



Formulaire de demande de soutien SVN de Gavi

Soumis par
Le Gouvernement de
Mauritanie

Date de soumission: **19 Mai 2017**

Date limite de présentation:

- i. **3 Mai 2017**
- ii. 3 May 2017
- iii. 1 September 2017

Sélectionnez l'année de début et de fin de votre Plan pluriannuel complet (PPAC)

Année de début

Année de fin

Formulaire révisé en 2016

(À utiliser avec les directives de Décembre 2016)

Note: Veuillez vous assurer que la demande a bien été reçue par Gavi avant ou le jour de la date limite.

**CLAUSES ET CONDITIONS GÉNÉRALES DU SOUTIEN DE
Gavi**

FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR LES PROGRAMMES APPROUVÉS

Le pays du candidat ("Pays") confirme que tous les financements fournis par Gavi seront utilisés et appliqués pour la seule fin de réalisation du/des programme(s) approuvés décrits dans la demande de soutien du pays. Toute modification substantielle du/ des programme(s) approuvé(s) doit être examinée et approuvée à l'avance par Gavi. Toutes les décisions de financement concernant la demande de soutien sont du ressort du Conseil de Gavi et sont subordonnées aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

AMENDEMENT À L'APPLICATION

Le Pays avisera Gavi dans son Rapport annuel de situation s'il souhaite proposer un changement à la description du/des programme(s) dans sa demande de soutien. Gavi apportera les documents nécessaires à l'appui du changement approuvé et la demande du Pays sera amendée en conséquence.

RESTITUTION DE FONDS

Le Pays accepte de rembourser à Gavi tous les montants de financement qui n'auront pas été utilisés pour le/les programme(s) décrits dans sa demande de soutien. Le remboursement du pays est réalisé en dollars US, et, sauf accord spécifique, dans un délai de soixante (60) jours après que le Pays a reçu la demande de remboursement de Gavi et viré sur le(s) compte(s) indiqué(s) par Gavi.

SUSPENSION/ FIN

Gavi peut suspendre tout ou partie de son financement au Pays si elle a des raisons de soupçonner que les fonds ont été utilisés à d'autres fins que pour les programmes décrits dans la présente demande de soutien du Pays, ou dans tout amendement à la demande approuvée par Gavi. Gavi se réserve le droit de mettre fin à son soutien au pays pour le(s) programme(s) décrits dans sa demande en cas d'utilisation abusive attestée des fonds de Gavi.

ANTICORRUPTION

Le Pays confirme que les fonds fournis par Gavi ne seront pas offerts à un tiers et qu'il ne cherchera pas non plus à retirer des cadeaux, des paiements ou des avantages directement ou indirectement en rapport avec cette demande qui pourraient être considérés comme une pratique illégale ou une prévarication.

CONTRÔLE DES COMPTES ET ARCHIVES

Le pays procédera à des vérifications annuelles des comptes et les partagera avec Gavi comme demandé. Gavi se réserve le droit, de procéder elle-même ou de faire procéder par un agent à des contrôles ou autres évaluations de la gestion financière afin de s'assurer de l'obligation de rendre compte des fonds alloués au pays.

Le pays tiendra des archives comptables précises justifiant de l'utilisation des fonds de Gavi. Le pays conservera ses archives comptables conformément aux normes comptables approuvées par son gouvernement pendant au moins trois ans après la date du dernier décaissement de fonds de Gavi. En cas de litige sur une éventuelle malversation de fonds, le pays conservera ces dossiers jusqu'à ce que les résultats de l'audit soient définitifs. Le pays accepte de ne pas faire valoir ses privilèges documentaires à l'encontre de Gavi en rapport avec tout contrôle des comptes.

CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LÉGALE

Le pays et les signataires pour le gouvernement confirment que sa demande de soutien et son rapport annuel de situation sont exacts et corrects et représentent un engagement juridiquement contraignant pour le pays, en vertu de ses lois, à réaliser les programmes décrits dans cette demande et amendés, le cas échéant, dans le rapport annuel de situation.

CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET DE RESPONSABILITÉ DE Gavi

Le pays confirme qu'il a pris connaissance de la politique de Gavi sur la transparence et la responsabilité et qu'il respecte ses obligations.

UTILISATION DE COMPTES BANCAIRES COMMERCIAUX

Il incombe au pays de vérifier avec toute la diligence requise l'adéquation des banques commerciales utilisées pour gérer le soutien sous forme d'apport de fonds de Gavi. Le pays confirme qu'il assumera l'entière responsabilité du remplacement du soutien de Gavi en apport de fonds qui serait perdu en raison d'une faillite de la banque, de fraude ou tout autre événement imprévu.

ARBITRAGE

Tout litige entre le pays et Gavi occasionné par la présente demande ou en rapport avec elle qui n'aura pas été réglé à l'amiable dans un délai raisonnable sera soumis à un arbitrage à la demande de Gavi ou du pays. L'arbitrage sera conduit conformément au Règlement d'arbitrage de la CNUDCI alors en vigueur. Les parties acceptent d'être liées par la sanction arbitrale, comme règlement final de ce différend. Le lieu de l'arbitrage sera Genève, Suisse.

Les langues de l'arbitrage seront l'anglais ou le français.

Pour tout litige portant sur un montant égal ou inférieur à \$US 100 000, un arbitre sera désigné par Gavi. Pour tout litige portant sur un montant supérieur à \$US 100 000, trois arbitres seront nommés comme suit : Gavi et le pays désigneront chacun un arbitre et les deux arbitres ainsi nommés désigneront conjointement un troisième arbitre qui présidera.

Gavi ne pourra être tenue pour responsable auprès du pays de toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans cette demande, y compris et sans limitation toute perte financière, conflit de responsabilités, tout dommage matériel, corporel ou décès. Le pays est seul responsable de tous les aspects de la gestion et de la mise en œuvre des programmes décrits dans sa soumission.

1. Type de soutien demandé

Veuillez spécifier quel type de soutien de Gavi vous souhaitez demander

Type de soutien	Vaccin	Année de départ	Année de fin	Deuxième présentation préférée[1]
Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique)	PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	2018	2020	PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE

[1] Si pour diverses raisons, le premier vaccin préféré n'est disponible qu'en quantité limitée ou n'est pas disponible à court terme, Gavi prendra contact avec le pays et ses partenaires en vue d'explorer les alternatives possibles. Un pays ne sera pas obligé d'accepter sa deuxième ou troisième préférence. Néanmoins, Gavi analysera avec lui l'ensemble des facteurs (comme les conséquences sur le calendrier d'introduction, les capacités de la chaîne du froid, la charge de morbidité, etc.) susceptibles d'influencer la sélection du vaccin le plus adapté. Si un pays n'indique pas de deuxième ou troisième préférence, on supposera qu'il préfère reporter l'introduction du vaccin jusqu'à ce que la présentation préférée soit disponible. Il convient toutefois de noter que ce choix risque de retarder l'introduction réelle dans le pays.

2. Table des matières

1. Type de soutien demandé

2. Table des matières

3. Résumé analytique

4. Signatures

4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunisation

4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

5. Données sur le programme de vaccination

5.1 Informations de référence

5.1.1 Enseignements tirés

5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

5.1.3 Genre et équité

5.1.4 Qualité des données

5.1.5 Données spécifiques au PVH

5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

5.2.1 Description des cohortes systématiques et multi-âge supplémentaires

5.2.2 Objectifs spécifiques au PVH

5.3. Cibles pour la/les campagne(s) préventive(s)

5.4. Cibles pour la (les) mini-campagne(s) de rattrapage unique

6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

6.1. Évaluation de la charge de morbidité des maladies correspondantes (si disponible)

6.1.1 Information spécifique sur la charge morbide du PVH

6.1.2 Description du profil des provinces/régions

6.1.3 Stratégie d'administration du vaccin contre le PVH

6.1.4 Mobilisation sociale

6.1.5 Intégration de la santé des adolescents

6.1.6 Engagement des OSC

6.1.7 Rôles et responsabilités des principales parties prenantes et des partenaires techniques

6.2 Vaccin demandé (PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

6.2.1 Prix des vaccins

6.2.2 Information sur le co-financement

6.2.2.1 Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte systématique

6.2.2.2 Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte multi-âge

6.2.3 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

[6.2.3.1 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi \(et coût estimé en USD\)](#)

[6.2.3.2 Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi \(et coût estimé en USD\)](#)

[6.2.4 Allocation d'introduction d'un vaccin nouveau ou sous-utilisé](#)

[6.2.5 Soutien opérationnel nouveau et sous-utilisé](#)

[6.2.6 Assistance technique](#)

[7. Campagnes de prévention SNV](#)

[8. Campagnes de suivi des vaccins nouveaux et sous-utilisés](#)

[9. Approvisionnement et gestion](#)

[9.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés](#)

[9.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV](#)

[9.3 Homologation des produits](#)

[9.4 Gestion des déchets](#)

[9.5 Approvisionnement et gestion pour la/les campagne\(s\) de suivi](#)

[10. Liste de documents joints à la présente demande](#)

[11. Annexes](#)

[Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS](#)

[Annexe 1.1 PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 1.1 A Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 1.1 B Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 1.1 C Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 1.1 D Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant](#)

[Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée](#)

[Annexe 2.1 PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 2.1 A Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 2.1 B Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\\$](#)

[Tableau Annexe 2.1 C Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE](#)

[Tableau Annexe 2.1 D Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose\(s\) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant](#)

[Annexe 3 - Campagne\(s\) préventive\(s\) SNV](#)

[Annexe 4](#)

[Tableau Annexe 4A:](#)

[Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur](#)

[Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé](#)

[Tableau Annexe 4A:](#)

[Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur](#)

[Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé](#)

[12. Formulaire bancaire](#)

3. Résumé analytique

Veillez fournir un résumé de la proposition de votre pays, contenant notamment les informations suivantes:

- Pour chaque demande spécifique, soutien systématique aux nouveaux vaccins ou campagne SNV :
 - Durée du soutien
 - Le montant total des fonds demandés
 - Caractéristiques du(des) vaccin(s), le cas échéant, et le motif du choix de la présentation
 - Mois et année d'introduction du vaccin prévus (y compris pour les campagnes et pour les vaccinations de routine)
- Données de référence pertinentes, et notamment:
 - Données sur la couverture DTP3 et rougeole (telles que figurant sur le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF)
 - Population cible déterminée à partir de l'évaluation des risques de fièvre jaune et de méningite A
 - Nombre de naissances, cibles et couverture vaccinale du vaccin
- État de préparation du pays
 - Résumé des activités prévues pour préparer le lancement du vaccin, y compris les évaluations GEV, les progrès concernant les plans d'amélioration de la GEV, les plans de communication, etc.
 - Synthèse du rapport d'évaluation de la GEV et rapport d'étape sur la mise en œuvre du plan d'amélioration
- Nature des parties prenantes ayant participé à l'élaboration de cette proposition

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent en Mauritanie et constitue un réel problème de santé publique, avec des répercussions socio-économiques importantes. Ainsi, le pays a fait de la lutte contre le cancer du col de l'utérus une des priorités de son Programme National de Développement Sanitaire (PNDS).

S'inspirant de la riche expérience d'introduction du vaccin dans plusieurs pays dans le monde, la Mauritanie a décidé d'inclure le vaccin anti-VPH dans la vaccination de routine au niveau national dès 2018. Le vaccin sera introduit en deux phases, avec une première phase ciblant 5 régions en 2018 et une deuxième phase en 2020 ciblant les 10 autres régions que compte le pays. Cette introduction concernera les filles âgées de 9 ans, scolarisées et non scolarisées pour la cohorte systématique, et les filles de 10 à 14 ans pour la cohorte multi-âge la première année. Le vaccin anti-VPH quadrivalent a été choisi par le pays pour sa protection contre les VPH 16 et 18, principales causes des cancers (70%), ainsi que les VPH 6 et 11 associés aux condylomes génitaux.

L'administration du vaccin se fera en deux doses, espacées d'au moins 6 mois. Les mois de Novembre et Mai ont été choisis pour vacciner les filles dans la même année scolaire et réduire les pertes de vue. Les stratégies classiques de vaccination en fixe, avancée et mobile seront utilisées pour maximiser les chances d'atteindre toutes les filles ciblées. Avant toute activité de vaccination, une micro-planification rigoureuse sera menée au niveau central, au niveau des wilayas (régions) et au niveau des moughataas (district). Pour l'atteinte de la cible scolarisée, les écoles seront considérées comme des points de prestations de services ; un calendrier annuel de passage dans les écoles et mahadras (écoles coraniques) sera élaboré en étroite collaboration avec les responsables de ces établissements. Pour les filles non-scolarisées, des activités de recensement au niveau communautaire permettra de les localiser et les dénombrier avant la vaccination. Le vaccin leur sera offert à la fois dans les structures de santé et les lieux communautaires et à travers la stratégie mobile. Au total, 281 244 filles âgées de 9 à 14 ans seront ciblées, avec un objectif de 85% de couverture vaccinale.

L'ensemble des membres du comité technique et de pilotage ont participé à l'élaboration de ce document, soit le PEV. le PNSR. le Ministère de l'éducation nationale. la société civile. l'OMS. l'UNICEF. UNFPA et

PATH, ainsi que le consultant national recruté par Gavi. Ces comités sont chargés de coordonner la préparation, la mise en œuvre et le suivi de l'introduction du vaccin anti-VPH sur le plan technique et logistique, et pour les aspects de surveillance, pharmacovigilance, communication et mobilisation sociale. Le chronogramme des activités à mener jusqu'à l'introduction et après l'introduction est déjà établi.

Le budget de l'introduction du vaccin anti VPH est estimé à 130 229 600 Ouguiyas soit 372 085 \$ US, hors coûts des vaccins et consommables. La durée du soutien demandé est 3 ans, de 2018 à 2020. Le financement des activités se fera avec le forfait d'introduction alloué par GAVI et sera complété par la contribution de l'Etat et des partenaires (OMS, UNICEF et FNUAP). Ainsi, Gavi contribuera à hauteur de 67 150 600 Ouguiyas (191 859 \$ US) soit 52 % du budget et le gap sera pris en charge par l'Etat à hauteur de 29 529 000 Ouguiyas (84 369 \$ US) soit 23% du budget et complété par l'UNICEF pour 11 000 000 Ouguiyas (31 429 \$ US) soit 8% du budget et par l'OMS pour 22 550 000 Ouguiyas (64 429 \$ US) soit 17% du budget. Les fonds venant des partenaires seront prélevés des fonds déjà alloués au PEV pour les activités de routine.

Les capacités pour le PEV de la Mauritanie d'assurer une introduction réussie d'un nouveau vaccin sont avérées. La Mauritanie a introduit avec succès dans son PEV de routine plusieurs nouveaux vaccins (PCV13, Rotarix, VPI), l'introduction du vaccin anti-rougeoleux anti-rubéoleux et le vaccin anti-rotavirus vient d'être approuvée par GAVI et son introduction est prévue en Novembre 2018. Les données de couvertures pour le Penta3 et la Rougeole en 2016 sont respectivement 86% et 83%. L'expérience acquise lors de l'introduction de ces différents nouveaux vaccins contribuera sans nul doute à faciliter l'introduction du vaccin anti-VPH. D'autre part, les capacités de stockage ont été analysées à partir de l'Outil de Planification Logistique (Epi-Log Forecasting Tool) de l'OMS et aucun gap significatif n'est à signaler.

Un rapport de la GEV de 2014 est disponible et sera accompagné d'un plan d'amélioration de 2017. La Mauritanie devait réactualiser le rapport en Avril 2017, mais pour des raisons de contraintes budgétaires, cette activité ne se fera qu'au mois de Juin 2017.

