

## Rapport de l'évaluation conjointe

<b>Pays</b>	HAITI
<b>Période considérée</b>	<i>Juin 2015- Mai 2016</i>
<b>Exercice financier</b>	<i>Janvier 2015-Décembre 2015</i>
<b>Si la période considérée ne coïncide pas avec l'exercice financier, veuillez fournir une brève explication</b>	<i>Année Budgétaire du pays différente de celle de l'évaluation conjointe.</i>
<b>Durée du Plan pluriannuel complet (PPAC)</b>	<i>2011-2015</i>
<b>Durée du Plan stratégique national de santé</b>	<i>2013-2022</i>

### 1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

Programme	Recommandation	Période	Objectif	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par le Gavi
SVN Pentavalent	<i>Renouvellement</i>	<i>2016</i>	<i>XX</i>	<i>US\$</i>	<i>US\$</i>
SVN – Rota	<i>Renouvellement</i>	<i>2016</i>	<i>XX</i>	<i>US\$</i>	<i>US\$</i>

Indiquez si vous souhaitez introduire de nouveaux vaccins ou bénéficier d'une subvention RSS grâce au soutien de Gavi*	Programme	Année de demande prévue	Année d'introduction prévue
	<i>PCV</i>	<i>Approuvée 2012</i>	<i>2017</i>
	<i>RSS 2</i>	<i>2017</i>	

*\*Ne s'applique pas aux pays dans leur dernière année de soutien Gavi*

## 2. CONTEXTE NATIONAL

Après une chute importante des couvertures vaccinales en 2014, les performances du Programme élargi de vaccination ont connu une amélioration sensible en 2015. Cependant, la situation reste caractérisée par des difficultés ou contraintes dans la mise en œuvre et la gestion des activités de vaccination malgré les progrès notés dans certaines composantes du programme.

Dans le domaine de la coordination, les partenaires traditionnels du Programme Élargi de Vaccination poursuivent leur appui au MSPP à travers le CCIA et le CT/PEV. Cependant, l'insuffisance des ressources humaines tant au niveau de la DPEV que des directions départementales ainsi que la forte dépendance du programme aux financements externes, contribuent à fragiliser le leadership du programme national.

Depuis quelques années, le CCIA bien que fonctionnel ne dispose toujours pas de cadre légal, ni plan de travail avec les responsabilités et tâches de chaque membre clairement définis. Des efforts continuent d'être faits par la DPEV pour pallier à ce déficit. Le Comité Technique du PEV, composé de la DPEV et de ses principaux partenaires constitue l'organe de coordination des activités de vaccination entre la DPEV et les partenaires. L'année 2015 a vu ce cadre s'élargir par la participation d'ONG internationales (USAID) et locales (Croix Rouge haïtienne) œuvrant dans la vaccination.

Par ailleurs, plusieurs problèmes contribuent à affecter l'offre et l'utilisation des services et par voie de conséquence les performances du programme de vaccination. L'offre et l'utilisation des services ont été gravement affectés par des problèmes liés à la disponibilité des vaccins au niveau des institutions sanitaires, par l'insuffisance des stratégies avancées pour rapprocher les services de vaccination de la communauté en particulier les zones d'accès géographique difficiles, de nombreuses ruptures récurrentes en bonbonnes de gaz pour les réfrigérateurs de certaines institutions sanitaires, la non pratique de la vaccination au quotidien par de nombreuses institutions sanitaires et un déficit en matière de communication pour la vaccination tant sur le plan local que national.

Contrairement à l'année 2014, le pays n'a pas connu de ruptures en vaccins et intrants au niveau central en 2015, mais des ruptures ont été notées au niveau départemental et surtout institutionnel. Ces ruptures sont favorisées par une irrégularité dans la distribution en vaccins et intrants au niveau des dépôts des départements, plus accrue au niveau institutions sanitaires. Cependant, notons que l'appui des fonds RSS pour la distribution des vaccins en 2015 a contribué à améliorer la situation qui prévalait en 2014. La mise en œuvre prochaine de la nouvelle plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid contribuera à l'amélioration de la gestion des vaccins en général.

En 2015, la surveillance des Maladies évitables par la vaccination n'a pas atteint les objectifs fixés. Les indicateurs de performance de la rougeole/ rubéole et celles des PFA ont été respectivement de 1.5 / 100.000 habitants et 0.3 cas/100000 enfants de moins de 15 ans.

La gestion de l'information du PEV a connu un changement majeur au cours de cette année. En effet, le MSPP a décidé d'utiliser une base unique pour la gestion de l'information sanitaire. Cette situation survient après la mise en place récente d'une nouvelle base de donnée pour la gestion des données PEV par la DPEV grâce à l'appui des fonds GAVI/RSS. Des efforts devront être faits pour s'assurer de la disponibilité et l'accessibilité des données du PEV dans la nouvelle base de données du MSPP.

