

Le Gouvernement de

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE
MAURITANIE

Proposition de soutien soumise à

l'Alliance mondiale pour les vaccins et la
vaccination (GAVI)

et au Fonds pour les vaccins

GAVI Global Alliance for
Vaccines and Immunization

Pour plus de commodité, ce document est accompagné d'une version électronique sur disquette. Veuillez renvoyer une copie de la disquette ainsi qu'une version papier du

document, signée, au Secrétariat de l'Alliance; a/s UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse.

Les questions doivent être adressées au : Dr Tore Godal, tgodal@unicef.org ou aux représentants d'une institution partenaire de l'Alliance. Tous les documents et annexes doivent être soumis en français ou en anglais.

1. Résumé

Résumé de la proposition comprenant les demandes spécifiques de soutien de GAVI et du Fonds pour les vaccins. Il faut présenter ici les chiffres qui sont essentiels pour le calcul du montant de la récompense, à savoir les données de base, la couverture actuelle par le DTC3 et les objectifs d'augmentation de la couverture, les stratégies mises en place pour atteindre tous les enfants, le nombre demandé de doses de vaccin(s) et leur conditionnement (conformément aux tableaux contenus dans ce formulaire). La nature de la participation du CCI à l'élaboration de cette proposition doit aussi être résumée.

La République Islamique de Mauritanie est située en Afrique de l'ouest entre le 15^{ème} et 27^{ème} parallèle nord, et couvre une superficie de 1 030 700 km², pour une population de 2 548 157¹ habitants soit une densité de 2,5 habitants au km². Le taux d'accroissement annuel est de 2,6 % et l'espérance de vie à la naissance est de 51,3 ans.

Les principaux indicateurs de santé sont :

- Taux de mortalité infantile 74 /1000²
- Taux de mortalité infanto-juvénile 116 /1000
- Taux de mortalité maternelle 747 /100.000 naissances vivantes
- Taux brut de mortalité 15,98 /1000
- Intervalle inter génésique 35 mois

Le programme Elargi de Vaccination a débuté dans notre pays en 1977 dans deux zones expérimentales du Trarza à Keur Macène et à Rosso. Il a ensuite enregistré une extension progressive pour se généraliser dans le pays en 1984.

Il utilisait deux stratégies :

- Une stratégie fixe à travers les services de santé maternelle et infantile en zone urbaine.
- Une stratégie mobile à travers des équipes mobiles en zone rurale.

En 1985 fut introduite une troisième stratégie qui est la stratégie d'accélération à travers les journées nationales et municipales de vaccination. Cette stratégie fut, ensuite, élargie aux journées maghrébines de vaccination de 1987 à 1994.

Puis à partir de 1995 la Mauritanie s'est engagée dans un processus d'éradication de la poliomyélite, du contrôle de la rougeole par l'organisation de journées nationales de vaccination.

En 1996 la RIM a opté pour l'initiative d'indépendance vaccinale (IIV) prenant en charge l'achat des vaccins et consommables.

Le PEV a pour objectif général de protéger les enfants de 0 à 11 mois contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole et les femmes en âge de procréer (14-44ans) contre le tétanos.

Selon le rapport de routine des districts sanitaires le taux de couverture vaccinale du DTC3 est de 61% en 2001, ce qui correspond à 64 907 enfants vaccinés .

Les objectifs du PEV par antigène pour la période 2002-2006 sont :

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BCG	70	75	80	85	90	95
DTC3/Polio3	61 / 58	70	75	80	85	85
VAR	58	65	75	80	85	85
VAT2+	31	40	50	60	70	70
Hépatite B	-	-	0	20	30	85
Haemophilus influenzae b	-	-	0	20	30	85

Les stratégies retenues pour atteindre ses objectifs s'articulent autour des points suivants :

- Amélioration de la qualité de la vaccination, à travers :
 - Le renforcement de la stratégie fixe

¹ Recensement général de la population et de l'habitat 2000

² Enquête démographique et de santé 2000-2001

- Redynamisation de la stratégie avancée
 - Relance de la stratégie mobile
 - Introduction progressive de la stratégie mobile innovatrice
 - La mise en œuvre de la stratégie nationale de sécurité des injections
 - Renforcement des capacités/recyclage par la formation et la supervision et la poursuite du renforcement du PEV en ressources humaines, aussi bien au niveau central que régional et périphérique.
- Amélioration de la mobilisation sociale
 - Amélioration de la qualité de la planification, de la coordination et de la gestion (renforcement du monitoring pour disponibiliser les données de qualité du PEV, y compris les données des vaccins et cela jusqu'au niveau décentralisé).
 - Renforcement des vaccinations supplémentaires par l'organisation de campagne de masse ou de ratissage
 - Amélioration de la performance de la surveillance épidémiologique intégrée

Cette proposition de soutien à la soumission GAVI a été élaboré par un comité technique³ mis en place par le CNC/PEV. Elle a ensuite été amendée et approuvée par l'ensemble des membres du comité.

³ le document "analyse documentaire du PEV et de la surveillance" a été élaboré par des consultants OMS.

2. Signatures du Gouvernement et du Comité de coordination interagences

Le Gouvernement de LA REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel qui est présenté avec ce document. Les résultats des districts en matière de vaccination seront examinés chaque année par le biais d'un système de suivi satisfaisant aux exigences de la transparence. Le Gouvernement prie l'Alliance et ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique, afin de soutenir le programme de vaccination décrit dans cette proposition.

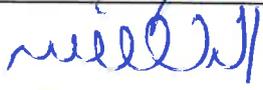
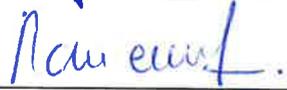
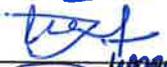
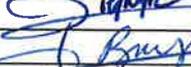
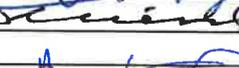
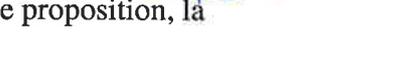
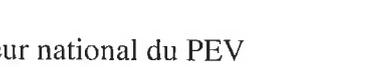
Signature: Monsieur DIOP ABDOUL HAMET.

Fonction: Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

Date:

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer à chaque pays les documents et annexes qui ont été soumis. Sauf avis contraire, les documents pourront être communiqués aux partenaires et aux collaborateurs de GAVI.

Les soussignés, membres du Comité de coordination interagences, approuvent cette proposition sur la base de la documentation qui lui est annexée. Les signatures avalisant la présente proposition ne constituent en rien un engagement financier (ou juridique) de la part de l'institution ou de l'individu partenaire:

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales	Mr Diop Abdoul Hamet : Ministre de la Santé et des Affaires sociales		
	Dr Dah Ould Cheikh : Secrétaire Général du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales		
	Dr Idoumou Ould Mohamed Vall : Directeur de la Protection Sanitaire		
	Dr Mariem Takhla Mint Mohamed Hamad <i>Ahmedy</i> : Directrice de la Pharmacie et des Laboratoires		
	Dr Isagh Ould Khalef : coordonnateur national du PEV		
Ministère de l'éducation nationale	Mr Aderrahmane Ould Mohamed Sidina		
Ministère de la culture et de l'orientation Islamique	Mr Mohamed Ali Ould Septy		
Ministère de l'intérieur des postes et télécommunications	Mr Mohamed Hady Macina: conseiller technique du Ministre <i>DAI / MSK</i>		
Ministère de la défense	Dr Barro Souleymane		
Ministère de la communication et des relations avec le parlement	Mr Mohamed Abdallahi Ould Boussery: conseiller technique du Ministre		
Secrétariat d'état à la condition féminine	Mme Oumoulvadly Kamara		
Coopération française	Mme Gaelle LEPAPE		
OMS	Dr El Hadi Benzerroug: représentant		
UNICEF	Mme Ute Deseniss Gros: représentante		
Banque Mondiale	Mr Souleymane Sow: représentant		
Rotary international	Mr Habibou Fall: représentant		

Au cas où le Secrétariat de l'Alliance aurait des questions sur cette proposition, la personne à contacter est:

Nom: Dr Ishagh Ould Khalef

Fonction/adresse: Coordonnateur national du PEV

N° de tél.: (00 222) 525 17 51

Direction de la protection sanitaire

N° de fax:... (00 222) 525 17 51

BP : 1433 Nouakchott

Courrier électronique: pevmsas@yahoo.fr

Autre adresse:

Nom: Dr Idoumou Ould Mohamed Vall Fonction/adresse: Directeur de la protection sanitaire

N° de tél.: (00)222 525 12 27

BP : 483 Nouakchott

N° de fax.....00222 525 69 43.....