Une multitude de stratégies de communication innovantes et appropriées au contexte mauritanien seront mises en place pour maximiser la réussite du programme. L'élargissement de la cible du PEV aux adolescentes est un défi majeur en termes d'acceptabilité ainsi que d'atteinte des objectifs de couverture vaccinale. La mise en œuvre d'un plan de communication prenant en compte les spécificités socio-économiques et comportementales, contribuera à renforcer l'adhésion des différents acteurs à l'échelle du pays. L'accent sera mis sur la communication interpersonnelle et la transmission des messages appropriés sur la prévention du cancer à travers les radios communautaires. Les communicateurs traditionnels, le réseau des jeunes, les associations professionnelles et communautaires seront tous impliqués. Pour le lancement, des personnalités importantes et des leaders d'opinion seront identifiés pour être des champions du vaccin anti-VPH et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Les formations du personnel de vaccination et du personnel du secteur de l'éducation se feront en cascade : le niveau central se chargera de l'orientation des équipes de vaccination dans les wilayas et moughataas, qui vont à leur tour assurer la formation des prestataires des unités de vaccination, des relais et agents de santé communautaire, des enseignants et directeurs d'école. Le suivi de la mise en œuvre des directives se fera par une supervision post-introduction et un renforcement de la supervision formative à tous les niveaux.

Enfin, un plan de surveillance adaptée au vaccin-VPH, la prise de charge rapide et efficace des MAPI et un plan de communication de crise permettront d'améliorer la mise en œuvre et de minimiser les rumeurs. Il est également prévu d'évaluer la première année de vaccination avec une enquête de couverture, une évaluation post-introduction et une analyse des coûts.

4. Signatures

4.1. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

4.1.1. Le Gouvernement et le Comité de coordination interagences pour la vaccination

Le gouvernement de Mauritanie souhaite consolider le partenariat existant avec Gavi afin de renforcer son programme national de vaccination infantile systématique, et demande précisément par la présente le soutien de Gavi pour :

PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE introduction systématique

Le Gouvernement de Mauritanie s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel global présenté avec le présent document. Le Gouvernement

demande à Gavi et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est présentée dans cette demande de soutien.

Le(s) tableau(x) **6.2.3, 6.2.4** de la section Soutien aux nouveaux vaccins (vaccination systématique) systématique de la présente proposition donne(nt) le montant du soutien (en nature ou en espèces) qui est demandé à Gavi. Le(s) Tableau(x) **6.2.3, 6.2.4** de la présente proposition indiquent l'engagement financier du Gouvernement pour l'approvisionnement de ce nouveau vaccin (soutien NVS uniquement).

En accord avec les réglementations internes budgétaires et de financement, le gouvernement distribuera sa part des financements au mois de **Juin**.

Le règlement de la première année de soutien cofinancé sera dû aux alentours de **Juillet 2018** pour **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**.

A noter que toute demande non signée par les ministres de la Santé et des Finances, ou de leurs fondés de pouvoir, ne sera pas examinée ou recommandée pour approbation par le Comité d'examen indépendant (CEI). Ces signatures figurent dans les documents N° : 1 et 2 à la section 10. Pièces jointes.

Ministre de la Santé (ou représentant autorisé)		Ministre des Finances (ou représentant autorisé)	
Nom	Pr KANE BOUBACAR	Nom	EL MOCTAR OULD DIAY
Date		Date	
Signature		Signature	

Des preuves de l'implication du ministère de l'Éducation devront être produites pour le soutien à l'introduction du vaccin anti-VPH dans le programme de vaccination systématique. Le ministère de l'Éducation devra être impliqué dans le processus du CCIA (option privilégiée) et/ou le ministère de l'Éducation (ou l'autorité déléguée) devra apposer sa signature (Document N° : 3 à la section 10. Pièces jointes).

Ministre de l'Éducation (ou représentant autorisé)	
Nom	ISSELMOU OULD SID ELMOCTAR OULD LEHBIB
Date	
Signature	

Le présent rapport a été établi par (Ces personnes pourront être contactées par le Secrétariat Gavi si des informations complémentaires à cette soumission sont nécessaires):

Nom entier	Fonction	Téléphone	E-mail
Dr M'barek HEMEID	Coordonnateur du PEV	00222 22 24 37 95	mbarekohoumeid@yahoo.fr
Dr Nacerddine Ould Zeidoune	Point focal PEV/ OMS	00222 22 84 40 58	ouldzeidounen@who.int
Dr Sidi Med Ould Ely Salem	Chargé de l'immunisation à L'UNICEF	+ 222 22 44 67 36	ssalem@unicef.org
Moctar Ould Memah	Consultant GAVI	+ 222 46 45 62 75	mocarm2005@yahoo.fr

4.1.2. Organe national de coordination - Comité de coordination interagences pour la vaccination

Les institutions et les partenaires (dont les partenaires de développement et les organisations de la société civile) qui apportent leur soutien aux services de vaccination sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme de coordination interagences (CCI, CCSS ou comité équivalent). Le CCI, le CCSS ou le comité équivalent est chargé de la coordination et de l'utilisation à bon escient du soutien SSV et SVN systématique de Gavi et/ou du soutien aux campagnes. Veuillez fournir des informations sur le CCI, le CCSS ou le comité équivalent de votre pays dans le tableau prévu ci-après.

Profil du CCIA, CCSS ou comité équivalent

Nom du comité	Comité de coordination inter agences du PEV(CCIA)
Structure organisationnelle (p. ex. sous-comité, comité autonome)	Comité autonome

Les termes de référence ou les principes directeurs du CCIA, y compris des informations sur sa composition, le quorum, le processus de résolution des litiges et le calendrier des réunions, figurent en annexe (Document N° : 4) .

Fonctions principales et responsabilités du CCIA/CCSS:

Principales fonctions du CCIA :

- 1- Suivre la mise en œuvre des activités du programme selon les plans d'action annuels, particulièrement la routine et les campagnes
- 2- Fixer les orientations, stratégies et mesures appropriées pour le programme.
- 3- Approuver les plans d'actions ainsi que le plan pluri annuel de couverture (PPAC).
- 4- Sensibiliser tous les partenaires nationaux et internationaux susceptibles d'apporter leur appui au programme.
- 5- Suivre les engagements des partenaires techniques et financiers.
- 6- Approuver les budgets et plans liés au renforcement du système de santé (RSS)
- 7- Veiller à la bonne marche du programme

4.1.3. Tableau des signatures pour le Comité de Coordination pour l'Immunisation

Nous soussignés, membres du CCIA, du CCSS ou comité équivalent [1] nous sommes réunis le **09/05/2017** pour examiner cette proposition. Lors de la réunion, nous avons adopté cette proposition sur la base des pièces justificatives annexées. Le compte rendu de cette réunion est joint à la présente (Document numéro 5). Les signatures confirmant la demande figurent dans le document 7 (veuillez utiliser la liste des signatures dans la section ci-dessous).

Fonction	Titre / Organisation	Nom	Veillez signer ci-dessous pour confirmer votre participation à la réunion au cours de laquelle la demande a été examinée.	Veillez signer ci-dessous pour confirmer l'approbation du compte rendu de la réunion au cours de laquelle la demande a été examinée.
Président	Boueye OULD ABEIDI	Président du CCIA		
Secrétaire	Dr M'barek Ould HEMEID	Coordonnateur du PEV		
Membres	Dr Abderahmane Ould JIDDOU	DSBN		

En soumettant cette proposition, nous confirmons que le quorum est atteint. **Oui**

Le compte rend des trois dernières réunions du CCIA figure en annexe (DOCUMENT N° : 6) .

4.2. Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)

Un GTCV a-t-il été établi dans votre pays ? **Non**

En l'absence de GTCV, les pays devraient préciser le rôle et le fonctionnement du groupe consultatif et décrire leurs plans en vue de créer un GTCV. Ce document est joint comme

5. Données sur le programme de vaccination

5.1 Informations de référence

Veillez remplir le tableau ci-dessous à l'aide des données les plus récentes provenant des sources disponibles. Veillez indiquer la source des données et la date, et joindre le document source lorsque cela est possible. Les documents suivants doivent être

- Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) (ou plan équivalent). Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 9.
- Plan(s) d'introduction des vaccins nouveaux / Plan d'action Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 12.
- Liste de vérification, liste d'activités et calendrier de l'introduction des nouveaux vaccins Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 12.
- Évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 20.
- Les deux formulaires de rapport conjoint OMS/UNICEF les plus récents sur les maladies évitables par la vaccination.
- Les documents stratégiques du secteur de la santé, des documents budgétaires, et autres rapports, enquêtes, etc., le cas échéant.
- En cas de campagnes de masse préventives contre la fièvre jaune et la méningite A, les évaluations du risque concerné. Merci de le (la) joindre en tant que DOCUMENT NUMÉRO 24 et DOCUMENT NUMÉRO 25.

Veillez utiliser les plus récentes données disponibles et spécifier la source et la date.

	Chiffre	Année	Source
Population totale	3 893 775	2017	ONS/DPCIS
Cohorte de naissance	143 994	2017	ONS/DPCIS
Taux de mortalité infantile	58	2017	MICS2015
Nourrissons survivants ^[1]	135 662	2017	ONS/DPCIS
RNB par habitant (US\$)	1 193	2015	Rapport Compte Santé 2017
Dépenses totales de santé	237 672 916	2015	Rapport Compte Santé 2017
Dépenses gouvernementales de santé en % des dépenses globales	6	2015	Rapport Compte Santé 2017

[3] Nourrissons survivants = nourrissons ayant survécu les 12 premiers mois de la vie

5.1.1 Enseignements tirés

Soutien pour les nouveaux vaccins de routine

Si des vaccins nouveaux ou sous-utilisés ont déjà été introduits dans votre pays, veuillez donner des détails sur les enseignements tirés de la ou des introductions précédentes, notamment concernant les éléments suivants : capacité de stockage, protection contre la congélation accidentelle, formation du personnel, chaîne du froid, logistique, couverture et baisse des taux, taux de gaspillage, etc. Veuillez également suggérer des points d'action ou indiquer les mesures prises pour y remédier. Veuillez vous référer au précédent rapport d'évaluation post-introduction (EPI), le cas échéant. S'ils sont compris dans le plan d'introduction, veuillez citer la section uniquement. Si cette information est déjà comprise dans le PINV/PA, veuillez référencer le document et la section/page où cette information peut être trouvée.

Enseignements tirés	Mesures
<p>La Mauritanie a introduit avec succès dans son PEV de routine le vaccin anti-pneumococcique (PCV13) en 2013, le vaccin HepB monovalent à la naissance en 2013, le vaccin anti-rotavirus en 2014, le vaccin polio inactivé (VPI) en 2015. L'expérience acquise lors de l'introduction de ces différents nouveaux vaccins contribuera sans nul doute à faciliter l'introduction du vaccin anti-VPH.</p> <p>Les capacités de stockage ont été analysées à partir de l'Outil de Planification Logistique (Epi-Log Forecasting Tool) de l'OMS. Il n'y pas eu de gaps identifiés aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement grâce aux acquisitions d'équipements de la chaîne de froid sur le budget de l'État</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les expériences acquises dans l'élaboration des plans d'introduction et de leur mise en œuvre Poursuivre les efforts déployés pour une analyse de situation permettant de combler les déficits éventuels en matière de logistique Continuer à procéder à la révision des outils pour mieux les adapter aux besoins du programme en matière de données Promouvoir les activités de communication et de mobilisation sociale avant tout événement d'envergure nationale Prévoir pour chaque activité nouvelle une cérémonie de lancement par un haut responsable du gouvernement et largement médiatisée Relancer la recherche en santé publique à travers les études ciblées et financées dans le cadre des programmes de santé

<p>Les évaluations de ces différentes introductions ont été positives et n'ont pas relevé d'insuffisances particulières. Le taux de perte était dans les normes (inférieur à 10%). Le rapport d'évaluation post-introduction du PCV 13 et le rotavirus a fait ressortir les points forts et faibles présentés ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les plans d'introduction des vaccins en Mauritanie ont été bien élaborés et mis en œuvre avec description du nouveau calendrier vaccinal intégrant les nouveaux vaccins • L'identification et comblement des gaps de la chaîne du froid avant les introductions de vaccins suite à une analyse situationnelle • La révision à temps des outils de gestion du PEV pour prendre en compte les nouveaux vaccins. Il s'agit des : registres de vaccination, fiches de pointage, cartes de vaccination, registres/fiches de gestion des stocks, formulaires de rapport mensuel qui ont été mis en place avant l'introduction du vaccin. • L'introduction a été précédée d'une campagne médiatique au niveau national • Le lancement officiel par le ministre de la santé a été un grand moment de mobilisation sociale et de communication largement couvert par les médias • La non disponibilité d'étude sur le poids réel de la maladie et les sérotypes circulants • Le délai entre l'introduction du vaccin PCV-13 et l'évaluation post introduction de ce vaccin relativement long (2 ans) comparé à la recommandation de l'OMS qui est de 6 à 12 mois. • 39% des postes de santé avaient des outils qui n'intégraient pas les nouveaux vaccins • La formation en cascade a été la méthode de formation et de supervision la plus courante. Un suivi rigoureux de la formation et le renforcement des capacités des superviseurs ont été essentiels à la préparation des équipes de vaccination • La formation en cascade a été la méthode de formation et de supervision la plus courante. Un suivi rigoureux de la formation et le renforcement des capacités des superviseurs ont été essentiels à la préparation des équipes de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre l'évaluation post-introduction dans les six premiers mois suivant l'introduction <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser les outils révisés à toutes les structures de vaccination et retirer systématiquement les anciens • Renforcer les méthodes de formation utilisées par le pays dans le cadre des introductions et campagnes (formation des superviseurs et formation en cascade de tous les acteurs impliqués dans la vaccination) • Mettre l'accent sur l'intérêt de la supervision rigoureuse des activités de formation
--	---

5.1.2 Planification et budgétisation des services de santé

Veillez fournir des informations concernant le cycle de planification et de budgétisation dans votre pays

Le cycle de planification budgétaire en Mauritanie est annuel, de Janvier à Décembre. Le budget est planifié dans le dernier trimestre de l'année écoulée

Veillez indiquer le nom et la date du document de planification pertinent pour la santé

Le nom du document de planification pour la santé est le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2012 – 2020) élaboré en 2011 et évalué et actualisé en 2015

Le PPAC (ou le plan pluriannuel mis à jour) est-il conforme au document proposé (calendrier, contenu, etc.) ?

Oui, le document proposé est élaboré sur la base du PPAC actualisé

Veillez indiquer le cycle national de planification et budgétisation pour la santé

Le cycle de planification pour la santé est conforme à celui de l'Etat qui est élaboré tous les ans de Janvier à Décembre

Veillez indiquer le cycle national de planification pour la vaccination

Le programme de vaccination élabore tous les ans sur la base du PPAC un plan d'action annuel au mois de Janvier

5.1.3 Genre et équité

Veillez décrire les obstacles à l'accès, l'utilisation et l'administration des services de vaccination au niveau du district (ou équivalent) qui sont d'origine géographique, socio-économique et/ou sexospécifiques. Veillez décrire les mesures prises pour surmonter ces obstacles et mettre en évidence les endroits où ces points ont été traités dans le(s) plan(s) d'introduction vaccinale.

En Mauritanie, il existe des disparités multiples notamment d'ordre socio-économique, culturel et géographique (pauvreté, analphabétisme et enclavement de certaines localités surtout en hivernage),

En effet, sur le plan socio-économique, nous constatons que les populations en milieu urbain, qui sont plus aisées et avec un niveau d'éducation plus élevés, ont plus accès aux services de vaccination que les populations en milieu rural plus pauvres qui doivent parcourir de longues distances pour bénéficier des services de vaccination.