En plus des différents goulots d'étranglement connus, l'insuffisance des stratégies avancées au niveau des institutions, l'irrégularité dans l'approvisionnement en vaccins et intrants au niveau des institutions, les ruptures répétées en bonbonne de gaz, l'irrégularité ou faiblesse de la supervision formative de l'équipe départementale restent des facteurs qui affectent les performances des subventions de GAVI.

Enfin, il convient de souligner l'insuffisance des financements nationaux et externes et le contexte socio-politique, qui ne permettent pas d'adresser tous les problèmes du programme.

Le plan de viabilité financière du programme va proposer des stratégies pour garantir la viabilité financière du programme de vaccination.

### 3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

#### 3.1. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

##### 3.1.1. Performance des subventions, enseignements tirés et difficultés rencontrées

Comme l'illustre le tableau ci-dessous présentant les couvertures vaccinales sur le plan national pour tous les antigènes, les performances du PEV de routine pour l'année 2015 sont loin d'être bonnes par rapport aux objectifs fixés par antigène.

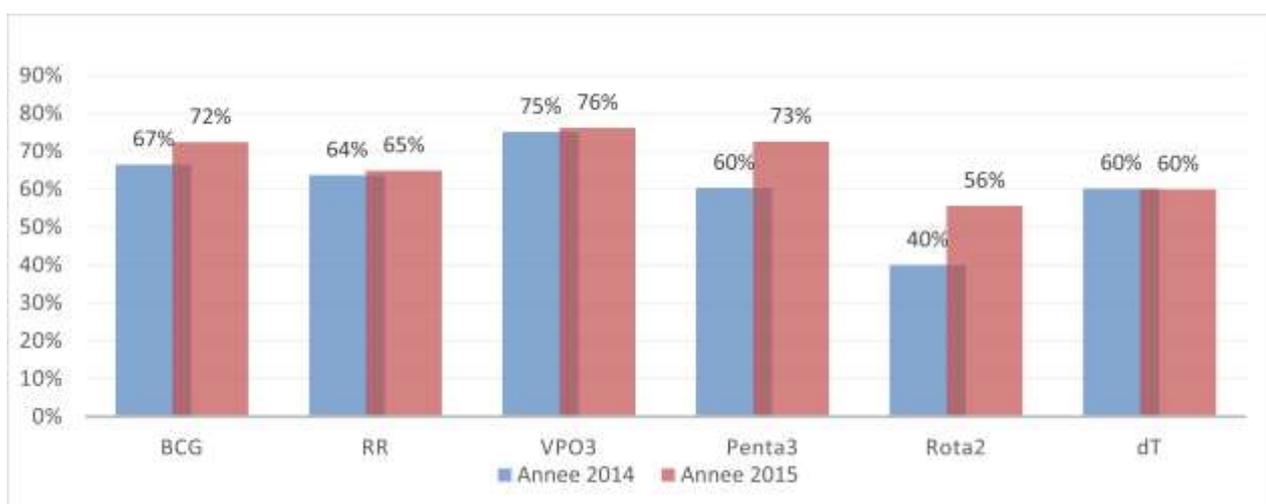
**Tableau 1 : Couvertures vaccinales par antigène par rapport aux objectifs fixés**

Couvertures vaccinales par antigène		
Antigènes	Objectifs révisés pour 2015	Couvertures obtenues
BCG	75%	72%
Penta 3	80%	73%
VPO3	80%	76%
RR	80%	65%
ROTA 2	70%	55%
dT2+	75%	60%

Source : Données administratives DPEV

Par ailleurs, force est de constater que comparativement à l'année 2014, on note une amélioration nette des couvertures vaccinales pour tous les antigènes. Cette amélioration de la couverture est plus prononcée pour les vaccins Pentavalent et Rotavirus respectivement de 60% et 40% en 2014 contre 72% et 56% en 2015 et moins prononcée pour les vaccins dT, RR et VPO.

**Graphique 1 : Comparaison des couvertures vaccinales par antigène entre 2014 et 2015**



Source : Données administratives DPEV

Comme illustré, les performances de l'année 2015 se trouvent améliorées grâce à la contribution du soutien de GAVI au SVN, RSS et des interventions d'autres partenaires de la DPEV.

