, unité de réfrigération, extracteur d'air)

¹³ Pour obtenir davantage de conseils programmatiques, consultez

<https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires/>. Les obstacles liés à la différence de sexe 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.

En dehors de la priorité 1 qui relève du financement de l'Etat, toutes les priorités retenues seront prises en compte dans la présente proposition tout en veillant à la complémentarité avec la participation des autres partenaires.

Les prestations des services et la génération de la demande :

1. Faible accessibilité géographique due à une faible couverture sanitaire estimée à 50,63% variant de 41,43% (Zinder) à 99,09% (Niamey)
2. Faible implication de la communauté (Organisation à base communautaire, OSC, des leaders traditionnels, religieux et des élus locaux pour favoriser la demande de services de vaccination ;
3. Les communautés ont un accès limité aux messages essentiels sur la santé (communication de masse et interpersonnelle) (10% des mères conservent des cartes de vaccination (ECV 2017) ;
4. Faible mise en œuvre de l'approche ACD/ ACE (en 2018, 17,3% des CSI disposent des micro plans ACD dans la région de Niamey, 27,5% des CSI dans la région de Tahoua), 39,7% dans les régions de Diffa et Tillabéri 57,6% dans la région d'Agadez, 72,5% à Maradi et 94,4% dans la région de Dosso (*Annexe 11: ISS, Esurv (2018)*)
5. Absence de normes et standards pour le PEV de routine ;
6. Existence de certaines normes sociales et tradition néfastes à la fréquentation/utilisation des services de santé (claustration, quarantaine après l'accouchement, refus)

Les priorités 2, 3 et 4 seront prises en charge à travers la présente proposition. La 1^{ère} priorité restant la responsabilité de l'Etat. La priorité 5 est déjà prise en compte dans le PAA 2019. la priorité 6 est prise en compte dans le cadre de la mise en œuvre du projet SWEDD.

La Gouvernance, le Management et la Coordination :

1. Irrégularité des réunions statutaires du comité et des commissions techniques de la Coordination Inter-Agences du PEV (CCIA) ;
2. Faible implication des autres Structures/Organisation de la société civile dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé ;
3. Insuffisance de synergie et de complémentarité dans les actions entre les différents services étatiques (Santé, Elevage, Hydraulique, Education) et les partenaires (OBC, OSC)
4. Faible contribution de l'Etat au financement de la santé et du PEV, environ 4,16% des dépenses totales du gouvernement à la santé et environ 0,1% au PEV.
5. Insuffisance d'appropriation de l'approche de la gestion axée sur les résultats au niveau du MSP liée à l'absence d'un cadre de redevabilité qui va se traduire désormais par la signature de contrats de performance avec les DRSP et les ECD (*Annexe 12 : Exemple de Contrat de performance 2019 pour les DRSP*)

En dehors de la priorité 4 qui relève de la contribution de l'Etat, toutes les priorités dégagées seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition.

La qualité, la disponibilité et l'exploitation des données :

1. Faible taux de complétude avec 78,6% d'intégration des données du PEV dans le DHIS2 ;
2. Faible fiabilité des données (47%) DS présentent une concordance de données concernant la couverture en Penta 3 et en VAR) ;
3. Plan d'amélioration des données non encore élaboré ;
4. Absence d'un plan de Suivi-Evaluation du PPAC ;
5. Absence de triangulation des différentes sources de données concernant les couvertures, la surveillance, la gestion de stock à tous les niveaux. (CSI, DS, Région et Niveau central)

Toutes les priorités dégagées seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition Avec la contribution de l'état et des autres partenaires

3.4. Principaux facteurs de couverture et d'équité pérennes au niveau infranational

Mettre en exergue le principal système de santé et les facteurs programmatiques du niveau de couverture et d'équité à partir de la section ci-dessus. Si possible, établir ci-dessous une liste des obstacles liés aux goulots

d'étranglement au niveau de la couverture et de l'équité, en définissant la priorité des 3 à 5 plus gros problèmes et en les classant. Si l'un d'entre eux ne va pas bénéficier du soutien de Gavi, indiquer pourquoi et qui apportera son soutien à cela.

→ **Cette définition de la priorité est restituée dans la Partie D sur les objectifs du soutien demandé à Gavi**

Jusqu'à 500 mots

[Envisager les obstacles suivants : ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement, la prestation des services et la génération de la demande, les obstacles liés à la différence de sexe que rencontrent les soignants, le leadership, la gestion et la coordination, la qualité, la disponibilité et l'exploitation des données ou les autres aspects stratégiques identifiés par exemple à partir du PPAC, des examens du PEV, des GEV, des rapports d'évaluation, etc.]

Au niveau du personnel sanitaire:

1. Insuffisance des RH en quantité et en qualité (compétences en matière de PEV) surtout dans les 28 nouveaux DS ;
2. Accès difficiles pour le personnel de santé aux populations cibles dans les zones d'insécurité dont on peut citer entre autres Tera, Ayerou, Ouallam, Abala, Bankilare, Bosso, N'gourti ;
3. Mobilité fréquente des agents de santé œuvrant dans le PEV à tous les niveaux (DRSP, DS, CSI, CS) ;
4. Insuffisance de Techniciens Polyvalents de Maintenance (28 nouveaux districts sanitaires ne disposent pas de TPM) pour assurer la maintenance des équipements.

Toutes les priorités dégagées seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition avec l'appui des autres partenaires.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement :

1. Absence de magasin de stockage des consommables (8 régions et 36 anciens districts sanitaires) et d'abris pour les équipements de la chaîne de froid dans les 28 nouveaux districts ;
2. Insuffisance de capacité managériale au niveau régional et district pour la logistique, notamment l'analyse des indicateurs de performance
3. Insuffisance des capacités des TPM dans la maintenance préventive et curative des équipements ;
4. Inexistence d'incinérateurs modernes pour la gestion des déchets issus des soins de santé ;
5. Insuffisance de contenants adaptés pour la conservation des déchets avant leur transports vers les incinérateurs régionaux ;
6. La capacité de stockage en vaccins actuelle de Maradi est très limitée (7692 litres disponible et 6093 requis) et celle de Tahoua (niveau d'amortissement atteint). (*Annexe 13 : Analyse de capacité de stockage par niveau*)

Toutes les priorités dégagées seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition Avec la contribution de l'Etat et des autres partenaires.

Les prestations des services et la génération de la demande :

1. Moins de 10% des 345 structures privées de santé recensées en 2018 offrent des services de vaccination ;
2. Faible accessibilité géographique (50,6% de la population vit dans un rayon de moins de 5 km) ;
3. Insuffisances (ressources humaines, logistiques, financement, micro planification) de mise en œuvre de stratégies avancées et mobiles (49% des formations sanitaires offrent mensuellement ces stratégies) (*Annexe N°14 : Enquête SARA 2015*). Ces insuffisances sont dues en partie aux problèmes liés à la planification/budgétisation, retard dans la mise à disposition de fonds, non justification des fonds dans les délais.
4. Faible engagement communautaire du fait de l'insuffisance de l'implication de la communauté dans la planification et la mise en œuvre des activités ;
5. Sous-utilisation des TIC pour la génération de la demande en matière de vaccination (M-Vaccin, Wafu) ;
6. Les messages de communication en faveur de la vaccination de routine ne sont pas adaptés au contexte (Traduction des messages dans les langues, canaux de diffusion avec utilisation des TIC, supports de

communication).

Toutes les priorités dégagées à ce niveau seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition avec la participation de l'Etat et des autres partenaires.

La Gouvernance, le Management et la Coordination :

1. Absence de cadre de rédevabilité pour le PEV aux niveaux décentralisés (non démembrement du CCIA au niveau des régions);
2. Insuffisance dans la coordination à tous les niveaux (Insuffisance de concertation) des activités de vaccination et de surveillance exécutées par 2 directions différentes;
3. Certains besoins prioritaires des districts et des CSI ne sont pas pris en compte lors de la validation des PAA compte tenu de la limitation des prévisions dans le cadrage budgétaire ;
4. Insuffisance dans la mise en œuvre des activités de supervisions et monitorages (Problème d'organisation ; libération tardive des fonds; clôture de l'utilisation des fonds en fin Octobre) ;
5. Insuffisance dans la micro planification basée sur l'analyse de l'équité dans la vaccination ;
6. Faible implication des communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de vaccination.

En dehors de la priorité 1 qui relève de la responsabilité de l'Etat, toutes les autres priorités seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition avec la complémentarité des autres partenaires (FM, FC, BM, UNICEF, OMS, USAID)

La qualité, la disponibilité et l'exploitation des données :

1. Multiplicité des outils de gestion PEV (Forecast, SMT, DVD-MT, GEV, SIGL, DHIS2) avec pour conséquence l'insuffisance dans la maîtrise de leur utilisation;
2. Discordance des données (77% CSI présentent une discordance des données selon le DQS 2018) ;
3. Faible utilisation de l'outil DQR/DQS à tous les niveaux ;
4. Ecart entre les données de population cible issues des activités du PEV et celles de l'institut national de la statistique pour le calcul optimal des indicateurs et l'estimation des besoins en vaccins ;
5. Absence d'analyse critique des données de surveillance, de stock, de couverture aux niveaux décentralisés
6. Ruptures fréquentes des supports de collecte de données ;
7. Insuffisance dans la complétude et la promptitude des rapports de données de vaccination, surveillance et stock des vaccins surtout en ce qui concerne les formations sanitaires privées dans les centres urbains;
8. Faible notification des cas de MAPI liée à la formation des agents du niveau périphérique

La priorité 4 relève de la responsabilité de l'Etat. Les autres priorités quant à elles, seront prises en compte par les interventions retenues dans la présente proposition avec la participation des autres partenaires (FM, BM, OMS, UNICEF, USAID...)

4. Gestion du programme national

4.1. Financement de la vaccination

- **Existence d'un cadre national de financement de la santé publique ainsi que de plans et budgets opérationnels de vaccination à moyen terme et à l'année**, qu'ils soient intégrés au plan/budget national de développement sanitaire à plus grande échelle, et leur lien ainsi que leur cohérence avec les processus de micro planification
- **Allocation de ressources suffisantes aux budgets nationaux pour la santé dédiés au programme/aux services de vaccination**, y compris pour les vaccins soutenus ou non par Gavi, les coûts opérationnels (intégrés) et liés aux prestations des 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 en temps voulus et exploitation des ressources** : la mesure dans laquelle les fonds alloués aux activités liées à la vaccination (dont les coûts liés ou non aux vaccins) sont mis à disposition et exploités en temps opportuns à tous les niveaux (par ex. au niveau du pays, de la province, du district).
- **La déclaration adéquate** du financement de la vaccination et la disponibilité opportune d'informations fiables sur le financement pour améliorer la prise de décision.

Ne doit pas dépasser 250 mots

Le PEV bénéficie de financements provenant de diverses sources :

- L'Etat dispose dans la loi de finance de chaque année d'une ligne budgétaire permettant d'acheter les vaccins traditionnels et le cofinancement des nouveaux vaccins supportés par Gavi. Les allocations des ressources ont toujours été suffisantes pour couvrir l'ensemble des besoins en vaccins. Cependant, malgré l'amélioration des mécanismes de décaissement, des retards sont encore observés pour le décaissement de ces fonds causant ainsi des ruptures de stocks de certains antigènes au niveau national et remettant ainsi en cause les accords souscrits avec les partenaires. Tous les fonds destinés à l'achat des vaccins sont sécurisés au niveau du Trésor Public. En dehors du budget pour l'achat de vaccins, il n'y a pas d'inscription budgétaire pour les activités opérationnelles du programme
- Les Partenaires Techniques et Financiers dont l'OMS, l'UNICEF, le JSI et le ROTARY qui financent les activités de vaccination et les acquisitions ; Gavi finance également à hauteur de 80% les nouveaux vaccins et les vaccins sous utilisés.
- les collectivités décentralisées disposent également dans leur enveloppe budgétaire, 10% du montant à allouer au secteur de la santé mais l'insuffisance de coordination et de plaidoyer fait en sorte qu'il persiste des difficultés pour mobiliser cet appui. Par ailleurs, les communautés contribuent financièrement à travers le recouvrement partiel des coûts de soins dans la mise en œuvre des activités de vaccination. Mais actuellement la gratuité des soins décidée par les hautes autorités pour les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes a fait diminuer cette contribution. En plus, il est difficile d'obtenir les informations sur cette participation interne.

- **Tableau N°05:** Exécution des dépenses 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	81,84%	100,00%	81,84%	1,64%
OMS	276 400 000	283 696 836	283 696 836	102,64%	100,00%	102,64%	5,04%
ETAT	2 667 765 758	2 479 614 316	2 479 614 316	92,95%	100,00%	92,95%	44,05%
GAVI	2 944 165 758	2 763 311 152	2 763 311 152	93,86%	100,00%	93,86%	49,09%
FC	55 000 000	9 980 970	9 980 970	18,15%	100,00%	18,15%	0,18%
Total	6 055 851 860	5 628 694 314	5 628 694 314	92,95%	100,00%	92,95%	100,00%

Source : Revue annuelle_PAA_2017 DI/MSP (Annexe 15)

Le tableau ci-dessus fait le récapitulatif des dépenses selon les sources de financement de la vaccination et les taux d'exécution financière pour l'année 2017 de la Direction des Immunisations. Il convient de noter que la première source de financement est l'Etat avec une importance relative de 61%, suivi de Gavi avec 43,61%. Ensuite viennent l'OMS et l'UNICEF avec respectivement 7% et 2%. Il faut noter que l'UNICEF contribue aussi au Fonds Commun (FC) et alloue directement des fonds aux régions et aux districts pour la survie de la femme et de l'enfant y compris la vaccination. Le taux de mobilisation des financements reste assez faible Avec 66,3%. Par contre, quand les financements sont mobilisés, ils sont absorbés de manière satisfaisante, soit à 96,8%.

Il faut souligner que les PTF du PEV financent essentiellement les équipements, les formations et les coûts opérationnels. Les coûts des appuis techniques (consultation) et des campagnes de vaccination de masse ne sont pas pris en compte dans ce tableau.