Sur le plan géographique, la Mauritanie est un grand pays désertique, avec une densité par habitant très faible et une dispersion des villages qui peuvent parfois être difficile d'accès. Les zones les moins performantes sont généralement des régions très peu peuplées qui ont des problèmes de dénominateurs.

Culturellement, nous avons une diversité d'ethnies et de traditions. Certaines populations sont nomades et ont des mouvements de transhumance réguliers. Ceci peut rendre difficile leur localisation.

Cependant, les données disponibles montrent que ces disparités n'influent pas sur les couvertures vaccinales. Les différentes évaluations de la couverture vaccinale, dont la dernière a été organisée en avril 2014, n'ont pas montré de différences significatives liées ni au niveau culturel, ni socio-économique (quintiles de pauvreté).

Tous ces obstacles dont le PEV est coutumier peuvent être contournés avec une micro-planification rigoureuse pour localiser les filles et prévoir dans la budgétisation les coûts supplémentaires liés aux longues distances à parcourir, le déplacement des équipes de vaccination vers les populations ciblées et la mise en œuvre d'activités de mobilisation sociale innovantes et de qualité.

Veillez examiner si les questions d'équité (facteurs socio-économiques, géographiques et sexospécifiques) sont prises en compte dans le processus d'élaboration des stratégies de mobilisation sociale, entre autres, en vue d'améliorer la couverture vaccinale. Précisez si ces questions sont abordées dans le(s) plan(s) d'introduction.

Pour faire face aux défis en termes d'équité socio-économique et géographique, une stratégie multidimensionnelle et diversifiée s'impose. En particulier, on prévoit de mettre en place des stratégies de communication innovantes et appropriées au contexte mauritanien (théâtres communautaires, sensibilisation à travers les communicateurs traditionnels et des crieurs, choix stratégiques des lieux de vaccination, etc.), favoriser l'implication des agents et relais communautaire et renforcer la participation des associations communautaires locales (parents d'élèves, coopératives féminines, réseaux des jeunes, etc.). Ces questions ont été abordées dans le plan d'introduction et le plan de communication.

Veillez décrire les enquêtes nationales qui ont été conduites de manière systématique dans le pays pour évaluer les obstacles liés à l'égalité entre hommes et femmes et à l'équité. Veillez mettre en évidence si cette demande comprend des activités destinées à évaluer les obstacles liés à l'égalité entre hommes et femmes et à l'équité.

Il n'y a pas eu d'étude orientée vers l'égalité des hommes et des femmes en Mauritanie, mais les tendances actuelles ne soulignent pas des problèmes à ce niveau. Les problèmes d'équité que nous prévoyons dans l'introduction du vaccin anti-VPH sont principalement liés à la localisation et à la vaccination complète des filles non-scolarisées. Nos activités de micro-planification et de mise en œuvre seront des opportunités pour évaluer ces obstacles et piloter des interventions pour les contourner.

Veillez indiquer si des données ventilées par sexe ont été collectées puis utilisées dans les systèmes de rapports concernant la vaccination systématique.

Les données par sexe n'étaient pas prévues dans les données de vaccination. Cependant, une récente révision des outils a pris en compte cette dimension qui sera désormais disponible dans les données de

vaccination de Mauritanie à partir de 2018.

Le pays se trouve-t-il actuellement en situation de fragilité (p. ex. insécurité, conflit, post-conflit, réfugiés et/ou personnes déplacées, catastrophe naturelle récente, actuelle ou potentielle, telle que crues, tremblement de terre, sécheresse ou autre)? Dans l'affirmative, veuillez décrire comment ces aspects peuvent influencer sur le programme de vaccination, la planification de l'introduction de la vaccination systématique ou les campagnes et le financement de ces activités.

La zone sud-est du pays frontalière au Mali abrite un camp de réfugiés maliens qui sont pris en charge par l'Etat et les organismes internationaux (HCR, UNICEF, Terre des hommes, MSF, etc.) et disposent de tous les services sociaux vitaux en santé et en éducation.

Ces réfugiés sont pris en compte dans toutes les activités de vaccination et sont considérés comme une entité dans toute planification d'activités de vaccination. Leur atteinte ne semble pas difficile dans la mesure où ils sont circonscrits dans des camps et sont sous contrôle des forces de sécurité. Ce qui permet à nos équipes de mener des activités de vaccination sans risque.

5.1.4 Qualité des données

Veuillez joindre un rapport d'évaluation de la qualité des données (DQA - Data Quality Assessment) rempli au cours des 48 mois précédents à l'aide de l'enquête nationale la plus récente incluant les indicateurs de couverture immunitaires (DOCUMENT NUMÉRO : 11) et un plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination (DOCUMENT NUMÉRO 33). Sous réserve de disponibilité, un rapport relatif à la progression de la mise en œuvre du plan d'amélioration doit également être présenté (DOCUMENT NUMÉRO : 32, DOCUMENT NUMÉRO : 33).

5.1.5 Données spécifiques au PVH

Les pays qui demandent un soutien VPH et qui ont déjà mené un programme pilote ou de démonstration, doivent inclure des détails sur les leçons tirées pour l'administration du vaccin anti-VPH.

Principales zones programmatiques	Leçons tirées	Comment ces zones ont été gérées dans un plan national
Préparation et planification	<ul style="list-style-type: none"> • L'engagement politique au niveau le plus élevé a permis de mettre en œuvre les programmes nationaux plus efficaces • La collaboration entre les Ministères de la santé et de l'éducation a renforcé les chances de succès des projets • L'utilisation des modèles existants du mode de fonctionnement et des ressources du programme de vaccination de routine a été source d'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un plaidoyer pour que le lancement de l'introduction du vaccin anti-VPH soit présidé par la première dame en présence de ministres, de parlementaires et de leaders communautaires et religieux
Communication et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Des activités de mobilisation communautaire les plus efficaces ont été menées par les agents de santé et les chefs de groupes et de communautés. Celles –ci ont été réalisées selon diverses méthodes et au moins un mois avant la vaccination. • Les messages les plus efficaces ont été : le vaccin anti VPH prévient le cancer du col de l'utérus, est sûr, ne nuit pas à la fécondité future, a été approuvé par le gouvernement et l'OMS <ul style="list-style-type: none"> • Une communication directe avec les parents et les communautés a renforcé la confiance et limité la propagation des rumeurs • Le recours au consentement implicite avec faculté de refus (opt out) s'est avéré plus efficace puisque la sollicitation explicite (ont 	<ul style="list-style-type: none"> • Des activités de mobilisation sociale impliquant tous les acteurs potentiels seront identifiées lors de la micro planification qui se fera au moins 2 mois avant l'introduction et seront menées au moins 1 mois avant la date d'introduction (prévue en Novembre 2018) • Les messages qui seront transmis seront : le vaccin anti VPH prévient contre le cancer de l'utérus, ne nuit pas à la fécondité et a été introduit dans plus de 50 pays dont la plupart en Afrique et est approuvé par l'Etat et l'OMS <ul style="list-style-type: none"> • Tous les acteurs identifiés (enseignants, parents d'élèves, leaders d'opinion, chefs de village) seront formés sur la communication interpersonnelle et constitueront un réseau pour éviter ou limiter les rumeurs • Le consentement en Mauritanie a été toujours implicite car le consentement explicite pourrait

	in) a suscité le refus des parents et la méfiance de la communauté.	entraîner des doutes sur l'innocuité du vaccin
Stratégies d'administration	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les écoles dans la stratégie d'administration a permis d'atteindre la plus grande couverture vaccinale • Bien que difficile le dénombrement de la population avant la vaccination a facilité l'établissement des registres • En milieu scolaire, la sélection en fonction de la classe a été plus facile sur la plan logistique qu'en fonction de l'âge • L'administration de toutes les doses au cours d'une même année scolaire a réduit le taux d'abandon et a permis une meilleure couverture vaccinale • Le fait de recourir à des agents de santé communautaire a permis d'identifier les filles déscolarisées ainsi que celles qui avaient manqué l'administration d'une dose • Offrir une deuxième opportunité de vaccination a permis d'atteindre les filles et leurs parents qui l'avaient initialement refusée 	<ul style="list-style-type: none"> • Les écoles constitueront des postes de vaccination et les enseignants seront impliqués dans toutes les activités y compris dans la composition des équipes de vaccination • Le recensement des filles sera une activité fondamentale de la micro planification et permettra l'amélioration de la planification de la mise en œuvre des activités de la vaccination et l'obtention d'un dénominateur correct • Tous les enfants inscrits dans les écoles ont des pièces d'état civil comme condition d'enregistrement. Ces pièces constitueront une base pour la détermination de l'âge cible de la vaccination. • Pour les filles non-scolarisées, si l'extrait de naissance n'est pas disponible, un événement marquant coïncidant avec leur date de naissance sera utilisée pour déterminer leur âge • La Mauritanie vient d'entamer la mise en place d'une stratégie communautaire qui forme des agents et relais communautaires au niveau des villages. Ces agents formés contribueront au renforcement de la vaccination au niveau communautaire
Couverture	<ul style="list-style-type: none"> • Les données rapportées par les 49 projets de démonstration ont fait état d'une couverture d'au moins 50% ; dans 41 d'entre eux, elle a été d'au moins de 70% 	<ul style="list-style-type: none"> • Notre objectif est une couverture vaccinale de 85% de filles complètement vaccinées pour la cohorte systématique et pour la cohorte multi-âge. Des efforts particuliers seront déployés pour atteindre les filles non-scolarisées et obtenir une bonne couverture.
Reporting et surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Les données rapportées sont parfois sous estimées et la notification des cas n'est pas systématique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un volet de la formation qui insiste sur la qualité du rapportage et la complétude de la notification des cas
Pérennité	<ul style="list-style-type: none"> • Les coûts financiers récurrents d'administration (hors vaccins) sont allés jusqu'à 2,1 dollars par dose. Les coûts de démarrage annualisés ont représenté jusqu'à 50% de l'ensemble des coûts financiers et économiques • Le coût des vaccins et de leur administration a été une information essentielle pour que les pays estiment les ressources financières nécessaires à la pérennité de l'action 	<ul style="list-style-type: none"> • Après la première phase d'introduction, les coûts financiers récurrents d'administration (hors vaccins) seront évalués et les stratégies seront adaptées pour réduire les coûts si nécessaire. • Les coûts du vaccin et consommables ont toujours été programmés sur le budget de l'Etat, y compris le co-financement des vaccins sous-utilisés et nouveaux.

Veuillez indiquer les informations suivantes pour chaque district où le programme de démonstration/pilote a été mis en œuvre :

Information sur le district	
Nom du district	Non applicable ; le pays n'a pas mené de projet pi
Taille de la population cible de la région	
Décrivez comment le district est divisé en zones rurales et urbaines:	
Stratégie(s) d'administration utilisée(s) (par ex., à l'école, dans les centres de santé, campagne)	

5.2. Données de référence et objectifs annuels (SVN-vaccination systématique)

Pour lutter contre le VPH, Gavi soutient la vaccination de fillettes âgées de 9 à 14 ans, selon les cohortes suivantes :

- Cohorte systématique – les pays doivent identifier une cohorte de fillettes du même âge, pour les vacciner de manière sy

Veuillez préciser l'âge choisi pour la cohorte systématique pour le vaccin anti-VPH : par ex. 9 ans

9 ans

Si pertinent, veuillez préciser les âges choisis pour la cohorte multi-âge supplémentaire durant l'année d'introduction : par ex., 10, 11, 12, 13, 14 ans

De :

10 ans

Remarque :

14 ans

Une approche à introduction par phases sera-t-elle adoptée ?

Oui

Si une approche par phases sera adoptée, veuillez justifier ce choix.

La Mauritanie a choisi d'introduire le vaccin anti-VPH par phase pour les raisons suivantes :

- Tout d'abord, le pays n'a pas eu la chance de faire un projet de démonstration qui lui aurait permis de piloter l'introduction à petite échelle et d'en tirer des leçons. Le pays compte 15 régions ; nous ciblerons 5 régions dans la première phase et les 10 régions restantes dans la deuxième phase. Entre les 2 phases, nous prévoyons une année tampon pour pouvoir faire une enquête de couverture, un PIE et une analyse des coûts et identifier les points à améliorer avant d'aller à l'échelle nationale.
- Ce choix est également motivé par le fait que la Mauritanie est un grand pays avec une densité de la population faible et de longues distances entre les localités. Il est préférable de diviser le pays par zones et de mobiliser les équipes de vaccination au niveau central et périphérique pour couvrir ces zones. Ceci permettra de contourner les obstacles liés à la dispersion de la population, le manque de véhicule suffisant pour le transport des vaccinateurs, la mise en place d'activités mobiles nécessaires pour atteindre les populations difficiles d'accès ainsi que les populations migrantes (transhumance des nomades).
- Le recensement et la localisation des filles non-scolarisées est une activité importante pour le PEV qui nécessitera du temps et des ressources humaines. Il sera difficile de le faire sur toute l'étendue du territoire dès la première année. Cette activité est essentielle pour obtenir un dénominateur correct pour l'évaluation de la couverture vaccinale et de localiser les filles cibles surtout celles qui ne sont pas scolarisées.
- Le pays tient vraiment à réussir l'introduction du vaccin et obtenir une bonne couverture vaccinale pour les filles scolarisées et non-scolarisées dans les meilleures conditions. Cette approche par phase nous semble être la plus appropriée pour le contexte mauritanien.

Veuillez vous référer aux pages du PPAC pour vous aider à remplir cette section

Tableau 5.2: chiffres de référence vaccination systématique SVN

Nombre	Année de référence	Données de référence et objectifs		
	2016	2018	2019	2020
Nombre total de naissances	140 724	147 350	150 805	154 357
Nombre total de décès infantiles	8 114	8 555	8 786	9 024
Nombre total de nourrissons survivants	132 610	138 795	142 019	145 333
Nombre total de femmes enceintes	168 851	176 801	180 957	185 209

Population cible ayant reçu le vaccin VPO3[1]	108 165	123 527	129 327	135 160
VPO3 couverture[2]	82 %	89 %	91 %	93 %
Population cible ayant reçu le vaccin DTC1[1]				
Population cible ayant reçu le vaccin DTC1[1]	131 950	137 252	140 468	143 783
Population cible ayant reçu le vaccin DTC3[1]	113 288	123 527	129 237	135 160
DTC3 couverture[2]	85 %	89 %	91 %	93 %
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%) pour le vaccin DTC	10	8	7	6
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement pour le vaccin DTC	1,11	1,09	1,08	1,06
Cohorte systématique				
Nombre de filles dans la cohorte cible		38 948	40 062	41 436
Population cible ayant reçu 1st dose(s) de vaccin PVH	0	13 237	13 731	37 292
Population cible ayant reçu 2nd dose(s) de vaccin PVH	0	0	12 969	35 221
PVH quadrivalent couverture avec la 1ère dose	0 %	34 %	34 %	90 %
PVH quadrivalent couverture de la 2e dose	0 %	0 %	32 %	85 %
Cohorte multi-âge supplémentaire				
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire	0	202 264	209 307	216 486
Population cible (cohorte multi-âge supplémentaire) vaccinée avec 1st dose de PVH quadrivalent	0	79 873	188 376	194 837
Population cible (cohorte multi-âge supplémentaire) vaccinée avec 2nd dose de PVH	0	0	177 911	184 073
PVH quadrivalent couverture[2]	0%	39%	90%	90%
PVH quadrivalent couverture de la 2e dose	0%	0%	85%	85%
Première présentation : PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE COHORTE SYSTÉMATIQUE + COHORTE MULTI-ÂGE SUPPLÉMENTAIRE				
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévue ultérieurement (%)	0	5	5	5
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%)	1,00	1,05	1,05	1,05
Taux de perte maximal pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	5 %	5 %	5 %	5 %
Deuxième présentation : PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE COHORTE SYSTÉMATIQUE + COHORTE MULTI-ÂGE SUPPLÉMENTAIRE				
Taux de perte[3] pendant l'année de référence et prévue ultérieurement (%)	0	5	5	5
Facteur de perte[3] pendant l'année de référence et prévu ultérieurement (%)	1,00	1,05	1,05	1,05
Taux de perte maximal pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE	10 %	10 %	10 %	10 %
Population cible ayant reçu 1st dose(s) de vaccin RCV				
Population cible ayant reçu 1st dose(s) de vaccin RCV	0	0	0	0
RCV couverture[2]	0 %	0 %	0 %	0 %

Taux annuel d'abandon du DTC [(DTP1 - DTP3) / DTP1] x 100	14 %	10 %	8 %	6 %

[1] Indiquer le nombre total d'enfants ayant reçu le vaccin DTC seul ou associé

[2] Nombre de nourrissons vaccinés par rapport au total des nourrissons survivants

[3] Formule pour calculer le taux de perte d'un vaccin (en pourcentage): $[(A - B) / A] \times 100$, sachant que A = solde en stock à la fin de la période d'approvisionnement; et B = le nombre de vaccinations réalisées avec le même vaccin pendant la même période.