L'appui à l'extension communautaire des services de vaccination s'est traduite par un soutien pour la vaccination en stratégie avancée et aux rencontres communautaires a contribué à obtenir cette amélioration nette de la couverture vaccinale dans tous les départements sauf le Nord. Les départements de l'Ouest, du Sud-Est et de l'Artibonite se sont illustrés grâce à l'appui dont ils ont bénéficié dans le domaine de la supervision (affectation de ressources humaines additionnelles et d'un véhicule), grâce à l'appui GAVI/RSS. La mise en œuvre de l'extension communautaire des services de santé y compris la vaccination, prônée par l'appui GAVI/RSS mérite une attention particulière lors de la prochaine demande du pays car elle peut contribuer à améliorer les couvertures vaccinales.

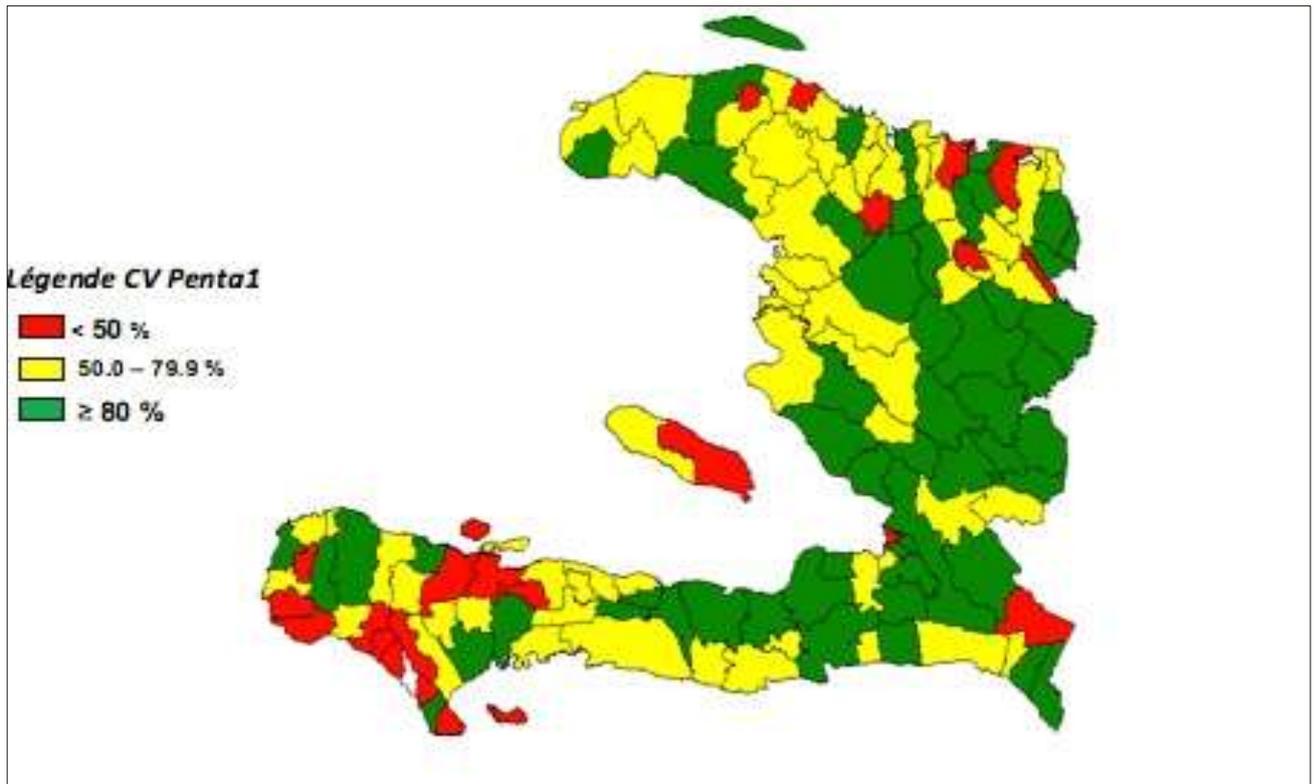
**Graphique 2 : Comparaison couvertures en Penta 3 en 2014 et 2015 par département**