4.2. Besoins prioritaires

3.2.1 Gestion du programme : la capacité de leadership et de gestion de l'équipe du PEV, la fonctionnalité du forum de coordination (CCIA, CCSS ou organisme équivalent) et le groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV ou équivalent) :

- **Défis** liés aux structures, au personnel ou aux capacités de l'équipe nationale/régionale du PEV (dont la mise en œuvre du plan annuel opérationnel de vaccination)
- **Engagement des différentes parties prenantes** (dont l'OMS, l'UNICEF, les OSC, les donateurs) dans le système de vaccination
- **Fonctionnement efficace du forum de coordination approprié** : Dans quelle mesure cela répond-il aux exigences de Gavi ? Si ça n'est pas le cas, quelles sont les étapes nécessaires pour combler ces lacunes ?

(Pour être éligible à un nouveau vaccin Gavi ou à un soutien financier, les pays doivent démontrer que leur forum de coordination bénéficie d'une fonctionnalité de base. Les exigences sont décrites plus en détail à l'adresse <https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires/> sous l'intitulé « Leadership, gestion et coordination »)

Lorsqu'il n'existe pas de GTCV, Gavi recommande aux pays d'inclure des plans pour en établir un et de brièvement décrire ces plans ici.

Ne doit pas dépasser 250 mots

Gestion du programme : Leadership, Management et coordination :

- Renforcement de la gouvernance et du cadre de redéfinibilité à tous les niveaux (Comité

National de Santé, CCIA)

- Renforcement de la fonctionnalité du GTCV (*Annexe 16*);
- Renforcement du cadre de concertation entre les différents acteurs ;
- Renforcement de la supervision quantitative, qualitative et du monitoring des activités de vaccination.

Ressources humaines :

- Renforcement des capacités des ressources humaines affectées dans les nouveaux DS ;
- Développement d'un mécanisme de contractualisation avec les services de santé de l'armée et les ONG pour la mise en œuvre des activités de vaccination dans les zones d'insécurité ;
- Mise en place d'un mécanisme de fidélisation du personnel de santé recruté pour travailler dans certaines zones difficiles, éloignées ou enclavées

Engagement des différentes parties prenantes et efficacité des forums de coordination :

- Optimisation du fonctionnement du CCIA (convocation régulière des réunions trimestrielles, diffusion des compte rendus, suivi de la mise en œuvre des recommandations) ;
- Réactivation des commissions techniques du CCIA (*Annexe 17 Arrêté_0578_CCIA_Niger*) ;
- Mise en place et fonctionnement des démembrements régionaux du CCIA.

Cohérence des données :

- Mise en œuvre des activités retenues dans le Plan d'amélioration des données en cours d'élaboration ;
- Renforcement de capacité des agents à tous les niveaux sur l'utilisation des nouveaux outils informatiques (Forecast, SMT, GEV, DHIS2) pour la gestion du système d'information logistique (SIGL);
- Organisation de réunions d'harmonisation et de consensus sur les données démographiques entre le MSP et l'Institut National de la Statistique.

3.2.2 Gestion des vaccins : Régions prioritaires (Domaines ou axes) en matière d'amélioration de la gestion des risques liés aux stocks de vaccins, par exemple en se fondant sur les évaluations ou audits récents

Ne doit pas dépasser 250 mots

En se fondant sur les évaluations et résultats de la GEV 2011 et 2014, on peut retenir comme besoins prioritaires :

- Mise en place d'un mécanisme simplifié de déblocage des fonds de l'état pour l'achat des vaccins et consommables et le ravitaillement des régions et des districts ;
- Renforcement de capacités des agents en logistique et maintenance au niveau central, régional et dans les 72 DS;
- Appui financier complémentaire pour assurer le fonctionnement des chambres froides et le ravitaillement des régions et des districts en vaccins et consommables ;
- Appui pour l'achat des pièces de réchange pour la maintenance des équipements de la chaîne du froid (1 lot pour les chambres froides, 1 lot pour les réfrigérateurs des DS, 1 lot pour les réfrigérateurs solaires des CSI) ;
- Construction d'un dépôt central intermédiaire à B. Konni (Tahoua) ;
- Renouvellement de la logistique de distribution des régions (fourgonnettes frigorifiques) et du Niveau central (Camion frigorifique et camion pour transport des consommables) ;
- Construction de magasins de stockage des consommables (8 régions et 36 anciens districts sanitaires) et d'abris pour les équipements de la chaîne de froid dans les 28 nouveaux districts ;
- Installations de 3 incinérateurs modernes (Tahoua, Zinder, Niamey) pour la destruction des déchets issus des soins de santé ;
- Achat de contenants adaptés pour la conservation des déchets avant leur transports vers les incinérateurs régionaux ;

- Renforcement de capacités de stockage (Achat et installations de 2 chambres froides régionales (Maradi et Tahoua), Solarisation des chambres froides des 8 régions)

3.2.3 Gestion financière : Régions prioritaires (Domaines ou Axes prioritaires) pour réduire les lacunes en matière de gestion financière

Ne doit pas dépasser 250 mots

Un dispositif de gestion budgétaire, financière et comptable a été mis en place depuis le début du Fonds Commun en 2006 à travers la création des centres de coûts et de gestion à tous les niveaux. Ce « Fonds Commun » regroupe la plupart des partenaires dont Gavi qui reçoit les virements de fonds et alimente les comptes des régions conformément aux recommandations de GMR.

Les principaux avantages du Fonds commun sont les suivants :

- Financement d'un plan d'action commun validé annuellement avec des principes qui précisent le type d'activités éligibles, les zones prioritaires, etc ;
- Gestion par le Ministère de la Santé (l'Etat) des financements, avec des ressources humaines additionnelles fournies par le FC/PDS ;
- Solidarité dans les financements.

Quant aux lacunes relevées au niveau de la gestion de ce Fonds, elles peuvent être résumées comme suit:

- Personnel de décision (Coordination FC : SG, DRFM) n'est pas suffisamment outillé en matière de gestion moderne ; (*Annexe 18 : Evaluation des capacités des programmes 2016*);
- Faible capacité en matière de passation de marché, avec des lenteurs dans le processus ;
- Retards de décaissement des niveaux supérieurs vers le niveau opérationnel.

Pour réduire les lacunes en matière de gestion financière :

- Tenue régulière et systématique des audits et contrôles telles que institutionnalisés avec suivi de la mise en œuvre des éventuelles recommandations ;
- Production d'outils (tels que charte d'audit, cartographie des risques, plan d'audit) permettant de maîtriser certains risques financiers ;
- Mise en place d'un mécanisme simplifié pour le décaissement rapide des ressources sur budget national ;
- Toutes les passations de marché pour Véhicules/Chaîne de froid/Activités de construction doivent passer par les partenaires (UNICEF). Les coûts unitaires appliqués dans le budget de la présente proposition concernant les acquisitions (logistique roulante Auto-Motos, Chaîne froid...) dérivent du coût des anciennes acquisitions faites à travers l'UNICEF. En ce qui concerne les constructions, les coûts unitaires appliqués sont basés sur les anciennes réalisations conduites par le Fonds commun. Les coûts unitaires définitifs de la présente JSP feront l'objet d'une requête de coût estimés à l'endroit de l'UNICEF supply qui serviront de base pour finaliser le budget des acquisitions et constructions.
- Formation /sensibilisation des niveaux décentralisés sur manuel de procédure mis à jour en vue d'améliorer la qualité de la justification des dépenses

4.3. Planification de la transition de la poliomyélite (le cas échéant)

En cas de transition pour mettre fin au soutien d'autres sources principales en matière de soutien au programme de vaccination, telle que l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, décrire brièvement le plan de transition. S'il n'en existe aucun, décrire les plans pour en élaborer un et les autres mesures préparatoires.

Ne doit pas dépasser 100 mots

Le plan de transition pour la poliomyélite est prévue dans le programme de la direction des immunisations. Un groupe de travail chargé d'élaborer le plan est prévu au cours de l'année 2019 avec l'appui technique de l'OMS/ IST-WA. L'adoption de ce plan est prévue avant la fin de l'année par les structures appropriées et sa mise en œuvre sera immédiate.

5. Performance antérieure du soutien de Gavi, défis dans la mise en œuvre et enseignements

Commenter brièvement la performance du soutien aux vaccins et le renforcement du système de santé et de vaccination (RSS, Ops, SIV, POECF, subventions de transition) reçus de Gavi

5.1. Performance programmatique des subventions de Gavi sur les plans suivants :

- Objectifs atteints par rapport aux cibles convenues
- Avancée dans la mise en œuvre globale, enseignements tirés et meilleures pratiques
- Avancées et objectifs atteints, plus particulièrement avec le soutien de Gavi en matière de RSS et de POECF
- Utilisation et résultats du financement basé sur la performance (FBP)
- S'il y a lieu, avancée de la mise en œuvre du plan de transition, goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives

Ne doit pas dépasser 500 mots

Objectifs atteints

- Introduction de nouveaux vaccins (passage de 5 à 10 antigènes) :
- Selon les résultats de l'ECV 2017, les performances en matière de CV sont en deçà des objectifs du GVAP et du plan stratégique régional pour la vaccination.
- Renforcement des équipements de la chaîne du froid (POECF)

Avancée dans la mise en œuvre globale, enseignements tirés et meilleures pratiques

- Réduction de cas de rougeole (60.000 en 2004 à moins de 1500 en 2017);
- Réduction à 0, de cas de méningite A depuis 2012 ;
- Déclaration du pays comme libre de poliovirus sauvage depuis 2016.

Au titre des enseignements :

- Limites observées dans la mise en œuvre des stratégies classiques (Fixe, avancée, mobile) en ce qui concerne les zones urbaines, péri urbaines et d'insécurité ou l'on dénombre beaucoup d'enfants non vaccinés ;
- Non respect d'intervalle minimum (3ans) entre les campagnes de suivi contre la rougeole expose au risque de survenue des épidémies.

Meilleures pratiques:

- Tenue régulière des réunions du CCIA technique (DI, Partenaires) ;
- Désignation du Président de la République du Niger par Gavi comme Champion de la vaccination propulsant davantage le PEV au premier rang des priorités (*Annexe 19 : Discours au 60^{ème} anniversaire de la proclamation de la République*) ;
- Contractualisation de certaines activités (Mobilisation sociale) avec les OSC ayant permis de dynamiser le partenariat à tous les niveaux.

Avancées et objectifs atteints, en matière de RSS

- Renforcement de la chaîne d'approvisionnement (POECF) ;
- Contractualisation avec les OSC dans le cadre du renforcement de la demande (ROASSN) ;
- Renforcement du système managérial (suivi évaluation, CCIA, GTCV, Fonds commun...) ;
- Renforcement de capacités (Formation MLM, gestion PEV) ;
- Institutionnalisation d'une journée parlementaire en faveur de la santé ;
- Disponibilité des médicaments essentiels y compris les vaccins à tous les niveaux ;
- Prise en compte du VAR dans l'Initiative de Résultats Rapides (RRI) ;
- Contribution à la mise en place du DHIS2 (Collecte et analyse informatisées des données de santé) ;
- Mise en place des supports de collecte de données à tous les niveaux intégrant tous les programmes.

Progrès et résultats atteints spécifiquement avec le soutien à la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi

Passage à l'échelle par l'installation des réfrigérateurs solaires directs (SDD) en tant qu'option plus durable et plus fiable pour améliorer la gestion et l'optimisation des systèmes de la chaîne du froid dont l'acquisition de 548 réfrigérateurs solaires dans le cadre du CCEOP sur les 1256 ECF prévus pour les 5ans.

Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)

Le Niger n'a pas reçu de subvention Gavi dans le cadre du FBP. Cependant, la BM a appuyé le FBR à travers une première expérience au DS de Boboye de 2016 à 2017. La deuxième, en cours à travers le projet PAPS consiste en un achat de 8 indicateurs (dont la couverture VAR) avec le Décaissement Lié aux Indicateurs (DLI).

S'il y a lieu, avancée de la mise en œuvre du plan de transition, goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives

Le Niger n'a pas élaboré un plan de transition.

5.2. Performance de la gestion financière sur les plans suivants :

- Taux d'absorption financière et d'utilisation

Conformité avec les rapports financiers et avancée dans le traitement des exigences imposées en matière d'audit

- **Principaux problèmes** issus des engagements d'examen (par ex. audits de programmes réalisés par Gavi, évaluations des capacités du programme mené par Gavi, audits externes/internes annuels, etc.) et liés à l'avancement de la mise en œuvre d'une recommandation
- Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux précédentes dispositions

Ne doit pas dépasser 500 mots

Taux d'absorption financière et d'utilisation

Le taux de réalisation financière globale par niveau s'est amélioré de 2017 à 2018 (Tableaux ci-dessous), malgré la clôture des comptes des structures intervenue entre Septembre et Novembre 2018. Toutefois, ce niveau reste toujours insuffisant par rapport à l'objectif du PDS qui est de 80% de réalisation financière. Pour le niveau central, le taux de réalisation financière globale est impacté négativement par la lourdeur de passation des marchés.

Le niveau de mobilisation et d'absorption des ressources est toujours meilleur au niveau régional qu'au niveau central.

Tableau N°06 : Exécution financière par niveau en 2017, Niger

Niveau	Prévisions	Mobilisations	Dépenses	Réalisation financière
Régional	53 043 362 236	31 517 751 509	29 767 442 432	56,12%
Central	110 218 454 987	64 921 257 705	54 749 528 111	49,67%
Total	163 261 817 223	96 439 009 214	84 516 970 543	52%

Source: REP 2017 / REP 2018 (montant en F CFA)

Tableau N°07 : Exécution financière par niveau en 2018, Niger

Niveau	Montant prévu	Montant mobilisé	Montant dépensé	Taux de réalisation financière
Régional	43 711 659 515	30 165 569 176	28 833 129 635	66%
Central	112 977 601 659	67 728 286 910	65 299 611 050	58%
Total	156 689 261 174	97 893 856 086	94 132 740 685	60%

Source: REP 2017 / REP 2018 (montant en F CFA)

Taux d'absorption financière et utilisation selon la subvention (Performance financière) RSS

Tableau N°08 : Performance financière du RSS2 au 31 décembre 2018 (Montant en dollar US)

Montant approuvé	Montant décaissé	Montant restant à décaisser	Montant total utilisé	Pourcentage d'utilisation
32 412 892	26 682 183	5 730 709*	23 560 790	88%

*Montant restant à décaisser par Gavi

Sources : RSF/FC/PDS au 31/12/2018

Le Pourcentage d' utilisation est lié aux retards de décaissement du financement, la lenteur du traitement des dossiers d'appel d'offre pour l'acquisition des biens, travaux et services.

Conformité avec les rapports financiers et avancée dans le traitement des exigences imposées en matière d'audit :

Le système de suivi (RSF) des activités basé sur le Plan de Travail Quinquennal (PTQ) a entraîné la refonte du système comptable informatisé du FC par un changement des nomenclatures.