5.2.1 Description des cohortes systématiques et multi-âge supplémentaires

Veuillez indiquer le pourcentage d'inscription en école primaire

88%

Veuillez indiquer le pourcentage d'inscription en école secondaire

12%

Veuillez indiquer l'âge moyen de l'entrée en école secondaire

13 ans

Veuillez indiquer une source pour les données d'inscription (par ex. bureau national des statistiques, ministère de l'Éducation, recensement récent, registres d'école, etc.)

Les données relatives à la scolarisation sont fournies par le Ministère de l'Éducation qui dispose d'une base avec des données fiables et réactualisées régulièrement. Les données que nous avons utilisées dans cette demande ont été obtenues au titre de l'année scolaire 2016- 2017

Veuillez indiquer une source pour les données d'inscription (par ex. bureau national des statistiques, ministère de l'Éducation, recensement récent, registres d'école, etc.)

Les données relatives à la scolarisation sont fournies par le Ministère de l'Éducation qui dispose d'une base avec des données fiables et réactualisées régulièrement. Les données que nous avons utilisées dans cette demande ont été obtenues au titre de l'année scolaire 2016- 2017

5.2.2 Objectifs spécifiques au PVH

Les cohortes de filles d'une seule année à vacciner contre le PVH doivent se situer dans la population cible recommandée par l'OMS des fillettes de 9 à 13 ans old girls

Veuillez spécifier la source des données utilisées pour estimer le nombre de fillettes ciblées et figurant dans le tableau ci-dessus sous "Population cible vaccinée contre le PVH"

La taille de la population cible représentée par les fillettes âgées de 9 à 14 ans est estimée par l'Office National des Statistiques (ONS) pour ce qui est de la population cible totale et par le Ministère de l'Éducation pour ce qui est de la tranche scolarisée parmi cette population cible. L'utilisation de ces deux sources a permis la triangulation des données et l'obtention des meilleures estimations. Nous n'avons pas pu obtenir d'autres données sur les filles de cette tranche d'âge de l'UNESCO ou de l'UNFPA.

5.3. Cibles pour la/les campagne(s) préventive(s)

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

5.4. Cibles pour la (les) mini-campagne(s) de rattrapage unique

Pas de mini-campagne de rattrapage unique cette année

6. Vaccins nouveaux ou sous-utilisés (VNS systématique)

6.1. Évaluation de la charge de morbidité des maladies correspondantes (si disponible)

Si c'est déjà inclus en détail dans le Plan d'introduction ou le Plan d'action, veuillez simplement citer la section.

Maladie	Titre de l'évaluation	Date	Résultats
---------	-----------------------	------	-----------

6.1.1 Information spécifique sur la charge morbide du PVH

Le pays a-t-il entrepris une évaluation de la charge morbide du cancer du col? Si oui, décrivez la charge, quand et comment l'évaluation a été réalisée. Dans la négative, les pays peuvent se référer aux données de Globocan (disponibles sur le site web du Centre d'information sur le PVH de l'OMS sous <http://www.who.int/hpvcentre/en>).

Les relevés épidémiologiques des cancers en Mauritanie montrent que les cancers les plus fréquents tous sexes confondus sont le cancer du sein (18%), le cancer du col de l'utérus (11%), et le cancer de la peau (9%). Chez les femmes, ce sont les cancers du sein (37%), du col de l'utérus (22,8%) et de l'endomètre (7%) qui sont les plus fréquents (Pr BABA N M et al. 2013).

Selon Globocan, la prévalence du VPH dans la population générale est de 28,4 % en Mauritanie (2012). On estime le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus à environ 839 cas par an et la mortalité due au cancer du col serait de 25,6 pour mille.

Décrivez les activités de prévention et de contrôle du cancer du col existantes.

Le Centre National d'Oncologie (CNO) se charge de la prise en charge des cas de cancer confirmés à travers la chimiothérapie et la radiothérapie. Cependant, pour ce qui est de la prévention secondaire, les services de dépistage précoce des lésions précancéreuses sont très limités. A cela s'ajoute une absence de sensibilisation sur les facteurs de risque tels que l'obésité, la consommation de tabac, l'inactivité physique, le mariage précoce et les barrières culturelles.

Le pays a-t-il élaboré une feuille de route ou une stratégie pour établir ou renforcer une approche nationale globale concernant la prévention et le contrôle du cancer du col? **Non**

Dans l'affirmative, veuillez joindre le document correspondant et vous reporter à la section [10. Pièces jointes](#). (Document N°15,16)

Si non, le pays prévoit-il d'établir une telle feuille de route ou stratégie à l'avenir? Veuillez préciser quand et qui conduira le projet, et quelles agences seront impliquées.

Le plan stratégique du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) prévoit une composante sur la prévention et la prise en charge des cancers génitaux. Cette composante comporte quatre axes principaux qui sont : i) la prévention par la sensibilisation des femmes et des hommes, ii) l'introduction du vaccin HPV dans les programmes de santé, iii) le dépistage chez les femmes, à instituer dans tous les centres de santé, les hôpitaux et cliniques privées et iv) la prise en charge des cas dans le Centre National d'Oncologie (CNO).

6.1.2 Description du profil des provinces/régions

Les pays doivent fournir une description du profil de chaque province/région, en utilisant le modèle fourni par Gavi

Veuillez joindre les documents nécessaires « Profil VPH d'une région/province » fournis par Gavi en tant que

6.1.3 Stratégie d'administration du vaccin contre le PVH

Veillez fournir des informations sur chacune des **stratégies d'administration** suivantes, qui seront :

- Utilisation des écoles pour administrer des vaccins
- Utilisation des centres de santé pour administrer des vaccins
- Utilisation des locaux communautaires pour administrer des vaccins
- Campagne

Utilisation des écoles pour administrer des vaccins

Veillez expliquer les raisons de ce choix de stratégie d'administration pour cette région/ce district. Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des proch

Les écoles abritent une partie importante de la population cible et constituent un cadre organisé qui, avec l'implication et l'encadrement des enseignants et associations des parents d'élèves, pourraient donner des résultats satisfaisants. La vaccination dans les écoles sera utilisée dans toutes les régions pour permettre d'atteindre les filles scolarisées, les écoles constitueront des postes de vaccination. Toutes les écoles primaires seront recensées pour la cohorte systématique, ainsi que les collèges pour la cohorte multi-âge.

Cette stratégie sera financée par les fonds alloués par Gavi et la contribution des partenaires et de l'Etat. Le Ministère de l'Education Nationale pourra également participer indirectement en mettant à disposition son personnel et aider à l'organisation de la vaccination.

Veillez spécifier si les fillettes seront vaccinées par sélection d'un âge spécifique ou par classe d'étude spécifique

La cible sera déterminée par un âge spécifique. Tous les enfants inscrits dans les écoles ont des pièces d'état civil comme condition d'enregistrement. Ces pièces constitueront une base pour la détermination de l'âge cible de la vaccination. Pour les filles non-scolarisées, lorsque l'extrait de naissance n'est pas disponible, des événements marquants dans le passé seront utilisés pour déterminer leur date de naissance. Ce travail sera fait par le personnel communautaire avant l'arrivée des équipes de vaccination. Les villages seront subdivisés et un groupe de relais communautaires seront en charge de la localisation des filles 3 à 4 mois avant la vaccination.

Veillez remplir le tableau 6.1.3a si vous utilisez la vaccination par âge spécifique ou le tableau 6.1.3b si vous utilisez la vaccination par classe d'étude spécifique, selon le choix ci-dessus.

Tableau 6.1.3 a : Vaccination par âge spécifique

Cohorte systématique	
Âge spécifique choisi	9 years
Population cible des fillettes de l'âge choisi	43817
Fillettes de l'âge choisi inscrites à l'école	40333

Cohorte multi-âge supplémentaire	
Fourchette d'âge spécifique choisie	Début 10 years Fin 14 years
Population cible des fillettes de l'âge choisi	54837
Fillettes dans la fourchette d'âge choisie inscrites à l'école	168440

Tableau 6.1.3 b : Vaccination par classe d'étude spécifique

Cohorte systématique		
Classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude	Nombre de fillettes dans la classe d'étude
	9 years	

Cohorte multi-âge supplémentaire		
Classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude	Âge moyen des fillettes dans la classe d'étude
	9 years	

Si vous vaccinez en fonction de la classe d'étude, veuillez fournir des informations sur la manière dont vous vous assurerez que les fillettes de moins de 9 ans et de plus de 14 ans ne seront pas vaccinées.

NA

Veuillez indiquer comment la vaccination sera organisée (durant l'année scolaire, les vacances, les examens), le lieu où les vaccins seront administrés, les personnes qui administreront les vaccins, la façon dont la logistique vaccinale sera assurée si vo

La vaccination sera organisée dans les salles de classe des écoles ciblées. Les filles seront vaccinées pendant la même année scolaire pour réduire le nombre de pertes de vue. La première dose sera administrée en Novembre et la deuxième dose en Mai. Ce calendrier vaccinal a été établi en concertation avec le Ministère de l'Education Nationale et prend en compte le retard éventuel du début des cours (qui devrait être en Octobre) et la vaccination avant les examens de fin d'année.

Les équipes mobiles utiliseront une logistique roulante qui associera les véhicules de l'Etat et les véhicules de location dans les districts ne disposant pas de véhicules administratifs. Les équipes de vaccination seront composées d'au moins 2 éléments dont un professionnel de santé (vaccination) et un enseignant (enregistrement des données dans les registres de vaccination).

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Le personnel supplémentaire qui sera engagé en dehors du personnel de santé sera essentiellement des enseignants qui sont aussi des fonctionnaires de l'Etat et qui seront payés au même titre que le personnel de santé des DSA symboliques (environ 12 dollars) par jour pendant 7 jours.

Veuillez décrire la stratégie pour atteindre les fillettes qui pourraient manquer la première session de vaccination ou les sessions d'administration du vaccin de rappel

Les fillettes ayant raté la première session de vaccination seront enregistrées par l'enseignant qui avertira le personnel de santé et une séance de vaccination sera organisée soit à l'école, soit au centre de santé en fonction du nombre pour les vacciner.

La stratégie de vaccination devra-t-elle être adaptée pour les écoles privées ou religieuses ? Si cela est le cas, veuillez élaborer.

En Mauritanie, les écoles privées et Mahadras dépendent du Ministère de l'Education et sont organisées de la même manière que les écoles publiques.

Cependant, les expériences des autres pays ont montré qu'il pourrait y avoir des réticences dans cette cohorte. Les responsables locaux du Ministère de l'Education seront chargés de mener une sensibilisation particulière pour s'assurer de l'atteinte de toutes les filles en âge d'être vaccinées.

Utilisation des centres de santé pour administrer des vaccins

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district. Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ?

Les centres et postes de santé seront utilisés pour administrer les vaccins de manière routinière et dans toutes les régions car ils constitueront un point de vaccination important pour les filles non-scolarisées qui habitent à proximité de ces structures. Cette stratégie fixe a été choisie pour la pérennité du programme et elle sera complétée par les activités avancées et mobiles pour les filles habitant à plus de 5 km de ces structures de santé. Les vaccins y seront disponibles tout au long de l'année.

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Le pays n'aura pas besoin d'engager un personnel supplémentaire en dehors du personnel de santé pour la première année de vaccination. L'offre du vaccin fera partie des services de routine et, avec une bonne partie des filles vaccinées dans les écoles et dans les lieux publics, l'affluence dans les structures de santé sera gérable. Cependant, l'appui des relais communautaires sera nécessaire pour informer les parents et mobiliser les filles non-scolarisées.

Cette stratégie sera financée par les fonds alloués par Gavi et la contribution de l'Etat et des partenaires (OMS et UNICEF).

Veillez fournir des détails concernant les activités de génération de la demande pour encourager les fillettes à se rendre dans le centre de santé.

Les activités génératrices de la demande seront assurées à travers la communication interpersonnelle qui utilisera tous les canaux, réseaux et associations susceptibles de contribuer à la sensibilisation et la mobilisation des fillettes et de leurs parents sur l'intérêt de la vaccination. Les activités prévues comportent des théâtres communautaires, des rassemblements dans les lieux publics tels que les marchés organisés par les communicateurs traditionnels, les leaders d'opinion et les réseaux des jeunes. La radio reste un outil très apprécié, avec une large audience en Mauritanie ; des messages y seront diffusés pour informer la communauté des dates et des lieux de vaccination. Les journalistes seront sollicités pour la diffusion de l'information sur la vaccination et recevront un dossier de presse lors de rencontres organisées pour eux uniquement.

Veillez fournir des détails sur la façon dont le pays compte établir des liens avec les écoles. Favoriser l'administration du vaccin anti-VPH en mobilisant les écoles, par exemple en encourageant la sensibilisation et la mobilisation des parents et des c

Le Ministère de l'Education est impliqué dans toutes les étapes du processus depuis la soumission de la demande jusqu'à la mise en œuvre des activités de vaccination. Il est représenté dans toutes les structures de planification et de coordination (CCIA, comité de pilotage, comité technique) et de mise en œuvre au niveau opérationnel (directeurs régionaux et inspecteurs départementaux). Il est également un partenaire privilégié des services de santé dans l'organisation de toutes les activités de vaccination et de supervision à travers une participation active.

Les responsables locaux de l'Education seront responsables de la diffusion d'information à travers les réunions des parents d'élève et la distribution de dépliants aux enfants pour leurs parents. Ils joueront aussi un rôle important pour recenser et amener les filles qui ont raté une vaccination à un établissement de santé à proximité ou alerter un agent de la santé pour organiser une vaccination lors d'une stratégie mobile.

Veillez indiquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables.

Les fillettes difficiles à atteindre et vulnérables existent bel et bien en Mauritanie et parfois dans des zones difficiles. Ces fillettes malgré ces difficultés ont été toujours prises en compte dans les différentes campagnes de vaccination qui ont donné des taux élevés de couverture (supérieure à 80%) notamment la campagne de rattrapage rougeole (qui ciblait 42% de la population) et la campagne contre la méningite qui concernait 70% de la population totale. Les adolescentes du même âge que celles ciblées pour vaccination HPV (9-14 ans) étaient atteintes.