Courrier électronique:..dps@mauritania.mr.....

3. Fiche d'information relative à la vaccination

Tableau 1 : Renseignements de base (année 2000 ou date plus récente; préciser dates des données fournies)

Population	2 548 157	PNB par habitant	480 USD
Nourrissons survivants*	106 768	Taux de mortalité infantile	74/ 1000**
Pourcentage du PIB alloué à la santé	2,0	Pourcentage des dépenses du gouvernement au titre des soins de santé	8,0

*Nourrissons survivants = enfants ayant atteint leur premier anniversaire, **EDSM 2000-2001

Tableau 2: Tendances de la couverture vaccinale et de la charge de morbidité à 12 mois selon Formulaire de rapport commun annuel OMS/UNICEF sur les maladies évitables par la vaccination

Tendances de la couverture vaccinale (pourcentage)							Charge de morbidité des maladies évitables par la vaccination			
Vaccin		Notifié		Enquête EDSM 2000-2001			Maladie	Nombre de cas déclarés		
		2000	2001	2000	Age group	2001	Age group	1997	1998	
BCG		48	70	68	12-23 mois	-	-	Tuberculose	3 788	3617
DTC	DTC1	45	82	61	12-23 mois	-	-	Diphtérie	0*	0
	DTC3	31	61	33	12-23 mois	-	-	Coqueluche	445*	1 331
VPO3		31	58	37	12-23 mois	-	-	Poliomyélite	0*	0
Rougeole		28	58	45	12-23 mois	-	-	Rougeole	907*	2 234
TT2+ (Femmes enceintes)		19	31	25	14-45 ans	-	-	Tétanos NN	1**	11*
Hib3		S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	Hib	S.O	S.O****
Fièvre jaune		S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	Fièvre jaune	S.O	S.O
HepB3		S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	Séroprévalence hepB (si disponible)	24***	-
Supplémentation en vitamine A	Mères (< 6 semaines après accouchement)	S.O	S.O	S.O	S.O	S.O	S.O			
	Nourrissons (> 6 mois)	81	94,9	58						

*Annuaire des statistiques sanitaires 1997, 1998 ** données de la division de la surveillance épidémiologique *** étude sur la prévalence de l'Ag HBS chez les donneurs de sang du centre hospitalier national en 1996, S.O :sans objet

Estimation officielle la plus juste: Donner l'estimation officielle la plus juste de la couverture vaccinale des nourrissons, telle qu'elle est indiquée dans le Formulaire de rapport commun OMS/UNICEF. Expliquer pourquoi cette estimation est la plus juste: les récents efforts accomplis dans la relance du PEV(depuis mai 2001), avec l'organisation de campagnes locales de vaccination multiantigènes, la reprise de la stratégie mobile et des supervisions régulières, associés à l'amélioration de la collecte, l'analyse et la transmission des données de routine des districts sanitaires avec un taux de complétude satisfaisant sont en faveur de la couverture vaccinale de routine ; tandis que tous ses aspects n'ont pas été pris en compte dans les données de l'EDSM, 2000-2001.

- **Résumé sur les aspects du développement du système de santé concernant la vaccination:**

Le 4eme plan d'action sanitaire (1981-1985) a eu pour objectifs principaux d'accroître la couverture sanitaire, d'accorder la priorité à la prévention et de généraliser les soins de santé primaires.

Les principales recommandations du plan directeur national 1992-1996 ont suggéré que la lutte contre la maladie et les handicaps doit être renforcée et intégrée. Les efforts accomplis ont certes entraîné une nette diminution de l'incidence de certaines maladies prioritaires : la poliomyélite, la rougeole, et le tétanos maternel et néonatal ; mais les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile restent très élevés. Les maladies transmissibles et la malnutrition représentent les causes majeures de morbidité et de mortalité dans tous les groupes d'âge. L'utilisation des services de prévention reste encore faible.

la couverture vaccinale a évolué en dents de scie entre 1991 et 2000, elle a connu une progression continue dans sa première phase, avant de stagner, et même baisser à partir de 1996. Les journées nationales de vaccination organisées depuis 1995 ont connu des succès remarquables avec des taux de couverture vaccinale supérieurs à 90%, mais le polio virus continue de circuler comme le témoigne l'identification d'un cas de polio virus sauvage autochtone en mars 2001.

D'autre part depuis 1996, la RIM s'est engagée pour l'initiative d'indépendance vaccinale prenant en charge l'achat des vaccins et consommables, cette ligne budgétaire a connu une augmentation progressive de 36 à 50 millions.

Le plan directeur de la santé en cours (1998-2002) réaffirme cette volonté de poursuivre les efforts vers la satisfaction du plus grand nombre. Conformément aux engagements pris par le gouvernement : la *poliomyélite* sera éradiquée d'ici l'an 2005 ; le *tétanos néonatal* sera éliminé pour atteindre, d'ici l'an 2005, une incidence inférieure à 1 cas pour 1000 naissances vivantes ; la *rougeole* sera contrôlée pour atteindre une réduction de 90% de son incidence et réduire sa part dans la mortalité de 95%. La vaccination contre *l'hépatite B* et *l'haemophilus influenzae b* sera introduite progressivement à partir de 2004 dans le PEV.

En mars 1999, la RIM a été déclaré éligible à l'initiative de réduction de la dette des pays pauvres très endettés (PPTe), dont l'une des conditionnalités relative à la santé est l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, en particulier celle du DTC3 qui doit être portée à 70%.

Dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, quatre grands axes prioritaires ont été identifiés dont le troisième vise le développement des ressources humaines et l'accès aux infrastructures essentielles. Cet axe est celui qui à long terme, aura l'effet le plus sensible sur la pauvreté à travers son impact sur la productivité et l'amélioration des conditions de vie des pauvres. L'accès à l'éducation et à la santé en particulier réduit considérablement la vulnérabilité des pauvres.

Le cadre de programmation budgétaire à moyen terme pour la mise en œuvre des stratégies santé du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté se fixe trois grandes catégories d'objectifs d'impact sur la pauvreté :

- améliorer les indicateurs de santé de la population Mauritanienne avec un accent particulier sur l'amélioration des indicateurs pour les groupes les plus pauvres ; réduction de la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle (par exemple réduire la mortalité infantile en milieu urbain de 75/1000 en 2001 à 60/1000 d'ici 2004)
- limiter l'impact des dépenses sur le revenu des plus pauvres
- améliorer la participation des pauvres.

Le cadrage aboutit à augmenter la dépense de santé par habitant qui était de 8 dollars US en 1999 à 14 dollars US en 2002 pour atteindre 16 dollars US par habitant les années suivantes.

- Section(s) pertinente(s) des stratégies de développement du système de santé
- Plan directeur national pour la santé 1998-2002 (pages 36-59)
- Cadre budgétaire à moyen terme 2002-2004 (pages 3-8 , 20 et 29)

Numéro des documents 1 et 2.

4. Profil du Comité de coordination interagences (CCI) / comité national de coordination pour le PEV (CNC/PEV)

Divers partenaires et institutions (y compris des ONG et des instituts de recherche) soutiennent les services de vaccination dans le pays, et sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme interagences qui, est appelé Comité National de Coordination inter agences du PEV (CNC/PEV).