Les options suivantes ont été arrêtées :

- Mise en place d'un nouveau PTQ ;
- Production des états d'exécution budgétaire par subvention en ligne avec le format de reporting Gavi;
- Paramétrage du logiciel comptable Tompro pour le suivi financier par subvention.

Principaux problèmes issus des engagements d'examen et liés à la mise en œuvre des recommandations :

- Retard dans la mise en œuvre des recommandations des audits réalisées ; (*Annexe 20: Suivi de la mise en oeuvre des recommandations de l'Audit FC 2017*)
- Insuffisances dans la justification des dépenses éligibles.

Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux dispositions antérieures :

Le logiciel Tompro installé depuis 2006 permet d'enregistrer toutes les opérations financières et comptables et d'en retracer les transactions. Le FC dispose d'un manuel de procédures financières, administratives et comptables révisé périodiquement.

Pour les fonds Gavi, un compte bancaire « Spécial Gavi-Alliance » a été ouvert en novembre 2017.

Partie C : Planification du futur soutien de Gavi¹⁴

¹⁴ La durée du financement de Gavi devra être discutée en consultation avec le secrétariat Gavi pour s'aligner autant que possible sur la période stratégique du pays. Pour la rougeole et la rubéole, le plan de haut niveau avec des activités cohérentes et intégrées de contrôle de ces maladies devra s'étendre sur les 5 prochaines années, et ce indifféremment de la durée de la stratégie nationale.

6. Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence

6.1. Harmonisation

Comment le soutien de Gavi s'harmonise-t-il avec les stratégies nationales du pays appliquées au développement sanitaire et à la vaccination, notamment les plans pluriannuels (par ex. le PPAC) ?

- Expliquer la manière dont le soutien de Gavi complètera, à la fois sur les plans financier et programmatique, l'atteinte des objectifs définis dans le dernier plan stratégique pluriannuel (PPAC).
- Compte tenu des stratégies de vaccination proposées dans cette JSP, expliquer et démontrer de quelle façon elles contribueront à la stratégie nationale de santé ou, s'il existe des lacunes, décrire les actions à mener pour les combler.
- Indiquer dans quelle mesure le soutien de Gavi proposé dans cette JSP (dans des domaines comme ceux des données, de la chaîne d'approvisionnement, etc.) sera mis en œuvre par le biais de systèmes ou processus nationaux systématiques ou expliquer les étapes suivies pour donner lieu à cette intégration.

→ *Fournir des informations sur le modèle de prévision budgétaire permettant de bien analyser les lacunes du soutien demandé à Gavi*

Ne doit pas dépasser 250 mots

- Les activités de soutien de Gavi prévues dans le document de la JSP vont s'inscrire dans la continuité des actions du PDS 2017-2021 (*Annexe 21*) et du PPAC 2017-2021. Les grands axes stratégiques du document de la JSP sont inspirés des réflexions en cours pour la révision du PPAC prévue en Juin 2019 et du PDS en 2020. En ce qui concerne le volet financier, les dispositions du fonds commun seront appliquées à l'utilisation des ressources mobilisées pour la mise en œuvre de la JSP.
- La principale contrainte à la mise en œuvre des activités prévues dans cette JSP et dont la préoccupation figure dans le PDS, est l'existence des zones d'insécurité, nomades, désertiques et périurbaines. Ces zones sont insuffisamment couvertes et exigent des stratégies alternatives et spécifiques jusqu'ici insuffisamment appliquées pour atteindre chaque enfant.
- L'élaboration et la mise en œuvre du plan d'amélioration des données ainsi que l'opérationnalisation de l'utilisation du DHIS2 à tous les niveaux va contribuer à la disponibilité des informations de qualité pour une prise de décision adéquate.
- Le déploiement du matériel de la chaîne du Froid acquis et à venir dans le cadre de la POECF va permettre d'accroître le nombre de structures offrant des services de vaccination et élargir le périmètre des services de vaccination.

6.2. Complémentarité, cohérence et solidité technique

Quelles mesures ont été prises pour garantir la complémentarité, la cohérence et la solidité technique du soutien de Gavi avec le gouvernement et les parties prenantes ?

- Quel rôle le forum national de coordination (CCIA, CCSS ou équivalent) et le groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV) ont-ils joué dans l'élaboration de la JSP ?

Ne doit pas dépasser 250 mots

Pour garantir la complémentarité, la cohérence et la solidité technique, il a été procédé la mise en place d'un comité d'élaboration du Cadre de Coopération Pays (CCP) présidé par le Directeur des Etudes et Programmes (DEP) du MSP sous la supervision du SG/MSP. Ce comité a procédé à l'organisation de :

(i) un atelier préparatoire sur le cadre d'engagement pays (CEP) avec toutes les parties prenantes et (ii) un atelier pour la cartographie des interventions des PTF en fonction des différents axes stratégiques du PDS et de leurs implantations géographique dans les districts, les régions et au niveau central.

(Annexe 22 : Rapport de la cartographie des interventions des PTF)

Les livrables des travaux précédents ont guidé l'élaboration de la JSP afin de couvrir les GAP des besoins du pays.

Pour l'élaboration de la JSP proprement dite, il a été organisé des retraites du comité avec l'appui technique d'un consultant international de l'OMS.

Le processus a également bénéficié des résultats de l'évaluation conjointe.

Le document de la JSP issu de ce processus ainsi que les documents annexes ont été soumis, dans un premier temps, à l'équipe Gavi Niger et aux autres PTF pour amendement. Il a ensuite été amélioré en prenant en compte les amendements.

Dans les prochaines étapes, il sera adopté par le CCIA et soumis à la revue des experts indépendants du secretariat Gavi.

Partie D : Objectifs du soutien demandé à Gavi

 **La Section D** détaille le soutien aux vaccins nouveaux et le renforcement des systèmes de santé demandés pour les 3 à 5 années à venir, dont les aspects stratégiques à prendre en considération et les activités définies comme prioritaires. Les détails opérationnels sont présentés dans le modèle de prévision budgétaire de Gavi, et la mesure de la performance est présentée dans un **cadre de performance des subventions** actualisé.

Si vous prévoyez de demander un soutien aux vaccins nouveaux (lancements de programme de vaccination systématique et/ou campagnes) **au cours des 3 à 5 ans à venir**, veuillez remplir la section 7 ci-dessous.

Si vous prévoyez de lancer des programmes de vaccination systématique et/ou des campagnes au cours des 18 prochains mois, veuillez en plus remplir la demande utile propre au vaccin, sur le Portail pays, ici : <https://www.gavi.org/soutien/processus/portail-pays/>

7. Considérations stratégiques appuyant les demandes de vaccins nouveaux (vaccination systématique ou campagnes)

 Cette section présente des informations sur les futurs lancements de programmes de vaccination et/ou campagnes pour lesquelles un soutien de Gavi est envisagé (y compris le soutien pour lequel le pays n'est pas encore éligible). Ceci ne représente pas un engagement du pays à introduire les vaccins mentionnés ci-dessous. Les informations de haut niveau, essentielles pour faire progresser la planification et la préparation, doivent être fournies ici.

Environ 15 à 18 mois avant le début effectif du programme de vaccination systématique ou la campagne, il sera demandé au pays de remplir la demande utile propre au vaccin, sur le Portail pays pour obtenir l'approbation de Gavi. Cette demande propre au vaccin à soumettre comprendra : des preuves confirmant l'admissibilité, un plan de opérationnel un budget et des informations essentielles pour soutenir la mise en œuvre des subventions (par ex. conditions de cofinancement, données sur la population cible).

7.1. Justification

Décrivez les raisons pour demander ce ou ces nouveau(x) programme(s), y compris la charge de morbidité. Si cela est déjà précisé dans le plan d'introduction du vaccin ou dans le plan d'action de la campagne, veuillez seulement citer la rubrique correspondante.

Ne doit pas dépasser 500 mots

Malgré les avancées notables en matière de santé notamment la réduction de la mortalité infantile, l'élimination du tétanos néonatal et l'arrêt de la circulation du PVS en 2016, l'analyse des évidences en matière de couverture et d'équité de l'immunisation montre que le Niger est confronté à de fréquentes urgences sanitaires et nutritionnelles. En plus de cette situation, la couverture sanitaire (50, 63%) en 2018 et la couverture vaccinale (seulement 30 % d'enfants sont complètement vaccinés, selon les résultats préliminaires de l'EDSN 2017) restent faibles. Par ailleurs, il existe une grande disparité de couverture entre les régions, les milieux géographiques (urbain et rural), les riches et pauvres et les éduqués et moins éduqués, etc.

Cette situation expose le PEV du Niger à deux défis majeurs que sont les occasions manquées de vaccination et le déficit d'équité (ECV 2017). Ceci a pour conséquences la survenue des épidémies de méningites à méningocoques (C, X, Y, W135) et de rougeole. Le pays en cas de survenue d'épidémie prévoit de conduire des activités de riposte (locale ou nationale) selon l'ampleur de ces épidémies.

Aussi, dans le cadre de la nouvelle loi de décentralisation de 2016, qui fait passer le nombre de districts sanitaires de 44 à 72, de nouveaux besoins sont apparus en terme de ressources humaines, logistique, renforcement des capacités, élargissement des espaces pour l'opérationnalisation des nouveaux districts.

Pour renforcer de façon substantielle la couverture vaccinale effective et l'équité, le Niger avec l'appui de ses partenaires élaborent une nouvelle proposition RSSV pour la période 2020-2022. Le choix des districts prioritaires s'est basé sur 8 critères : (i) CV Penta3 inférieur à 80% lors de l'ECV 2017 ; (ii) DS avec plus de 1000 enfants non vaccinés au Penta3 ; (iii) CV administrative en Penta3 inférieur à 90% en 2017 ; (iv) DS d'accès difficile ou avec population dispersée ; (v) DS avec zéro doses

superieur à 15% à l’ECV 2017 ; (vi) DS avec moins 5 cas de rougeole confirmés ; (vii) DS avec cas de coqueluche ; (viii) DS avec cas de TNN. Ces critères ont été arrêtés d’un commun accord avec l’Alliance Gavi.

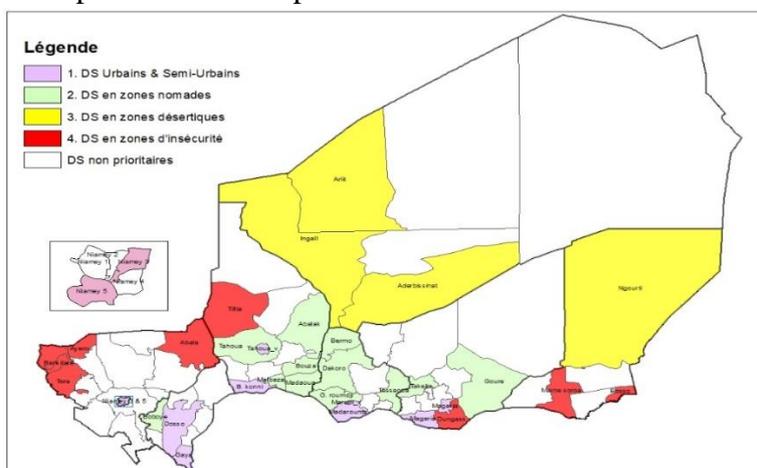
(Annexes 23 et 24 : Choix Final DS prioritaires et Critères de sélection des DS prioritaires)

Ces 33 districts prioritaires dans le cadre du RSSV identifiés selon les critères ci-dessus et détaillés en annexe sont : Dakoro, Magaria, Abalak, B.Konni, Abala, Gouré, Mainé soroa, Maradi ville, Niamey 5, Takeita, Bankilarey, Bermo, Boboye, Bosso, Dungass, Gaya, Madarounfa, Malbaza, N’gourti, Niamey 3, Tahoua commune, Tera, Bouza, Tessaoua, Aderbissanat, Arlit, Ayerou, Dosso, Guidan Roundji, Ingall, Madaoua, Tahoua et Tillia.

Les 33 DS ont été classifiés comme suit :

- ❖ DS Urbains et Semi-Urbains = 9
- ❖ DS situés en zones nomades = 12
- ❖ DS situés en zones désertiques = 4
- ❖ DS situés en zones d’insécurité = 8

Graphique N°09 : Répartition des DS prioritaires retenus dans le cadre du RSSV 2020-2022



Les DS non prioritaires représentés sur le graphique N°9 en blanc, bénéficieront d’un paquet minimum d’activités comprenant la dotation en ECF à travers le CCEOP, la gestion des données à travers le DHIS2, la supervision, le renforcement des capacités en gestion PEV et les activités de vaccination en avancée et en mobile.

Concernant les 33 DS prioritaires à faible performance, ils bénéficieront en plus du paquet décrit ci haut, d’un appui renforcé à travers un paquet d’intervention spécifique à chaque catégorie (détails à l’objectif 2 de la présente justification).

7.2. Pérennité financière

Aborder les implications liées au financement du soutien aux vaccins nouveaux demandés, en particulier la manière dont le gouvernement envisage de financer les obligations supplémentaires de cofinancement.

Ne doit pas dépasser 250 mots

Une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des vaccins a été inscrite au budget national dans le cadre de l'initiative de l'indépendance vaccinale. Cette ligne permet de financer l'acquisition des vaccins traditionnels et le cofinancement des vaccins Gavi.

On observe souvent des retards dans le déblocage des fonds ce qui conduit parfois à des ruptures de stock de vaccins. Des mécanismes simplifiés pour l'accélération des décaissements sont en cours de négociation entre les responsables du MSP et du Ministère des Finances. Aussi des réflexions sont en cours pour des stratégies innovantes et pérennes d'augmentation des ressources en faveur du PEV.

Des plaidoyers sont régulièrement faits en direction des parlementaires à travers la commission sociale et un réseau des parlementaires dédiés à la vaccination a été mis en place.

Dans le même cadre, des journées parlementaires sur la vaccination sont menées avant chaque adoption de loi de finance en faveur du financement du PEV

Il faut noter l'opportunité offerte par la désignation du Président de la République comme champion de la vaccination dans le cadre de la campagne de reconstitution des fonds Gavi. Cette désignation a été matérialisée par un engagement du Chef de l'Etat lors de son message à la Nation le 18 Décembre 2018, à l'occasion du soixantième anniversaire de la proclamation de la république.