Il est vrai que le cancer du col de l'utérus n'est pas connu par les populations comme ces autres maladies infantiles (Rougeole, Méningite, Poliomyélite) mais les populations ont quand même une perception de la gravité du cancer et seront certainement intéressées par les stratégies proposées pour la prévention de la maladie.

Cette stratégie améliorera la couverture car elle n'est pas ponctuelle ; les filles pourront être localisées et référées aux centres de santé le plus proche tout au long de l'année. La stratégie mobile fait également partie des activités de routine des centres et postes de santé et contribuera à vacciner les filles dans les villages les plus reculés.

Veillez décrire le mécanisme de suivi qui sera utilisé afin de s'assurer que les fillettes reçoivent la deuxième dose du vaccin.

Afin d'assurer au maximum que les fillettes ayant reçu la première dose recevront la deuxième dose, un ensemble de mesures seront entreprises :

- La date de la deuxième dose sera communiquée aux enseignants, aux relais, aux associations communautaires, aux parents et aux fillettes lors de l'administration de la première dose. La date sera localisée dans le temps par rapport aux événements sociaux et religieux qui sont importants dans le pays. Par exemple, nous prévoyons de commencer la vaccination à l'ouverture des classes en Novembre 2018 et par conséquent, la deuxième dose sera prévue en début Mai 2019, au début du mois de Ramadan.
- L'organisation de passages de sensibilisation et de rappel durant au moins une semaine avant la date prévue pour la deuxième dose sera mis en place par les relais et agents communautaires pour les zones rurales, urbaines et péri-urbaines.

Utilisation des salles communautaires pour administrer des vaccins

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district.

Pour les filles non scolarisées, habitant dans des villages sans structures de santé, la vaccination se fera par des équipes mobiles dans une place publique du village (école, mosquée, concession du chef de village...). Ceci est le meilleur moyen pour rassembler et atteindre ces filles. Les marchés hebdomadaires seront également ciblés étant donné qu'il y a une forte probabilité que ces filles et leurs parents s'y trouvent

Cette approche sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochaines années.

Cette approche sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochaines années.

Cette approche sera utilisée dans les activités avancées et mobiles qui se font de façon régulière dans le cadre du programme de routine et les activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Ces activités seront financées par le soutien pour les coûts opérationnels alloués par Gavi.

Veillez indiquer comment vos travailleurs/bénévoles de centres de santé locaux seront impliqués dans cette stratégie

Les travailleurs et bénévoles des structures de santé feront partie des équipes de sensibilisation et de vaccination aussi bien dans la stratégie fixe que dans les stratégies avancées et mobiles. En plus de cela, ils participeront au recensement des filles non-scolarisées dans leur circonscription pour appuyer les relais communautaires

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

Oui, le personnel supplémentaire qui sera engagé en dehors du personnel de santé sera essentiellement des enseignants qui sont aussi des fonctionnaires de l'Etat et qui seront payés au même titre que le personnel de santé des DSA symboliques (environ 12 dollars) par jour pendant 7 jours. Etant donné que cette vaccination en stratégie avancée se fait de manière ponctuelle et juste la première année d'introduction, la participation

des enseignants sera possible en faisant la programmation avec eux pendant les vacances scolaires ou le weekend. Ceci est une opportunité pour sensibiliser les parents des filles non-scolarisées sur l'importance de les inscrire à l'école.

Ces activités seront financées par le soutien pour les coûts opérationnels alloués par Gavi.

Dans quel local communautaire les fillettes seront-elles vaccinées ? Par ex. écoles, sites permanents de sensibilisation, rues, parcs, centres commerciaux, marchés

La vaccination sera organisée dans les écoles pour les filles scolarisées et dans les structures de santé dans les villages dotés de structures de santé (CS/PS) pour les filles non-scolarisées. Pour les filles non-scolarisées vivant dans des villages sans structures de santé, la vaccination se fera par des équipes mobiles dans une place publique du village (école, mosquée, concession du chef de village, marché hebdomadaire...)

Les équipes mobiles utiliseront une logistique roulante déployée pour la campagne soit avec les véhicules de l'Etat, soit avec des véhicules de location dans les districts ne disposant pas de véhicules administratifs. Les équipes de vaccination seront composées d'au moins 2 éléments dont un professionnel de santé (vaccination) et un enseignant (enregistrement), et bénéficieront de l'appui des crieurs et du personnel communautaire qui sillonnent les communautés pour rassembler les filles.

Quelles interventions seront entreprises pour améliorer l'acceptation et le soutien de la communauté ?

Des activités de mobilisation sociale impliquant tous les acteurs potentiels seront identifiées lors de la micro-planification qui se fera au moins 2 mois avant l'introduction et seront menées au moins 1 mois avant la date d'introduction (Novembre 2018).

Les messages qui seront transmis sont : le vaccin anti VPH prévient contre le cancer de l'utérus, ne nuit pas à la fécondité et a été introduit dans plus de 50 pays dont la plupart en Afrique et est approuvé par l'Etat et l'OMS.

Tous les acteurs identifiés (enseignants, parents d'élèves, relais, leaders d'opinion, chefs de village) seront formés sur la communication interpersonnelle et constitueront un réseau d'information et de surveillance pour éviter ou limiter les rumeurs.

Le consentement en Mauritanie a été toujours implicite car le consentement explicite pourrait entraîner le doute sur l'innocuité du vaccin.

Veillez fournir des détails sur les activités de génération de demande, par ex. la sensibilisation et la diffusion d'information par l'intermédiaire de la communauté ou du secteur de l'éducation et/ou des médias de masse, dont les clubs de jeunesse et le

Les activités génératrices de la demande seront assurées à travers la communication interpersonnelle qui utilisera tous les canaux, réseaux et associations susceptibles de contribuer à la sensibilisation et la mobilisation des fillettes et de leurs parents sur l'intérêt de la vaccination.

Les activités prévues comportent des théâtres communautaires, des rassemblements dans les lieux publics tels que les marchés organisés par les communicateurs traditionnels, les leaders d'opinion et les réseaux des jeunes. La radio reste un outil très apprécié, avec une large audience en Mauritanie ; des messages y seront diffusés pour informer la communauté des dates et des lieux de vaccination. Les journalistes seront sollicités pour la diffusion de l'information sur la vaccination et recevront un dossier de presse lors des rencontres organisées pour eux uniquement.

Les champions identifiés dans la communauté seront la première dame, les femmes parlementaires, les présidentes des groupements féminins, et le VACNET qui est le plus grand réseau d'OSC et qui travaillent étroitement avec le PEV

Veillez expliquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables ?

Cette stratégie améliorera la couverture vaccinale car elle permet d'aller vers la population cible en choisissant

les lieux de rassemblement important dans la communauté

Veillez décrire le mécanisme de suivi qui sera utilisé afin de s'assurer que les fillettes reçoivent la deuxième dose du vaccin.

Afin d'assurer au maximum que les fillettes ayant reçu la première dose recevront la deuxième dose, un ensemble de mesures seront entreprises :

- La date de la deuxième dose sera communiquée aux enseignants, aux relais, aux associations communautaires, aux parents et aux fillettes lors de l'administration de la première dose. La date sera localisée dans le temps par rapport aux événements sociaux et religieux qui sont importants dans le pays. Par exemple, nous prévoyons de commencer la vaccination à l'ouverture des classes en Novembre 2018 et par conséquent, la deuxième dose sera prévue en début Mai 2019, au début du mois de Ramadan.

L'organisation de passages de sensibilisation et de rappel durant au moins une semaine avant la date prévue pour la deuxième dose sera mis en place par les relais et agents communautaires pour les zones rurales, urbaines et péri-urbaines.

Utilisation des campagnes pour administrer des vaccins VPH

Veillez expliquer les raisons de ce choix d'approche pour cette région/ce district.

NA

Quel type de campagne sera utilisé pour l'administration du vaccin anti-VPH, par ex. Jours/Semaines de la santé infantile, vaccins antirougeoleux, antirubéoleux ou antitétanique, activités de vaccination supplémentaires et activités d'éducation sanitaire

NA

Comment cette campagne affectera-t-elle l'administration de vaccins systématiques ? Par exemple, le personnel de centres de santé sera-t-il mis à contribution pour cette campagne ?

NA

Faudra-t-il embaucher du personnel supplémentaire pour vacciner les cohortes multi-âge durant l'année d'introduction ? Si oui, comment cette embauche sera-t-elle financée ?

NA

Quel(s) local ou locaux seront utilisés pour administrer les vaccins durant la campagne ?

NA

Cette stratégie d'administration sera-t-elle utilisée tous les ans ? Si oui, veuillez indiquer comment cette stratégie sera financée au cours des prochaines années.

NA

Veillez expliquer, si applicable, comment cette stratégie d'administration améliorera la couverture, en particulier auprès des fillettes « difficiles à atteindre »/vulnérables ?

NA

6.1.4 Mobilisation sociale

Veillez remplir le tableau ci-dessous avec les détails afin d'indiquer le type d'information et/ou de matériaux qui seront utilisés/diffusés, le public visé, ainsi que le mécanisme et la fréquence de chacun d'entre eux.

Types d'information ou de matériaux/b>	Public recevant les matériaux/b>	Méthode d'administration	Personnes administrant le produit	Fréquence et date
Par ex., dépliants, affiches, bannières, livrets, publicités à la radio, etc.	Par ex., fillettes, parents, professeurs, travailleurs de santé, fonctionnaires du district, groupes de communauté, etc.	Par ex., réunions de parents, radio, séance d'information à l'école, visite à domicile, etc.	Par ex., professeurs, travailleurs de santé, fonctionnaires du district, etc.	Par ex., quotidiennement, hebdomadairement, deux fois avant le début du programme ; le jour de la vaccination, deux semaines avant le début du programme, etc.
Ampleur et gravité du cancer du col dans le monde et en Mauritanie, Les bénéfices de la vaccination dans la prévention du cancer du col Accessibilité, coût, efficacité, effets secondaires et calendrier de la vaccination anti VPH, Leurs rôles et leurs contributions à la réussite de l'introduction du vaccin anti VPH; L'objectif de l'introduction du vaccin anti VPH dans le	Réseau d'ONGs Amis de la vaccination et Lutte contre le Cancer, Association des parents d'élèves, Association de Pédiatres, Association des gynécologues, Association des professionnels de la santé et association des Journalistes, Associations et réseaux de jeunes, Association des Imams, Association des enseignants du Fondamental. les professionnels de santé (Superviseurs, Equipe cadre de District et Agents Vaccinateurs), les enseignants des classes fondamentales et des Mahadras et les relais communautaires	Faire une communication en conseil des Ministres Rencontre avec le réseau des parlementaires pour la Santé de la Reproduction Adresser des correspondances aux Ministères impliqués Organiser une réunion du CCIA pour partage et validation du plan Organiser des réunions de CRD/CDD/CLD Organiser des visites auprès des leaders religieux et traditionnels Organiser une réunion de partage sur l'introduction du vaccin anti VPH avec les organisations de lutte contre le cancer Intégrer le volet prévention primaire du cancer du col dans la révision des curricula des enseignants de l'élémentaire; Organiser des journées de Mobilisation sociale avec chacun des groupes ciblés; Mettre en œuvre les	Equipe centrale du PEV et comité technique chargé de l'introduction du vaccin anti HPV Equipe centrale du PEV et Equipes Régionales (MS, MEN, MASEF, MJS) Equipe centrale du PEV et Equipes Régionales (MS, MEN, MASEF, MJS)	Au moins deux mois avant le lancement de l'introduction du HPV Au moins un mois avant la vaccination de la première dose et un rappel deux semaines avant la deuxième dose Au moins 6 semaines avant le début de la vaccination

<p>PEV, les défis, les attentes, cibles de la vaccination, avantages et stratégies. L'ampleur et la gravité du cancer du col dans le monde et en Mauritanie, son rapport avec le VPH; Les problèmes liés à la prise en charge du cancer du col Les avantages de la prévention du cancer du col par la vaccination anti VPH, L'importance de la campagne de vaccination ciblant les filles de 9 à 14 ans associée à la vaccination dans la routine des filles de 9 ans selon le calendrier; Le rôle attendu de chaque acteur; Objectif de l'introduction du vaccin anti VPH dans le PEV, Les modes d'administration du vaccin, le calendrier de la vaccination et le nombre de doses requises pour être protégée; Les avantages, les effets secondaires et la conduite à tenir en cas de MAPI, La conservation de la carte de vaccination Les techniques de CIP;</p>		<p>activités (leçon de vie) Organiser des micro programmes au niveau de la Radio, des Tables rondes Message téléphonique (SMS) Elaborer un module de formation des agents vaccinateurs, des enseignants des écoles fondamentales et des Mahadras; Organiser des ateliers de formation des formateurs; Organiser des ateliers de formation des agents vaccinateurs, des enseignants des écoles fondamentales et des Mahadras dans les Wilayas (Régions) ciblées;</p>		
---	--	---	--	--

Veuillez indiquer un plan de communication de crise pour répondre aux rumeurs et idées reçues sur la vaccination anti-VPH.

Le comité de crise pour l'introduction du vaccin anti-VPH. composé du PEV et des points focaux

immunisation de l'OMS et de l'UNICEF, sera en charge de mettre en œuvre le plan de communication de crise suivant :

- Analyser la situation en cas de crise et définir l'emplacement géographique, l'ampleur du problème et ses répercussions sur la santé des filles vaccinées et sur le programme de vaccination ;
- Mener une enquête rapide et partager les résultats avec les autorités et la communauté ;
- Communiquer rapidement et de manière transparente et régulière avec la communauté sur les actions qui seront prises ;
- S'assurer que les préoccupations de la communauté sont prises en compte ;
- Informer la communauté sur la fin de la crise ;
- Analyser l'impact sur le programme de vaccination et faire des ajustements pour les activités futures ;
- Intégrer une surveillance de la communication et des rumeurs avec la surveillance plus large du programme de vaccination contre le VPH ;
- Assigner des tâches à des individus spécifiques et donner des délais pour le suivi post-vaccination.
- Désigner des points focaux dans les écoles (un enseignant par école) et dans la communauté (un relais communautaire pour un groupe de filles).
- Déterminer et sécuriser un budget pour les activités liées à la survenue d'une crise.

6.1.5 Intégration de la santé des adolescents

Indépendamment des stratégies, veuillez fournir une description des services de santé et/ou de l'éducation sanitaire actuellement fournis aux jeunes adolescentes et/ou adolescents de 9 à 14 ans, et indiquer toute synergie potentielle en intégrant la vacci

a. Pour les services sanitaires (notamment: le type de services fournis, la tranche d'âge/le sexe, le caractère obligatoire ou facultatif, le caractère régulier ou ponctuel, en milieu scolaire ou extra-scolaire, qui sont les fournisseurs (gouvernement, ONG), la fréquence, la mesure dans laquelle la collectivité a recours à ces services, comment ils sont perçus par la collectivité.)

Ci-dessous une description des principaux services sanitaires disponibles pour les adolescents :

- Réseau National des Associations de Jeunes (RENAJ)

En 2005, le Ministère de la Culture, de la jeunesse et des Sports a appuyé l'organisation en réseaux des associations de jeunes au niveau départemental, régional et national. (conformément à la charte africaine de la jeunesse ratifiée en 2010 par la Mauritanie, et dans le sillage du mouvement AFRYAN (réseau africain des jeunes en population et développement) : 67 réseaux de jeunes regroupés autour de 500 associations. Le Ministère de la jeunesse avec l'appui technique et financier de l'UNFPA et l'UNICEF a renforcé les capacités des réseaux de jeunes par la formation, l'équipement, l'appui à leurs activités socio-éducatives et ainsi que leur participation aux rencontres internationales.