- **Nom du CCI :** Comité National de Coordination inter agences pour le programme élargi de vaccination (CNC/PEV)
- **Date de la constitution du CCI actuel :** 05 février 2002
- **Structure (par ex., sous-comité, organisme indépendant) :** sous-comité logistique, sous-comité mobilisation sociale, sous-comité surveillance épidémiologique, et sous-comité journées nationales de vaccination.
- **Fréquence des réunions :** 1 fois par mois pendant le 1^{er} semestre de l'année 2002, puis 1 réunion trimestrielle pendant le second semestre.
- **Composition:**

Fonction	Titre / organisation	Nom
Président(e)	Ministre de la santé et des affaires sociales	Mr Diop Abdoul Hamet
Secrétaire	Coordonnateur national du PEV	Dr Ishagh Ould Khalef
Membres	Secrétaire Général du MSAS	Dr Dah Ould Cheikh
	Directeur de la Protection Sanitaire	Dr Idoumou Ould mohamed Vall :
	Directrice de la Pharmacie et des Laboratoires	Dr Mariem Takhla Mint Ahmedou
	Représentant du Ministère de l'éducation nationale	Mr Abderrahmane ould Mohamed Sidina
	Représentant du Ministère de la culture et de l'orientation Islamique	Mr Mohamed Ali Ould Septy
	Conseiller technique du Minitre de l'intérieur , des postes et télécommunications	Mr Mohamed Hady Macina
	Représentant du Ministère de la défense Chef de service de Pédiatrie (Hôpital Militaire)	Dr Barro Souleymane
	Conseiller technique du Ministère de la communication et des relations avec le parlement	Mr Mohamed Abdallahi Ould Boussery
	Représentante du secrétariat d'état à la condition féminine	Mme Oumoulvadly Kamara
	Représentant de la coopération française	Mme Gaelle LEPAPE
	Représentant résidant de l'OMS	Dr El Hadi Benzerroug
	Représentante résidante de l'UNICEF	Mme Ute Deseniss Gros
	Représentant de la banque mondiale	Mr Souleymane Sow:
Représentant du Rotary international	Mr Habibou Fall	

- **Principales fonctions et responsabilités du CNC/PEV:**
 1. Elaborer une politique nationale de vaccination contre les maladies infectieuses à potentiel épidémique et éradicables
 2. Fixer les maladies cibles du programme
 3. Suivre la mise en œuvre du programme de vaccination
 4. Fixer les orientations, stratégies et mesures appropriées au programme
 5. Veiller à la bonne marche des activités du programme
 6. Approuver les plans d'actions et l'exécution des plans sectoriels pluriannuels pour la vaccination ainsi que des rapports d'activités.
 7. Sensibiliser tous les partenaires nationaux et internationaux susceptibles d'apporter leur appui au programme élargi de vaccination.
 8. Soutenir et encourager les échanges d'informations et de retro information au niveau national, opérationnel auprès des partenaires extérieurs;
 9. Coordonner les activités et les engagements des partenaires;
 10. Veiller à ce que le partenariat suscité par le comité national se révèle une force d'appui positive aussi bien pour le PEV de routine que pour les journées nationales de vaccination.

- **Quatre grandes stratégies destinées à promouvoir le rôle et les fonctions du CNC/PEV au cours des 12 prochains mois:**
 - Renforcement de la logistique et de la chaîne de froid
 - Mise en œuvre du plan stratégique de communication pour le développement/mobilisation sociale
 - Renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée.
 - Amélioration de la qualité des Journées Nationales de vaccination porte à porte synchronisées.

- **Quatre indicateurs principaux (en plus de la couverture par le DTC3) retenus par le CNC/PEV pour suivre la mise en œuvre de cette proposition:**
 - Taux d'abandon entre le DTC1 et le DTC3
 - Taux de perte des vaccins
 - Surveillance épidémiologique intégrée (PFA)
 - Nombre de structures de santé utilisant les seringues autobloquantes et les récipients de sécurité

Documents de référence annexés:

- ❑ Mandat du CCI (voir arrêté de création)

Numéro de document 4

- Programme de travail du CCI pour les 12 prochains mois (disponible)

Numéro de document 3

- Comptes rendus des quatre dernières réunions du CCI ou de toute réunion relative à l'amélioration et l'élargissement du programme national de vaccination à laquelle les partenaires ont participé (disponibles)

Numéro de document 5

5. Évaluation(s) des services de vaccination

Référence est faite aux évaluations les plus récentes du système de vaccination, effectuées au cours des trois années qui ont précédé la présentation de cette proposition.

- Évaluations, examens et études des services de vaccination pour référence:

Titre de l'évaluation	Principales institutions participantes	Dates
Analyse documentaire du PEV de routine et de la surveillance des maladies	MSAS / OMS / UNICEF	Janvier 2002
Revue externe Programme Elargi de vaccination en Mauritanie, Septembre 2001 à Avril 2002	OMS/UNICEF/ICP PEV Abidjan	Version Avril 2002
Enquête démographique et de santé en Mauritanie	MSAS / FNUAP / USAID /Bureau Central des Statistiques Office National de la Statistique/ OMS/UNICEF/PNUD/FNUA P/BM/MACRO International.	2000-2001
Plan stratégique de communication pour le développement/mobilisation sociale	MSAS / OMS / UNICEF	2001

- Les évaluations ont recensé les trois principaux points forts suivants :

- Adhésion à l'initiative d'indépendance vaccinale
- Bonne capacité de stockage au niveau central
- Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégrée
- Création d'un comité de coordination des programmes nationaux de communication/plaidoyer/mobilisation sociale

- Les évaluations ont recensé les trois principaux problèmes suivants:

- Couverture vaccinale basse
- Insuffisance des moyens de communication (radio, fax, e-mail, véhicules ...)
- Mobilisation sociale insuffisante

- Les évaluations ont formulé les trois principales recommandations suivantes:

- Amélioration de la qualité de la vaccination de routine et de la surveillance intégrée des maladies
- Amélioration de la participation communautaire et de la mobilisation sociale
- Renforcement des vaccinations supplémentaires

- Joindre copie intégrale (avec résumé):

- des rapports d'évaluation les plus récents sur la situation des services de vaccination (disponibles) Numéro des documents 6, 7, 8
- d'une liste des recommandations des rapports d'évaluation; préciser le degré de réalisation de ces recommandations (c.a.d. intégrées au programme de travail, mises en œuvre, non appliquées, en cours ...). (disponible) Numéro du document 9

- Les composantes ou secteurs suivants des services de vaccination n'ont pas encore été examinés (ou étudiés).

Composante ou secteur	Mois/année
Le financement du PEV	

6. Plan pluriannuel pour la vaccination

Sur la base des recommandations de l'évaluation des services de vaccination, le Gouvernement a élaboré (ou mis à jour) le plan pluriannuel pour la vaccination ou adapté le plan relatif au secteur de la santé.

- Joindre copie intégrale (avec résumé) du Plan pluriannuel pour la vaccination ou des pages pertinentes du plan relatif au secteur de la santé. Numéro de document 10 (disponible)

- **Soutien technique requis pour la mise en œuvre du plan relatif à la vaccination (consultants experts, programmes de formation, outils de gestion...)**

Type de soutien technique	Période du soutien	Souhaité de l'institution
Consultants	2002-2004	OMS/UNICEF/IDA
Programmes de formation	2002-2003	OMS/UNICEF/IDA
Outils de gestion	2002-2003	OMS/UNICEF/IDA

Tableau 3 : Calendrier des vaccinations avec les vaccins traditionnels et les nouveaux vaccins, et micro nutriments (vitamine A)

Vaccin (ne pas utiliser de nom de marque)	Âges de l'administration (par les services de vaccination systématique)	Inscrire un "x" si le vaccin est administré dans:		Commentaires
		Tout le pays	Seulement une partie du pays	
BCG et POLIO 0	naissance	X		
DTC1/POLIO 1	6 semaines	X		
DTC2/POLIO 2	10 semaines	X		
DTC3/POLIO 3	14 semaines	X		

rougeole	9 mois	X		
VAT1	A partir de 14 ans ou lors d'une grossesse	X		
VAT2	4 semaines après VAT1	X		
VAT3	1 an après VAT 2	X		
VAT4	1 an après VAT 3	X		
VAT5	1 an après VAT 4	X		
Vitamine A	1 ère dose à partir de 6 mois 2è dose 6 mois après	X		