7.3. Défis programmatiques

Résumer les défis programmatiques à aborder pour mettre en œuvre avec succès le soutien à la vaccination demandé et décrire les plans pour les relever. Ils peuvent comprendre les plans visant à franchir les obstacles identifiés dans la section d'analyse de la situation en matière de couverture et d'équité, et englober la chaîne d'approvisionnement des vaccins, la génération de la demande/la mobilisation de la communauté, la qualité/la disponibilité/l'exploitation des données ainsi que le leadership, la gestion et la coordination, etc.

Ne doit pas dépasser 250 mots

Les défis se résument comme suit :

(i) **Asseoir des capacités fortes de leadership, de gestion et de coordination par :**

- Le Renforcement de la planification, la coordination et le suivi-évaluation ;
- La Promotion d'un dialogue politique multisectoriel en faveur de la santé ;
- L'Amélioration de la Gestion des ressources financières.

(ii) **L'accès équitable de toutes les couches de la population à des services de santé de qualité à travers :**

- L'extension de la couverture sanitaire ;
- La mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des RH ;
- La poursuite du renforcement des équipements.

(iii) **Une utilisation plus accrue des services de santé de santé pour favoriser l'augmentation de la couverture vaccinale à travers :**

- La mise en œuvre des directives pour atteindre chaque enfant (ACE/ Equité) ;
- Le renforcement de la participation communautaire et de l'implication de la société civile ;
- La réduction du risque financier pour l'accès aux soins à travers la Couverture Universelle en Santé ;
- Le renforcement de la communication pour le PEV.

(iv) **La disponibilité équitable des vaccins et intrants à tous les niveaux par :**

- L'augmentation des capacités de stockage des vaccins ;
- Le renforcement des capacités de distribution et de Gestion efficace des vaccins ;

- L'amélioration de la maintenance de la Chaîne de froid ;
- Renforcement des capacités de gestion de la logistique.
-
- (v) La disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire de qualités à tous les niveaux à travers :
- L'amélioration de la qualité des données notamment la généralisation du Dhis2 ;
- Le renforcement de la surveillance et de la riposte aux épidémies ;
- Le renforcement de l'utilisation des données pour l'action ;
- L'amélioration de la documentation et l'archivage des données sanitaires

7.4. Améliorer la couverture et l'équité de la vaccination systématique

Expliquer comment le soutien aux vaccins proposé servira à améliorer la couverture et l'équité de la vaccination systématique, en détaillant la façon dont les activités et le budget proposés contribueront à surmonter les principaux obstacles.

Ne doit pas dépasser 250 mots

Les obstacles majeurs sont : la faiblesse dans l'offre équitable des services de qualité et la faible participation communautaire. Pour les surmonter, le soutien complémentaire de Gavi permettra :

- L'extension de la couverture sanitaire
 - Transformation de 30 cases de santé en CSI assurant le paquet minimum d'activités dont la vaccination ;
 - Implication du secteur privé dans l'offre des services de vaccination.
- La mise en œuvre d'interventions garantissant l'équité dans la vaccination :
 - Stratégie de vaccination en milieu urbain (plateforme « vaccination plus¹⁵ », Projet « M-Vaccin¹⁶ » pour rappeler aux mères sur leurs téléphones les périodes de vaccination de leurs enfants ;
 - Stratégies d'atteinte et de vaccination des populations nomades ;
 - Cliniques mobiles intégrées dans les zones désertiques ;
 - la vaccination dans les zones d'insécurité et d'accès difficile
- Le renforcement de la participation communautaire à travers la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation des activités ;
- L'implication de la société civile : Identification, renforcement de capacités pour les activités de plaidoyer, de mobilisation des ressources et la promotion de la santé.

7.5. Synergies

Décrire les synergies potentielles parmi les introductions des vaccins ou les campagnes prévu(e)s. Le cas échéant, commenter la capacité à introduire plusieurs vaccins au cours d'une année et les systèmes appropriés pour ce faire. Décrire également la façon dont le pays va atténuer les risques programmatiques et financiers associé à de multiples introductions.

Ne doit pas dépasser 100 mots

Il est prévu l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B à la naissance en 2021. Dans le cadre de cette introduction, des dispositions pratiques seront prises pour le renforcement de capacité des acteurs de

¹⁵ Stratégie consistant à utiliser l'immunisation comme porte d'entrée pour l'intégration de la supplémentation en vitamine A et l'enregistrement des naissances

¹⁶ Le projet M-Vaccin a comme objectif de concevoir et de déployer une application mobile adaptée au contexte du PEV aux fins d'améliorer la demande de vaccination et réduire le taux d'enfants non-complètement vaccinés dans les 33 districts prioritaires identifiés dans la présente proposition de RSS. L'application permettra l'envoi de sms de rappels aux mères et aux tuteurs et permettra une gestion du calendrier vaccinal électronique.

santé dans le domaine de la vaccination, la révision des outils et de la communication. Un budget conséquent sera élaboré et soumis à temps opportun. Aussi, un comité technique national d'organisation des campagnes de vaccination et d'introduction des nouveaux vaccins dans la vaccination de routine a été créé par Arrêté n°0579/MSP/SG/DGSR/DI du 14 juillet 2017 pour coordonner et intégrer les nouvelles introductions et campagnes. .

8. Description du soutien demandé pour chaque nouveau vaccin

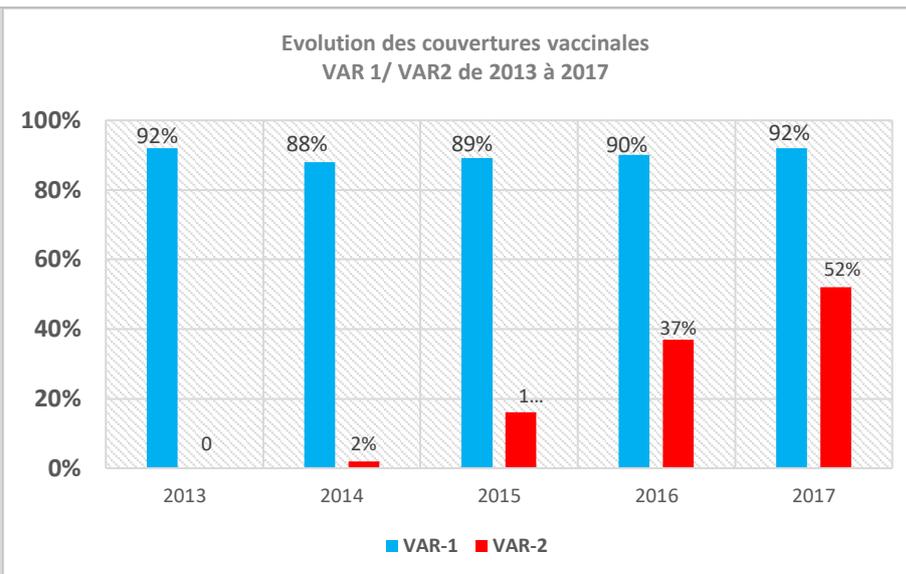
 Les besoins de planification plus spécifiques propres à un certain soutien aux vaccins mentionnés dans le tableau 1.2 sont décrits ici. Des détails plus complets sur les activités nécessaires pour préparer l'introduction du vaccin et/ou la campagne de vaccination (traitement des défis programmatiques et des goulots d'étranglement décrits ci-dessus) doivent figurer dans le plan de travail annuel du PEV du pays.

Excluez ici les vaccins déjà approuvés par Gavi, même s'ils n'ont pas encore été introduits.

Supprimer les cases ci-dessous qui ne sont pas pertinentes

Vaccination systématique anti-VPH	Date d'introduction prévue : Par ex. Déc. 2019
	Décrire la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible, la vaccination potentielle par cohorte multi-âge en année 1, le déploiement régional potentiel, etc.).
	<i>Non applicable</i>
	Décrire les étapes qui finaliseront la stratégie d'introduction et permettront aux principales parties prenantes de participer
	<i>Non applicable</i>
	Décrire comment les futurs investissements dans le RSS amélioreront la qualité du lancement du programme de vaccination anti-PVH (par ex. en mettant l'accent sur la génération essentielle de la demande, l'engagement de la société civile, les plateformes de santé destinées aux adolescents pour la prestation intégrée des services, etc.)
	<i>Non applicable</i>
Men A (vaccination systématique, mini-campagnes de rattrapage et campagnes préventives)	Date d'introduction prévue : Par ex. Nov. 2020
	Décrire la stratégie globale de lancement (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	<i>Non applicable</i>
	Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)
	<i>Non applicable</i>

<p>Rougeole/rougeole-rubéole (vaccination systématique et campagne(s))</p>	<p>Afin d'encourager l'adoption d'une approche complète et à plus long terme de la planification du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux, dans l'optique de la pérennité programmatique et financière, un PPAC du pays ou un plan pluriannuel équivalent joint à cette JSP doit comprendre une analyse exhaustive de la situation et un plan sur 5 ans applicable à la rougeole et la rubéole. Si le PPAC actuel ou le plan pluriannuel équivalent ne comportent pas toutes les informations requises, un supplément au PPAC doit être établi et soumis avec la JSP sous forme d'annexe.</p> <p>Pour procéder à votre analyse exhaustive de la situation et élaborer un plan sur 5 ans applicable à la rougeole et la rubéole, veuillez utiliser le modèle de Gavi disponible ici : Analyse de la situation et plan pour la rougeole et la rubéole sur 5 ans</p> <p><i>Non applicable</i></p> <p>Fournir une justification technique pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/rougeole et rubéole au cours des 5 prochaines années et indiquer pour quelle date chaque lancement/campagne est prévu(e)</p> <p><i>Non applicable</i></p> <p>Énumérer l'Assistance technique nécessaire au soutien des lancements de programmes de vaccination et/ou campagne(s) décrits dans votre plan sur 5 ans. Indiquer comment vous prévoyez de le garantir et pour quelle date.</p> <p><i>Non applicable</i></p>
	<p>Décrire la manière dont le soutien au renforcement des systèmes de santé demandé dans cette Justification de soutien au programme contribuera au renforcement de la vaccination systématique anti-VVR1 et VVR2 et au renforcement de la surveillance du syndrome de rougeole, de rubéole et de rubéole congénitale.</p> <p>Dans le cadre de l'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2020 telle que préconisée dans le Plan Stratégique Régional 2014-2020, le Niger a élaboré un Plan stratégique national (2012-2020) d'Élimination de la rougeole dans lequel les objectifs de couverture vaccinale contre la rougeole de 2012 à 2020 sont déclinés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atteindre au moins 98% de réduction de la mortalité liée à la rougeole en 2012 comparée aux estimations de 2000 ; • L'incidence de la rougeole doit être inférieure à 1 cas pour 1 million d'habitants par an au niveau national • Atteindre au moins 95% de couverture vaccinale en PEV de routine pour le VAR au niveau national, et 80% dans tous les districts (44) ; • Atteindre au moins 95% de couverture pour les Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS) contre la rougeole dans tous les districts. <p>Pour l'élimination de la rougeole, en plus de la vaccination de routine, le pays a organisé des AVS rougeole en 2012 , 2015 et bientôt en Juin 2019.</p> <p>Graphique N°10 : Evolution de la CV VAR1 et VAR 2 de 2013 à 2017</p>



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

On constate que la couverture vaccinale en VAR 1 affiche une tendance positive et progressive mais est restée en dessous de l'objectif d'élimination de la rougeole fixé par le Niger dans son PPAC 2017-2021 (95%). En effet elle est de 92% en 2013, 88% en 2014, 89% en 2015, et 90% en 2016 et 92% en 2017.

Selon l'ECV 2017, la couverture vaccinale nationale en VAR1 était de 76,1% avec des variations de 34,5% à Gouré 94,0% à Mayahi. Sur les 44 districts, 19 avaient une couverture supérieure ou égale à 80% et 2 avaient une couverture inférieure à 50%.

La couverture vaccinale en VAR2 reste toujours très faible, 52% en 2017. Il faut rappeler que l'introduction du VAR2 au Niger a eu lieu en 2014 suite à une lettre ministérielle. Le VAR2 n'était pas considéré comme un nouveau vaccin et il n'y a donc pas eu de plan national pour l'introduction. Une revue documentaire a été organisée avec l'OMS (AFRO et IST) a formulé des recommandations dans le domaine du 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, le monitoring de la couverture et de l'utilisation des ressources. L'une des actions phares est de mettre en place une plate forme de la 2ème année de vie.

Fièvre typhoïde (vaccination conjuguée systématique avec rattrapage)	Date d'introduction prévue: Par ex. Nov. 2020
	Décrire toutes les données étayant la justification du lancement du programme de vaccination par le TCV (vaccin conjugué contre la fièvre typhoïde) dans le programme de vaccination national (données épidémiologiques/de modélisation)
	<i>Non applicable</i>
	Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)
	<i>Non applicable</i>
Fièvre jaune (vaccination systématique et campagne(s))	Date d'introduction prévue : Par ex. Oct. 2021
	Décrire la stratégie globale de lancement (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	<i>par ex. vaccination systématique</i> <i>par ex. campagne préventive de masse</i>

	<p>Le calendrier vaccinal du Niger prend déjà en compte le VAA.</p> <p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p> <p>Non applicable</p>									
<p>Encéphalite japonaise (vaccination systématique et campagne(s) de rattrapage)</p>	<p>Date d'introduction prévue : Par ex. Sep. 2022</p>									
	<p>Fournir des données correspondant aux indicateurs suivants concernant la surveillance sur l'EJ sur au moins deux années en amont de la demande (si vous en disposez). Si vous ne disposez pas de données nationales ou issues de sites témoins sur l'EJ et/ou le syndrome d'encéphalite aiguë (SEA), le pays doit prévoir la mise en place de systèmes ou mener des enquêtes pour collecter ces données et faire figurer ces activités dans le plan d'introduction EJ.</p>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicateur de surveillance</th> <th>Année</th> <th>Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Signalement au niveau national</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taux de confirmation en laboratoire (%)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicateur de surveillance	Année	Année	Signalement au niveau national			Taux de confirmation en laboratoire (%)		
	Indicateur de surveillance	Année	Année							
	Signalement au niveau national									
Taux de confirmation en laboratoire (%)										
<ul style="list-style-type: none"> Taux de signalement au niveau national : (nombre de cas de SEA signalés pour 100 000 habitants). Taux de confirmation en laboratoire : (% des cas SEA testés IgM EJ positifs). <p>Non applicable.</p>										
<p>Décrire la stratégie globale de lancement (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)</p> <p><i>par ex. campagne de rattrapage :</i></p> <p><i>par ex. vaccination systématique :</i></p> <p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p> <p>Non applicable</p>										
<p>Rotavirus (vaccination systématique)</p>	<p>Date d'introduction prévue : Par ex. Août 2021</p>									
	<p>Décrire la stratégie globale de lancement (y compris la population cible)</p>									
	<p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p> <p>Non applicable</p>									
<p>Pneumocoque (vaccination systématique)</p>	<p>Date prévue pour le lancement du programme de vaccination :</p>									
	<p>Décrire la stratégie globale de lancement (y compris la population cible)</p>									
	<p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p> <p>Non applicable</p>									

9. Description programmatique des investissements RSS prioritaires de Gavi

9.1. Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi

 Étant donné les zones géographiques et groupes de population cibles identifiés ainsi que les principaux goulots d'étranglement nationaux et infranationaux déterminés à la **Section B**, il vous est demandé dans cette section de prendre en considération ces résultats stratégiquement et d'établir les **3 à 5 objectifs essentiels ainsi que les activités spécifiques à chacun d'eux pour bénéficiaire du soutien de Gavi et de justifier ces choix**. Le lien entre les données ainsi que les preuves et les interventions proposées doit être clair. **Les activités énumérées ici doivent être chiffrées dans le modèle de prévision budgétaire de Gavi.**

 Les activités proposées doivent contribuer à des améliorations pérennes de la couverture et de l'équité. Pour le **Guide de programmation** sur les interventions ciblées dans chacun des domaines stratégiques prioritaires de Gavi (i) le leadership, la gestion et la coordination, (ii) la chaîne d'approvisionnement, (iii) les données, (iv) la promotion de la demande et (v) le financement de la vaccination, veuillez consulter le site Internet de Gavi ici :

<https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/rss>

Pour demander le soutien de la POECF, intégrer la POECF comme l'une des activités participant aux objectifs de la chaîne d'approvisionnement. Pour les pays en phase de transition accélérée, consacrer un objectif aux activités propres à la planification appropriée de la transition.

Objectif 1 :	Renforcer la Gouvernance, le Leadership et la Gestion pour une meilleure efficacité du système de santé à tous les niveaux d'ici 2022
Calendrier :	2020 à 2022
Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → <i>Ces zones/groupes doivent être cohérents avec ceux identifiés dans la Section B</i>	Cet objectif concerne l'ensemble du pays (niveau central, régional et district). Les capacités techniques des équipes de santé à tous les niveaux seront renforcées pour assurer une meilleure planification, gestion, coordination et de suivi-évaluation des programmes de santé. Ainsi, les goulots relatifs à la faible couverture vaccinale et à l'iniquité de la vaccination seront pris en compte dans les plans et programmes.
Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées par cet investissement.	
Les interventions retenues sont :	
<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités de planification, de coordination et de suivi-évaluation à tous les niveaux ; En effet, le MSP programme de nombreuses activités qui se concrétisent en fin d'exercice par de faibles taux de réalisations physique et financière, malgré le financement mis en place. Plusieurs facteurs liés à cette insuffisance dans la mise en œuvre des plans d'action annuels ont été identifiés dont ceux relevant des lacunes en matière des capacités d'élaboration et de mise en œuvre (faible qualité des budgets), faible culture de résultats, de redevabilité, de contrôle/suivi et de coordination sectorielle. • la Promotion d'un dialogue politique multisectoriel en faveur de la santé ; 	

La mise en place d'une commission thématique fonctionnelle par pilier du système de santé (CCIA, GTCV) l'organisation d'un forum de haut niveau pour évaluer les engagements nationaux et internationaux du pays pour la santé ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre des différents engagements politiques (Déclaration de Abuja, de Addis Abeba, etc) vont renforcer le dialogue politique en faveur des programmes de santé et du PEV

Organisation d'un forum de haut niveau pour évaluer les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux pour la santé ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre des différents engagements politiques (*Annexe 25 : Déclaration d'Addis Abeba*) vont renforcer le dialogue politique en faveur des programmes de santé et du PEV.

- **L'amélioration de la gestion des ressources financières**

Pour améliorer la gestion fiduciaire des fonds de cette subvention, un renforcement des capacités du personnel du Fonds Commun, de la DRFM et au niveau régional et district en gestion financière (contrôle, audit, organisation et conduite des inventaires) est envisagé pour amoindrir les risques liés à la gestion financière.

- **La mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines**

L'accès aux services essentiels de santé est conditionné par la disponibilité permanente d'un personnel qualifié et motivé. Pour cela, le Plan de Développement des Ressources Humaines 2011-2020 prévoit l'élaboration d'un cadre organique qui définit les emplois, les profils et les effectifs pour l'ensemble du MSP. Ce cadre organique sera la traduction de la réforme organique du MSP en fonction des besoins de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé. Pour que la gestion du cadre organique soit efficace, d'autres outils qui entrent dans la gestion des ressources humaines doivent également être élaborés et/ou actualisés. Il s'agit des normes et standards relatifs aux RH pour la santé, du référentiel des emplois du secteur de la santé, etc. L'ensemble de ces outils permettra de passer à une gestion prévisionnelle et stratégique du personnel de santé basée sur les besoins réels en la matière. La contribution du RSVV consistera à informatiser la gestion des RH à tous les niveaux avec l'acquisition d'un logiciel, et assurer le renforcement de capacités des Gestionnaires des RH. Le suivi et la mise à jour du logiciel seront assurés par l'Etat et les autres partenaires. L'élaboration du cadre organique se fera en collaboration avec le Ministère en charge de la Fonction Publique, le Ministère du Plan, le Ministère des Finances, le Ministère en charge de la Décentralisation et le Haut-commissariat à la Modernisation de l'Etat.

La présente proposition contribuera à supporter la mise en œuvre de ce processus.

Énumérer environ cinq (5) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de prévision budgétaire***

Les principales activités retenues et budgétisées sont :

- Appuyer la formation des cadres à tous les niveaux sur la Gestion Axée sur les Résultats (les coûts afférents à cette activité sont partagés entre le RSS et le Fonds commun selon les programmations des régions);
- Reviser le processus de planification (Canevas de planification) pour mieux prendre en compte les besoins réels des micro-plans des CSI avec un accent particulier sur les activités à haut impact ;
- Appuyer la réalisation des missions d'appui lors des revues semestrielles et annuelles à tous les niveaux car ces dernières constituent des occasions d'évaluation des indicateurs du PEV;
- Appuyer l'organisation des missions de supervisions intégrées dans les 33 districts sanitaires prioritaires et 4 DRSP (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi). En effet, les 4 autres DRSP non prises en compte ici, bénéficient déjà des financements de KFW, Pathfinder, UNFPA, FC, UNICEF pour la supervision ;
- Elaborer le PPAC 2022-2026 ;
- Réaliser les évaluations conjointes Niger-Gavi ;
- Contribuer à l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2022-2026 ;

- Réaliser l'évaluation finale (Novembre/Décembre 2022) de la subvention RSSV 2020-2022 ;
- Elaborer une nouvelle subvention RSSV 2023-2027 ;
- Organiser la revue du PEV en 2021 y compris le bilan du PPAC 2017-2021 ;
- Organiser des missions de suivi de la mise en œuvre des activités RSSV par des équipes conjointes DI , DS, DRFM, DSRE, DEP et partenaires du PEV dans les 33 DS prioritaires ;
- Former 10 cadres (5 par année) en planification stratégique axée sur les résultats et en management et leadership. Cette activité a été retenue mais non budgétisée car rentrant dans le cadre des formations STEP de Gavi;
- Organiser des supervisions logistiques des cadres nationaux de la DI vers les régions et les districts ;
- Organiser trimestriellement des supervisions logistiques de vaccins et de la chaîne du froid par le CDI et OPM vers les CSI dans les 33 DS prioritaires. Cette activité permettra un suivi rapproché de la gestion des vaccins et la triangulation des données ;
- Contribuer au renforcement des capacités des membres des ECD en management dans les 33 districts prioritaires ;
- Contribuer à la prise en charge du complément des salaires des contractuels du Fonds commun. Il ne s'agit pas ici d'une indemnité mais d'une répartition des honoraires du personnel contractuel entre les PTF du FC et GAVI ;
- Contribuer à la prise en charge du fonctionnement du fonds commun dans la mise en œuvre des activités RSS de 2020 à 2022. Pour la mise en œuvre de cette activité, sur un budget annuel de 252 820 000 Fcfa, la contribution de Gavi est de 26 820 000 Fcfa soit 11% ;
- Contribuer aux contrôles financiers chaque année sur la gestion RSS Gavi. Ce contrôle est effectué par le personnel du FC, l'équipe de contrôleurs et l'auditeur interne. Il concerne les dépenses effectuées sur les fonds GAVI.
- Réaliser les audits financiers annuels dans le cadre des interventions de Gavi RSS. Ce financement va contribuer au paiement des honoraires de l'auditeur externe dans le cadre des audits annuels des comptes du FC ;
- Organiser un atelier de revue du cadre organique des structures en matière de RH pour la santé ;
- Contribuer à la mise en place d'une base de données informatisée des RH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des gestionnaires des RH sur l'utilisation du logiciel au niveau central et regional.

De manière générale, la complémentarité/harmonisation des appuis demandés à travers le RSS Gavi avec les appuis de l'Etat et des autres partenaires , cela va concerner les activités en rapport avec le renforcement des capacités des acteurs (Etat, FC, OMS, UNICEF,BM, OOAS), Revue externe du programme et Missions de terrain (FC, OMS, UNICEF), reunions de coordination (Etat, FC, Partenaires de proximité (WV, Concern, Pathfinder...)) , Mise en œuvre du PDRH (BM, OMS, ENABEL).

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ *Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)*

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)

Des AT sont nécessaires pour :

<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités de planification et suivi-évaluation ainsi que le suivi des requêtes au niveau de la DEP ; • La révision du processus de planification ; • L'élaboration du PPAC 2022-2026 ; • L'élaboration du PDS 2022-2026 ; • L'évaluation finale de la subvention RSSV 2020-2022 et l'élaboration d'une nouvelle subvention RSSV 2023-2027 ; • L'organisation de la revue du PEV en 2021 y compris le bilan du PPAC 2017-2021 ; • La formation STEP en management et leadership. 						
<p>Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.</p> <p>→ <i>Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents</i> (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires)</p>						
<p>La contribution sollicitée à travers cette proposition vient compléter les ressources déjà disponible au niveau du secteur pour financer les interventions.</p>						
<p>Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → <i>Mettre en évidence les détails dans le modèle de prévision budgétaire</i></p>	<table border="1"> <tr> <td>Années 1 à 2</td> <td>1 782 875 USD</td> </tr> <tr> <td>Année 3</td> <td>903 331 USD</td> </tr> </table>	Années 1 à 2	1 782 875 USD	Année 3	903 331 USD	
Années 1 à 2	1 782 875 USD					
Année 3	903 331 USD					
<p><i>Veuillez également fournir des informations détaillées concernant les principaux facteurs de coûts, déterminants et hypothèses utilisés, relatifs aux principales activités de cet objectif, ici :</i></p>						
<p><i>Voir le costing détaillé en annexe</i> NB : (1 USD = 550 Fcfa)</p>						

<p>Objectif 2 :</p>	<p>Accroître l'accès équitable aux populations à des services de santé de qualité en faisant passer la couverture sanitaire de 50,63% à 65% en 2022 et la proportion des populations au-delà de 5 km couvertes par les stratégies alternatives de 66% à 80 % d'ici 2022</p>
<p>Calendrier :</p>	<p>2020-2022</p>
<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de</p>	<p>Selon le guide de suivi évaluation du PDS 2017-2021 du Niger, les efforts à fournir en matière d'extension de la couverture sanitaire s'apprécient à travers deux indicateurs séparés :</p>

<p>couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</p> <p>→ Ces zones/groupes doivent être cohérents avec ceux identifiés dans la Section B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La couverture sanitaire (de 50,63% à 65% en 2022) qui correspond à la stratégies fixe; et • La proportion des populations au-delà de 5 km couvertes par les stratégies alternatives de 66% à 80 % d'ici 2022 qui correspondant aux stratégies avancées et mobiles. <p>Au plan national la couverture sanitaire est de 50,63% en 2018. Elle est de 41,34% à Zinder, 45,50% à Diffa, 46,26% à Maradi, 46,99% à Dosso, 47,36% à Tillabéri, 50,91% à Tahoua, 68,32% à Agadez et 99,09% à Niamey. Seules 2 régions (Agadez et Niamey) sur les 8 que compte le pays ont atteint l'objectif du PDS qui est de 65%.</p> <p>L'appui demandé à travers cette proposition ciblera prioritairement les 33 districts prioritaires, et assurera l'appui à un paquet minimum d'activités visant à améliorer l'offre sur les 39 autres districts.</p> <p>Le package d'activités réservé aux 39 DS non prioritaires se résume comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotation en ECF à travers le CCEOP ; • Gestion des données à travers le DHIS2 ; • Appui à la supervision intégré des structures ; • Renforcement de capacités des agents en gestion PEV ; • Mise en œuvre des activités de vaccination en avancée et en mobile ; • Contractualiser avec les ONG/Associations locales au niveau DS pour mener les activités de mobilisation sociale en faveur de la vaccination (Campagne d'information et sensibilisation, recherche des perdus de vues, renforcer les capacités des leaders communautaires). <p>Quant aux 33 DS prioritaires à faible performance, en plus du package décrit ci-dessus pour les DS non prioritaires, ils bénéficieront d'un appui renforcé à travers un paquet d'interventions spécifiques à chacun des 4 groupes de districts que sont : (i) DS situés en zones urbaines et Peri-Urbaines, (ii) DS situés en zones de nomadisme ; (iii) DS situés en zones d'insécurité ; (iv) DS situés en zone désertique).</p> <p>Une assistance Technique de proximité est prévue pour accompagner les équipes cadres de DS dans la mise en œuvre des paquets d'interventions.</p>
<p>Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées par cet investissement.</p>	
<p>Les interventions pour faire face aux contraintes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'extension de la couverture sanitaire de manière équitable <ul style="list-style-type: none"> - Transformation et équipement de 30 cases de santé en CSI type 2 conformément aux prévisions du PDS 2017-2021 • Mise en œuvre des directives pour atteindre chaque enfant (ACE) 	

La mise en œuvre des plans d'action issus de l'analyse de l'équité de tous les Districts Sanitaires, la mise en place d'une plateforme « vaccination plus » (*Note bas de page 15*), la réalisation du projet « M-Vaccin » (*Note bas de page 16*). La mise en œuvre d'un paquet d'interventions ciblées selon les spécificités de chacun des 4 groupes que constituent les 33 DS prioritaires donnera l'accès à la vaccination pour atteindre chaque enfant.

C'est ainsi que les 4 approches suivantes ont été définies :

- **Approche Zones Urbaines et Peri-Urbaines :** Recenser les cibles à travers la stratégie porte à porte avec l'appui des relais communautaires ; Installer des sites de vaccination en zone péri urbaine ; Rechercher les perdus de vues avec l'appui des relais communautaires ; Mettre à niveau les structures privées de santé pour les prestations de services de vaccination (Signatures d'accords de partenariats, Portes vaccin/ Glacières, formation, kit de sensibilisation, consommables, outils de gestion); Utiliser les nouvelles technologies en créant une plateforme d'échange entre les services de santé et les mères ou gardiens d'enfants pour rappeler les rendez vous de vaccination (M vaccin, WAFU).
- **Approche zones de nomadisme :** Réviser et adapter les microplans selon le contexte, Effectuer la cartographie des mouvements des nomades selon les périodes de l'année, effectuer la vaccination des enfants nomades à l'occasion des fêtes et grands événements socio culturels; Vacciner les populations nomades en collaboration avec les services de l'élevage, de l'hydraulique et de l'agriculture. La mise en œuvre de ces différentes activités nécessitera des déplacements des équipes de vaccination en voiture ou à moto selon les zones et donc un supplément en carburant et la prise en charge des acteurs.
- **Approche zones désertiques :** Mettre en œuvre le paquet d'activités à travers les sorties de clinique mobile intégrée ; Identification des points de regroupements.
- **Approche zones d'insécurité :** Contractualiser avec les services de santé de l'armée et certaines ONG pour offrir la vaccination et autres prestations de santé aux populations vivant dans ces zones ; Installer des postes de santé au niveau des camps de réfugiés/déplacés.

Énumérer environ cinq (5) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ *Mettre ces activités en évidence dans le modèle de prévision budgétaire*

Les activités suivantes seront entreprises pour :

- Réaliser chaque mois les activités de vaccination avancées et mobiles intégrées dans 80% des CSI des 33 DS prioritaires de 2020 à 2022. Les coûts de cette activité seront partagés avec le FC : 80% pour la contribution du RSS et 20% pour FC)
- Transformer 30 Cases de Santé en Centres de Santé Intégrés de type 2 (10 CSI par an) et les équiper. Ci-joint la liste des 41 cases de santé à transformer en CSI type 2. Le choix des 30 cases de santé sera fait en priorité dans les 33 DS retenus. (*annexe 26 : liste de case de santé à transformer*)

Les coûts appliqués dans le présent budget sont ceux du cadre des prix/ Etat (*Annexe 27*). Toutefois, ces coûts seront actualisés par Supply/ UNICEF sur la base des plans et des spécifications techniques;

- Former le personnel du niveau central, les Staff des DRSP, les ECD et les responsables des CSI sur les Directives du PEV Niger et le guide ACE/Equité (Les 33 districts seulement seront financés par Gavi et les 39 restants seront sous financement Fond Commun);
- Conduire des ateliers d'analyse de l'équité y compris la microplanification dans 33 DS prioritaires ;
- Acquérir 14 véhicules Toyota Hard Top double cabine de supervision pour les DS prioritaires : Un besoin de 27 véhicules de supervision a été identifié. (14 sont prévus sur financement RSS et 13 avec le FC). Le coût unitaire sera validé avec le Supply/ UNICEF. Seront privilégiés, les DS qui ne disposent pas de véhicule, les DS nouveaux, les DS éloignés et/ou difficiles d'accès ;
- Acquérir et mettre en place 200 motos Yamaha DT125 pour les CSI ayant des problèmes d'accès en stratégie avancée (Il est prévu dans le PDS, l'acquisition de 684 motos DT125 des CSI pour la période de mise en œuvre du PDS 2017-2021. Les 200 motos planifiées avec la JSP constituent la part des

<p>contributions de GAVI soit 29% du besoin. Un inventaire sera conduit en 2019 et apportera plus de précision pour conforter le besoin exprimé).</p> <p>En général, la complémentarité/ harmonisation des appuis demandés à travers le RSS Gavi se fera avec les contributions de l'Etat et des autres partenaires notamment pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'augmentation de la couverture sanitaire : FC, BM, KFW, BMGF, BID, Communauté, UNFPA à travers les cliniques mobiles, Partenaires de proximité (WV, Concern, MPDL, Pathfinder... ; - La mise en œuvre des stratégies pour atteindre chaque enfant/ Equité financé par : OMS, UNICEF, UNFPA, Croix rouge, CICR, MSF, UNHCR, HKI, le Rotary....) 					
<p>Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.</p> <p>→ <i>Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)</i></p>					
<p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p>					
<p>Une AT est prévue pour :</p> <p>La formation des cadres sur les directives ACE/Equité</p> <p>NB : les besoins annuels en AT seront intégrés aux PEF-TCA sur la base des conclusions et recommandations des évaluations conjointes. En ce qui concerne les AT de proximité aux niveaux des régions et/ou districts, les priorités seront définies sur la base des performances enregistrées.</p>					
<p>Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.</p> <p>→ <i>Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires).</i></p>					
<p>Quel budget RSS est alloué à cet objectif :</p> <p>→ <i>Mettre en évidence les détails dans le modèle de prévision budgétaire</i></p>	<table border="1"> <tr> <td>Années 1 à 2</td> <td>7 297 744 USD</td> </tr> <tr> <td>Année 3</td> <td>2 662 003 USD</td> </tr> </table>	Années 1 à 2	7 297 744 USD	Année 3	2 662 003 USD
Années 1 à 2	7 297 744 USD				
Année 3	2 662 003 USD				
<p><i>Veuillez également fournir des informations détaillées concernant les principaux facteurs de coûts, déterminants et hypothèses utilisés, relatifs aux principales activités de cet objectif, ici :</i></p>					
<p><i>Voir Costing détaillé en annexe</i></p>					

Objectif 3 :	Générer la demande pour réduire le taux d'abandon spécifique (Penta1-Penta3) de 13% en 2017 à 10% en 2022 (WUENIC)
Calendrier :	2020-2022
<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</p> <p>→ <i>Ces zones/groupes doivent être cohérents avec ceux identifiés dans la Section B</i></p>	<p>Au total 33 districts prioritaires à fort taux d'abandon ont été retenus dans le cadre du RSSV.</p> <p>En terme d'intervention, à haut impact, les 33 DS se regroupent en :</p> <p>1. DS Urbains et Semi-Urbains (Forte densité de la population) (9): B.Konni ; Maradi Ville, Niamey5, Niamey3, Tahoua Commune, Magaria, Gaya, Madarounfa, Dosso</p>

	<p>2. DS situés en zones nomades (12): Dakoro, Abalak, Gouré, Bermo, Malbaza, Tessaoua, G. Roumdji, Madaoua, Boboye, Tahoua, Bouza, Takeita</p> <p>3. DS situés en zones désertiques (4): N’Gourti, Aderbissanat, Arlit, Ingall</p> <p>4. DS situés en zones d’insécurité (8): Abala, Mainé soroa, Bankilaré, Bosso, Tera, Ayerou, Tillia, Dungass</p>
<p>Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l’efficacité de l’intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées par cet investissement.</p>	
<p>Les interventions prévues pour atteindre cet objectif sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement de l’engagement communautaire <p>La dynamisation des organes de participation communautaires, la vulgarisation de la stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016-2020, la mise à jour de la cartographie des relais communautaires, l’organisation de rencontres communautaires dans les Districts Sanitaires qui ne sont pas performants à cause des obstacles socioculturels, économiques, géographiques et à la sous information, l’implication plus forte des médias communautaires, notamment les radios, le recrutement et l’implication de célébrités et de leaders communautaires pour promouvoir la vaccination, la mise à disposition de supports d’information appropriés pour favoriser les échanges intracommunautaires autour de la vaccination, la recherche des causes d’hésitation ou d’obstacle à la vaccination entre autres la survenue des MAPI, le design et la mise en œuvre de solutions idoines, le suivi et la supervision des structures de participation communautaire contribueront certainement à l’implication effective de la communauté au processus d’identification des problèmes de santé, à l’élaboration des micro plans, à la mise en œuvre, au suivi et évaluation et à la promotion de l’engagement communautaire pour une utilisation effective des services de santé.</p> <p>Toutes ces activités font partie intégrante du Plan Stratégique Intégré de Communication PEV (PSIC 2017-2021) (<i>Annexe 28</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Renforcement de l’implication de la société civile dans les activités de santé <p>La cartographie des OSC du secteur de la santé, le renforcement des capacités des OSC, la conduite des actions de communication pour un changement de comportement, de plaidoyer d’informations, de sensibilisation et de mobilisation en faveur de la vaccination, le renforcement des capacités des chefs traditionnels pour la conduite des actions de mobilisation, la contractualisation des activités de promotion de la vaccination avec les OSC et les radios communautaires, permettront de créer une synergie d’interventions et d’échanges (rétroaction) entre les structures de participation communautaire, les OSC et les prestataires de soins de santé. De même, ces actions permettront certainement d’améliorer la qualité des relations entre clients et prestataires des services de vaccination.</p> <p>Pour cela, le Plan Stratégique Intégré de Communication a été élaboré pour la période allant de 2017 à 2021 et prévoit un paquet d’intervention de communication pour le développement basé sur la communication interpersonnelle, le plaidoyer, la communication communautaire, la mobilisation sociale et la communication pour un changement de comportement en vue d’améliorer les connaissances, les attitudes, les perceptions, d’adresser les croyances et normes sociales hostiles à l’utilisation optimale des services de santé.</p> <p>Dans ce même cadre, une enquête CAP est prévue en 2019 pour identifier les forces et faiblesses des actions de communication.</p>	

- **La réduction des risques financiers pour l'accès aux services de santé**

La promotion de la Couverture Universelle en Santé (CSU) et son expérimentation dans au moins deux Communes accompagnée de l'élaboration des textes juridiques nécessaires, la dissémination de la stratégie de financement de la santé pour la Couverture universelle, l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de communication sur la CSU ainsi que la formation des acteurs permettra d'asseoir un système de protection contre les risques pour faciliter l'accès des populations aux services de santé et d'augmenter le taux de la couverture vaccinale.

Énumérer environ cinq (5) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de prévision budgétaire***

Les activités clés à entreprendre pour atteindre cet objectif sont:

- Appuyer la mise en place des registres communautaires pour l'enregistrement des naissances et le suivi de la vaccination des enfants dans 22 des 33 districts sanitaires prioritaires retenus. Les 11 autres DS sont déjà financés par l'UNICEF. Cette activité comporte : la formation des utilisateurs (chefs CSI et relais) et la reproduction des registres. Le suivi sera assuré lors des supervisions intégrées.
- Renforcer les capacités des usagers sur le droit à la santé et à des services de qualité ;
- Redynamiser les organes de participation communautaire (COSAN, COGES) des 33 districts prioritaires, y compris leurs CSI. Il s'agit d'un renouvellement des structures de participation communautaire pour les rendre plus opérationnelles;
- Vulgariser les textes sur la participation communautaire (organisation de 8 ateliers régionaux) ;
- Organiser chaque année une rencontre communautaire au niveau de 600 aires de santé contre performantes des DS sur les obstacles socioculturels à la vaccination ;
- Contractualiser avec les Associations/ONGs repertoriées au niveau de chacun des 39 DS non prioritaires pour la conduite des actions d'informations, de sensibilisation et de mobilisation des populations en faveur de la vaccination;
- Mettre en œuvre les activités innovantes issues de l'analyse de l'équité dans les 33 districts prioritaires y compris la mise en place du WAFU. Ce logiciel est utilisé pour rappeler par sms aux mères ou gardiens d'enfants les dates de rendez vous pour la vaccination ;
- Mettre en œuvre les activités de la stratégie urbaine dans les grandes villes à partir de l'expérience de Niamey (Niamey 60, Tahoua 9, Maradi 10, Zinder14). NB : Une expérience est en cours depuis 2018 dans 23 CSI des 5 DS de la ville de Niamey. Une évaluation est prévue en 2019 et permettra d'élaborer des directives pour la vaccination en zones urbaines. Ces directives seront utilisées pour développer les microplans pour chacune des 4 régions à caractère urbaine ;
- Organiser un atelier de concertation (reflexion) entre le MSP (DN et DI) et les services de l'état civil pour la mise en place d'une plate forme "vaccination plus" ;
- Mettre en œuvre le projet M-vaccin dans les 33 districts prioritaires (Le projet M-Vaccin a comme objectif de concevoir et de déployer une application mobile adaptée au contexte du PEV aux fins d'améliorer la demande de vaccination et réduire le taux d'enfants non-complètement vaccinés dans les 33 districts prioritaires identifiés dans la présente proposition de RSS. L'application permettra l'envoi de sms de rappels aux mères et aux tuteurs et permettra une gestion du calendrier vaccinal électronique;
- Organiser des séances de clinique mobile intégrée dans les zones peu peuplées (Agadez, Diffa, Tahoua, Tillabéri, Zinder). Cette activité se fera conjointement avec le financement UNPFA, FC, UNICEF, ENABEL ;

- Conduire la vaccination des enfants nomades à l’occasion des fêtes et grands événements socio culturels. Ils constituent des occasions ponctuelles de regroupement des nomades et pour le rattrapage des enfants manqués. Ces regroupement s'organisent une fois l'an et s'étallent sur 7 à 10 jours. A l'inverse, les cliniques mobiles s'organisent au dela 15 km chaque mois à travers un circuit bien défini d'un localité à une autres à partir du district. ;
- Intégrer la vaccination des populations nomades aux séances de vaccination des animaux par les services de l'élevage autour des points d'eau et couloirs de passage (Hydraulique et Agriculture). L'activité vise la vaccination du chaptel et se déroule une ou deux fois l'an. C'est une opportunité pour les services de santé en collaboration avec les services de l'élevage et l'hydraulique de rattraper les enfants manqués (One Health);
- Contractualiser avec les OSC pour mener les activités de mobilisation sociale en faveur de la vaccination (campagne d'information et de sensibilisation dans les 33 DS, la recherche des enfants perdus de vue et renforcer les capacités des leaders communautaires) ;
- Contractualiser les activités (Emissions publiques, théâtre radiophonique, diffusion de message sur la vaccination) avec les radios communautaires des 33 DS prioritaires ;
- Contractualiser la réalisation des activités de vaccination dans les zones d'insécurité (Diffa, Tillabéri, Tahoua). Cette contractualisation se fera avec les ONG ou les services de santé de l'armée ;
- Appuyer l'élaboration d'une nouvelle stratégie de financement pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- Elaborer le cadre juridique réglementaire et organisationnel de la CSU. Pour la mise en œuvre de la CSU, le besoin d'AT a été exprimé

Au total, la complémentarité/harmonisation des appuis demandés se fera à travers les contributions de l'Etat et d'autres partenaires. De façon spécifique pour :

- La contractualisation avec les OSC et renouvellement des organes de participation communautaire (BM, UNICEF, KFW, AFD, UNFPA, FM, OMS, partenaires de proximité);
- La mise en œuvre de la feuille de route pour aller vers la couverture santé universelle (OMS, UE, BM, ENABEL, UNICEF, AFD, OOAS, UEMOA....)

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ *Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)*

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)

AT nécessaire pour :

- Mise en place du registre communautaire ;
- La Mise en oeuvre des stratégies de vaccination en zones urbaines, zones de nomadisme, zones désertiques et zones d'insécurité ;
- AT de proximité dans les DS pour accompagner les ECD dans la mise en œuvre des paquets d'interventions ;
- L'élaboration d'une nouvelle stratégie de financement pour tendre vers la CSU.

Financement : justifier toute demande afin que Gravi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.

→ *Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : <https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires>).*

...		
Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → <i>Mettre en évidence les détails dans le modèle de prévision budgétaire</i>	Années 1 à 2	6 112 662 USD
	Année 3	2 104 513 USD
<i>Veillez également fournir des informations détaillées concernant les principaux facteurs de coûts, déterminants et hypothèses utilisés, relatifs aux principales activités de cet objectif, ici :</i>		
<i>Voir costing détaillé en annexe</i>		

Ajouter des cases d'objectifs supplémentaires, si nécessaire.

Objectif 4 :	Amener de 47% en 2018 à au moins 80% en 2022, la proportion des districts sanitaires qui produisent des données fiables selon la méthode du DQS pour la prise de décision
Calendrier :	2020-2022
Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → <i>Ces zones/groupes doivent être cohérents avec ceux identifiés dans la Section B</i>	Cet objectif concerne l'ensemble du pays. Il traite les contraintes liées à la production (promptitude et complétude), la qualité et l'utilisation des données pour la prise de décision.
Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées par cet investissement.	
<p>Les interventions prévues pour l'atteinte de cet objectif sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'Amélioration de la qualité des données L'élaboration du plan d'amélioration des données est prévue en 2019 et comprendra une série d'activités sous forme d'atelier, de visite de terrain, de validation. Ce plan d'amélioration de données, une fois élaboré, indiquera les activités qui seront prise en compte par Gavi, et celles financées par les autres partenaires/government. Le renforcement du SNIS notamment le plan de transition vers le DHIS2 se fera à travers la mise en œuvre de la feuille de route DHIS2 comportant : la Connexion internet, la fourniture en ordinateurs, la reproduction des supports de collecte de données, la formation et la supervision des agents). La complémentarité avec les autres partenaires particulièrement avec le FM est faite à travers la prise en charge de la connexion internet et l'achat partiel des supports jusqu'à fin 2019. • Le Renforcement de la surveillance et de la riposte aux épidémies La surveillance étant l'épine dorsale de l'évaluation de l'impact des vaccinations, la mise en œuvre de la SIMR renforcera le système de surveillance des maladies évitables par la vaccination y compris les MAPI à travers les formations et les activités de soutien à la surveillance au niveau opérationnel. • la Diffusion, l'utilisation et l'archivage des données Pour un meilleur suivi de l'information sanitaire, des réunions d'évaluations et d'analyses sont organisées et regroupent les acteurs à tous les niveaux. Ces rencontres annuelles au niveau central et semestrielles au niveau régional, ont pour but de discuter des performances de la vaccination, de la surveillance et d'identifier les problèmes. C'est aussi l'occasion de partager les nouvelles directives et orientations pour une lutte efficace contre les maladies évitables par la vaccination. Concernant la diffusion de l'information, l'accent sera mis sur la production des bulletins d'informations, l'annuaire statistique et l'alimentation du site Web du Ministère de la Santé avec des données de vaccination et de surveillance des maladies évitables par la vaccination. La mise en œuvre du monitoring plus permettra de créer la culture de l'utilisation des données pour l'action et susciter des recherches actions en santé y compris des analyses cout efficacité pour des prises de décisions rationnelles. La sauvegarde (back-up) des données sanitaires à travers la digitalisation et l'utilisation du DHIS2 constitue une opportunité pour archiver les données à tous les niveaux. 	
Les activités à entreprendre pour atteindre cet objectif sont les suivantes :	

- Former et recycler 8 Coordonateurs Régionaux des Immunisations et 72 Coordonateurs Départementaux des Immunisations sur le DHIS2;
- Assurer le Suivi – Supervision des agents formés sur le DHIS ;
- Collecter les données pour la mise à jour de la carte sanitaire ;
- Réaliser une revue trimestrielle des données par les membres du comité chargé de l'amélioration de la qualité des données (comité AQD) ;
- Réaliser chaque année au niveau national la revue documentaire des données de la vaccination et de la surveillance ;
- Conduire trimestriellement les visites de terrain d'apurement des données de vaccination;
- Réaliser une évaluation externe du premier Plan AQD ;
- Organiser un contrôle de qualité des données (DQS) de la surveillance y compris celles de la vaccination au niveau des 72 DS du Niger ;
- Organiser un Data Quality Audit (DQA) à l'échelle du pays ;
- Organiser le monitoring plus dans les 33 DS prioritaires y compris la révision du module et la formation des formateurs ;
- Organiser une réunion semestrielle sur la gestion harmonisée des données de la surveillance et de la vaccination au niveau des 8 régions ;
- Cartographier et réactualiser les zones de dénombrement dans les DS à problème de dénominateur (Nouveaux districts et Ds urbains) ; Une AT a été demandé en ce sens.
- Contribuer à l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA). Les coûts pour le financement de cette activité seront partagés entre l'OMS; le FM et le RSS FC;
- Former 2 agents dans chacun des 72 ECD sur la surveillance des MAPI ;
- Former 2 agents par CSI sur la surveillance des MAPI ;
- Appuyer les réunions semestrielles du comité technique de pharmaco-vigilance dans la gestion des MAPI ;
- Appuyer le comité technique pharmaco-vigilance dans les investigations des MAPI ;
- Elaborer chaque année un plan de gestion des épidémies et urgences sanitaires ;
- Organiser chaque année une mission d'investigation des foyers de maladies évitables par la vaccination ;
- Former 25 cadres en MLM à Dosso ; Besoin d'AT exprimé.
- Former deux membres des 72 ECD à la SIMR au niveau des 8 régions ;
- Contribuer à la reproduction et la diffusion chaque année, de l'annuaire des statistiques sanitaires. Les coûts pour le financement de cette activité sont assurés en complémentarité avec l'appui du FC, du FM et du RSS/FC ;
- Produire les bulletins trimestriels d'information du SNIS ;
- Organiser un atelier national de révision des supports de collecte des données ;
- Contribuer à la reproduction des supports réactualisés chaque année. La reproduction des supports fait l'objet d'un cofinancement par plusieurs PTF (Etat, FC, UNICEF, RSS/FC) ;
- Renforcer le parc informatique avec l'acquisition chaque année de 10 ordinateurs et accessoires ;
- Conduire une enquête de couverture vaccinale en 2022. La dernière ECV date de 2017. Une prévision a été faite en 2022 du fait que cette enquête est à réaliser chaque 3 à 5ans.

NB : Nous avons prévu une AT pour appuyer dans le domaine de la triangulation des données pour une prise de décision éclairée.

Au total, la complémentarité/harmonisation des appuis demandés se fera à travers les contributions de l'Etat et d'autres partenaires. De façon spécifique pour :

<ul style="list-style-type: none"> - Le développement du DHIS2 avec : FC, GIZ, ENABEL, UNICEF, OMS, UE, BM, FM, PMI); - Les enquêtes (OMS, UNICEF, FC) ; - L'amélioration de la qualité des données et dotation en supports de collecte de données (FC, UNICEF, OMS, FM, GIZ, USAID, BM) ; - La triangulation des données, surveillance des maladies évitables par la vaccination et les MAPI (FC, UNICEF, OMS, FM, GIZ, USAID, BM) 		
<p>Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.</p> <p>→ <i>Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)</i></p>		
<p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/aide ciblée aux pays, autres sources ?)</p>		
<p>Besoins d'assistance technique pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation de la feuille de route DHIS2 ; - L'évaluation externe du PAQD ; - L'organisation d'un DQA ; - La cartographie et la réactualisation des Zones de Dénombrements des DS à problème de dénominateur; - La formation MLM; - La réalisation de l'ECV 2022; - La Triangulation des données. 		
<p>Financement : justifier toute demande afin que Gravi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.</p> <p>→ <i>Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/directives-supplementaires).</i></p>		
<p>...</p>		
<p>Quel budget RSS est alloué à cet objectif :</p> <p>→ <i>Mettre en évidence les détails dans le modèle de prévision budgétaire</i></p>	<p>Années 1 à 2</p> <hr/> <p>Année 3</p>	<p>3 113 867 USD</p> <hr/> <p>1 673 395 USD</p>
<p><i>Veuillez également fournir des informations détaillées concernant les principaux facteurs de coûts, déterminants et hypothèses utilisés, relatifs aux principales activités de cet objectif, ici :</i></p>		
<p><i>Voir le costing détaillé en annexe</i></p>		

Modèle de la chaîne d'approvisionnement (applicable même si le pays ne soumet pas de demande pour la POECF) :

Objectif 5	Améliorer le score moyen de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 66% en 2014 à au moins 80 % en 2022
Calendrier :	2020-2022

<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</p> <p>→ <i>Ces zones/groupes doivent être cohérents avec ceux identifiés dans la Section B</i></p>	<p>Cet objectif concerne l'ensemble du pays. Il traite de la mise en place des équipements de la CDF à travers le CCEOP, des vaccins et consommables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</p>
<p>Décrire les interventions adaptées pour faire face aux contraintes spécifiques liées à la chaîne d'approvisionnement et fournissez des preuves de l'efficacité de l'intervention :</p>	
<p>Les interventions à entreprendre pour l'atteinte de cet objectif sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Augmentation des capacités de stockage à tous les niveaux : <p>En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement des vaccins (CAV), selon l'évaluation de 2017, 63% des équipements fonctionnent normalement, 47% sont vieux de plus de 5 ans et 22 % fonctionnent à l'énergie solaire. Malgré la bonne disponibilité en capacité de stockage au niveau central jusqu'en 2021, il s'avère nécessaire de renforcer la capacité par l'acquisition de trois chambres froides positives d'une capacité de 40m³ chacune.</p> <p>A ce jour, toutes les régions ont une bonne capacité de stockage suffisante toutefois, la chambre froide de Tahoua installée en 2007 a atteint le niveau d'amortissement et la capacité de stockage actuelle disponible à Maradi est très limitée en perspective de l'accroissement démographique, il s'avère nécessaire d'acquiescer une deuxième chambre froide positive.</p> <p>La quasi-totalité des districts ont une capacité de stockage suffisante malgré l'introduction envisagée de l'hépatite B à la naissance, et seront renforcés avec la mise en œuvre du CCEOP de 2018 à 2022 qui couvrira 100 % CSI sur l'ensemble des 72 DS en réfrigérateurs solaires. Quant aux CS, cette capacité sera couverte à 27% avec des réfrigérateurs solaires.</p> <p>La capacité de stockage ambiant, pour les produits secs (seringues, boîtes de sécurité) au niveau des dépôts régionaux et départementaux est insuffisante du fait essentiellement de l'exiguïté des locaux affectés au PEV.</p> <p>Un entrepôt national de relais à Konni pour le stockage des vaccins est prévue à travers la présente proposition pour faciliter la livraison des vaccins et consommables vers les autres régions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Renforcement des capacités de gestion et de distribution des vaccins à tous les niveaux <p>Pour garantir une bonne gestion des vaccins et autres intrants, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD/MT). Une étude de cas pour un système électronique d'informations en gestion logistique (eLMIS) est envisagée et pourra déboucher entre autre sur une application qui peut permettre d'avoir la disponibilité de l'information des inventaires des ECF et de stock des vaccins - Rendre effective l'utilisation du tableau de bord des indicateurs de la chaîne d'approvisionnement ; - Tenir à jour le registre de gestion des stocks et prendre en compte la gestion des diluants et des matériels d'injection ; - Systématiser l'utilisation rigoureuse des registres de stock (électronique et Manuel) - Mettre à la disposition des régions et des districts des supports révisés sur le PEV ; - Doter les CSI de 250 kits RoverInk pour améliorer la collecte des données aux niveaux opérationnels : Une phase pilote est prévue dans deux districts (un urbain et un rural) avant une mise à l'échelle. Le Rover-Ink sera paramétré directement à l'usine et pourra être intégré au DHIS2. <ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration de la maintenance de la Chaîne de froid 	

La maintenance des équipements de la chaîne du froid aux niveaux des districts et CSI est assurée par les TPM qui ont souvent des compétences limitées dans le domaine. Le pays s'est récemment doté (septembre 2016) d'un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid. L'élaboration de ce plan figure parmi les activités prioritaires du plan d'amélioration de la GEV d'une part et d'autre part, il s'inscrit dans la ligne directrice du PPAc 2017-2021. Ce plan de maintenance précise entre autres les différents niveaux de maintenance, les personnes ou entités responsables (utilisateurs et/ou techniciens). Ainsi la réalisation des maintenances préventives est de la responsabilité des utilisateurs avec l'appui des TPM. Un renforcement des capacités des TPM est par conséquent nécessaire pour assurer le bon fonctionnement au niveau opérationnel.

La maintenance préventive systématique et curative des chambres froides est assurée par les techniciens du SERMEX à la direction nationale et dans les régions. Les techniciens se trouvant dans les régions ont des compétences limitées en matière de chambres froides. On a recourt ainsi à l'équipe du niveau central qui dispose d'un nombre réduit de techniciens mais doit répondre aussi à une plus grande charge de travail de maintenance des autres équipements du froid (climatiseurs, congélateurs, réfrigérateurs) en plus des chambres froides. Par conséquent, la maintenance préventive des chambres froides n'est pas systématique et la maintenance curative n'est pas précoce. Une contractualisation avec les prestataires privés avec une option de transfert de compétences se dégage comme la meilleure alternative.

- **Renforcement des capacités de gestion de la logistique**

L'éloignement de certaines régions du dépôt central de Niamey, la dégradation du réseau routier, ont contribué à l'amortissement des véhicules d'approvisionnement et à allonger les délais de livraison des vaccins et consommables d'où la nécessité de construire un dépôt central intermédiaire à Konni et le renouvellement de la logistique de distribution.

On note également la faible compétence des TPM et des agents du SERMEX dans la maintenance préventive et surtout curative des ECF. Ainsi, le renforcement de capacité de ces derniers dans le domaine de la maintenance curative s'avère nécessaire auprès des fabricants pour les familiariser aux nouveaux ECF et pouvoir faire face aux fréquentes pannes nécessitant une technologie spécifique telles que le remplacement de compresseur et le chargement en gaz. Notons par ailleurs qu'un apprentissage pour la maintenance préventive est assuré in situ lors de l'installation des ECF par le fournisseur.

Par ailleurs, il est envisagé la contractualisation avec des structures privées dans des domaines plus spécialisés (diagnostic des pannes des chambres froides, montage des unités de réfrigération, interprétation des schémas des circuits électriques/électroniques) pour faire face aux multiples tâches de maintenance préventive et curative ainsi que le manque de qualification des TPM et techniciens du SERMEX.

A cela s'ajoute un manque des pièces de rechange pour la maintenance des chambres froides (Stabilisateurs, Unité de réfrigération, Extracteur d'air) justifiant une dotation à différents niveaux

Par ailleurs il faut souligner un manque de magasin de stockage des consommables dans les 8 régions, les 36 anciens districts sanitaires et d'abris pour les équipements de la chaîne de froid dans les 28 nouveaux districts nécessitant la construction de magasins et d'abris.

Énumérer les activités prioritaires pour chacun des cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement :

Décrire les activités liées aux fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement – Pour celles prévues les années 1 et 2 et celles prévues les dernières années (3 à 5).

→ *Ces activités doivent être liées au dernier Plan d'amélioration de la GEV et être mises en évidence dans le plan de travail et le budget opérationnels*

1. Amélioration continue

Pour 2020 et 2021

- Acquérir 1 camion de 50 tonnes pour le transport des consommables de l'entrepôt national de relais à Konni ;

<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir 2 camions frigorifiques de 40 m³ pour le transport des produits de la chaîne du froid au niveau de l'entrepot du relais de Konni ; - Acquérir quatre (4) camionnettes frigorifiques de 15 m³ pour le transport des vaccins pour 4 régions (Maradi, Tahoua, Tillabéri, Dosso) ; - Acquérir 2 véhicules de supervision Toyota Hard Top pour la DI ; - Doter les organisations de la société civile en appui à la vaccination d'un (1) véhicule Toyota Hard Top ; - Acquérir et installer 4 incinérateurs électriques de grande capacité au niveau des régions de Tahoua, Maradi, Zinder et Dosso. <p>Sous réserve des recommandations de l'étude d'optimisation SC et remodelage de la chaîne d'approvisionnement de 2019, il est programmé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construire un entrepôt national de relais à Konni pour le stockage des vaccins et intrants en vue de desservir les régions lointaines (Diffa, Zinder, Maradi, Agadez et Tahoua) - Construire 1 magasin sec dans chacune des 2 régions (Diffa, Tillabéri) ; - Construire 15 magasins secs au niveau district ; - Doter et installer quatre (4) chambres froides de 40 m³ fonctionnant à l'énergie solaire au niveau de l'entrepôt national de relais à Konni.
<p>Pour 2022</p>
<p>2. Gestion/Leadership</p>
<p>Pour 2020 et 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construire et équiper des bureaux supplémentaires pour la DI ; - Réaliser l'inventaire physique des équipements de la chaîne du froid ; - Mettre à jour l'inventaire des équipements de la chaîne du froid ; - Assurer le transport des Vaccins et consommables du niveau central vers les huit (8) régions ; - Assurer le transport des vaccins et consommables des régions vers les 33 DS Prioritaires; - Appuyer le transport des vaccins des districts vers les CSI/ cases de santé ; - Doter la Direction des Immunisations de quinze (15) ordinateurs portables ; - Doter la Directions Immunisations de dix (10) kits informatiques (ordinateurs destop, imprimantes, onduleurs) ; - Assurer le stage de formation des techniciens de la DI et de SERMEX auprès des fabricants des équipements de la chaîne du froid (une personne par région et trois du niveau central) - Former 30 (8 DRSP, 8 CRI, 14 cadres de la DI) cadres du niveau national et régional sur le CCL (chaîne du froid, Gestion des vaccins, Tenue des outils SMT et Viva) ; - Former 72 CDI sur le CCL (chaîne du froid, Gestion de vaccins, Tenue des outils SMT et Viva) ; - Organiser des réunions trimestrielles du groupe de travail logistique sur le monitoring et analyse des données de la chaîne d'approvisionnement ; - Former chaque année 5 agents en logistique au Centre Logivac de l'IRSP/Ouidah
<p>Pour 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser l'inventaire physique des équipements de la chaîne du froid ; - Mettre à jour l'inventaire des équipements de la chaîne du froid ; - Assurer le transport des vaccins et consommables du niveau central vers les huit (8) régions ; - Assurer le transport des vaccins et consommables des régions vers les 33 districts ; - Appuyer le transport des vaccins des districts vers les CSI/ cases de santé ; - Former chaque année 5 agents en logistique au Centre Logivac de l'IRSP/Ouidah ; - Former 72 CDI et 72 OPM en utilisation des équipements de suivi et contrôle de température de la chaîne du froid.

<p>3. Données pour la gestion</p>
<p>Pour 2020 et 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire une évaluation interne (auto-GEV en 2021) ; - Réaliser une étude systématique de contrôle de température dans toutes les chambres froides ; - Mettre en place de 250 Rover Ink pour la collecte des données dans les 33 districts prioritaires à titre pilote ; - Organiser des réunions trimestrielles du groupe de travail logistique sur le monitoring et l'analyse des données de la chaîne d'approvisionnement.
<p>Pour 2022</p> <p>Organiser des réunions trimestrielles du groupe de travail logistique sur le monitoring et l'analyse des données de la chaîne d'approvisionnement</p>
<p>4. Équipement de la chaîne du froid (dont la maintenance)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Comment le pays s'assurera-t-il que certains aspects du maintien de la chaîne du froid seront garantis (par ex., maintenance préventive et corrective, suivi de la fonctionnalité, techniciens, financement de la maintenance, approvisionnement des pièces détachées, etc.) ? • À quelle fréquence le pays s'engage-t-il à effectuer la maintenance préventive et corrective (avec le soutien des partenaires) ? • Comment le pays surveillera-t-il la bonne exécution de la maintenance préventive et corrective ? • Indiquer les sources de financement pour les activités de maintenance planifiées • Comment le pays mettra-t-il au rebut l'équipement obsolète et irréparable, remplacé par un nouvel équipement ?
<p>Pour 2020 et 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doter et installer trois (3) chambres froides de 40 m³ au niveau central ; - Acquérir et installer deux chambres froides solaires à Maradi et Tahoua ; - Solariser les chambres froides des 4 régions (Agadez, Diffa; Zinder; Dosso ; - Acquérir et renouveler les équipements de surveillance de température à distance dans les 8 entrepôts de chambres froides de régions et l'entrepôt national ; - Acquérir et renouveler les équipements de surveillance de température à distance dans les 72 districts ; - Contractualiser et transférer les compétences avec un prestataire privé pour la maintenance préventive et curative des chambres froides et des groupes électrogènes au niveau central ; - Contractualiser et transférer les compétences avec un prestataire privé pour la maintenance préventive et curative des chambres froides et des groupes électrogènes dans les 8 régions ; - Acquérir les pièces de rechange des chambres froides (unités de réfrigération, unités de congélation...); - Assurer le fonctionnement des groupes électrogènes pour la chaîne du froid (carburant) pour la DI et les 8 régions ; - Doter 72 OPM en outillage de maintenance des équipements de la chaîne du froid.
<p>Pour 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la contractualisation et le transfert des compétences avec un prestataire privé pour la maintenance préventive et curative des chambres froides et des groupes électrogènes au niveau central ;

<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la contractualisation et le transfert des compétences avec un prestataire privé pour la maintenance préventive et curative des chambres froides et des groupes électrogènes dans les 8 régions ; - Assurer le fonctionnement des groupes électrogènes pour la chaîne du froid (carburant) pour la DI et les 8 régions.
<p>5. Conception du système (tous les pays doivent répondre) <i>Si le pays fait une demande pour la POECF, indiquer également dans quelle mesure ces considérations en matière de conception du système ont eu un impact sur le choix de l'ECF pour lequel le soutien de la POECF est demandé.</i></p>
<p>Pour 2020 et 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer dans l'acquisition des équipements de la chaîne du froid dans le cadre de CCEOP (20% quote part Pays) ; <p>Concernant l'appui à la chaîne d'approvisionnement et à la chaîne de froid, la deuxième phase de l'étude d'optimisation / remodelage de la chaîne d'approvisionnement sera finalisée courant 2019 sur des financements Gavi hors RSS. Dans le cadre de la JSP il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementer le modèle de la chaîne d'approvisionnement retenu
<p>Pour 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuer l'implémentation du modèle de la chaîne d'approvisionnement retenu ; <p>Au total, la complémentarité/harmonisation des appuis demandés se fera à travers les contributions de l'Etat et d'autres partenaires. De façon spécifique pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration continue (Etat, UNICEF, OMS) • Gestion/Leadership (Etat, OMS, BM, UNICEF, ENABEL, FC, JSI) • Données pour la gestion (Etat, OMS, UNICEF, JSI) • Équipement de la chaîne du froid (dont la maintenance) (Etat, OMS, UNICEF) • Conception du système (Etat, UNICEF, JSI, OMS)
<p>Décrire la manière dont la pérennité de ces activités sera garantie à l'avenir :</p>
<p>La pérennisation des activités énumérées ci-dessus passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plaidoyer à un haut niveau de l'Etat pour une mobilisation et une sécurisation des fonds destinés aux activités de vaccination (Assemblée nationale, Ministères des Finances et du Plan) ; • Un engagement du Chef de l'Etat en tant que Champion de la vaccination pour Gavi ; • Une capacité managériale et le leadership du Ministère de la Santé Publique ; • La culture de la Gestion Axée sur les Résultats
<p>Énumérer les indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers l'objectif :</p> <p>→ <i>Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)</i></p> <p>En cas de demande de soutien à la POECF, inclure les indicateurs obligatoires (veuillez consulter le guide de programmation, ici : https://www.gavi.org/soutien/processus/demander/rss/)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissement (CSI et CS) qui dispose d'un réfrigérateur non homologué ou non admissible qui viennent d'être dotés avec un équipement de CDF solaire admissible à la plateforme ; • Nombre d'établissement (CSI et CS) auparavant sans équipement et maintenant dotés d'ECF admissible à la plateforme ; • Proportion de dépôts de DS équipés en ECF fonctionnels.
<p>Détailler les besoins en AT nécessaires pour faciliter cette activité et clarifier le montant qui n'est pas pris en charge dans le PEF/aide ciblée aux pays.</p>
<p>Il existe un TCA 2019 prenant en compte l'AT pour assurer le bon déroulement des activités de la mise en œuvre du CCEOP et Le transfert de compétence en Gestion de la chaîne du froid. Le Niger souhaiterait que cet appui continu pour les trois prochaines années.</p>

Le PEF-TCA fera l'objet d'un suivi et d'une reprogrammation annuels selon les besoins.		
Quelle partie du budget RSS et POECF est allouée à cet objectif <i>→ Insérer ici les mêmes chiffres que dans le tableau 2.3 et les mettre également en évidence dans le modèle de prévision budgétaire</i>	Années 1 à 2	7 227 952 USD
	Année 3	742 545 USD
<i>Veillez également fournir des informations sur les principaux facteurs de coûts, les contributions et les estimations nécessaires aux principales activités de cet objectif ici :</i>		
<i>Voir costing détaillé en annexe (Annexe 29 : Budget JSP 2020-2022)</i>		

Partie E : Signatures - Approbation de la Justification de soutien au programme

Formulaire de signature du gouvernement

Afin d'améliorer son programme de vaccination, le gouvernement du Niger souhaite renforcer le partenariat actuellement en place entre le gouvernement et Gavi, et demande par la présente à Gavi son soutien pour le portefeuille énoncé dans cette Justification de soutien au programme (JSP) :

Conformément aux plans stratégiques nationaux en matière de santé publique et de vaccination, le gouvernement du Niger s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable. Le gouvernement demande à Gavi et à ses partenaires de contribuer financièrement et techniquement à la vaccination des enfants du pays, conformément aux dispositions de la présente demande.

Le gouvernement du Niger tiendra les engagements de cofinancement énoncés dans cette JSP, exprimés en doses ou leur montant équivalent en dollars dans la Partie A ci-dessus.

Nous, les soussignés, déclarons que les objectifs et les initiatives de la présente demande sont en parfaite adéquation avec les plans stratégiques gouvernementaux de santé publique et de vaccination (ou leurs équivalents), et que les fonds nécessaires à la mise en oeuvre de ces initiatives, notamment les fonds nationaux et le cofinancement éventuel des vaccins seront inscrits au budget annuel du Ministère de la Santé.

Nous, les soussignés, déclarons également que le financement demandé pour les salaires, les primes, les majorations, les indemnités journalières et les mesures incitatives ne font pas double emploi avec des fonds provenant d'autres sources (autres donateurs, etc.).

Nous, les soussignés, affirmons en outre que les termes et les conditions de l'accord-cadre de partenariat conclu entre Gavi et le pays continuent d'être pleinement en vigueur et s'appliqueront à toute aide accordée par Gavi en vertu de la présente demande..¹⁷

Ministre de la Santé (ou autorité déléguée)		Ministre des Finances (ou autorité déléguée)	
Nom	Dr IDI ILLIASSOU MAINASSARA	Nom	Mr MAMOUDOU DIOP
Date		Date	
Signature		Signature	

¹⁷ Dans l'éventualité où le pays n'aurait pas encore conclu d'accord-cadre de partenariat avec Gavi, les termes et les conditions de la présente demande s'appliqueront en vertu de cette dernière à toute aide accordée par Gavi.