- Centres d'Ecoute et d'Information pour Jeunes

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports de la République Islamique de Mauritanie, avec l'appui de ses partenaires, notamment l'UNFPA, a expérimenté l'approche des Centres d'écoute, d'information et d'orientation des adolescents et jeunes (CEIO/AJ). Le Centre d'Ecoute pour Jeunes est un lieu convivial qui permet d'aider les jeunes à trouver des réponses à leurs multiples demandes et sollicitations sur leurs besoins spécifiques, notamment ceux liés aux aspects de la Santé, en général, et de la SR en particulier, y compris les IST/VIH/SIDA, à travers des activités de loisir et sportives.

- Projet appui à la santé et au développement des Adolescents (MJS/UNFPA)

Le Ministère en charge de la jeunesse travaille depuis 2003 en partenariat avec l'UNFPA pour que les adolescents et jeunes dans cinq wilayas d'intervention du programme qui bénéficient de services intégrés en Santé Sexuelle et Reproductive et de programmes spécifiques promouvant leurs compétences, leaderships et leur pleine participation. Les activités principales à mener sont : appui à la mise œuvre de la Stratégie Nationale de la Jeunesse et des Sports, appui aux 2 initiatives adolescents et jeunes pour la promotion de la PF/SR au niveau des Centres d'Ecoute et d'Etablissements d'Enseignement, la sensibilisation des jeunes sur les violences basées sur le genre et la mutilation génitale féminine (VBG/MGF) à travers les Centres d'Ecoute et d'Information des jeunes et les missions de suivi-supervision.

L'intégration des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans la vaccination HPV peut être porteuse et contribuer à l'amélioration de l'accès des filles à la santé reproductive. Cependant des précautions s'imposent

pour éviter justement que cette intégration ne conduise au blocage et aux résistances si les parents voient d'abord en son introduction une façon habillée ou un prétexte de promouvoir la planification familiale ou l'initiation de l'activité sexuelle. La sexualité est encore un sujet tabou en Mauritanie, un pays avec une prédominance de la culture islamique et traditionnelle. A cette fin, il faut agir par étape et choisir le paquet d'activités SSR le plus accepté socialement et le moins controversé et l'intégrer dans la vaccination.

Pour l'intégration de la santé des adolescents, un ensemble d'activités devront être menées à court et à long terme basées surtout sur une approche participative qui prend en considération le besoin des adolescents en santé sexuelle à tous les niveaux et qui implique le Gouvernement, les ONG et les partenaires techniques et financiers.

*Une intégration des séances d'IEC au niveau des centres offrant les activités SR de routine

*Formation du personnel de la santé sur les techniques de communication et la provision des services

*Formation des ONG et ASC sur la communication interpersonnelle et la provision des services

b. Pour l'éducation pour la santé (notamment: le thème, le caractère national, sous-national, scolaire ou extra-scolaire, qui dispense l'éducation, à quelle fréquence, cela figure-t-il dans le cursus scolaire, des ONG sont-elles fournisseurs? Comment cette éducation est-elle perçue par la collectivité? Y a-t-il eu une évaluation et, si oui, comment et quels ont été les résultats?)

L'éducation pour la santé n'a pas encore atteint l'objectif visé en milieu scolaire ni dans le milieu communautaire. Les équipes de vaccination, les enseignants et les relais communautaires seront formés pour fournir des informations sur la santé des adolescents, pendant les activités de mobilisation sociale et pendant le rassemblement des filles avant la vaccination.

Les thèmes relatifs à la santé sexuelle restent encore des tabous. Néanmoins, il y a des ONG qui mènent des activités dans ce sens mais elles méritent d'être mieux formées en techniques de communication. Des nouvelles directives doivent être données au personnel éducatif et aux relais communautaires pour mieux aborder la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les thèmes les plus importants pour les jeunes filles de 9 à 14 ans sont les grossesses précoces, la planification familiale, les mutilations génitales féminines et les violences basées sur le genre.

c. Pour améliorer la plateforme de vaccination pour les adolescents (peut inclure une intégration avec : d'autres vaccins pour adolescents (par ex., vaccins contre la rougeole, la rubéole, le tétanos ou la dengue), servic

Pour améliorer cette plateforme de vaccination, une nouvelle stratégie de communication pour le changement comportemental à travers la communication interpersonnelle et par la voix des jeunes doit être adoptée pour montrer les avantages de la vaccination des adolescents pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Le vaccin anti-HPV pourra être associé à la vaccination antitétanique qui reste un défi pour certaines localités. Vu son importance, ce thème a d'ailleurs été choisi pour la Semaine Africaine de la Vaccination cette année en Mauritanie.

Une étude sur les barrières d'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction financée par l'UNICEF en 2015 a fait ressortir les constats suivants par rapport à l'introduction du HPV : les attitudes vis-à-vis de l'introduction du vaccin HPV sont en général positives et favorables dans la communauté. Ainsi dans les villes de Nouakchott et Boghé, la plupart des femmes rencontrées pensent que le cancer du col de l'utérus est un véritable problème qui touche les filles et les femmes et qu'il est relativement « connu comme problème de santé ». « Ce vaccin est très important et les femmes vont l'accepter et l'utiliser » Focus Groupe des femmes de Boghé. « Toutes les femmes sont prêtes à faire vacciner leurs filles contre ce genre de maladies. Nous connaissons des familles qui en ont souffert ». Focus Groupe des femmes Nouakchott.

6.1.6 Engagement des OSC

Veillez décrire les OSC et la façon dont elles seront incluses dans l'administration de vaccins anti-VPH, par ex., activités de génération de demande, amélioration de la couverture des fillettes « difficiles à atteindre ».

Le PEV travaille avec le plus grand réseau des ONG et associations à base communautaire qui s'appelle le

VACNET. Celui-ci est un membre actif du comité de pilotage de cette soumission et fera également partie du comité de mise en œuvre de la vaccination. Le VACNET sera mis à profit dans la sensibilisation des communautés, dans la recherche des filles non-scolarisées et des filles qui habitent dans les zones d'accès difficile et aidera aussi dans la formation et le déploiement des relais communautaires sur le terrain. Leur proximité avec les parents et les filles ciblées est un atout incontournable pour le PEV.

Lors de la micro-planification, un plan de travail sera défini avec les différentes organisations pour une répartition des tâches et pour éviter un chevauchement ou une répétition des activités sur le terrain. Il est important que les membres de la société civile travaillent ensemble pour obtenir de meilleurs résultats.

6.1.7 Rôles et responsabilités des principales parties prenantes et des partenaires techniques

Veillez remplir le modèle Gavi fourni, pour définir les rôles et responsabilités respectifs de toutes les parties prenantes et des partenaires techniques nationaux.

Veillez joindre les documents nécessaires et vous référer à la section [10. Pièces jointes](#). (Document N°17)

6.2. Vaccin demandé (PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

Ainsi que mentionné dans le PPAG, le pays prévoit d'introduire PVH quadrivalent, à l'aide de **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**.

Quand le pays compte-t-il introduire ce vaccin? **Novembre 2018**

A noter qu'en raison de divers facteurs, la date de lancement peut varier par rapport à la date stipulée dans la demande. Gavi travaillera en étroite collaboration avec le pays et ses partenaires pour remédier à ce problème.

Veillez résumer la capacité de la chaîne du froid (aux niveaux central et autres) et la préparation pour accueillir de nouveaux vaccins, en tenant compte de la formation, de l'équipement de la chaîne du froid et des autres exigences logistiques. Si l'extension de la chaîne du froid est nécessaire, indiquez comment celle-ci sera financée et quand elle sera en place. Le comité d'examen indépendant doit avoir l'assurance que la chaîne du froid est prête ou sera prête pour l'introduction de routine du nouveau vaccin ; des données probantes/plans doivent être fournis. Toutes les propositions qui comprennent un financement de Gavi pour la chaîne de froid destiné au stockage de vaccins doivent prévoir du matériel préqualifié par l'OMS pour leurs performances, la qualité et la sécurité du programme (PQS). L'achat de matériel non-PQS ne sera prise en compte qu'à titre exceptionnel, justification à l'appui et avec l'accord préalable de Gavi.

Le niveau central dispose de 4 Chambres froides dont une chambre négative d'une capacité brute de 10 000 litres et trois (3) chambres positives d'une capacité brute de 85 000 litres, 6 congélateurs d'une capacité globale brute de 1075 litres dont 4 TFW 800 d'une capacité nette de 145 litres chacun, un MF 314 d'une capacité de 271 litres et d'un HBD 286 d'une capacité de 224 litres utilisés pour la congélation des accumulateurs de froid.

Pour assurer la continuité la source d'énergie en cas de coupure d'électricité, le niveau central dispose de deux groupes électrogènes d'une capacité de 119 KVA (75 et 44 KVA).

Une chambre froide de 10m³ est installée à la délégation sanitaire de Nouakchott. Ouest et une autre chambre positive de 30 m³ est en attente d'installation à Kiffa en attendant la fin de la construction du local de la CDF qui est en cours actuellement à Kiffa.

Le Ministère de la Santé s'est engagé dans l'acquisition des équipements adéquats pour satisfaire les besoins en CDF et entamer le processus de remplacement des équipements à gaz par des équipements solaires pré qualifiés par l'OMS. Dans ce cadre le pays a déjà mis en place 260 réfrigérateurs dont 153 solaires et 107 électriques.

6.2.1. Prix des vaccins

Vaccin	Présentation	2017	2018	2019	2020
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	1	4.500	4.500	4.500	4.500

6.2.2. Information sur le co-financement

L'exigence de cofinancement s'applique aux vaccins pour la **cohorte systématique** (c'est à dire la cohorte qui sera systématiquement vaccinée chaque année dans le cadre du programme de vaccination systématique).

Gavi financera toutefois intégralement

Si vous souhaitez cofinancer un montant supérieur, précisez-le à la ligne Votre cofinancement.

Groupe du pays	Phase de transition préparatoire		
	2018	2019	2020
Cofinancement minimum	0,46	0,53	0,61
Votre cofinancement (veuillez changer si supérieur)			

6.2.2.1. Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte systématique

	Source		2018	2019	2020
Nombre de fillettes dans la cohorte systématique à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	13 237	13 731	37 292
Nombre de fillettes dans la cohorte systématique à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	0	12 969	35 221
Couverture vaccinale avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	0	32%	85%
Cofinancement du pays par dose	Tableau 6.2.2	\$	0,46	0,53	0,61

6.2.2.2. Spécificités des vaccinations avec le nouveau vaccin pour une cohorte multi-âge

	Source		2018	2019	2020
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	79 873	188 376	194 837
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	0	177 911	184 073
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	0	85,00%	85,03%

6.2.3 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	1 328	3 086	9 647
Nombre de seringues autobloquantes	#	1 845	3 844	12 371
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	21	43	137
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	8 006	16 750	53 804

[1] Le montant du cofinancement pour les pays intermédiaires et les pays en voie de graduation indique les coûts des vaccins, matériel de sécurité des injections associé, et frais d'acheminement. Le montant total de cofinancement ne contient pas les coûts et frais de l'agence d'approvisionnement, tel que les frais de manutention. Des informations sur ces coûts et frais supplémentaires seront fournies par l'agence d'approvisionnement concernée, comme partie de l'estimation des coûts requise par le pays.

6.2.3.1 Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	11 909	23 614	62 866
Nombre de seringues autobloquantes	#	16 539	29 414	80 622
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	182	323	886
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	71 787	128 154	350 647

6.2.3.2 Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	79 873	201 345	230 058
Nombre de seringues autobloquantes	#	87 861	221 480	253 064
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	967	2 437	2 784

6.2.4 Allocation d'introduction d'un vaccin nouveau ou sous-utilisé

Calcul de l'allocation d'introduction d'un vaccin pour **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**

Année d'introduction du nouveau vaccin	Jeunes filles de la cohorte (du tableau 5.2)	Montant par naissance en \$US	Total en \$US
2018	38 948	2,40	100 000

La subvention sera basée sur un prix maximum de \$2,4 par fille dans la cohorte de naissance avec un montant minimal de subvention de départ de 100.000 \$

Veuillez expliquer comment l'allocation d'introduction octroyée par Gavi sera utilisée pour faciliter la mise en œuvre opportune et efficace des activités avant et au moment de l'introduction du nouveau vaccin (reportez-vous au PPAC et au plan d'introduction du vaccin).

L'allocation d'introduction octroyée par Gavi sera utilisée conformément aux détails présentés dans le plan d'introduction et le modèle de prévision budgétaire. Les activités prévues incluent : l'élaboration du matériel de formation, des cartes de vaccination et des outils de gestion; les ateliers d'orientation des équipes de vaccination au niveau central et au niveau périphérique, la formation des inspecteurs de l'éducation; la formation des prestataires et des relais; la formation des enseignants et directeurs d'école; la production des supports de communication, la production et diffusion des bande-annonce en particulier dans les radios communautaires, l'organisation de théâtres communautaires, la cérémonie nationale de lancement; la reproduction des documents; et les activités de supervision.

Veuillez remplir le modèle de "Budget détaillé pour la subvention d'introduction / les coûts opérationnels" fourni par Gavi et joint en tant que document obligatoire dans la section des annexes.

Budget détaillé joint comme document n° 22.

Dans le cas où le soutien de Gavi ne couvre pas l'intégralité des besoins, veuillez décrire les autres sources de financement et les montants envisagés, si disponibles, pour couvrir vos besoins

Le gap nécessaire pour couvrir les besoins sera comblé principalement par le budget de l'Etat de 2018 qui sera planifié en fin 2017. Les partenaires techniques et financiers tels que l'OMS et l'UNICEF fourniront également un appui.

6.2.5.Soutien opérationnel nouveau et sous-utilisé

Calcul du soutien opérationnel pour le **PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE**

Année d'introduction du nouveau vaccin	Fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire (selon le tableau 5.2)	Part par fillette dans la cohorte multi-âge supplémentaire en USD	Total en \$US
2018	202 264	0,55	111 245

Veuillez décrire la façon dont le soutien opérationnel de Gavi sera utilisé pour atteindre les cohortes multi-âge. Comment ces fonds seront-ils utilisés pour renforcer les activités systématiques, par ex., le renforcement des activités de sensibilisation

La cohorte multi-âge sera atteinte à travers l'organisation d'activités de mobilisation sociale importante et par la stratégie fixe et mobile qui va sillonner toutes les localités du pays en vue de vacciner toutes les fillettes cibles déjà identifiées lors de la micro-planification. Toutes les activités menées constitueront un acquis pour le programme en particulier celles liées à la communication sur la santé des adolescents et au renforcement des capacités des prestataires de santé et des relais, et seront mises à profit pour le programme de routine.

Budget détaillé joint comme document n° 22.

Lorsque le soutien de Gavi ne couvre pas l'ensemble des besoins, veuillez indiquer les autres sources de financement et les montants attendus, s'ils sont disponibles, pour couvrir l'ensemble de vos besoins.

Le budget de l'introduction du vaccin anti VPH est estimé à 130 229 600 Ouguiyas soit 372 085 \$ US, hors coûts des vaccins et consommables. La durée du soutien demandé est 3 ans, de 2018 à 2020. Le financement des activités se fera avec le forfait d'introduction alloué par GAVI et sera complété par la contribution de l'Etat et des partenaires (OMS et UNICEF). Ainsi, Gavi contribuera à hauteur de 67 150 600 Ouguiyas (191 859 \$ US) soit 52 % du budget et le gap sera pris en charge par l'Etat à hauteur de 29 529 000 Ouguiyas (84 369 \$ US) soit 23% du budget et complété par l'UNICEF pour 11 000 000 Ouguiyas (31 429 \$ US) soit 8% du budget et par l'OMS pour 22 550 000 Ouguiyas (64 429 \$ US) soit 17% du budget. Les fonds venant des partenaires seront prélevés des fonds déjà alloués au PEV pour les activités de routine.