Source : Données administratives DPEV

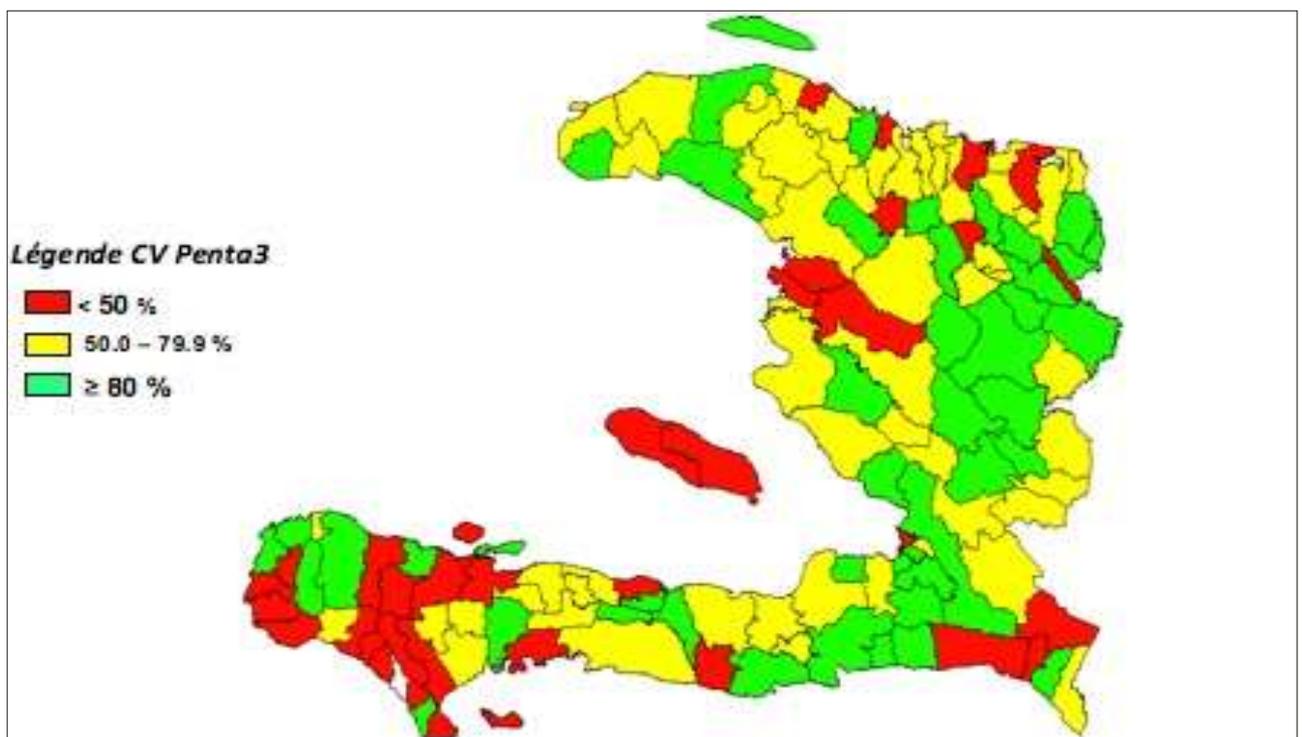
De grandes disparités existent encore entre les couvertures vaccinales non seulement par département, mais aussi par commune pour l'accès aux services de vaccination pour l'année 2015 que traduit une couverture en Penta1 de 79% sur le plan national. La plupart des communes ayant une accessibilité comprise entre 50% et 79% principalement dans les départements de l'Artibonite, le Nord, le Nord-Ouest, le Nord-Est, le Sud et les Nippes. Les départements du Sud, le Nord-Est et de la Grande-Anse s'illustrent par les communes ayant une très faible accessibilité (< 50%). Le graphique ci-dessous est la représentation de l'accessibilité en Haïti en 2015.

Graphique 3 : Couverture Penta 1 par commune en 2015



Pour l'utilisation des services de vaccination, l'antigène traceur est la troisième dose du vaccin pentavalent chez les enfants de moins d'un an. L'utilisation des services sur le plan national est de 72%, bien en deçà de l'objectif fixé. Les performances des services de vaccination par rapport à l'utilisation des services sont illustrées dans le graphique ci-dessus qui montre la disparité qui existe entre l'utilisation des services par commune.