- **Résumé des principaux points d'action et du calendrier pour l'amélioration de la couverture vaccinale.**
 - Amélioration de la qualité de la vaccination à travers :
 - Le renforcement de la stratégie fixe
 - Redynamisation de la stratégie avancée
 - Relance de la stratégie mobile
 - Introduction progressive de la stratégie mobile innovatrice
 - La mise en œuvre de la stratégie nationale de sécurité des injections
 - Renforcement des capacités/recyclage
 - Amélioration de la mobilisation sociale
 - Amélioration de la qualité de la planification et de la gestion
 - Renforcement des vaccinations supplémentaires par l'organisation de campagne de masse ou de ratissage
 - Amélioration de la performance de la surveillance épidémiologique intégrée

Tableau 4: Données de base et objectifs annuels

Nombre de	Données de base	Objectifs						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Naissances	121 037	124 184	127 413	130 718	134 117	137 604	141 182	
Décès de nourrissons	74/1000	74/1000	74/1000	72/1000	72/1000	70/1000	70/1000	
Nourrissons survivants	106 768	114 945	117 984	121 306	124 461	127 772	131 298	
Nourrissons vaccinés avec le BCG*	58 098	86 929	95 560	104 571	114 000	123 844	134 407	
Nourrissons vaccinés avec le VPO3**	33 098	70 117	82 589	93 291	99 569	108 606	111604	
Nourrissons ayant reçu les trois doses de DTC**	33 098	70 117	82 589	93 291	99 569	108 606	111604	
Nourrissons vaccinés avec**: <i>(utiliser une ligne pour chaque nouveau vaccin)</i>	S.O	S.O	S.O	S.O	24 892	38 332	111604	
Nourrissons vaccinés contre la rougeole**	29 895	66 669	76 690	90 976	99 569	102 218	111 604	
Femmes enceintes vaccinées avec le TT+	22 997	38 498	50 966	65 359	80 471	96 329	98 828	

Supplémentation en vitamine A	Mères (< 6 semaines après l'accouchement)	S.O							
	Nourrissons (> 6 mois)	328 179	384 901	415 693	426 501	437 590	448 967	460 640	

* Objectif par rapport au nombre total de naissances

** Objectif par rapport au nombre des nourrissons survivants

- **Résumé des principaux points d'action et du calendrier pour la réduction du taux de perte des vaccins.**
Si le taux maximum de perte autorisé ne peut pas être atteint immédiatement, justifier le taux plus élevé:
 - 1998 : réalisation d'une étude sur les taux de pertes dans six Wilaya montrant l'importance du suivi des pertes.
 - 1998 : institutionnalisation d'approvisionnement en flacons de 10 doses.
 - 1999 : élaboration de directives nationales pour les flacons entamés et formation des agents de santé sur la politique des flacons entamés
 - 2000 : mise en place de gestion informatisée des antigènes
 - 2001 : mise en place de gestion des données du PEV y compris sur le suivi de la chaîne de froid.
 - 2002 : Actualisation des orientations sur l'utilisation des flacons entamés dans le cadre de la diffusion des directives pour la relance du PEV (circulaire ministériel)
 - 2002 : Institution de feed – back systématique aux Wilaya sur le monitoring des vaccins.
 - 2002 : Formation des points focaux régionaux PEV sur la gestion du programme (y compris la gestion des vaccins).
 - 2002 Révision du plan d'approvisionnement en vaccins au niveau central (2 approvisionnements au lieu d'un seul par an).

Tableau 5: Estimation des taux annuels de perte de DTC et d'abandon

	Réel	Objectifs						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux de perte ⁴	46,6%	33,7%	25	25	20	20	15	
Taux d'abandon [(DICI - DIC3) / DICI] x 100	31	24	20	15	10	7	5	

- Les pays demandant le vaccin contre la fièvre jaune doivent présenter le même tableau pour les taux de perte de vaccin contre la rougeole.
S.O
- Planification et contraintes liées à l'Initiative d'éradication de la poliomyélite:

La Mauritanie est un pays très vaste avec des habitants très dispersés, un réseau de communication peu développé et une couverture sanitaire encore insuffisante.

Les données sur les performances du programme de vaccination de routine et la surveillance des maladies cibles sont souvent incomplètes et accusent du retard. Les données sur la couverture vaccinale montre de faibles taux pour tous les antigènes y compris le VPO, avec des taux de déperdition élevés qui se potentialisent avec les faibles d'utilisation des structures de santé.

Des synergies restent à développer entre la division de la surveillance et les équipes de gestion du programme de vaccination de routine.

Depuis 1995, la Mauritanie organise des campagnes d'éradication contre la polio et le contrôle de la rougeole. Des taux de couverture dépassant les 90% n'ont toujours pas permis d'interrompre la circulation du polio virus sauvage (isolement d'un cas de polio virus sauvage autochtone en 2001) ; d'où l'importance

⁴ Formule pour calculer le taux de perte de DTC (en %): $[(A - B) / A] \times 100$. A étant le nombre de doses de DTC distribuées selon le registre des approvisionnements, corrigé du volume des stocks au début et à la fin de la période d'approvisionnement; et B le nombre de vaccinations DTC effectuées.

de faire des JNV porte à porte synchronisées visant à atteindre les dernières poches potentielles du virus sauvage responsable de quelques cas exceptionnelles de PFA.

Dans l'immédiat la qualité des JNV sera améliorée, le système de surveillance active renforcé et des campagnes de ratissage organisées si nécessaire. En toile de fond un accent particulier sera mis sur la relance du PEV de routine.

7. Sécurité des injections

7.1 *Résumé de la stratégie pour garantir la sécurité des injections aux fins de la vaccination (pour tous les pays):*

Afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, le gouvernement de la RIM s'est engagé à assurer l'usage sécurisé et rationnel des injections pour éviter tout risque à la personne qui reçoit l'injection, à celle qui l'administre et à la communauté. C'est ainsi que dans le cadre du PEV et à travers l'initiative d'indépendance vaccinale, la RIM a élaboré un plan pluriannuel de mise en œuvre de la stratégie nationale de sécurité des injections qui s'articule autour des points suivants :

2000 : Généralisation de l'utilisation des seringues autobloquantes comme matériel d'injection du PEV.

2000 : Etude sur la sécurité des injections permettant d'identifier les goulots d'étranglements.

2001 :

- Elaboration du projet de politique nationale pour la sécurité des injections.
- Elaboration du plan pluriannuel de mise œuvre de la politique de la sécurité des injections s'articulant autour des points suivants :
 - Formation / recyclage / supervision du personnel de santé (secteur public, privé) en gestion des stocks, sur la sécurité des injections, sur la rationalisation des prescriptions et sur la gestion des déchets.
 - Pérennisation de la ligne budgétaire pour l'achat de vaccins et consommables
 - Approvisionnement régulier en matériel d'injections, de prélèvements et de consommables à usage unique
 - Information, éducation, communication en direction de la communauté sur la sécurité des injections
 - Construction / réhabilitation d'incinérateurs

- ❑ Joindre une copie du Plan pour la sécurité des injections (y compris les plans en vue de la transition aux seringues autobloquantes) et la Gestion sans danger des déchets coupants, ou des pages pertinentes du plan relatif au secteur de la santé. (disponible)

Numéro de document 11

7.2 *Matériel pour la sécurité des injections (Pour les pays demandant à bénéficier d'un soutien au titre de la sécurité des injections).*

Les tableaux suivants sont utilisés pour calculer le volume des fournitures nécessaires au titre de la sécurité des injections:

Tableau 6.1: Estimation des fournitures nécessaires pour garantir la sécurité des injections avec le BCG
(Utiliser un tableau pour chaque vaccin – BCG, DTC, TT et rougeole – et numéroté de 6.1 à 6.4)

		Formule	2002	2003	2004	2005	2006
A	Nombre d'enfants devant recevoir le vaccin BCG	<i>Faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>	95 560	104 571	114 000	123 844	134 407
B	Nombre de doses par enfant	#	1	1	1	1	1
C	Nombre de doses de BCG	A x B	95 560	104 571	114 000	123 844	134 407
D	Seringues autobloquantes (+10% de perte)	C x 1.11	106 071	116 074	123 654	137 467	149 192
E	Stock régulateur de seringues autobloquantes ⁵	D x 0.25	26 517	0	0	0	0
F	Total seringues autobloquantes	D + E	132 588	116 074	123 654	137 467	149 192
G	Nombre de doses par flacon	#	20	20	20	20	20
H	Nombre de seringues pour reconstitution ⁶ (+10% de perte)	C x 1.11 / G	7 359	6 443	6863	7630	8281
I	Nombre de réceptacles de sécurité (+10% besoins supplémentaires)	(F + H) x 1.11 / 100	1554	1 360	1449	1 567	1748

Tableau 6.2: Estimation des fournitures nécessaires pour garantir la sécurité des injections avec le DTC
(Utiliser un tableau pour chaque vaccin – BCG, DTC, TT et rougeole – et numéroté de 6.1 à 6.4)

		Formule	2002	2003	2004	2005	2006
A	Nombre d'enfants devant recevoir le vaccin DTC	<i>Faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>	82 587	93 291	99 569	108 606	111 604
B	Nombre de doses par enfant	#	3	3	3	3	3
C	Nombre de doses de DTC	A x B	247 761	279 873	298 707	325 818	334 812
D	Seringues autobloquantes (+10% de perte)	C x 1.11	275 014	310 659	331 567	361 658	371 641

⁵ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrivez zéro pour les autres années.

⁶ Seulement pour les vaccins lyophilisés. Inscrivez zéro pour les autres vaccins.

E	Stock régulateur de seringues autobloquantes ⁷	D x 0.25	68 753	0	0	0	0
F	Total seringues autobloquantes	D + E	343 768	310 659	331 567	361 658	371 641
G	Nombre de doses par flacon	#	10	10	10	10	10
H	Nombre de seringues pour reconstitution ⁸ (+10% de perte)	$C \times 1.11 / G$					
I	Nombre de réceptacles de sécurité (+10% besoins supplémentaires)	$(F + H) \times 1.11 / 100$	3816	3448	3 680	4 014	3717

Tableau 6.3: Estimation des fournitures nécessaires pour garantir la sécurité des injections avec le VAR
(Utiliser un tableau pour chaque vaccin – BCG, DTC, TT et rougeole – et numéroter de 6.1 à 6.4)

	Formule	2002	2003	2004	2005	2006	
A	Nombre d'enfants devant recevoir le vaccin le VAR <i>Faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>	76 690	90976	99 569	102 218	111 604	
B	Nombre de doses par enfant	#	1	1	1	1	
C	Nombre de doses de VAR	A x B	76 690	90976	99 569	102 218	111 604
D	Seringues autobloquantes (+10% de perte)	$C \times 1.11$	85 126	100 984	110 522	113 452	123 880
E	Stock régulateur de seringues autobloquantes ⁹	D x 0.25	21 281	0	0	0	
F	Total seringues autobloquantes	D + E	106 407	100 984	110 522	113 452	123 880
G	Nombre de doses par flacon	#	10	10	10	10	
H	Nombre de seringues pour reconstitution ¹⁰ (+10% de perte)	$C \times 1.11 / G$	8 512	1 010	1105	1134	1238
I	Nombre de réceptacles de sécurité (+10% besoins supplémentaires)	$(F + H) \times 1.11 / 100$	1276	1234	1240	1272	1389

Tableau 6.4: Estimation des fournitures nécessaires pour garantir la sécurité des injections avec le TT
(Utiliser un tableau pour chaque vaccin – BCG, DTC, TT et rougeole – et numéroter de 6.1 à 6.4)

	Formule	2002	2003	2004	2005	2006	
A	Nombre de femmes devant recevoir le TT <i>Faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>	50 965	65 363	80 475	96 328	98828	
B	Nombre de doses de TT pour les femmes	#	5	5	5	5	
C	Nombre de doses de TT	A x B	254 825	326 815	402 375	481 640	494 140

⁷ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrivez zéro pour les autres années.

⁸ Seulement pour les vaccins lyophilisés. Inscrivez zéro pour les autres vaccins.

⁹ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrivez zéro pour les autres années.

¹⁰ Seulement pour les vaccins lyophilisés. Inscrivez zéro pour les autres vaccins.

D	Seringues autobloquantes (+10% de perte)	$C \times 1.11$	282 856	362 765	446 636	534 620	548594
E	Stock régulateur de seringues autobloquantes ¹¹	$D \times 0.25$	0	0	0	0	0
F	Total seringues autobloquantes	D + E	282 856	362 765	446 636	534 620	548594
G	Nombre de doses par flacon	#	10	10	10	10	10
H	Nombre de seringues pour reconstitution ¹² (+10% de perte)	$C \times 1.11 / G$					
I	Nombre de réceptacles de sécurité (+10% besoins supplémentaires)	$(F + H) \times 1.11 / 100$	3 140	4 027	4 958	5 934	6 090

7.3 *Secteurs devant bénéficier de fonds pour la sécurité des injections* (Pour les pays demandant des fonds d'un montant équivalent à la valeur des fournitures calculées ci-dessus).

Liste des secteurs de la sécurité des injections financés par différentes sources: (Pour obtenir un soutien de GAVI/du Fonds pour les vaccins, remplir "Secteurs de soutien"; pour les seringues autobloquantes et l'élimination des déchets, remplir "Source des fonds".)

Source de fonds	Secteur de soutien	Début de l'utilisation des fonds
GAVI/Fonds pour les vaccins	Seringues autobloquantes et réceptacles pour l'élimination des déchets	2002
GAVI/Fonds pour les vaccins		

(Utiliser autant de lignes que nécessaire)

8. Vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins

- Résumé des aspects du plan pluriannuel pour la vaccination relatifs à l'introduction de vaccins sous-utilisés et de nouveaux vaccins.

Le vaccin contre l'hépatite B sera introduit progressivement dans le PEV de routine à partir de 2004. L'introduction concernera les deux Wilaya (régions) les plus peuplées à savoir Nouakchott et Nouadhibou représentant 27 % de la population totale du pays, et l'extension sera effectuée à l'ensemble du pays à partir de 2006.

Concernant le vaccin contre l'haemophilus influenzae b, une étude préalable est programmée pour 2003 pour combler l'absence de données sur le sujet ; et l'introduction dans le programme de vaccination sera effectuée en 2004.

C'est dans ce sens qu'un approvisionnement régulier et progressif de vaccins et de consommables a été prévu dans le plan pluriannuel, qui sera précédé d'un renforcement des capacités techniques et de moyens logistiques. Un processus de monitoring et d'évaluation accompagnera l'introduction des nouveaux vaccins.

- Évaluation de la charge de morbidité des maladies concernées (si disponible):

¹¹ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrire zéro pour les autres années.

¹² Seulement pour les vaccins lyophilisés. Inscrire zéro pour les autres vaccins.

Maladie	Titre de l'évaluation	Date	Résultats
Hépatite B	Etude sur la prévalence de l'Ag HBS chez les donneurs de sang du centre hospitalier national	1996	24%

- *(si des vaccins sous-utilisés ou de nouveaux vaccins ont déjà été introduits)*
Leçons tirées sur la capacité de stockage, la protection contre une congélation accidentelle, la formation du personnel, la chaîne du froid, la logistique, le taux d'abandon, le taux de perte, etc., sur la base de l'expérience actuelle en matière de vaccins sous-utilisés et de nouveaux vaccins: S. O.

- Résumé des points d'action couvrant les conséquences possibles pour la capacité de stockage, la formation du personnel, la chaîne du froid, les mesures pour éviter la congélation des vaccins, la logistique, le taux d'abandon, le taux de perte, etc. dans le Plan pour l'introduction de vaccins sous-utilisés et de nouveaux vaccins:
L'introduction de nouveaux vaccins nécessitera :
 - Un renforcement des capacités techniques (formation) et des moyens logistiques
 - Un renforcement de la capacité de stockage des vaccins et consommables dans les Moughataas et certaines Wilayas.
 - Former et superviser les agents sur le rangements corrects des vaccins dans la chaîne de froid et au cours du transport
 - Renforcer le suivi de la température matin et soir.
 - Insttueur lest de congélation lors de la supervision.
 - Mise en œuvre effective de la politique des flacons entamés.
 - Instituer le feed back à tous les niveaux sur le monitoring des vaccins.
 - Ajuster la fréquence d'approvisionnement des Wilayas et des Moughataas en fonction des capacités de stockage.
 - Une amélioration de la gestion des services pour réduire les taux d'abandons et de perte de vaccins

- **Premier choix:** nombre de doses demandées et conditionnement des vaccins sous-utilisés et des nouveaux vaccins. *(Pour chaque vaccin demandé – premier choix – utiliser les formules fournies)*

Tableau 7.1: Estimation du nombre de doses de vaccin contre l'hépatite B en flacon de 10 doses (Utiliser un tableau pour chaque conditionnement d'un vaccin et numéroté 7.2, 7.3, ...)

	Formule	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Nombre d'enfants devant recevoir le nouveau vaccin ¹³ <i>faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>			6 226*	9 581*	111 604**	
B	Nombre de doses par enfant #			3	3	3	
C	Taux de perte estimé en % ¹⁴ %			25	20	15	
D	Facteur de perte <i>Voir liste tableau α</i>			1,33	1,25	1,18	
E	Nombre de doses $A \times B \times D$			24 842	35 929	395 078	
F	Nombre de vaccins dans le stock régulateur ¹⁵ $E \times 0.25$			6 211	0	0	
G	Total doses de vaccin nécessaires $E + F$			31 053	35 929	395 078	
H	% des vaccins demandés au Fonds pour les vaccins %			100	100	100	
I	Nombre de doses demandées au Fonds pour les vaccins $G \times H / 100$			31 053	35 929	395 078	
J	Nombre de doses par flacon #			10	10	10	
K	Nombre de seringues autobloquantes ¹⁶ (+10% pertes) $[(A \times B) + F] \times 1.11 \times H / 100$			25 572	31 905	371 642	
L	Nombre de seringues autobloquantes stock régulateur $K \times 0.25$			6 393	7 976	92 911	
M	Total seringues autobloquantes $K + L$			31 965	39 881	464 553	
N	Nombre de seringues pour reconstitution ¹⁷ (+10% pertes) $I \times 1.11 / J$						
O	Nombre de réceptacles de sécurité ¹⁸ (+10% besoins supplémentaires) $(M + N) \times 1.11 / 100$			426	531	5 157	

*en 2004 et 2005 : la vaccination ne concernera que deux régions (Nouakchott et Dahklet Nouadhibou)

** en 2006 : extension de la vaccination à l'ensemble du pays

Tableau α : Taux et facteurs de perte

Taux de perte de vaccins	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
Facteur de perte équivalent	1.05	1.11	1.18	1.25	1.33	1.43	1.54	1.67	1.82	2.00	2.22	2.50

¹³ Veuillez ajuster les estimations relatives au nombre des enfants devant recevoir les nouveaux vaccins, si une introduction progressive est envisagée. Des explications doivent être fournies si les objectifs pour le hepB3 et le Hib3 diffèrent des objectifs pour le DTP3.

¹⁴ Le pays visera un taux maximum de 25% pour la première année et adoptera un plan pour une réduction progressive à 15% d'ici à la troisième année. Pour les vaccins en flacons monodoses et double-doses, le taux de perte acceptable est de 5%. Aucune limite maximale n'a été fixée pour le vaccin contre la fièvre jaune en flacons multidoses.

¹⁵ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrire zéro pour les autres années.

¹⁶ Un facteur de perte de 1.11 est appliqué au nombre total de doses de vaccin demandées au Fonds pour les vaccins, sans tenir compte de la perte de vaccins.

¹⁷ Uniquement pour les vaccins lyophilisés. Inscrire zéro pour les autres vaccins.

¹⁸ Un facteur multiplicateur de 1.11 est appliqué aux réceptacles de sécurité pour tenir compte des zones où un réceptacle sera utilisé pour moins de 100 seringues.

Tableau 7.2 : Estimation du nombre de doses de vaccin contre l'haemophilus influenzae b en flacon de 10 doses

	Formule	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Nombre d'enfants devant recevoir le nouveau vaccin ¹⁹	<i>faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>		6 226*	9 581*	111 604	
B	Nombre de doses par enfant	#		3	3	3	
C	Taux de perte estimé en % ²⁰	%		25	20	15	
D	Facteur de perte	<i>Voir liste tableau α</i>		1,33	1,25	1,18	
E	Nombre de doses	$A \times B \times D$		24 842	35 929	395 078	
F	Nombre de vaccins dans le stock régulateur ²¹	$E \times 0,25$		6 211	0	0	
G	Total doses de vaccin nécessaires	$E + F$		31 053	35 929	395 078	
H	% des vaccins demandés au Fonds pour les vaccins	%		100	100	100	
I	Nombre de doses demandées au Fonds pour les vaccins	$G \times H / 100$		31 053	35 929	395 078	
J	Nombre de doses par flacon	#		10	10	10	
K	Nombre de seringues autobloquantes ²² (+10% pertes)	$[(A \times B) + F] \times 1,11 \times H / 100$		25 572	31 905	371 642	
L	Nombre de seringues autobloquantes stock régulateur	$K \times 0,25$		6 393	7 976	92 911	
M	Total seringues autobloquantes	$K + L$		31 965	39 881	464 553	
N	Nombre de seringues pour reconstitution ²³ (+10% pertes)	$I \times 1,11 / J$		3 447	3 988	4 386	
O	Nombre de réceptacles de sécurité ²⁴ (+10% besoins supplémentaires)	$(M + N) \times 1,11 / 100$		393	487	5 206	

* en 2004 et 2005 : la vaccination ne concernera que deux régions (Nouakchott et Dahklet Nouadhibou)

** en 2006 : extension de la vaccination à l'ensemble du pays

¹⁹ Veuillez ajuster les estimations relatives au nombre des enfants devant recevoir les nouveaux vaccins, si une introduction progressive est envisagée. Des explications doivent être fournies si les objectifs pour le hepB3 et le Hib3 diffèrent des objectifs pour le DTP3.

²⁰ Le pays visera un taux maximum de 25% pour la première année et adoptera un plan pour une réduction progressive à 15% d'ici à la troisième année. Pour les vaccins en flacons monodoses et double-doses, le taux de perte acceptable est de 5%. Aucune limite maximale n'a été fixée pour le vaccin contre la fièvre jaune en flacons multidoses.

²¹ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrire zéro pour les autres années.

²² Un facteur de perte de 1.11 est appliqué au nombre total de doses de vaccin demandées au Fonds pour les vaccins, sans tenir compte de la perte de vaccins.

²³ Uniquement pour les vaccins lyophilisés. Inscrire zéro pour les autres vaccins.

²⁴ Un facteur multiplicateur de 1.11 est appliqué aux réceptacles de sécurité pour tenir compte des zones où un réceptacle sera utilisé pour moins de 100 seringues.

- **Deuxième choix:** Nombre de doses demandées et conditionnement des vaccins sous-utilisés et des nouveaux vaccins si le premier choix n'est pas disponible. (Utiliser les formules fournies au tableau 7.1)

Tableau 7.3 : Estimation du nombre de doses de vaccin contre l'hépatite B en flacon de une dose (Utiliser un tableau pour chaque conditionnement d'un vaccin et numéroter 7.2, 7.3, ...)

	Formule	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Nombre d'enfants devant recevoir le nouveau vaccin ²⁵	faire concorder avec les objectifs du tableau 4		6 226*	9 581*	111 604	
B	Nombre de doses par enfant	#		3	3	3	
C	Taux de perte estimé en % ²⁶	%		5	5	5	
D	Facteur de perte	Voir liste tableau α		1,33	1,25	1,18	
E	Nombre de doses	$A \times B \times D$		24 842	35 929	395 078	
F	Nombre de vaccins dans le stock régulateur ²⁷	$E \times 0.25$		6 211	0	0	
G	Total doses de vaccin nécessaires	$E + F$		31 053	35 929	395 078	
H	% des vaccins demandés au Fonds pour les vaccins	%		100	100	100	
I	Nombre de doses demandées au Fonds pour les vaccins	$G \times H / 100$		31 053	35 929	395 078	
J	Nombre de doses par flacon	#		1	1	1	
K	Nombre de seringues autobloquantes ²⁸ (+10% pertes)	$[(A \times B) + F] \times 1.11 \times H / 100$		25 572	31 905	371 642	
L	Nombre de seringues autobloquantes stock régulateur	$K \times 0.25$		6 393	7 976	92 911	
M	Total seringues autobloquantes	$K + L$		31 965	39 881	464 553	
N	Nombre de seringues pour reconstitution ²⁹ (+10% pertes)	$I \times 1.11 / J$					
O	Nombre de réceptacles de sécurité ³⁰ (+10% besoins supplémentaires)	$(M + N) \times 1.11 / 100$		426	531	5 157	

*en 2004 et 2005 : la vaccination ne concernera que deux régions (Nouakchott et Dahklet Nouadhibou)

** en 2006 : extension de la vaccination à l'ensemble du pays

²⁵ Veuillez ajuster les estimations relatives au nombre des enfants devant recevoir les nouveaux vaccins, si une introduction progressive est envisagée. Des explications doivent être fournies si les objectifs pour le hepB3 et le Hib3 diffèrent des objectifs pour le DTP3.

²⁶ Le pays visera un taux maximum de 25% pour la première année et adoptera un plan pour une réduction progressive à 15% d'ici à la troisième année. Pour les vaccins en flacons monodoses et double-doses, le taux de perte acceptable est de 5%. Aucune limite maximale n'a été fixée pour le vaccin contre la fièvre jaune en flacons multidoses.

²⁷ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrire zéro pour les autres années.

²⁸ Un facteur de perte de 1.11 est appliqué au nombre total de doses de vaccin demandées au Fonds pour les vaccins, sans tenir compte de la perte de vaccins.

²⁹ Uniquement pour les vaccins lyophilisés. Inscrire zéro pour les autres vaccins.

³⁰ Un facteur multiplicateur de 1.11 est appliqué aux réceptacles de sécurité pour tenir compte des zones où un réceptacle sera utilisé pour moins de 100 seringues.

Tableau 7.4 : Estimation du nombre de doses de vaccin contre l'*haemophilus influenzae b* en flacon d'une dose

		Formule	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Nombre d'enfants devant recevoir le nouveau vaccin ³¹	<i>faire concorder avec les objectifs du tableau 4</i>			6 226*	9 581*	111 604	
B	Nombre de doses par enfant	#			3	3	3	
C	Taux de perte estimé en % ³²	%			5	5	5	
D	Facteur de perte	<i>Voir liste tableau α</i>			1,33	1,25	1,18	
E	Nombre de doses	$A \times B \times D$			24 842	35 929	395 078	
F	Nombre de vaccins dans le stock régulateur ³³	$E \times 0.25$			6 211	0	0	
G	Total doses de vaccin nécessaires	$E + F$			31 053	35 929	395 078	
H	% des vaccins demandés au Fonds pour les vaccins	%			100	100	100	
I	Nombre de doses demandées au Fonds pour les vaccins	$G \times H / 100$			31 053	35 929	395 078	
J	Nombre de doses par flacon	#			1	1	1	
K	Nombre de seringues autobloquantes ³⁴ (+10% pertes)	$[(A \times B) + F] \times 1.11 \times H / 100$			25 572	31 905	371 642	
L	Nombre de seringues autobloquantes stock régulateur	$K \times 0.25$			6 393	7 976	92 911	
M	Total seringues autobloquantes	$K + L$			31 965	39 881	464 553	
N	Nombre de seringues pour reconstitution ³⁵ (+10% pertes)	$I \times 1.11 / J$			7 096	8 853	515 654	
O	Nombre de réceptacles de sécurité ³⁶ (+10% besoins supplémentaires)	$(M + N) \times 1.11 / 100$			434	541	10 881	

*en 2004 et 2005 : la vaccination ne concernera que deux régions (Nouakchott et Dahklet Nouadhibou)

** en 2006 : extension de la vaccination à l'ensemble du pays

- Joindre le plan d'action pour les vaccinations avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés (s'il est déjà contenu dans le plan national pluriannuel, indiquer les pages), (disponible dans le plan pluriannuel)

Numéro de document 10
Pages 14, 18-19

³¹ Veuillez ajuster les estimations relatives au nombre des enfants devant recevoir les nouveaux vaccins, si une introduction progressive est envisagée. Des explications doivent être fournies si les objectifs pour le hepB3 et le Hib3 diffèrent des objectifs pour le DTP3.

³² Le pays visera un taux maximum de 25% pour la première année et adoptera un plan pour une réduction progressive à 15% d'ici à la troisième année. Pour les vaccins en flacons monodoses et double-doses, le taux de perte acceptable est de 5%. Aucune limite maximale n'a été fixée pour le vaccin contre la fièvre jaune en flacons multidoses.

³³ Le stock régulateur pour les vaccins et les seringues autobloquantes est fixé à 25%. Celui-ci est calculé sur la base du premier stock de doses requises pour introduire la vaccination dans une zone géographique donnée. Inscrivez zéro pour les autres années.

³⁴ Un facteur de perte de 1.11 est appliqué au nombre total de doses de vaccin demandées au Fonds pour les vaccins, sans tenir compte de la perte de vaccins.

³⁵ Uniquement pour les vaccins lyophilisés. Inscrivez zéro pour les autres vaccins.

³⁶ Un facteur multiplicateur de 1.11 est appliqué aux réceptacles de sécurité pour tenir compte des zones où un réceptacle sera utilisé pour moins de 100 seringues.

9. Orientations stratégiques pour mobiliser des ressources additionnelles en faveur de la vaccination

- Résumé des stratégies que le gouvernement envisage de mettre en œuvre pour accroître les ressources destinées à la vaccination des enfants et qui seront converties en un Plan de viabilité financière au moment de l'examen à mi-parcours. Points forts des accords passés avec les institutions donatrices (par exemple, Initiative pour l'indépendance vaccinale) et utilisation des fonds dégagés par l'allègement de la dette

Le gouvernement envisage pour accroître la mobilisation des ressources destinées à la vaccination des enfants :

- S'appuyer davantage sur le comité national de coordination pour le PEV (CNC/PEV)
- Augmenter progressivement les contributions de l'état en tirant profit de l'initiative PPTE
- Renforcer la participation communautaire dans le financement des activités périphériques.
- Utiliser les fonds de sécurité au niveau décentralisé pour le financement du fonctionnement de la chaîne de froid (achat de gaz, etc...).

- Les tableaux des dépenses pour 2000 et des besoins en ressources détaillant les sources de fonds pour 2000 et les années suivantes sont présentés à l'Annexe 1.

Numéro de document 12

- Remarques sur les stratégies de réduction des coûts récurrents, destinées à contribuer à la viabilité financière (par exemple, diminution du taux de perte de vaccins):
 - Vaccins dont le coût ne varie pas avec la taille du conditionnement (nouveaux vaccins et autres tels que le DTC et le vaccin contre la polio dont le coût varie peu entre 10 à 20 %). Pour ces vaccins, la réduction des coûts récurrents passera certainement par la réduction des taux de perte dont un des facteurs déterminants est l'utilisation des flacons entamés en petits conditionnements.
 - Vaccins dont le coût varie de façon significative selon la taille du conditionnement (ex. VAT : 49 % d'augmentation du coût entre 10 et 20 doses). Pour ces derniers, la réduction des coûts pourrait être envisagé autrement qu'à travers la seule réduction de taux de pertes. Ainsi, pour le VAT on pourrait parvenir à une réduction des coûts récurrents avec le conditionnement de 20 doses par rapport à 10 doses, mêmes pour les taux de pertes élevés.

10. Résumé des demandes présentées à GAVI et au Fonds pour les vaccins

Compte tenu de tous les points présentés ci-dessus, le Gouvernement de la REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

considérant que sa couverture par le DTC3 pour 2000 était de 31% correspondant à 33 098 enfants ayant reçu les trois doses de DTC, demande à l'Alliance et à ses partenaires de lui fournir l'assistance financière requise pour augmenter la vaccination des enfants.

Plus précisément, le Gouvernement demande par la présente à bénéficier des formes suivantes de soutien de GAVI et du Fonds pour les vaccins (*Entourer "OUI" ou "NON", suivant les demandes soumises avec cette proposition*).

- **Soutien pour les Services de vaccination**
NON

OUI

- **Soutien pour les vaccins nouveaux ou sous-utilisés** OUI
NON

- **Soutien pour la sécurité des injections** OUI
NON

10.1 SOUTIEN POUR LES SERVICES DE VACCINATION

Il est demandé à GAVI et au Fonds pour les vaccins de financer les stratégies mises en place pour renforcer les services de vaccination en 2002, en fonction du nombre d'enfants supplémentaires (par comparaison aux données de base) qui seront vaccinés avec le DTC3 conformément au tableau 4, à savoir 29 434 (*nombre d'enfants*). Des fonds seront demandés également pour les années suivantes, suivant les estimations présentées au tableau 4.

- Le Gouvernement assume la pleine responsabilité de la gestion du transfert des fonds dans le pays. (*Si un autre mécanisme est nécessaire, le décrire et donner les raisons:*)
- Mécanisme opérationnel mis en place pour préserver les règles de la transparence, les normes comptables, la viabilité à long terme et l'autonomie du Gouvernement dans l'utilisation des fonds:
- *Les pays demandant un soutien pour les services de vaccination joindront le formulaire "Données bancaires" (Annexe 3) à leur proposition.*

10.2 SOUTIEN POUR LES VACCINS SOUS-UTILISÉS ET LES NOUVEAUX VACCINS

Il est demandé à GAVI et au Fonds pour les vaccins de financer l'introduction de vaccins sous-utilisés et de nouveaux vaccins en fournissant les vaccins suivants: (*n'indiquer que les vaccins demandés au Fonds, conformément aux tableaux 7.1, 7.2...*)

Tableau 9: Vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins demandés à GAVI et au Fonds pour les vaccins

Conditionnement du vaccin	Nombre de doses par flacon	Mois et année de début	Nombre de doses demandées pour la première année civile	Nombre de doses demandées pour la deuxième année civile*
Hépatite B (multidoses)	10	2004	155 256	119 205
Haemophilus influenzae b (multidoses)	10	2004	124 205	119 768

* Des vaccins seront également demandés pour les années suivantes, conformément aux tableaux 7.1, 7.2...

- Les vaccins seront achetés (*cocher une seule case*):

Par l'UNICEF

Par le GOUVERNEMENT

- (Si les vaccins sont achetés par le Gouvernement) Processus et procédures de l'autorité nationale chargée de contrôler l'achat et la livraison des vaccins dans le pays, y compris les lacunes, les obstacles et les mesures prévues pour améliorer le système de contrôle:
- (Si les conditions requises pour recevoir 100 000 USD en vue de faciliter l'introduction de nouveaux vaccins sont remplies) Joindre le formulaire "Données bancaires" (Annexe 3) à la proposition.

10.3 SOUTIEN POUR LA SÉCURITÉ DES INJECTIONS

Il est demandé à GAVI et au Fonds pour les vaccins de soutenir le plan pour la sécurité des injections en fournissant:

- (Cocher une seule case):
- Les articles détaillés au tableau 8
- Des fonds pour un montant équivalente

Tableau 8: Résumé du total des fournitures demandées à GAVI et au Fonds pour la sécurité des injections – BCG, DTC, TT et ROUGEOLE (indiquer les sommes totales des lignes "F", "H" et "I" des tableaux 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.

	ARTICLE		2002	2003	2004	2005	2006
F	Total seringues autobloquantes	pour BCG	132 588	116 074	123 654	137 467	149 192
		pour autres vaccins	733 031	804 408	888 725	1 009 730	1 044 115
H	Total seringues de reconstitution		15 881	7 453	7 968	8 764	9 514
I	Total réceptacles de sécurité		9 786	10 069	11 327	12 787	12 944

- (Si des fonds d'un montant équivalent à la valeur des articles ci-dessus, aux prix obtenus par l'UNICEF, sont demandés) Joindre le formulaire "Données bancaires" (Annexe 3) à la proposition.

11. Commentaires et recommandations complémentaires du CCI

ANNEXE 1

Besoins financiers et besoins à satisfaire en matière de vaccination (milliers d'USD)

Tableau 1

Dépenses en 2000 et différentes sources de financement										
Réf. #	Catégorie / ligne budgétaire	Gouvernement central	Gouvernement local	Secteur privé	Donateur 1 ¹	Donateur 2	Donateur 3	Donateur 4	Donateur n.. ²	Total dépenses en 2000
1.	Vaccins, seringues autobloquantes...									
1.1	▪ Ligne budgétaire...									
1.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
2.	Matériel (chaîne du froid, pièces de rechange, stérilisation...)									
2.1	▪ Ligne budgétaire...									
2.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
3.	Autres postes vaccination									
3.1	▪ Ligne budgétaire...									
3.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
Total dépenses en 2000										

¹ En cas de cofinancement, ou de système de financement agrégé, veuillez indiquer de façon aussi précise que possible le total du financement et/ou le montant des contributions des partenaires.
² Veuillez utiliser la version électronique du document et insérer le nombre nécessaire de colonnes pour les contributions des partenaires.
³ Veuillez utiliser la version électronique du document pour insérer autant de lignes que nécessaire.

Tableau 2

Budget pour 2000										
(Remplir un tableau similaire pour les années suivantes)										
Réf. #	Catégorie / Ligne budgétaire	Contributions des partenaires							Total besoins projetés	Besoins non satisfaits
		Gouvernement central	Gouvernement local	Secteur privé	Donateur 1 ¹	Donateur 2	Donateur 3	Donateur 4		
1.	Vaccins, seringues autobloquantes...									
1.1	▪ Ligne budgétaire...									
1.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
2.	Matériel (chaîne du froid, pièces de rechange, stérilisation...)									
2.1	▪ Ligne budgétaire...									
2.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
3.	Autres postes vaccination									
3.1	▪ Ligne budgétaire...									
3.2	▪ Ligne budgétaire... ³									
Total engagement										

¹ En cas de cofinancement, ou de système de financement agrégé, veuillez indiquer de façon aussi précise que possible le total du financement et/ou le montant des contributions des partenaires.
² Veuillez utiliser la version électronique du document et insérer le nombre nécessaire de colonnes pour les contributions des partenaires.
³ Veuillez utiliser la version électronique du document pour insérer autant de lignes que nécessaire.

ANNEXE 2

Résumé de la documentation³⁷

Information générale sur le développement du système de santé	
a) Section(s) pertinente(s) des stratégies pour le développement du système de santé : plan directeur national de la santé 1998-2002 Cadre stratégique à moyen terme 2002-2004	Numéro des documents 1 et 2
Profil du Comité de coordination interagences (CCI)	
b) Programme de travail du CCI pour les 12 prochains mois.	Numéro de document 3
c) Mandat du CCI : arrêté de création du CNC/PEV	Numéro de document 4
d) Comptes rendus des trois dernières réunions du CCI ou de toute réunion relative à l'introduction de vaccins sous-utilisés ou de nouveaux vaccins ou à la sécurité des injections.	Numéro de document 5
Évaluation des services de vaccination	
e) Rapport(s) de l'évaluation nationale la plus récente des services de vaccination : - Analyse documentaire du PEV et de la surveillance des maladies - Enquête démographique et de santé - Plan stratégique de communication pour le développement/mobilisation sociale pour le PEV 2001-2005	Numéro des documents 6, 7, 8
f) Résumé des recommandations du(des) rapport(s) d'évaluation, indiquant l'état de mise en œuvre de chaque recommandation.	Numéro de document 9
Plan pluriannuel pour la vaccination	
g) Copie intégrale (avec résumé) du Plan pluriannuel pour la vaccination ou des pages pertinentes du plan relatif au secteur de la santé.	Numéro de document 10
h) Plan d'action pour l'introduction de vaccins sous-utilisés ou de nouveaux vaccins dans les services de vaccination (s'il est présenté dans le plan pluriannuel, indiquer la page et les paragraphes).	Numéro de document. 10
i) Copie du Plan pour la sécurité des injections (y compris les plans pour la transition aux seringues autobloquantes) et la Gestion sans danger des déchets coupants, ou des pages pertinentes du plan relatif à la santé.	Numéro de document 11
Besoins non satisfaits exigeant des ressources additionnelles	
j) Tableaux des dépenses pour 2000 et besoins en ressources (Annexe 1)	Numéro de document 12

³⁷ Dans la mesure du possible, vous soumettrez des copies papier et électroniques identiques.