6.2.6.Assistance technique

Veuillez décrire tout domaine particulier pour lequel le Ministère aurait besoin d'une assistance technique pour épauler l'introduction de **PVH quadrivalent**.

Le Ministère de la Santé aura besoin d'assistance technique et financière pour:

- Le recrutement d'un consultant national pour épauler la mise en œuvre ;
- Le recrutement d'un consultant national pour les activités de mobilisation sociale ;
- La planification et la mise en œuvre d'une enquête de couverture, d'une évaluation post-introduction (PIE) et d'une analyse des coûts (costing) ;

L'appui des partenaires tels que PATH, OMS, UNICEF, UNFPA, etc.

7. Campagnes de prévention SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

8. Campagnes de suivi des vaccins nouveaux et sous-utilisés

Pas de soutien pour la campagne de suivi de SNV cette année

9. Approvisionnement et gestion

9.1 Approvisionnement et gestion de la vaccination systématique avec les vaccins nouveaux ou sous-utilisés

Note: Le vaccin PCV doit être fourni par l'UNICEF afin de pouvoir bénéficier du prix octroyé par les accords de la Garantie de marché (AMC).

a) Veuillez indiquer la manière dont les fonds seront utilisés et gérés, y compris les achats de vaccins (Gavi escompte que la plupart des pays achètent leurs vaccins et matériel d'injection par le biais de l'UNICEF ou du Fonds renouvelable de l'OP):

La Mauritanie achète tous les vaccins (traditionnels, sous utilisés et nouveaux) par le biais de l'UNICEF. Les fonds destinés à l'achat des vaccins et matériel d'injection sont transférés directement par le Ministère des Finances aux comptes de l'UNICEF ouverts à cet effet à Copenhague, aussi bien pour le co-financement que pour l'achat des vaccins traditionnels qui sont pris en charge à 100% par le Gouvernement.

b) Si un autre mécanisme d'approvisionnement et d'administration du vaccin (financé par le pays ou par Gavi) est demandé, veuillez fournir les justificatifs

- une description du mécanisme et des vaccins ou des fournitures que le pays achètera ;
- l'assurance que le vaccin sera acheté selon la liste de l'OMS des vaccins pré-qualifiés, indiquant le vaccin spécifique sur cette liste.. En cas d'achat de vaccins produits sur place directement auprès d'un fournisseur qui n'aurait pas été pré-qualifié par l'OMS, il convient également de donner l'assurance que les vaccins achetés respectent la définition de vaccins de qualité de l'OMS pour lesquels aucun problème de qualité non résolu n'a été rapporté à l'OMS et dont le respect des normes est assuré par des autorités nationales de réglementation compétentes, tel qu'évalué par l'OMS dans les pays de fabrication et d'achat.

NA

c) Si vous recevez un soutien financier directement de Gavi (comme un soutien pour les coûts opérationnels des campagnes ou des activités d'introduction vaccinale), veuillez indiquer comment les fonds doivent être transférés par Gavi.

Comme pour les autres vaccins, les fonds de GAVI doivent être transférés dans le compte du PEV ouvert à la Banque pour le Commerce et l'Industrie (BCI).

d) Veuillez indiquer comment les montants co-financés seront payés (et qui en est responsable)

Les fonds destinés à l'achat des vaccins et matériel d'injection seront transférés directement par le Ministère des Finances aux comptes de l'UNICEF ouverts à cet effet à Copenhague, aussi bien pour le co-financement que pour l'achat des vaccins traditionnels.

e) Veuillez décrire les procédures de gestion financière qui seront appliquées pour la gestion du soutien financier direct au vaccins nouveaux ou sous-utilisés, et notamment pour les achats.

Les fonds sont logés dans le compte GAVI/SNV ouvert par le Ministère de la Santé au niveau de la Banque pour le Commerce International (BCI). Les cosignataires du compte sont le Coordonnateur du Programme et son responsable financier et administratif. Le décaissement se fait sur la base de requête conformément au plan d'utilisation des ressources. Les procédures de gestion sont celles du Ministère de la Santé.

f) Veuillez décrire comment la couverture du vaccin introduit sera surveillée, rapportée et évaluée (se référer au PPAG et au Plan d'introduction)

Pour évaluer la couverture vaccinale, nous avons prévu de mener une enquête de couverture rigoureuse après la première année d'introduction, en plus des données administratives qui seront disponibles à chaque passage.

g) Pour une demande de soutien concernant la deuxième dose du vaccin antirougeoleux, le pays souhaite-t-il recevoir ses dons en nature ou en espèces ? **N/C**

9.2 Approvisionnement et gestion pour les campagnes de prévention SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

9.3 Homologation des produits

Pour chacun des vaccins sollicités, veuillez spécifier si l'enregistrement du fabricant et/ou l'homologation nationale du vaccin sera nécessaire en plus de la pré-qualification par l'OMS et, dans l'affirmative, décrivez la procédure et sa durée. En outre, indiquez si le pays accepte la procédure d'enregistrement accéléré des vaccins pré-qualifiés de l'OMS.

Veuillez noter que le temps nécessaire à l'homologation doit être pris en compte dans le calendrier d'introduction et répercuté dans le plan d'introduction du vaccin ou le plan d'action.

Pour tous les vaccins déjà introduits ces dernières années en Mauritanie, la même procédure d'enregistrement a été toujours utilisée pour l'homologation des vaccins. La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) est la direction de tutelle pour l'enregistrement des vaccins. A ce jour, le vaccin anti HPV n'a pas encore été enregistré. Cependant, le processus d'enregistrement est rapide : une lettre est initiée par le programme puis envoyée à la direction de tutelle ; elle est ensuite transmise au Secrétaire Général du Ministère de la Santé qui va instruire les services compétents de la DPL qui enregistreront le produit une à deux semaines après.

Pour chacun des vaccins sollicités, veuillez fournir le statut actuel de l'homologation de la présentation préférée et de toute présentation alternative, s'il y a lieu.

Pour tous les vaccins déjà introduits ces dernières années en Mauritanie, la même procédure d'enregistrement a été toujours utilisée pour l'homologation des vaccins. La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) est la direction de tutelle pour l'enregistrement des vaccins. A ce jour, le vaccin anti HPV n'a pas encore été enregistré. Cependant, le processus d'enregistrement est rapide : une lettre est initiée par le programme puis envoyée à la direction de tutelle ; elle est ensuite transmise au Secrétaire Général du Ministère de la Santé qui va instruire les services compétents de la DPL qui enregistreront le produit une à deux semaines après.

Veuillez décrire les réglementations douanières en vigueur au niveau local, les exigences en matière d'inspection avant livraison, les prescriptions spécifiques applicables à la documentation qui risqueraient de provoquer des retards de livraison des vaccins. Si ces retards sont prévus, indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises pour y remédier.

L'initiative pour l'indépendance vaccinale (IIV) entre le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances et l'UNICEF exclut toutes exigences en matière d'inspection avant livraison. S'il y a des retards dans ce sens, le Ministre de la Santé prend contact directement avec celui des finances pour régler le problème.

Veuillez fournir des informations sur l'ANR du pays, et notamment sur son statut (p. ex. est-elle certifiée par l'OMS). Veuillez inclure les contacts avec numéros de téléphone et adresses e-mails. L'UNICEF facilitera la procédure en communiquant les critères d'homologation aux fabricants de vaccins le cas échéant.

C'est la direction de la pharmacie et des laboratoires (DPL) qui joue le rôle de l'ANR en Mauritanie, elle est certifiée par l'OMS, elle est membre du GTCV qui est en cours et du CCIA fonctionnel.

Directeur : HAMOUD FADEL Mail : directionpharmacie@yahoo.fr

Tel : +222 44 07 44 44

9.4 Gestion des déchets

Les pays doivent avoir un plan de gestion et de suivi des déchets adapté à leurs activités de vaccination. Il s'agira aussi de détailler le niveau de disponibilité suffisant des fournitures pour la gestion des déchets (y compris les conteneurs de sécurité), des équipements qui permettent une manipulation sûre du matériel de vaccination, de la capacité de stockage, de transport et d'élimination des déchets vaccinaux. Veuillez décrire le plan de gestion des déchets du pays pour les activités de vaccination (y compris les campagnes).

Tous les hôpitaux des wilayas disposent d'incinérateurs, ainsi que certaines moughataa. Ces incinérateurs existants peuvent être utilisés pour les besoins de la gestion des déchets de l'introduction du vaccin HPV. Ils ont été utilisés pour la campagne méningite et rougeole en 2014 et les résultats étaient satisfaisants.

Le Ministère de la Santé mettra l'accent pendant les formations sur la sécurité des injections et fournira du matériel pour le transport et l'élimination des déchets vaccinaux tels que les conteneurs de sécurité pour les stratégies fixes et mobiles. Les déchets accumulés lors des vaccinations dans les écoles et les lieux publics seront acheminés de manière sûre vers les centres de santé pour y être incinérés.

9.5 Approvisionnement et gestion pour la/les campagne(s) de suivi

Pas de soutien pour la campagne de suivi de SNV cette année

10. Liste de documents joints à la présente demande

Tableau 1: Liste de vérification des pièces jointes obligatoires

Document numéro	Document	Section	Fichier
Approbations			
1	Signature du Ministre de la Santé (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition	4.1.1	Signatures Ministres.PDF Fichier desc: Signature Ministre de la Santé Date/heure: 12/05/2017 10:50:11 Taille: 144 KB
2	Signature du Ministre des Finances (ou de l'Autorité déléguée) de la Proposition	4.1.1	Signatures Ministres.PDF Fichier desc: Signature Ministre de l'Économie et des Finances Date/heure: 12/05/2017 10:44:13 Taille: 144 KB
3	Signature du Ministre de la Santé (ou de son représentant autorisé) de la proposition de soutien au VPH	4.1.1	Signatures Ministres.PDF Fichier desc: Signature Ministre de l'Éducation Nationale Date/heure: 12/05/2017 10:42:31 Taille: 144 KB
4	Termes de référence du CCIA	4.1.2	Arrêté PEV.PDF Fichier desc: Arrêté créant comité de pilotage du PEV Date/heure: 11/05/2017 05:47:06 Taille: 2 MB
5	Compte-rendu réunion du CCIA/CCSS avalisant la Proposition	4.1.3	PV CCIA Validation HPV.PDF Fichier desc: Compte rendu Réunion validation soumission HPV Date/heure: 11/05/2017 11:16:32 Taille: 3 MB
6	Signatures du CCIA ou du CCSS ou l'équivalent dans la Proposition	4.1.3	Signatures CCIA.PDF Fichier desc: Signatures CCIA Date/heure: 11/05/2017 11:18:30 Taille: 1 MB
7	Compte-rendus des trois dernières réunions du CCIA/CCSS	4.1.3	PV CCIA.rar Fichier desc: Compte rendu des 3 dernières réunions du CCIA Date/heure: 11/05/2017 11:21:33 Taille: 5 MB
8	Rôle et fonctionnement du groupe consultatif, description des plans pour créer un GTCV	4.2.1	Note Conceptuelle GTCV finale Fff Mb.docx Fichier desc: Termes de référence du GTCV n cous de création Date/heure: 07/05/2017 05:34:15 Taille: 53 KB
31	Compte rendu de la réunion du GTCV avec recommandations spécifiques sur l'introduction du SVN ou la campagne	4.2	GTCV.docx Fichier desc: GTCV Date/heure: 11/05/2017 11:43:14 Taille: 11 KB
Planification, financement et gestion des vaccins			

9	Plan Pluriannuel Complet - PPAC	5.1	PPAC 2016 - 2020 Mauritanie vf adapté.docx Fichier desc: PPAC adapté Date/heure: 07/05/2017 05:36:28 Taille: 1 MB
10	Outil d'analyse financière du PPAC	5.1	Costing Tool 14.06.15.xlsx Fichier desc: Outil d'analyse financière du PPAC Date/heure: 07/05/2017 05:48:37 Taille: 1 MB
11	S&E et plan de suivi dans le pays plan de suivi existant	5.1.4	Plan de suivi Evaluation HPV.docx Fichier desc: Plan suivi evaluation Date/heure: 12/05/2017 09:50:55 Taille: 15 KB
12	Plan d'introduction du vaccin	5.1,7.2.3	Plan Introduction HPV Mauritanie, Mai 2017.docx Fichier desc: Plan d'introduction HPV Date/heure: 11/05/2017 11:59:00 Taille: 284 KB
15	Feuille de route ou stratégie pour le vaccin anti-PVH	6.1.1	Feuille de route pour le vaccin anti HPV.docx Fichier desc: Stratégies HPV Date/heure: 11/05/2017 11:57:20 Taille: 43 KB
16	Résumé de la méthodologie d'évaluation du vaccin anti-PVH	6.1.1,6.1.2	Stratégie Suivi evaluation HPV.docx Fichier desc: Résumé de la méthodologie de suivi évaluation Date/heure: 08/05/2017 06:56:54 Taille: 13 KB
19	Rapport sur la GEV	9.3	Rapport final GEV Mauritanie 2014 .doc Fichier desc: Rapport de l'évaluation de la GEV 2014 Date/heure: 07/05/2017 05:41:00 Taille: 4 MB
20	Un plan d'amélioration basé sur le GEV	9.3	Plan d'amélioration de la GEV Mauritanie 2014 actualisé.xlsx Fichier desc: Plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins Date/heure: 07/05/2017 05:42:21 Taille: 94 KB
21	Rapport de situation du plan d'amélioration de la GEV	9.3	Rapport de revue PA GEV Nov. 2016.doc Fichier desc: Rapport de revue du plan d'amélioration de la GEV Date/heure: 07/05/2017 05:43:58 Taille: 3 MB
22	Modèle détaillé de budget pour l'allocation d'introduction d'un vaccin/les coûts opérationnels	6.x,7.x,2,6.x,2,8.2.3	MODELE DE PREVISIONS BUDGETAIRE HPV.xlsm Fichier desc: Modèle de prévision budgétaire HPV Date/heure: 07/05/2017 05:45:42 Taille: 1 MB

32	Rapport sur l'évaluation de la qualité des données	5.1.4	Plan amelioration qualite donnees PEV-RIM-DRAFT 18-04-2017.docx Fichier desc: Rapport évaluation qualité des données Date/heure: 11/05/2017 11:26:14 Taille: 335 KB
----	--	-------	---

Tableau 2: Liste des pièces jointes en option

Document numéro	Document	Section	Fichier
14	Plan annuel du PEV avec une vision à 4 ans pour la lutte contre la rougeole et la rubéole		Aucun fichier téléchargé
17	Evidence of commitment to fund purchase of RCV (in place of the first dose of MCV) / for use in the routine system	5.1.6, 6.1.7	Aucun fichier téléchargé
18	Documentation sur la population visée par la campagne	8.x.1, 6.x.1	Aucun fichier téléchargé
24	Des évaluations de risques et un rapport de réunion de consensus pour la fièvre jaune, y compris les informations de la section 5.3.2. des directives générales concernant le processus d'évaluation de risques pour la fièvre jaune	5.1	Aucun fichier téléchargé
25	Évaluation du risque et rapport de la réunion de consensus pour la fièvre jaune, y compris les informations requises dans les directives SVN, dans le cadre du processus d'évaluation du risque de la fièvre jaune	5.1	Aucun fichier téléchargé
26	Liste des zones/districts/régions et cibles qui bénéficieront des mini campagnes de rattrapage pour la méningite A		Aucun fichier téléchargé
27	Plan d'éradication nationale contre la rougeole (et la rubéole) si disponible		Aucun fichier téléchargé
28	Une description de l'implication des différents partenaires dans la préparation des demandes	4.1.3	Aucun fichier téléchargé
30	Pour les pays qui demandent un soutien pour la rougeole et la rubéole et qui ne financent pas encore la composante monovalente de la rougeole du VVR1, les procès-verbaux du CCIA s'engageant à financer à partir de 2018.		Aucun fichier téléchargé
33	Plan d'amélioration de l'évaluation de la qualité des données	5.1.4	Plan amelioration qualite donnees PEV-Mauritanie 2017.docx Fichier desc: Plan d'amélioration de la qualité des données Date/heure: 08/05/2017 07:02:19