Graphique 4 : Couvertures en Penta 3 par commune en 2015

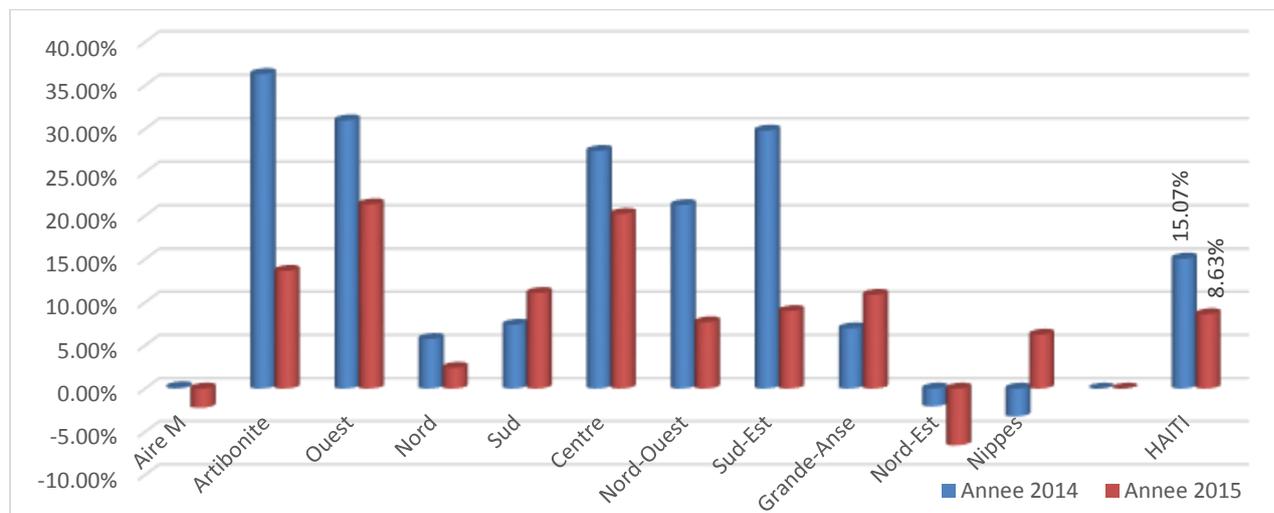


Au total, plus de 42% des communes présentent un taux d'utilisation des services <50%. Environ 35% des communes ont un taux d'utilisation des services satisfaisant, car supérieur à 80%.

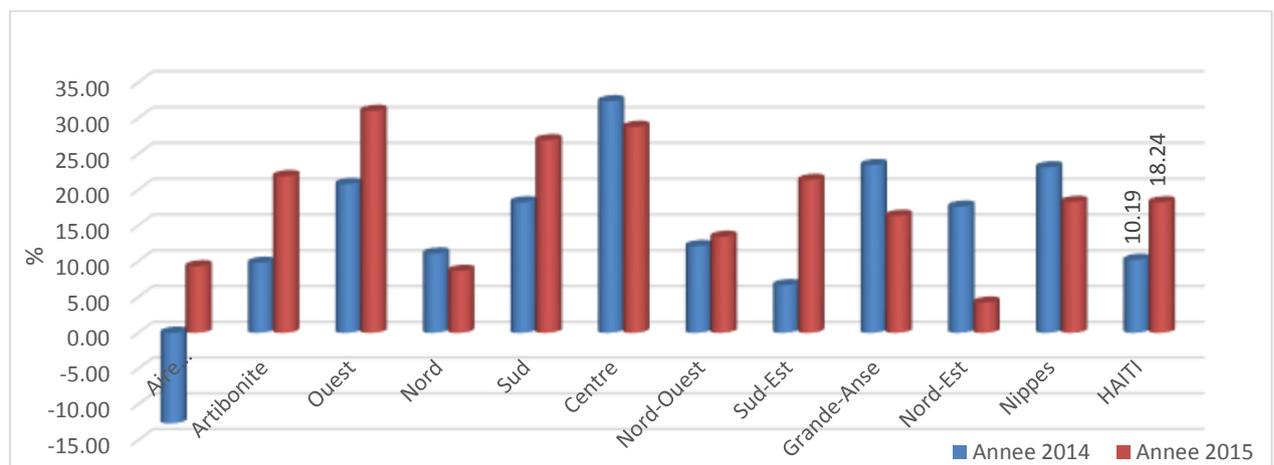
Le taux d'abandon qui découle des couvertures vaccinales obtenues pour l'année 2015 entre le vaccin Pentavalent 1 et le vaccin Pentavalent 3 est de 8.63%, en dessous de l'objectif de 5%. La faiblesse dans le suivi des enfants non et incomplètement vaccinés, dans la communication interpersonnelle et dans la promotion de la vaccination en général pourrait expliquer cette performance, particulièrement dans les départements de la Grande-Anse et du Sud qui n'ont pas mis en œuvre l'extension communautaire des services de vaccination. Le taux d'abandon négatif s'explique en partie par la non maîtrise du dénominateur et les mouvements migratoires des populations.

L'amélioration du taux d'abandon entre Penta1/Penta3 doit continuer dans les années à venir avec la mise en œuvre de l'extension communautaire des services de vaccination et du renforcement des mécanismes de suivi des enfants non et incomplètement vaccinés.

**Graphique 5 : Comparaison du taux d'abandon Penta1/Penta3 par département entre 2014 et 2015**



**Graphique 6: Comparaison du taux d'abandon Penta1/RR par département entre 2014 et 2015**



L'année 2015 en général s'est traduite par une amélioration des indicateurs de performance de la vaccination de routine.

Le changement par rapport en 2014 a été obtenu grâce à la mise en œuvre de la stratégie avancée dans le dernier trimestre de l'année.

Les contraintes majeures du PEV de routine identifiées lors de l'Évaluation conjointe de 2014 ont été levées ou sont en voie de l'être. Signalons tout de même les différents goulots qui persistent ou qui ont un impact négatif sur les performances à savoir :

- Les ruptures répétées et fréquentes en bonbonnes de gaz propane,
- La non-pratique de la vaccination au quotidien par la plupart des institutions,
- La mise en œuvre insuffisante des stratégies avancées,
- La rupture en vaccins et intrants au niveau des institutions sanitaires,
- L'insuffisance de la supervision formative des prestataires,

La DPEV et ses partenaires techniques multiplient leurs efforts pour lever ces obstacles afin de permettre l'atteinte de couvertures élevées et homogènes grâce à des propositions d'activités correctrices inscrites dans le nouveau PPAC 2016-2020.

Le financement du PEV n'a pas connu de changement par rapport à l'année précédente. La très forte dépendance au financement externe demeure une préoccupation. L'évaluation de la viabilité financière du PEV fournira une analyse plus poussée sur le financement du programme de routine. Les subventions SVN et RSS demeurent et restent les principales sources de financement du PEV de routine et devront continuer sur la durée du PPAC 2016-2020.

La demande de renouvellement de la subvention GAVI/RSS contribuera à adresser les contraintes en prenant en compte les domaines qui nécessitent un appui technique et financier pour la levée des obstacles susmentionnés.

Par ailleurs, une attention particulière est portée à la nouvelle plateforme de la chaîne de froid qui contribuera à terme à améliorer la logistique du PEV en Haïti.

La mise en œuvre des micros plans élaborés après une formation en cascade de tous les acteurs depuis le niveau central jusqu'aux institutions dans les 10 départements permettra de renforcer la couverture vaccinale en 2016. Les micros plans institutionnels élaborés en 2015 serviront de base à la mise en œuvre des activités opérationnelles de RED/REC.

L'analyse de la répartition géographique des partenaires sur l'ensemble du pays montre que 53 communes disposent d'au moins un partenaire qui appuie la vaccination. Il faut cependant noter que certains partenaires ne couvrent pas la totalité de leurs communes.

La redynamisation vers l'extension à l'échelle nationale du Modèle de santé communautaire du MSPP avec l'appui technique de l'OPS/OMS contribuera au renforcement de la vaccination de routine.

### 3.1.2. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés : plans et priorités futurs

L'année 2015 a été marquée par l'introduction du Vaccin Polio Inactivé dans le programme de routine. Le lancement officiel a été réalisé en décembre 2015 ; mais les activités de mise en œuvre du plan d'introduction ont été implémentées véritablement en janvier 2016. Pour le moment, il reste à finaliser les activités de supervision post-introduction et surtout à faire l'évaluation post-introduction programmée pour le dernier trimestre de 2016.

Le PEV avait programmé l'introduction du PCV en 2016 ; cependant en raison d'un conflit de calendrier, particulièrement les activités liées à la dernière campagne de vaccination RR/Polio et celles liées à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (introduction VPI, switch), l'introduction du PCV est reportée pour 2017. Pour pouvoir bien préparer cette introduction, le PEV s'engage à mettre en œuvre les recommandations du PIE de 2014, à renforcer les activités de routine pour l'atteinte de bonnes couvertures vaccinales et à faire le plaidoyer pour la mobilisation des fonds pour le co-financement à travers le trésor public ou la contribution de partenaires. Il faut également souligner que les évaluations antérieures de la chaîne de froid montrent que le PEV a déjà des capacités de stockage suffisantes pour l'introduction du PCV.

### 3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

#### 3.2.1. Objectif stratégique des subventions allouées au titre du RSS

La mise en œuvre de la subvention GAVI/RSS a démarré avec la première tranche en février 2014, mais l'exécution des activités a été tardive (fin 2014). Pendant l'année 2015, une accélération des activités a eu lieu depuis le mois de janvier et s'est traduite par une bonne exécution des activités.

Montant du Grant \$	2014	2015	2016
Alloué	1,137,842	1,035,827	0
Utilisé	148,906.55	1,176,368.10	320,000
Balance	988,935.45	997,300.90	677,300.90

La seconde tranche de la subvention d'un montant de 1,035,827 \$ a été rendue disponible en Octobre 2015 en complément de la balance de l'année 2014 qui était de 988,935.45 \$. C'est ainsi qu'au total 2,173,669 \$ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités pour l'année 2015. Une balance de 997,300.90 \$ au 31 Décembre 2015 montre une bonne exécution du budget avec 1,176,368.10 \$ utilisés en quelques mois.

La subvention a effectivement contribué à surmonter certains obstacles majeurs à l'atteinte de couvertures vaccinales homogènes et élevées dans l'ensemble du pays. En effet, le secrétariat de GAVI a répondu favorablement à la demande du pays pour soutenir certains domaines du PEV de routine critiques dans l'atteinte des objectifs fixés qui n'étaient pas pris en compte dans la proposition initiale.

- Le financement de la distribution des vaccins et intrants (trimestriel pour les dépôts périphériques et mensuel pour les institutions sanitaires).

- La réalisation des exercices de micro planification institutionnelle dans 9 départements pour contribuer à garantir l'équité géographique et la participation communautaire aux activités de vaccination. Ces micros plans élaborés seront une source fiable d'information pour le financement de la mise en œuvre de la stratégie avancée et les activités en lien avec la communauté.

- L'extension communautaire des services de vaccination par la prise en charge des coûts opérationnels des activités de vaccination en stratégie avancée dans 52 communes à faible performance (couverture vaccinale en Penta3 < 50%) et d'accès difficile pour les 4 derniers mois de l'année (conjointement avec l'appui financier de l'UNICEF).

Cette activité a contribué à l'amélioration des couvertures vaccinales dans les communes ciblées.

- L'appui à la supervision par la mise à la disposition de certains départements prioritaires des véhicules de location pour assurer la mobilité de l'équipe de supervision du département.

Cette amélioration bien que minime de la couverture vaccinale grâce à ces interventions sur les différents goulots d'étranglements identifiés vont constituer en plus d'autres interventions non mentionnées, une source de réflexion sur les différents axes stratégiques à prioriser lors de l'élaboration de la future demande de soutien GAVI/RSS par le pays à partir des principales activités retenues dans le nouveau plan pluriannuel complet du programme de vaccination.

#### 3.2.2. Performance des subventions et difficultés rencontrées

La subvention RSS a conservé ses 3 axes stratégiques retenus dans la proposition initiale. A la demande du MSPP, certaines activités ont été réorientées ou reformulées en fonction du contexte et de la situation du PEV de routine. Ce réaménagement des activités a surtout porté sur l'amélioration des capacités de programmation et de suivi du programme et des services de vaccination aux 3 niveaux du système et sur le renforcement de l'accès et de l'organisation des services de vaccination.

Le renforcement de ces 2 axes stratégiques a contribué à lever des contraintes liées à la faiblesse de la supervision et à l'extension de l'offre des prestations de services y compris la vaccination en stratégie avancée pour atteindre la population cible qui n'utilise pas spontanément les services offerts par les institutions sanitaires. Un accent particulier est mis par le MSPP dans l'utilisation des Agents de Santé Communautaires (ASCP) pour la réalisation des activités communautaires.

Force est de constater qu'au cours de l'année 2015, les activités planifiées pour la seconde tranche ont été pour la plupart réalisées et les résultats intermédiaires escomptés atteints. Une contrainte est la non utilisation d'indicateurs de suivi par activité stratégique pour mesurer clairement les progrès accomplis et la performance de la subvention par rapport aux activités planifiées.

Le bilan financier montre une bonne exécution du budget affecté à la réalisation des activités, car sur un budget total de 2,173,669 \$ (tenant compte de la balance de l'année 2014) 1,176,368.10 \$ ont été dépensés. La méthode de financement adoptée est le transfert des fonds vers les directions départementales au travers des Lettres d'accord qui définissent clairement les tâches, activités et produits attendus des différentes parties prenantes.

Les entraves liées à ce processus de financement des activités sont essentiellement le retard dans la justification des avances précédemment reçues par les directions départementales qui retardent les prochaines avances à effectuer, constituant ainsi un frein à la mise en œuvre des activités. Par ailleurs, l'appui au renforcement du système de santé qui prône l'intégration des prestations de services peut contribuer effectivement à l'augmentation des couvertures vaccinales de manière homogène et durable. Pour cela, la DPEV avec le support de la Direction Générale doit travailler pour une meilleure implication des autres directions centrales du MSPP, parties prenantes de la subvention GAVI/RSS. La participation des organisations de la société civile reste également un point à améliorer.

### **3.2.3. Décrire les modifications à apporter aux subventions RSS et les plans pour les futures demandes de soutien au RSS**

Afin de rester aligné avec les priorités du programme, une réorientation mineure de certaines activités avec réallocation du budget a eu lieu avec l'approbation de GAVI. Le retard accusé dans la mise en œuvre de la subvention depuis sa première année devrait être rattrapé par l'allocation prochaine de la dernière tranche de la subvention. L'expansion du modèle intégré « ASCP » dans les zones les moins couvertes permettra le rapprochement des services offerts vers la communauté. Le pays souhaite donc le versement de la dernière tranche restante de (1,126,246 \$) avant la fin de l'année 2016 mais avec le prolongement de la période d'exécution d'environ 6 mois à partir de la fin de l'année 2016. Le pays pourra introduire une nouvelle demande de subvention RSS lors de la mission d'évaluation conjointe de l'année 2017.

### **3.3. Plan de transition (le cas échéant)**

### **3.4. Gestion financière des subventions en espèces (par ex : RSS, allocation pour l'introduction d'un vaccin, allocation de soutien opérationnel aux campagnes, allocation de transition)**

La performance de la gestion financière des allocations de GAVI que ce soit pour l'appui au SVN ou RSS qui se fait directement aux entités bénéficiaires à travers les mécanismes de financement existants au sein de l'OPS/OMS ne souffre d'aucune contrainte majeure hormis le retard dans la justification des avances par les départements. Néanmoins, une nouvelle disposition administrative mise en place par le MSPP, retarde le processus de décaissement par les départements. Par ailleurs, les subventions en espèces n'ont pas encore connu d'audits interne ou externe. Cependant, des efforts sont faits en matière de suivi de l'exécution budgétaire au niveau des entités de mise en œuvre opérationnelle des activités par une meilleure implication de la Direction Centrale compétente du MSPP.

#### 4. MISE À JOUR DES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente / l'examen du Panel	État actuel
1. Signer les Termes de référence du CCIA et du CT/PEV et améliorer leur fonctionnement	Le CCIA et le CT/PEV fonctionnent sans les Termes de références.
2. Améliorer la coordination des interventions dans le cadre du PEV (réorganisation, renforcement de la DPEV)	Appuis logistiques, ressources humaines additionnelles, renforcement de capacités (formation MLM)
3. Elaborer le plan Pluriannuel complet 2016-2020	Finalisé
4. Mettre en œuvre les composantes de la stratégie RED dans toutes les communes (stratégies avancées et mobiles, communication/mobilisation sociale pour le PEV de routine)	Réalisée dans 52 communes à faible performance à cause des limites budgétaires.
5. Poursuivre le renforcement de la gestion de la chaîne de froid au niveau institutionnel	Installation de 29 réfrigérateurs solaires Extension de l'utilisation du VSMM aux 5 départements restants, supervision formative du VSSM Acquisition de fridge-tag et de nouvelles bonbonnes de gaz propane
6. Réaliser une étude sur la viabilité financière du PEV	En cours de réalisation
7. Poursuivre la mise en œuvre du GEV	Activités entièrement réalisées = 43% (31% en 2014) Activités partiellement réalisées = 47% (59% en 2014) Activités non-commencées = 10%

#### 5. BESOINS NATIONAUX PRIORITAIRES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Suivra ensuite le processus de planification, ainsi des discussions concernant l'assistance technique – des indications détaillées au sujet de ce processus seront disponibles en mai 2016.

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?* (oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance requise
Améliorer le fonctionnement du CCIA et du CTPEV (Mettre en place un secrétariat pour le CCIA et CTPEV, élaborer un plan de travail annuel du CCIA et suivi de sa mise en œuvre)	T3-T4 2016 T1 –T2 2017	Oui (appui technique)
Communication / mobilisation sociale (Finaliser et appuyer la mise en œuvre du plan de communication pour la routine, renforcer les capacités de la DPEV)	T4 2016 ; T1-T2 2017	Oui (un consultant en communication pour le PEV)
Organiser un Audit de la Qualité de Données (DQA) suivi d'un plan pour l'amélioration de la gestion des données.	T4 2016 et T1 2017	Oui (appui technique)
Renforcement et réorganisation de la DPEV	T3-T4 2016	Oui (appui technique)
Renforcement de la logistique et chaîne de froid (mise en œuvre des recommandations de la GEV et mise en place de la plateforme pour le renforcement de la chaîne de froid)	2016-2017	Oui (appui technique)
Intégration des recommandations de l'étude sur les pertes en vaccins dans le plan d'implémentation GEV	T4 2016	Non
Contribuer à l'implémentation du Modèle de prestations de services soins à travers des ASCP	T4- 2016	Oui
Améliorer la gestion des déchets (collecte des déchets, maintenance des incinérateurs)	T2-T3 2016	Non
Renforcer la surveillance des MEV, des ESAVI et la surveillance des maladies liées aux nouveaux vaccins et appui à la mise en place d'un comité de gestion des ESAVI	T3-T4 2016	Oui (appui technique)
Réaliser un « mapping » des acteurs intervenant dans le domaine de la vaccination	T3-T4 2016	Non

\*Non applicable pour les pays dans leur dernière année de soutien Gavi

## 6. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Description succincte de la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée	
Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation conjointe aux membres de l'instance de coordination nationale	
Commentaires additionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé</li> <li>• Partenaires de Gavi</li> <li>• Gestionnaires de Programmes Pays</li> </ul>	

## 7. ANNEXES

Annexe A. Description du processus de l'évaluation conjointe

Annexe B. Modifications apportées au plan de transition