			Taille: 344 KB
34	Plan d'action pour les campagnes	8.1, 8.x.4	Aucun fichier téléchargé
35	Autre document		Autres Documents.zip Fichier desc: Profil des régions Rôles et Responsabilités des parties prenantes Plan de communication Formulaire bancaire Date/heure: 12/05/2017 09:55:01 Taille: 1 MB
36	Stratégie pour établir ou renforcer une approche nationale complète concernant la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus		PLAN CANCER MAURITANIE VF.docx Fichier desc: Plan de lutte contre les cancers Date/heure: 08/05/2017 07:05:41 Taille: 164 KB
37	Preuve d'autofinancement MCV1	5.1.5	Aucun fichier téléchargé
38	For countries applying for measles/rubella support that are not yet financing the measles monovalent component of MCV1, a signed letter from the Minister of Health and the Minister of Finance committing to finance from 2018 onwards.		Aucun fichier téléchargé
39	Epidemiological analysis/evidence	8.3.1	Aucun fichier téléchargé
40	Post Campaign Coverage Survey report for MR catch-up applications	5.1.x	Aucun fichier téléchargé
41	cMYP addendum on measles and rubella		Aucun fichier téléchargé

11. Annexes

Annexe 1 - Soutien systématique aux VNS

Annexe 1.1 PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE

Tableau Annexe 1.1 A: Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\$

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	1 328	3 086	9 647
Nombre de seringues autobloquantes	#	1 845	3 844	12 371
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	21	43	137
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	8 006	16 750	53 804

Tableau Annexe 1.1 B: Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\$

Part de l'approvisionnement pour la cohorte systématique devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	11 909	23 614	62 866
Nombre de seringues autobloquantes	#	16 539	29 414	80 622
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	182	323	886
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	71 787	128 154	350 647

Part de l'approvisionnement pour la cohorte multi-âge supplémentaire devant être fournie par Gavi (et coût estimé en USD)

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	79 873	201 345	230 058
Nombre de seringues autobloquantes	#	87 861	221 480	253 064
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	967	2 437	2 784

Tableau Annexe 1.1 C: Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE

	Source		2018	2019	2020
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	79 873	188 376	194 837
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	0	177 911	184 073
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	0	85,00%	85,03%

Tableau Annexe 1.1 D: Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 1)

		Formule	2018		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	10,03 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	13 237	1 328	11 909
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	0		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	13 237	1 328	11 909
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	13 899	1 395	12 504
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	3 475	349	3 126
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	17 400	1 746	15 654
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	1		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	18 384	1 845	16 539
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	203	21	182
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g)	78 300	7 855	70 445
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	662	67	595
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	94	10	84
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	737	74	663
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	79 793	8 006	71 787
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	8 004		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	10,03 %		

Tableau Annexe 1.1 D: Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 2)

		Formule	2019		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	11,56 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	13 731	1 588	12 143
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	12 969		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	26 700	3 086	23 614
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	28 035	3 241	24 794
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	3 534	409	3 125
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	31 600	3 653	27 947
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	1		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	33 258	3 844	29 414
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	366	43	323
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g)	142 200	16 436	125 764
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	1 198	139	1 059
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	169	20	149
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	1 337	155	1 182
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	$(N+O+P+Q+R+S)$	144 904	16 750	128 154
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	16 748		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	U / T	11,56 %		

Tableau Annexe 1.1 D: Chiffres estimés pour PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 3)

		Formule	2020		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	<i>V</i>	13,30 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	37 292	4 961	32 331
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	35 221		
C	Nombre de doses par enfant	<i>Paramètre vaccinal (calendrier)</i>	1		
D	Nombre de doses nécessaires	<i>B + B1</i>	72 513	9 647	62 866
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	<i>Tableau 5.2</i>	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	<i>D x E</i>	76 139	10 129	66 010
G	Stock régulateur des vaccins	<i>Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]</i>	12 026	1 600	10 426
I	Total doses de vaccin nécessaires	<i>Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin</i>	88 200	11 733	76 467
J	Nombre de doses par flacon	<i>Paramètre vaccinal</i>	1		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(D + G) x 1.10</i>	92 993	12 371	80 622
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(I / J) x 1.10</i>	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	<i>(K + L) / 100 x 1.10</i>	1 023	137	886
N	Coût des vaccins nécessaires	<i>I x prix du vaccin par dose ((g)</i>	396 900	52 798	344 102
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	<i>K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)</i>	3 348	446	2 902
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	<i>L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)</i>	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	<i>M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)</i>	472	63	409
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	<i>N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)</i>	3 731	497	3 234
S	Frais de transport du matériel nécessaire	<i>(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)</i>	0	0	0

T	Total financement nécessaire	$(N+O+P+Q+R+S)$	404 451	53 804	350 647
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	53 802		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	U / T	13,30 %		

Annexe 2 - Soutien systématique aux VNS - Deuxième présentation préférée

Annexe 2.1 - Soutien systématique aux VNS (PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE)

Tableau Annexe 2.1 A: Part arrondie de matériel fourni par le pays et estimation des coûts afférents en US\$

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	1 300	3 020	9 439
Nombre de seringues autobloquantes	#	1 805	3 762	12 104
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	20	42	134
Valeur totale du cofinancement par le pays [1]	\$	8 005	16 750	53 804

Tableau Annexe 2.1 B: Part arrondie de matériel fourni par Gavi et estimation des coûts afférents en US\$

Part arrondie de l'approvisionnement fourni par Gavi pour la cohorte supplémentaire et estimation des coûts relatifs en US\$

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	11 937	23 680	63 074
Nombre de seringues autobloquantes	#	16 579	29 496	80 889
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	183	324	889
Valeur totale du cofinancement par Gavi	\$	73 544	131 344	359 550

Tableau annexe 2.1 B : Part arrondie de l'approvisionnement fourni par Gavi et estimations des coûts relatifs en USD
COHORTES SUPPLÉMENTAIRES

		2018	2019	2020
Nombre de doses de vaccin	#	0	12 969	35 221
Nombre de seringues autobloquantes	#	0	14 266	38 744
Nombre de seringues de reconstitution	#	0	0	0
Nombre de réceptacles de sécurité	#	0	157	427

Tableau Annexe 2.1 C: Tableau récapitulatif pour le vaccin PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE

	Source		2018	2019	2020
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la première dose	Tableau 5.2	#	0	0	0
Nombre de fillettes dans la cohorte multi-âge supplémentaire à vacciner avec la deuxième dose	Tableau 5.2	#	0	0	0
Couverture de l'immunisation avec la deuxième dose	Tableau 5.2	%	0	0	0

Tableau Annexe 2.1 D: Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 1)

		Formule	2018		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	V	9,81 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	Tableau 5.2	13 237	1 300	11 937
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	Tableau 5.2	0		
C	Nombre de doses par enfant	Paramètre vaccinal (calendrier)	1		
D	Nombre de doses nécessaires	B + B1	13 237	1 300	11 937
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	Tableau 5.2	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	D x E	13 899	1 365	12 534
G	Stock régulateur des vaccins	Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]	3 475	342	3 133
I	Total doses de vaccin nécessaires	Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin	17 400	1 708	15 692
J	Nombre de doses par flacon	Paramètre vaccinal	2		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	(D + G) x 1.10	18 384	1 805	16 579
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	(I / J) x 1.10	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	(K + L) / 100 x 1.10	203	20	183
N	Coût des vaccins nécessaires	I x prix du vaccin par dose ((g)	80 040	7 856	72 184
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)	662	65	597
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)	94	10	84
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)	753	74	679
S	Frais de transport du matériel nécessaire	(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	81 549	8 005	73 544
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	8 004		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	9,81 %		

Tableau Annexe 2.1 D: Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 2)

		Formule	2019		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	<i>V</i>	11,31 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	13 731	1 553	12 178
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	12 969		
C	Nombre de doses par enfant	<i>Paramètre vaccinal (calendrier)</i>	1		
D	Nombre de doses nécessaires	<i>B + B1</i>	26 700	3 020	23 680
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	<i>Tableau 5.2</i>	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	<i>D x E</i>	28 035	3 171	24 864
G	Stock régulateur des vaccins	<i>Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]</i>	3 534	400	3 134
I	Total doses de vaccin nécessaires	<i>Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin</i>	31 600	3 574	28 026
J	Nombre de doses par flacon	<i>Paramètre vaccinal</i>	2		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(D + G) x 1.10</i>	33 258	3 762	29 496
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(I / J) x 1.10</i>	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	<i>(K + L) / 100 x 1.10</i>	366	42	324
N	Coût des vaccins nécessaires	<i>I x prix du vaccin par dose ((g)</i>	145 360	16 439	128 921
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	<i>K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)</i>	1 198	136	1 062
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	<i>L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)</i>	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	<i>M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)</i>	169	20	149
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	<i>N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)</i>	1 367	155	1 212
S	Frais de transport du matériel nécessaire	<i>(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)</i>	0	0	0

T	Total financement nécessaire	<i>(N+O+P+Q+R+S)</i>	148 094	16 750	131 344
U	Cofinancement total du pays	<i>l x cofinancement du pays par dose (cc)</i>	16 748		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	<i>U / T</i>	11,31 %		

Tableau Annexe 2.1 D: Chiffres estimés pour PVH bivalent, 2 dose(s) par flacon, LIQUIDE, matériel de sécurité des injections associé et budget de co-financement correspondant (page 3)

		Formule	2020		
			Total	Gouvernement	Gavi
A	Cofinancement du pays	<i>V</i>	13,02 %		
B	Nombre d'enfants devant recevoir la première dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	37 292	4 854	32 438
B1	Nombre d'enfants devant recevoir la deuxième dose de vaccin	<i>Tableau 5.2</i>	35 221		
C	Nombre de doses par enfant	<i>Paramètre vaccinal (calendrier)</i>	1		
D	Nombre de doses nécessaires	<i>B + B1</i>	72 513	9 439	63 074
E	Estimation du facteur de perte vaccinale	<i>Tableau 5.2</i>	1,05		
F	Nombre de doses nécessaires y compris pertes	<i>D x E</i>	76 139	9 911	66 228
G	Stock régulateur des vaccins	<i>Stock régulateur des doses nécessaires = (D - D de l'année précédente) x 25% Stock régulateur sur gaspillage = ((F - D) - (F de l'année précédente - D de l'année précédente)) x 25%, = 0 si résultat négatif G = [Stock régulateur des doses nécessaires] + [régulateur sur gaspillage]</i>	12 026	1 566	10 460
I	Total doses de vaccin nécessaires	<i>Arrondi au-dessus((F + G) / Taille du paquet du vaccin) x Taille du paquet du vaccin</i>	88 200	11 481	76 719
J	Nombre de doses par flacon	<i>Paramètre vaccinal</i>	2		
K	Nombre de seringues autobloquantes (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(D + G) x 1.10</i>	92 993	12 104	80 889
L	Nombre de seringues de reconstitution (+ 10% pertes) nécessaires	<i>(I / J) x 1.10</i>	0	0	0
M	Nombre total de réceptacles de sécurité (+ 10% de besoins supplémentaires) nécessaires	<i>(K + L) / 100 x 1.10</i>	1 023	134	889
N	Coût des vaccins nécessaires	<i>I x prix du vaccin par dose ((g)</i>	405 720	52 809	352 911
O	Coût des seringues autobloquantes nécessaires	<i>K x prix unitaire des seringues autobloquantes (ca)</i>	3 348	436	2 912
P	Coût des seringues de reconstitution nécessaires	<i>L x prix unitaire des seringues de reconstitution (cr)</i>	0	0	0
Q	Coût des réceptacles de sécurité nécessaires	<i>M x prix unitaire des réceptacles de sécurité (cs)</i>	472	62	410
R	Frais de transport des vaccins nécessaires	<i>N x Frais de transport en % de la valeur des vaccins (fv)</i>	3 814	497	3 317
S	Frais de transport du matériel nécessaire	<i>(O+P+Q) x frais de transport en % de la valeur des fournitures (fd)</i>	0	0	0

T	Total financement nécessaire	$(N+O+P+Q+R+S)$	413 354	53 804	359 550
U	Cofinancement total du pays	$I \times \text{cofinancement du pays par dose (cc)}$	53 802		
V	Proportion du cofinancement du pays en % du financement de Gavi	U / T	13,02 %		

Annexe 3 - Campagne(s) préventive(s) SNV

Pas de soutien aux campagnes de prévention cette année

Annexe 4

Tableau Annexe 4A: Prix des produits

Les prix estimés des approvisionnements ne sont pas divulgués

Vaccin	Présentation	2017	2018	2019	2020
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	1	4,500	4,500	4,500	4,500

Approvisionnement	Formulaire
-------------------	------------

Note: PMP - prix moyen pondéré (à utiliser pour toutes les présentations: pour DTP-HepB-Hib, il s'applique à 1 dose liquide, 2 dose lyophilisées et 10 dose liquides. Pour la fièvre jaune, il s'applique à 5 dose lyophilisées et 10 doses lyophilisées)

Tableau Annexe 4B: Frais de transport comme pourcentage de la valeur

Antigène vaccinal	Type de vaccin	2018	2019	2020
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	VPH	0,94 %	0,94 %	0,94 %

Tableau Annexe 4C: Phase de transition préparatoire - Quote-part minimale du pays par dose de vaccin cofinancé

Vaccin	2018	2019	2020
PVH quadrivalent, 1 dose(s) par flacon, LIQUIDE	0,46	0,53	0,61

12. Formulaire bancaire

Conformément à la décision sur le soutien financier prise par Gavi, le Gouvernement de Mauritanie demande par la présente qu'un paiement soit effectué par transfert bancaire électronique de la manière suivante:

Nom de l'établissement (titulaire du compte):

--

Adresse:

--

Ville, pays:

--

N° de téléphone:

--

N° de fax:

--

Monnaie du compte bancaire:

--

Au crédit de:

Intitulé du compte bancaire:

--

N° du compte bancaire:

--

Nom de la banque:

--

Le compte bancaire va-t-il être utilisé exclusivement par ce programme? Oui

Qui est l'auditeur du compte?

Signature du membre du gouvernement ordonnateur

		Timbre
Nom:		
Fonction:		
Signature:		
Date:		

ÉTABLISSEMENT BANCAIRE		BANQUE CORRESPONDANTE (aux États-Unis)	
Nom de la banque:			
Nom de la branche:			
Adresse:			
Ville, pays:			
Code Swift:			
Code guichet:			
N° ABA:			
N° téléphone:			

N° fax:		
---------	--	--

Je certifie que le compte N° est détenu par auprès du présent établissement bancaire

Le compte doit être signé conjointement par au moins (nombre de signataires) des signataires autorisés suivants:

1		
	Nom:	
	Fonction:	
2		
	Nom:	
	Fonction:	
3		
	Nom:	
	Fonction:	

Nom du représentant de la banque ordonnateur
Signature:
Date:
Timbre: