

Rapport de l'évaluation conjointe

En soumettant ce rapport, le pays confirme que le cadre de performance des subventions a fait l'objet d'un examen dans le cadre de cette évaluation conjointe. Les résultats obtenus au regard de critères convenus ont été analysés, puis expliqués le cas échéant.

Pays	NIGER
Période considérée	Année 2015 et le premier semestre 2016
Exercice financier	Janvier – Décembre 2015
Si la période considérée ne coïncide pas avec l'exercice financier, veuillez fournir une brève explication	La revue semestrielle des plans d'actions annuels est intervenue en mai 2016 et les résultats et recommandations sont disponibles L'évaluation conjointe s'est déroulée en juillet 2016 et a pris en compte ces résultats et recommandations pour les capitaliser dans la reprogrammation
Durée du Plan pluriannuel complet (PPAC)	2016 – 2020
Durée du Plan stratégique national de santé	2016 – 2020

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUELEMENT

[Ces tableaux seront préalablement complétés par le Secrétariat de Gavi. En cas de modifications, celles-ci seront examinées en groupe lors de l'évaluation conjointe puis mises en relief dans le rapport – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

Programme	Recommandation	Période	Objectif	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par le Gavi
SVN – Par ex : vaccin PCV dans sa présentation existante	<i>Prolongation</i>	2016	XX	US\$	US\$
SVN – Par ex : vaccin antiamaril dans sa présentation existante	<i>Renouvellement</i>	2016	XX	US\$	US\$
RSS – Par ex : tranche principale	<i>Renouvellement</i>	2016	S/O	S/O	US\$

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>Men A</i>	2016	2017
	HPV	2016	2017
	RR	2017	2018

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

2. CONTEXTE NATIONAL (maximum 1 page)



Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires

[Le cas échéant, décrivez uniquement les modifications apportées depuis la dernière évaluation conjointe aux principaux facteurs contextuels qui affectent directement la performance des subventions de Gavi – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

La population du Niger est estimée à 19 972 859 d'habitants en 2016, dont 48,6% a moins de 15 ans (environ 21% des enfants de moins de cinq) et 4 nigériens sur 5 vivent dans les zones rurales.

Au plan économique, le Niger est classé parmi les pays à faible niveau de développement humain (188^{ème} sur 188 pays selon le rapport sur le développement humain en 2015). Le taux de croissance économique est évalué à 6.1% pour une croissance démographique de 3.9% selon l'EDSN 2012.

Le Niger fait face à des multiples défis liés ; En effet le faible développement du capital humain, la dégradation de l'environnement et le changement climatique, la forte croissance démographique, la faible croissance économique, l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, l'insécurité globale dans le pays et les pays de la sous-région pèsent lourdement sur le développement du pays.

Sur le plan sanitaire, malgré les progrès significatifs dans certains domaines ces dernières années en matière de baisse de taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, la situation reste préoccupante. Le secteur fait face à plusieurs défis dont entre autres l'amélioration de la couverture sanitaire (plus de 50% de la population n'ont pas accès aux soins et services de santé), la couverture vaccinale (52% des enfants complétement vaccinés selon l'EDSN 2012), le problème récurrent de la malnutrition chronique chez les enfants (45%) et la faiblesse du système de santé de manière générale.

Le pays est confronté à de graves problèmes sécuritaires avec les pays voisins (Lybie, Nigeria et le Mali) ayant un flux migratoire élevé de réfugiés et des menaces terroristes conduisant à une augmentation de dépenses et investissement des secteurs de sécurité et défense aux dépens des secteurs de santé et sociaux. Le taux du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique a connu une évolution en dents de scie de 2011 à 2015 avec respectivement 6,54% en 2011 ; 5,27% en 2012 ; 6,80% en 2013 ; 5,31% en 2014 et 6,62 % en 2015. En valeur absolue, le montant accordé a connu une augmentation importante, passant de plus 50 milliards en 2011 à 114 milliards en 2015 avec respectivement plus de 77.96 milliards en 2012 ; 82.27 en 2013 et 99.86 milliards en 2014.

Depuis la dernière évaluation conjointe qui s'est déroulée en Juillet 2015, bon nombre d'évènements sont intervenus dans le système de santé à savoir :

- L'élaboration de la nouvelle politique nationale de santé 2016-2035,
- L'avènement du Plan Pluri Annuel Complet de la vaccination couvrant 2016 -2020,
- Le plan de développement sanitaire 2016 – 2020,
- La stratégie de survie de l'enfant 2016 – 2020,
- L'adoption des objectifs du développement durable.

Il est à noter que le Gouvernement a été renouvelé et que le cabinet du Ministère de la Santé Publique est en train de se mettre en place.

3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (maximum 3 à 4 pages)



Décrire uniquement ce qui a changé depuis l'évaluation conjointe menée l'année précédente. Pour les pays procédant à une « mise à jour » de l'évaluation conjointe, inclure uniquement des informations concernant les besoins futurs et les mesures stratégiques décrits à la section 5

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

3.1.1. Performances des subventions et difficultés rencontrées

Chaque année conformément au manuel d'exécution du plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015, les Plans d'Actions Annuels (PAA) des différentes structures sont élaborés et soumis à la validation du Conseil National de la Santé (CNS). Les plans d'actions font l'objet d'une évaluation semestrielle et annuelle avec comme objectif principal d'analyser les performances enregistrées, d'identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des PAA et de formuler des recommandations.

Il ressort du bilan annuel 2015 et celui du premier semestre 2016 les résultats suivants :

Tableau I : Etat d'exécution des plans d'actions au titre de l'année 2015 (Pour toutes les sources de financement)

Structure	Exécution Physique		Exécution financière		
	Taux net de réalisation physique	Taux brut de réalisation physique	Taux mobilisation financière	Taux d'absorption financière	Taux brut de réalisation financière
Niveau Régional	65,89%	69,48%	69,32%	95,90%	66,48%
Niveau central	50,95%	67,52%	78,00%	86,20%	67,24%
Niveau National	61,29%	68,88%	76,58%	87,64%	67,12%

Source : REP annuel 2015

Pour un niveau de performance attendu de plus de 70 % en fin 2015, le taux net de réalisation physique est de 61,29% au niveau national avec 65,89% pour les structures régionales et 50,95% pour le niveau central. Le taux de mobilisation financière est de 76,58% au niveau national avec 69,32% pour le niveau régional et 78% pour le niveau central. Cependant le taux de réalisation financière reste en deçà de 70% avec 67,12% au niveau national, 66,48% au niveau régional et 67,24% pour les structures centrales.

Tableau II : Etat d'exécution des plans d'action au 1^{er} semestre 2016 (Pour toutes les sources de financement)

Structure	Exécution Physique		Exécution financière		
	Taux net de réalisation physique	Taux brut de réalisation physique	Taux mobilisation financière	Taux d'absorption financière	Taux brut de réalisation financière
Niveau Régional	59,19%	64,77%	70,54%	95,90%	67,65%
Niveau central	37,84%	54,71%	71,36%	59,51%	42,46%
Niveau National	53,15%	61,92%	71,21%	65,96%	46,97%

Source : REP du premier semestre 2016

On constate que pour un niveau de performance attendu de plus de 70 % le taux net de réalisation physique est de 53,15% au niveau national et de 37,84% au niveau central ; comme en 2015 le niveau régional a le meilleur taux avec 59,19 % de réalisation. La mobilisation financière au titre du 1^{er} semestre 2016 est de 71,21%.

Par rapport aux contributions dans le financement de la santé en 2015, GAVI a contribué pour 8,49% au plan national.

La contribution faible de GAVI s'explique par le non versement de sa part contributive dans le financement des PAA 2015 validés par les PTF du Fonds Commun dont GAVI fait partie.

En effet, les activités programmées sur le RSS 2 couvrant la période 2014- 2018 ont été révisées pour faire une sorte de "reprogrammation" compte tenu du décalage d'un an dans le démarrage effectif des activités dudit RSS donc 2015 au lieu de 2014. C'est ainsi que toutes les acquisitions se trouvant dans le budget du RSS 2 approuvé par les 2 parties pour les 2 ans (2014 et 2015) ont été mises dans le Plan de Passation de Marchés du Fonds Commun pour un montant de 4 637 078 000 FCFA uniquement sur RSS 2 (lettre n° 898 du 30 octobre 2014) et ont reçu l'ANO des PTF/FC dont Gavi fait partie (HT/CM/MJB/NL/2014 N°948/D du 06 nov. 2014).

En dehors des consultants où il y a eu des réaménagements budgétaires pour certaines activités dont l'enquête sur les déterminants de la couverture sanitaire où les 375 000 000 FCFA prévus ont été revus à la baisse (150 000 dollars retenus soit 60 000 000 FCFA) et le montant dispatché au niveau des activités de fonctionnement surtout ceux des équipes mobiles des 21 districts afin de leur permettre de mener à bien les activités. Le recrutement des experts pour appuyer l'évaluation finale du PDS et l'enquête de satisfaction finale du PDS qui ont été supprimés car sans objet (cf lettre de révision du PPM N° 225 du 4 mars 2015 et ANO HT/CM/NL/2015 N°11/d DU 13 MARS 2015).

Concernant la passation de marchés en son temps a plus de 4 200 000 000 FCFA en 2015 en terme de prévision sur GAVI dans le PPM approuvé sur le RSS2 au FC car ce sont les 2 années qui ont été jumelées du point de vue passation des marchés. Or nous n'avions eu que le virement des 4 913 806 242 FCFA (soit les 9 539 692 dollars) représentant le budget 2014 que GAVI devrait verser au Fonds Commun et dont le virement a été effectué le 19 décembre 2014 sur le budget détaillé par an approuvé. Dans notre lettre de demande de validation des PAA 2015 (N° 043 du 12 janvier 2015 dont copie jointe), les PAA 2015 sur financement FC s'élèvent à 18 225 938 966 FCFA dont 8 694 751 248 FCFA sur financement GAVI et dont 8 032 830 532 FCFA sur RSS2. La lettre de validation des PTF/FC dont Gavi fait partie a été faite sur ledit montant en date du 21 janvier 2015. (CM/HT/MJB/NL/2015 N° 025/D).

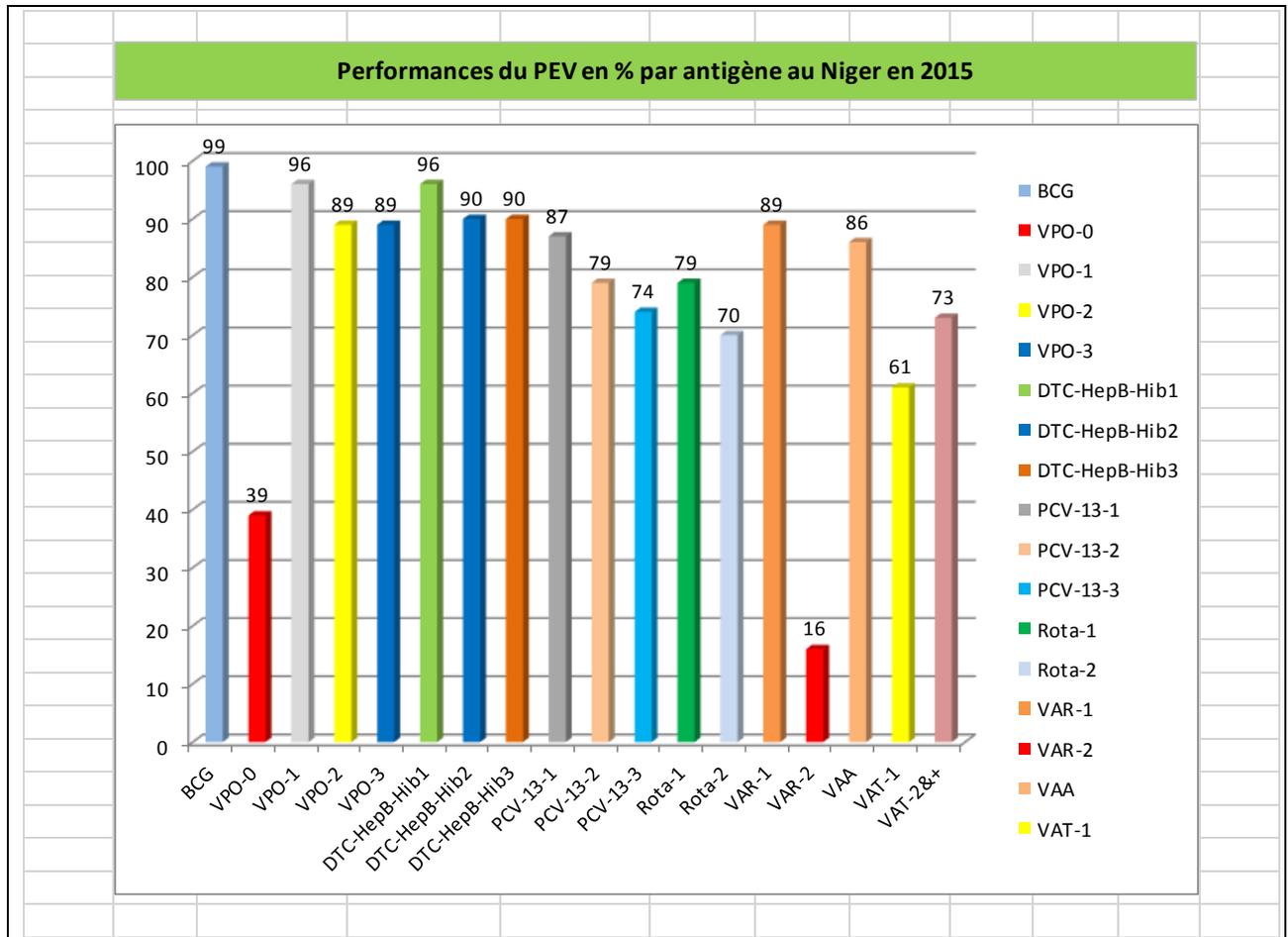
S'agissant de la subvention GAVI, la mobilisation financière est de 100%. Cependant, la faiblesse des taux de réalisation des plans d'actions (PAA) serait à la base des sous-consommations des ressources allouées.

La proportion des financements GAVI dans le Fond Commun représentent 48% en 2015 soit 8 694 751 248 Frs CFA.

Au 31 décembre 2015, le taux d'exécution financière du fonds commun est de 42,7%, les fonds GAVI inscrits au fonds commun sont exécutés à 44,7%. Néanmoins, selon les échelons, c'est le niveau régional qui affiche le meilleur taux (57,9%). Le niveau central n'a consommé que 41% des fonds qui lui sont alloués (RSF 2015).

3.1.2. Couverture et équité en matière de vaccination

Les graphiques et tableaux ci-dessous, décrivent l'évolution des indicateurs du PEV au titre de l'année 2015 :



Graphique N°1 : Couverture vaccinale pour tous les antigènes au Niger en 2015

Tableau III : Couverture vaccinale en 2015 et 2016 (mai)

Vaccin Penta: Couverture Nationale en 2015 au Niger												
	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Jun	Jui	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec
Pop Cible	81195	162390	243585	324780	405975	487170	568365	649560	730755	811950	893145	974340
Penta1	73965	151237	232889	314699	392478	468932	542721	621440	693514	777947	856446	935542
Penta3	69758	140876	217473	292706	365640	436780	505042	576881	645881	720146	794417	873028
Abandon	4207	10365	15416	21993	36838	32152	37679	44559	47633	57801	62029	62514
Penta1	91%	93%	96%	97%	97%	96%	95%	96%	95%	96%	96%	96%
Penta3	86%	87%	89%	90%	90%	90%	89%	89%	88%	89%	89%	90%
Tx abandon	5%	6%	6%	7%	9%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	6%

Vaccin PCV-13: Couverture Nationale en 2015 au Niger												
	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Jun	Jui	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec
Pop Cible	81195	162390	243585	324780	405975	487170	568365	649560	730755	811950	893145	974340
PCV-13-1	61665	128344	200524	274392	346473	418093	484546	556188	624582	700764	775710	850825
PCV-13-3	45993	97739	156150	217722	275735	335676	393518	455956	516253	582730	649494	720644
Abandon	15672	30605	44374	56670	70738	82417	91028	100232	108329	118034	126216	130181
PCV-13-1	76%	79%	82%	84%	85%	86%	85%	86%	85%	86%	87%	87%
PCV-13-3	57%	60%	64%	67%	68%	69%	69%	70%	71%	72%	73%	74%
Tx abandon	19%	19%	18%	17%	17%	17%	16%	15%	15%	15%	14%	13%

NIGER 2015																		
Couverture pondérée	Couverture vaccinale cumulée Dec 2015																	
	BCG	VPO-0	VPO-1	VPO-2	VPO-3	DTC-HepB-Hib-1	DTC-HepB-Hib-2	DTC-HepB-Hib-3	PCV-13-1	PCV-13-2	PCV-13-3	Rota-1	Rota-2	VAR	VAA	VAT-1	VAT-2&+	
90%	33	2	33	25	24	33	25	24	19	12	9	12	4	22	18	-	3	
80%	9	2	8	7	8	8	8	9	12	8	6	11	6	11	16	6	10	
50%	2	7	3	12	12	3	11	11	13	24	24	21	31	10	9	25	27	
	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	3	1	1	13	4	
	39%	99%	39%	96%	89%	89%	96%	90%	90%	87%	79%	74%	79%	70%	89%	86%	61%	73%

En 2015, selon les données administratives du PEV, la couverture vaccinale a atteint plus de 80% pour la plupart des vaccins au niveau des districts mais n'a pas permis d'atteindre l'objectif de 95% au niveau national.

- Pour une moyenne de 7%, le taux d'abandon du Penta a oscillé entre 5 et 9%
- Quant au PCV, les taux varient de 13 à 19% avec une moyenne de 16%.
- Toutefois le VPO-0 affiche une performance de 39% en rapport avec le taux d'accouchement assisté qui est de 42% en 2015

Le vaccin Penta a un taux d'abandon moins élevé que le PCV, ceci étant lié principalement au problème de capacité de transport (moto et petite glacière) et à la limite de la capacité de stockage au niveau des services de prestation des vaccinations (Case de Santé et CSI).

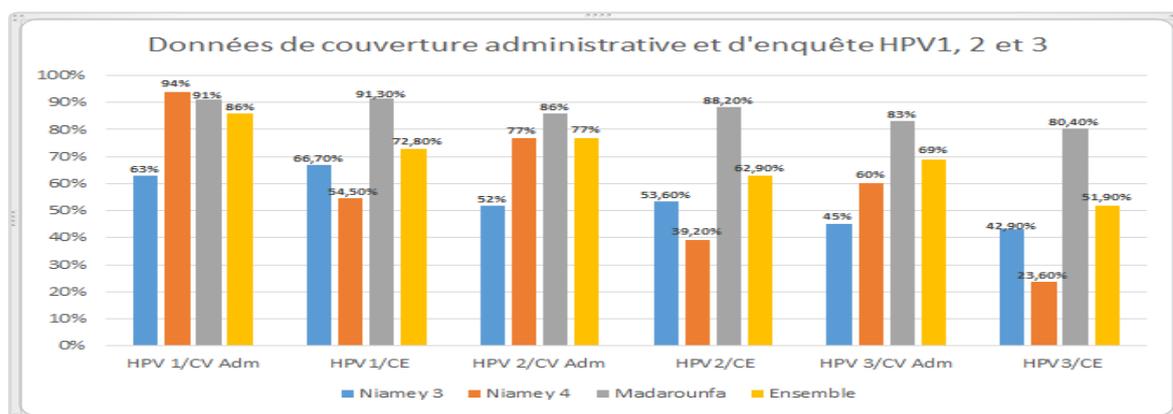
Au 31 Mai 2016, les couvertures vaccinales du PEV de routine se sont améliorées ; cependant, il existe des disparités entre les districts. Ainsi pour le Penta 3, 6 districts sur 44 (Magaria, Tchinta, Gaya, Maradi commune, Arlit, N'guigmi), ont un taux de couverture inférieur à 80%. En ce qui concerne le VAR1, 7 districts sur 44 (Arilit, Bilma, Gaya, Tanout, Maradi Commune, Niamey 2 et 5), ont un taux de couverture inférieur à 80% (Voir annexe C et D).

Concernant le VAR2, introduit en 2014 pour la cible de 16 à 23 mois. Il est administré mais n'est pas systématiquement rapporté par faute de support adéquat. En effet, 45% des districts (20 sur 44) ne notifient pas ou ont un cumul annuel de moins de 100 enfants vaccinés. Ce qui nous donne taux de couverture en VAR2 qui varie de 3% en 2014, à 16% en 2015 et 33% en 2016.

Cette situation a fait l'objet de discussion lors de l'évaluation conjointe et les solutions envisagées sont entre autres le renforcement des activités de communication en direction des populations et l'organisation d'une enquête post introduction (PIE) en 2017.

L'introduction de nouveaux vaccins a concerné :

- a. Vaccin anti Papilloma Virus Humain (HPV) : L'introduction du vaccin suit son cours. Il est à rappeler que la phase test devrait couvrir deux ans comme prévu dans le projet. Pendant la première année, trois campagnes ont été réalisées et ont concerné trois districts dont un rural (Madarounfa) et deux urbains (Niamey III et Niamey IV) totalisant une population cible de 22 635 filles âgées de 11 à 13 ans pendant la 1^{ère} année. Pour la 2^{ème} année, le vaccin a été introduit dans la stratégie de vaccination de routine dans les mêmes districts. Les taux de couverture enregistrés dans la 1^{ère} année sont décrits dans le graphique ci-après :



Graphique n°2 : Couverture administrative et couverture d'enquête du HPV au Niger

D'une manière générale, la tendance de la couverture administrative est identique à celle de l'enquête à l'exception de Niamey 4 où il y a une grande disparité entre les deux couvertures.

- b. Pneumo/ Rota virus : Des progrès importants ont été réalisés dans l'utilisation de ces deux antigènes. En effet le taux de couverture en pneumo 3 est passé de 68% en mai 2015 à 86% en mai 2016. Concernant le taux de rota 2, il est passé de 64% en mai 2015 à 81 % pour la même période en 2016.

- c. Introduction du Vaccin VPI : L'introduction des nouveaux vaccins en 2015 a concerné essentiellement le VPI. Au 31 mai 2016, la couverture nationale en VPI est de 81%.

Conformément au calendrier établi, à l'instar des autres pays de la sous- région, le Niger a procédé au remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent (SWITCH) en avril 2016.

La situation des vaccins reçus en 2015 et 2016 est résumée dans les tableaux IV et V suivants :

Tableau IV : situation des vaccins en 2015

Antigènes	Solde 2014	Nouveaux arrivages	Quantités Sorties	Stock restant	Nombre de mois couverts
BCG	659 200	1 952 000	1 311 200	1 300 000	12
tVPO	1 505 000	1 100 000	2 605 000	-	-
DTC-HepB-Hib	2 164 180	1 834 000	2 691 570	1 306 610	6
VAR	1 108 000	2 032 300	2 016 020	1 124 280	6
VAA	700 200	936 400	1 059 710	576 890	6
VAT	1 976 400	1 233 000	1 428 880	1 883 200	12
PCV-13	799 500	3 574 350	3 048 500	1 324 400	7
Rota_liq	601 500	2 333 000	2 254 180	680 350	5
VPI	-	680 000	635 400	44 600	1

En considérant le nombre moyen de mois couverts par les stocks restants à fin 2015, globalement, tous antigènes du PEV disposent de stock supérieur aux trois mois de sécurité sauf pour le VPI et le tOPV. On constate une bonne disponibilité des vaccins au niveau central et régional mais toutefois certains antigènes ont enregistré des ruptures au niveau opérationnel allant de 4 à 28 jours (ROTA 28 jours, VAT 18 jours VAA 13 jours et VAR 4 jours. Les principales difficultés rencontrées sont l'absence de programme de distribution des vaccins aux CSI, les moyens financiers pour assurer le transport de vaccins à tous les niveaux et les inventaires des stocks sont irrégulièrement faits et enregistrés dans les registres de gestion.

Tableau V : situation des vaccins au 15 juillet 2016

Antigènes	Solde 2015	Nouveaux arrivages	Quantités Sorties	Stock restant	Nombre de mois couverts
BCG	1 300 000	324 900	1 088 000	536 900	4
tVPO	424 000	-	424 000	-	0
DTC-HepB-Hib	1 306 610	1 160 000	2 011 420	455 190	2
VAR	1 124 280	-	967 500	156 780	1
VAA	576 890	-	548 900	27 990	0
VAT	1 883 200	-	979 200	904 000	5
PCV-13	1 324 400	1 195 200	1 178 770	1 340 830	6
Rota_liq	680 350	666 000	611 729	734 621	5
VPI	44 600	870 100	473 500	441 200	5
bVPO	526 000	3 126 000	2 044 500	1 607 500	5

En considérant le nombre moyen de mois couverts par les stocks restants à la date du 15 Juillet 2016, trois antigènes du PEV (DTC-HepB-Hib ; VAR et VAA) ont des stocks inférieurs aux trois mois de sécurité. Le reste des antigènes varient entre 4 à 6 mois couverts.

3.1.3. Performance des subventions, enseignements tirés et difficultés rencontrées

[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : performance de chaque programme de vaccination par rapport aux objectifs approuvés et aux activités planifiées, état d'avancement de la mise en œuvre et les obstacles y afférents ; dépenses réelles par rapport aux dépenses financières prévues, défis associés, propositions sur la façon d'utiliser les fonds non dépensés, et complémentarité entre l'ensemble des subventions en espèces]

1. État d'avancement de la mise en œuvre :

En fin 2015, il est prévu :

- D'atteindre une couverture vaccinale de 95% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts,
- D'atteindre les standards requis en matière de surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune et du tétanos maternel et néonatal,
- D'atteindre un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables
- D'atteindre les performances du programme en vue de contribuer à l'éradication de la polio, l'élimination du TMN, le contrôle de la rougeole, de la fièvre jaune et d'autres maladies cibles,
- D'introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre les IRA (pneumocoque) les diarrhées à rota virus et le cancer du col utérin (PVH),
- D'assurer la pérennité du financement du PEV.

2. Obstacles y afférents :

- Absence de plan de maintenance pour la CDF à tous les niveaux,
- Absence de communication adaptée aux nouvelles orientations du GVAP,
- Absence de description de poste des agents du PEV à tous les niveaux,
- Déficit dans l'archivage des documents du PEV,
- Faible proportion du budget de l'Etat alloué à la Santé (moins de 10%) alors que les engagements d'Abuja sont de 15% avec pour conséquence la dépendance du PEV vis-à-vis de l'appui extérieur,
- Inexistence d'Autorité Nationale de Régulation (ANR),
- Insuffisance de coordination des activités de vaccination et de surveillance,
- Insuffisance dans la supervision et monitoring des activités de vaccination,
- Non maîtrise de la population cible au niveau opérationnel,
- Non application de l'approche ACC (Atteindre chaque communauté),
- Retard accusé par le pays en 2015, par rapport aux engagements pris avec GAVI dans le cofinancement pour l'achat des nouveaux vaccins,
- Persistance d'un nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés (35 981 enfants en mai 2016),
- Insuffisance dans l'atteinte des populations nomades,
- Insuffisance et inadaptation du système de communication en faveur de la vaccination.

3. Dépenses réelles en dollars US par rapport aux dépenses financières prévues pour l'année 2015 par Gavi)

Le tableau ci-après présente la situation des dépenses sur Fonds Gavi en 2015 :

Tableau IV : Situation des dépenses sur Fonds Gavi en 2015

Vaccins	Prévisions 2015	Décaissement 2015	%
Vaccin Anti-Rotavirus	3238000	2881836	89%
Vaccin Anti-pneumococcique (VPC)	14916000	18918507	127%
DTC-HepB-Hib (Penta)	5855500	2339144	40%
Fièvre jaune	3500292	954220	27%
Vaccin Antipoliomyélitique Inactivé (VPI)	692000	235434	34%

Source : GAVI

Concernant le Vaccin Anti-pneumococcique (VPC), un reliquat de 2014 a été réceptionné en 2015, ce qui explique le taux de 127%.

Quant à la situation du co-financement elle se présente ainsi qu'il suit :

Tableau IIV : Situation du Cofinancement en 2015

Vaccins	Prévisions 2015	Décaissement 2015	% décaissement
Vaccin Anti-Rota virus	410 500	1 017 394	54%
Vaccin Anti-pneumococcique (VPC)	641 500		
DTC-HepB-Hib (Penta)	615 000		
Fièvre jaune	234 000		
Total	1 901 000	1 017 394	

Source : GAVI (Réf : lettre de notification 2016-097/ea du 11 mars 2016)

En 2015, l'Etat a honoré 54% des engagements relatifs au cofinancement des vaccins.

4. Défis associés

- L'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV (HPV Phase2 2016, Soumission MenA pour 2017),
- L'élaboration du plan d'optimisation de la chaîne de froid,
- La reprogrammation RSS 2,
- La fongibilité du financement GAVI dans le fonds Commun.

5. Propositions sur la façon d'utiliser les fonds non dépensés

Les fonds non dépensés seront utilisés dans le cadre de la reprogrammation du RSS2 en fonction des activités prioritaires décrites plus bas.

6. Complémentarité entre l'ensemble des subventions en espèces

L'ensemble du portefeuille des subventions de GAVI au Niger (en dehors de l'achat des vaccins effectué via l'UNICEF) est mis en œuvre par le mécanisme du Fonds Commun qui contribue à la mobilisation des ressources et au financement des activités liées à l'exécution du Plan de Développement Sanitaire (PDS). Dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre du PDS, le Ministère de la Santé publique a créé un mécanisme qui permet d'assurer une visibilité des ressources mobilisées, une complémentarité et une synergie d'action dans le financement et la réalisation des activités à travers un processus unique de planification budgétaire du niveau périphérique au niveau central.

Toutes les activités financées par l'Etat et ses partenaires sont inscrites dans les différents Plans d'Actions Annuels (PAA) de toutes les structures du niveau central et décentralisé. Ces PAA sont élaborés chaque année et sont suivis et évalués semestriellement et annuellement.

Les PAA sont validés et évalués par les conseils régionaux et National de santé (Composés des cadres du Ministère de la santé, les représentants de la communauté, des collectivités, la société civile, les partenaires techniques et financiers et les Ministères connexes dont celui de l'Economie et des Finances).

Conformément aux termes du contrat tripartite signé entre le Ministère de la Santé Publique, GAVI et l'UNICEF, un soutien de GAVI d'un million de dollars US a permis de réaliser la construction d'un entrepôt moderne abritant dix chambres froides dont 7 positives de 40 m³ chacune et une négative de 20 m³ qui sont déjà installées.

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

[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : pour les vaccins existants – pertinence des objectifs pour la prochaine année de mise en œuvre, modifications à apporter à la présentation d'un vaccin ou au type de vaccin, risques pesant sur la mise en œuvre future et mesures d'atténuation; pour les nouvelles demandes – toute demande future de soutien à Gavi (inclure dans le tableau 1 ci-dessus), nouvelles priorités du programme national de vaccination]

• **Pertinence des objectifs pour la prochaine année**

Sur la base de l'analyse de situation, un nouveau PPAC 2016- 2020 a été élaboré par un comité multisectoriel mis en place par le Ministère de la Santé Publique. Les objectifs spécifiques par rapport au PEV systématique 2016 sont :

- Atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district, plus spécifiquement : BCG à 86% en 2016, Penta 3 à 80%, VPO 3 à 80%, VAR1 à 80%, VAR2 à 50%, Pneumo 3 à 80%, Rota 2 à 70%, VAA à 90%, VAT2 et plus à 80% ;
- Réduire les taux d'abandon spécifiques (Penta1 - Penta3) à 9% dans tous les districts ;
- Réduire les taux d'abandon global (Penta1-VAR) à 6% dans tous les districts ;
- Réduire le taux de perte pour les nouveaux vaccins à 5% pour les vaccins Penta et à 1% pour les mono doses (pneumo et rota), VAA et VAR à 20%, VAT à 5% et 40% pour le BCG ;
- Introduire le HPV dans le PEV de routine dans les 3 districts sanitaires pilotes.

• **Modifications à apporter à la présentation d'un vaccin ou au type de vaccin :**

- Le pays vient de valider l'élimination du TMN en mai 2016, il sera procédé au remplacement du VAT par le Td en 2017 ;
- Passage du PCV 13 mono dose au PCV 13 à la présentation de 4 doses à partir de janvier 2017

• **Risques pesant sur la mise en œuvre future**

- La disponibilité et motivation du personnel : L'insuffisance des ressources humaines en santé, leur mauvaise répartition, leur forte mobilité ainsi que la faible motivation et les grèves du personnel impactent sur la disponibilité des services en entravant l'exécution des activités et entraînant des occasions manquées pour la vaccination,
- L'insuffisance ou le manque de financement des stratégies alternatives d'accès aux services et soins de santé : l'insuffisance ou le manque de financement de stratégies alternatives d'accès aux services et soins de santé (sorties foraines avancées et mobiles) limite l'équité et l'accessibilité géographique des services de santé de base y compris la vaccination,
- L'insuffisance de l'effectivité des financements de l'Etat et des collectivités : les activités de la vaccination et celles relatives au co-financement de vaccins rencontrent des difficultés de mobilisation des ressources et de décaissement.
- Les insuffisances de gestion dans la mise en œuvre de la proposition : les retards de décaissement du financement, la lenteur dans le traitement des dossiers d'appel d'offre pour l'acquisition des biens, travaux et services et le faible taux d'absorption par les structures d'exécution du financement accordé.

• **Mesures d'atténuation pour les nouvelles demandes**

Pour améliorer la situation, les mesures suivantes sont en cours de mises en œuvre :

- Elaboration des Plans intégrés de communication dans les districts et les régions ;
- Elaborer une stratégie spécifique de vaccination pour améliorer l'équité dans les zones difficiles d'accès et d'insécurité, qui va s'articuler autour des points suivants :

- développer davantage la collaboration intersectorielle au niveau opérationnel avec les secteurs de l'élevage et de l'hydraulique pour identifier les points d'eau et les couloirs de passage des transhumants afin d'élaborer des microplans spécifiques.
 - mettre à profit les manifestations traditionnelles (Hotungo, Cure salée, guerwel) pour atteindre les cibles vaccinales.
 - développer davantage la collaboration entre les Ministères de la Défense et de la Santé relatifs aux escortes militaires pour accompagner les équipes de vaccinateurs dans les zones d'insécurité.
 - mettre à contribution les ONG dans leur zone d'intervention respective afin de les impliquer dans la vaccination au niveau des sites des réfugiés et dans des zones spéciales.
 - Mettre en place une coordination nationale pour évaluer la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle ;
- Elaboration d'un plan d'approvisionnement des districts et des CSI en vaccins et consommables
 - Faire le plaidoyer de haut niveau (Assemblée Nationale, Primature) pour mobiliser le financement et cofinancement de la vaccination ;

• **Priorités nationales**

1. Logistique, approvisionnement et qualité des vaccins :
 - a. Achat, installation, formation, maintenance des frigos solaires
 - b. Achat et renouvellement des matériels informatiques (ordinateurs, imprimante)
 - c. Approvisionnement des régions, districts et CSI en vaccins et consommables
 - d. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des vaccins entre le niveau central et le niveau intermédiaire (optimisation des équipements de la chaîne de froid et inter connectivité entre les échelons ;
 - e. Poursuite de l'étude sur le suivi de température et la cartographie de température dans les chambres froides
 - f. Conduite d'une étude Gestion Efficace des Vaccins (GEV) (2018)

2. Introduction des nouveaux vaccins dans la vaccination de routine :
 - a. MenAfrivac : juin 2017 à l'échelle national
 - b. HPV : Le projet de démonstration a réellement démarré en mi-juin 2016 pour la deuxième année de mise en œuvre et se poursuivra jusqu'au 16 janvier 2017 pour l'administration de la première dose avec le stock restant de 48 072 doses de vaccin disponible. Conformément aux recommandations du CCIA, le Ministère de la Santé Publique mobilisera les ressources nécessaires pour couvrir les coûts opérationnels liés à l'administration de la première dose pour les sites additionnels (pour absorber les doses excédentaires) ainsi que l'achat de 48 072 doses de vaccin pour l'administration la deuxième dose.
 - c. Rougeole –Rubéole : l'introduction du vaccin combiné (RR) est prévue en 2018.

3. Renforcement des capacités du personnel :
 - a. Mid Level Management (MLM) pour les cadres centraux et régionaux comme inscrit dans le PPAC,
 - b. Cours en logistique santé pour les cadres centraux et régionaux du PEV à Ouidah (Benin),
 - c. Approche Atteindre chaque district (ACD) pour les cadres du niveau opérationnel
 - d. Vaccination en pratique pour le niveau opérationnel,

4. Vaccinations en stratégies avancées/foraines et mobiles.

5. Communication pour la vaccination :
 - a. Plaidoyer
 - b. Contractualisation avec la société civile dans le domaine de la communication,
 - c. Formation des agents en communication pour le changement de comportement ;

d. Mobilisation sociale autour de la vaccination.

6. Surveillance

- a. Surveillance de la poliomyélite et de la rougeole,
- b. Maintien de l'élimination du TMN,
- c. Renforcement de la surveillance des autres maladies cibles du PEV comme le rotavirus et la méningite (Hib /Pneumocoque).

7. Suivi et Evaluation :

- a. Supervision et monitoring,
- b. Systématisation des DQS et LQAS au niveau des districts,
- c. Conduite d'une enquête de couvertures vaccinale (2019),
- d. Révision et reproduction des supports de gestion PEV

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

3.2.1. Objectif stratégique des subventions allouées au titre du RSS

[Décrivez dans quelle mesure les subventions allouées au titre du RSS contribuent à améliorer la couverture vaccinale et l'équité d'accès aux vaccins, mais aussi à surmonter les obstacles techniques, financiers et liés aux systèmes de santé susceptibles de mettre en péril la pérennité de ces acquis. Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

La couverture sanitaire reste un des grands défis auquel le pays fait face, car plus de 50% de la population n'a pas accès aux soins et services de santé. Cependant, l'EDSN 2012 indique que 52% des enfants sont complètement vaccinés.

Le Niger a bénéficié de deux soutiens dans le cadre du Renforcement du système de Santé :

- le RSS1 dont la subvention a été clôturée en juin 2015 et le reliquat d'un montant de 114 057 766 FCFA (197127 Dollars US) versé à l'UNICEF pour financer les ateliers d'évaluation conjointe, la reprogrammation, les honoraires et appui au fonctionnement du Secrétariat du Fond Commun au MSP ;

- et le RSS2 (dont la clôture est prévue en 2018).

La mise en œuvre des subventions RSS doit permettre au Niger, en synergie avec les financements de l'Etat et les contributions des autres partenaires, l'amélioration des indicateurs liés à l'accès aux soins et services de santé de qualité y compris la vaccination.

L'objectif stratégique du RSS est d'assurer une bonne couverture vaccinale afin d'atteindre une immunité de groupe capable de bloquer les épidémies et de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination dans une équité totale avec la pleine participation des communautés et du Gouvernement à tous les niveaux.

S'il est vrai que le Niger occupe le 188^{ème} rang de l'indice de développement humain en 2015, il reste aussi évident que le système de santé donne un certain optimisme qui lui permettra d'arriver voire atteindre les objectifs de développement durable. La mise en place du Fonds Commun et son opérationnalisation constituent une opportunité pour soutenir les acquis du système de soins intégrés à la base.

3.2.2. Performance des subventions et difficultés rencontrées

[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : réalisation des objectifs et atteinte des résultats intermédiaires, résultats obtenus par rapport aux objectifs visés pour la mise en œuvre des activités et dépenses financières; utilisation de l'allocation au titre du financement basé sur les résultats et des budgets/plans; niveau de participation des principaux intervenants à la mise en œuvre de la proposition RSS; obstacles à la mise en œuvre et problèmes liés à la gestion financière des subventions allouées au titre du RSS; conformité avec les exigences en matière de qualité des données et des enquêtes]

Du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2016 les résultats suivant ont été obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du RSS2 :

Objectif 1 : Accroître l'accessibilité aux services de soins y compris la vaccination de qualité, en particulier dans 21 districts sanitaires prioritaires,

Tableau IIV: comparaison de la couverture 21 districts par rapport à la moyenne nationale

Antigènes	couverture vaccinale moyenne des 21 districts	couverture vaccinale moyenne nationale
BCG	96%	99%
Penta 3	89%	90%
Pneumo 3	72%	74%
Rota2	69%	70%
VAR	89,24%	89%
VAA	87%	86%

- Les 21 districts sanitaires appuyés par Gavi ont connu des performances vaccinales assez proches de la moyenne nationale au cours de l'année 2015.

A titre d'exemple la couverture vaccinale en BCG est de 96% en 2015 alors que la moyenne nationale est de 99%. Quant à la couverture vaccinale en Penta 3, elle est de 89% à pour une moyenne nationale est de 90 % en 2015. La couverture en VAR est de 89,24% pour une moyenne nationale de 89% et le VAA de 87% pour une moyenne de 86%.

- Le nombre de districts ayant une couverture inférieure à 80% en Penta3 selon les données administratives s'amélioré passant de 21 en 2014 à 4 en 2015. Ce sont les districts urbains d'accès difficile (Maradi Commune et Zinder) et en zones d'insécurité (Diffa et N'guigmi) ;
- Le taux de couverture couverture sanitaire (rayon 0-5km) est resté le même entre 2014 et 2015 à 48,47%. La subvention du RSS a contribué à améliorer la couverture des activités foraines, avancées et mobiles (6979 sorties réalisées en 2015 pour renforcer la vaccination et la santé de la reproduction),
- Ainsi la proportion des populations de plus de 5 Km couverte par ces différentes stratégies est passée de 41,89% en 2014 à 59,51% en 2015. (REP 2015),
- Le taux de réalisation de la supervision au niveau District sanitaire est passé de 65,61 % en 2014 à 67,86%, celui des Directions Régionales de 73,81% en 2014 à 83, 50% et celui du niveau central de 31,25% en 2014 à 37,50% en 2015.
- la situation épidémiologique est caractérisée par une régression des maladies évitables par la vaccination telles que la pneumonie, le Tétanos néonatal et la poliomyélite

Tableau IIIV: morbidités liées aux maladies évitables par la vaccination

Morbidité	2014	2015
Pneumonie	700 873	661 781
Rougeole	321	3 486
Coqueluche	196	240
Diphtérie	6	1
Polio	0	0
Méningite	0	1091
Tétanos néonatal	4	0
diarrhées	571 091	664 081

Source : Annuaire Statistiques SNIS

Les acquisitions suivantes ont été réalisées :

- Cinquante (50) véhicules pour appuyer les activités de supervision au niveau des régions et districts et deux cent soixante-quinze (275) motos pour les centres de santé intégrés dans le cadre la supervision des cases de santé et les activités foraines : la supervision des CSI vers les cases de santé n'a pas connu d'amélioration ; elle est passée de 52,82% à 49,22% de 2014 à 2015. Cette situation pourrait s'expliquer par la vétusté du parc moto et l'insuffisance du personnel. Aussi, celle des DS vers les CSI est restée stationnaire de 2014 à 2015
- Vingt-un (21) véhicules pour l'appui des équipes mobiles en santé de la reproduction y compris la vaccination sont en cours de réception,
- Pour renforcer la chaîne de froid, des acquisitions ont été faites pour 1340 cases de santé, 419 CSI et 21 districts sanitaires ont été dotés en réfrigérateurs, congélateurs, pièces de rechange, équipements de suivi de la température, glacière, porte vaccins),
- Un groupe électrogène pour la chaîne de froid,
- L'installation de trois chambres froides pour le renforcement des capacités de stockage.

En outre, plusieurs ateliers de renforcement des compétences ont été réalisés (maintenance-froid, gestion PEV/ACD/RED et technique vaccinale)

- Un atelier d'intégration des directives sur la vaccination dans les curricula de formation des écoles de santé publiques et privées et de la Faculté des Sciences de la Santé a été organisé.
- Un appui aux activités de diagnostic communautaire pour développer des micros plans de 419 CSI des 21 districts sanitaires,

Objectif 2 : Augmenter la demande en matière de soins y compris la vaccination au niveau national

- Etude sur les déterminants de la faible couverture vaccinale dans les dix districts les moins performants et la gestion du PEV,
- Appui aux activités de recherche opérationnelle sur la SR et la vaccination au niveau des districts (Mirriah, Diffa, Tchirozérine, Tahoua et Tillabéry),
- Révision et validation des modules de formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs,
- Formation de 50 cadres en communication pour le développement y compris la vaccination, et 510 relais communautaires sur la communication en matière de vaccination,
- Diffusions des messages radiophoniques avec les radios régionales et de proximité dans 21 districts sanitaires,

- Dotation de la DI en équipements audiovisuels (Caméra numérique, appareil photo numérique, table de montage, appareil de sonorisation, scanner, radio, disques externes/enregistreurs et téléviseurs) en cours,
- Dotation des 15 OSC du secteur de la santé en matériel de communication pour le suivi à base communautaire sur le CCC à la vaccination en cours,

Objectif 3 : Améliorer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire et du suivi-évaluation pour une meilleure planification stratégique du secteur,

- Appui à l'élaboration et la validation du PPAC 2016-2020, PDS 2016- 2020, à la production de bulletin trimestriel d'information du SNIS,
- Organisation des réunions sur la gestion harmonisée des données de la surveillance et au contrôle de qualité des données y compris ceux de la vaccination y compris au niveau des 8 régions et des 42 districts,
- Un appui à l'évaluation du PDS 2011-2015 et aux missions de planification et de revue des plans d'actions annuels,
- Appui à l'élaboration et la diffusion de l'annuaire statistique, ce qui a permis de disposer des deux documents (annuaires 2014 et 2015) à temps,
- Un atelier de renforcement des compétences (ONEHEALTH et SARA),
- Formation de 75 formateurs nationaux et 105 cadres des régions et District en DQS/DQA (en cours),
- Organisation et validation d'une enquête de couverture vaccinale (en cours).

Objectif 4 : Renforcer la contribution de l'Etat pour le financement des actions de la santé y compris la vaccination.

- Appui à l'organisation des 25 ateliers d'information et de sensibilisation sur l'importance de la vaccination par les OSC (syndicats, Ordres, ONG et Association des professionnels de la santé) au niveau des 8 régions et 21 districts pour un montant de 45 740 789 FCFA (88817 dollars US)
- Organisation d'une journée parlementaire sur la vaccination.

Objectif 5 : Renforcer le mécanisme existant de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme

- Prise en charge du complément des salaires des contractuels du Fonds Commun,
- Contribution au fonctionnement du Fonds Commun dans la mise en œuvre des activités RSS,
- Appui aux activités de contrôle financier annuel sur la gestion RSS GAVI,
- Appui au renforcement des capacités du personnel du Fonds Commun en gestion financière et aux audits financiers,
- Organisation de l'inventaire des immobilisations acquises dans le cadre du GAVI/ RSS et actualisation des bases des données du MSP en cours.

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

[Précisez la raison pour laquelle vous sollicitez une nouvelle tranche de financement RSS (et le montant associé, comme indiqué dans le tableau à la section 1) ou une prolongation sans coût supplémentaire, ou si vous souhaitez certaines modifications en termes de réaffectation ou de reprogrammation]

Prenant en compte les priorités nationales, le Ministère de la Santé Publique souhaiterait que la reprogrammation du RSS2 couvre entre autres les axes prioritaires suivants :

1. Coordination et Gestion,
2. Couverture vaccinale et équité,
3. Financement de la vaccination y compris l'achat de vaccins,
4. Logistique et Approvisionnement,
5. Qualité des données.

Les activités liées aux différents axes sont jointes à l'annexe E

3.3. 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) en Francs CFA

Les tableaux ci-après décrivent la situation des subventions :

Tableau IX : Ressources cumulées en francs CFA au 30 juin 2016

RSF SEMESTRE	SSV	RSS 1	HPV + PNEUMO	RO TA	RSS 2	VPI	TOTAL
31.12.2011	212 242 483	-	-	-	-	-	212 242 483
30.06.2012	-	-	-	-	-	-	-
31.12.2012	-	1 954 916 903	-	-	-	-	1 954 916 903
30.06.2013	-	-	498 681 525	-	-	-	498 681 525
31.12.2013	-	-	-	379 413 411	-	-	379 413 411
30.06.2014	-	-	-	-	-	-	-
31.12.2014	-	-	-	-	4 913 806 242	-	4 913 806 242
30.06.2015	-	-	-	-	-	457 167 446	457 167 446
31.12.2015	-	-	-	-	-	-	-
30.06.2016	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	212 242 483	1 954 916 903	498 681 525	379 413 411	4 913 806 242	457 167 446	8 416 228 010

Source : Rapport de suivi financier (RSF) Fonds Commun

Tableau X : Dépenses cumulées au 30 juin 2016 en francs CFA

SEMESTRE	SSV	RSS 1	HPV + PNEUMO	RO TA	RSS 2	VPI	TOTAL
30.06.2014	110 760 357	635 298 482	465 696 720	349 876 288	-	-	1 561 631 847
31.12.2014	-	378 486 000	-	-	-	-	378 486 000
30.06.2015	-	150 528 063	-	-	130 577 477	-	728 005 193
31.12.2015	-	278 700 000	-	-	563 3 083 762	200 155 748	3 562 618 311
30.06.2016	-	339 062 299	28 075 472	-	966 1 725 595	-	2 092 733 737
TOTAL	110 760 357	1 782 074 844	493 772 192	349 876 288	659 5 386 835	200 155 748	8 323 475 088
SOLDE = I - II	101 482 126	172 842 059	4 909 333	29 537 123	- 473 029 417	257 011 698	92 752 922

Source : Rapport de suivi financier (RSF) Fonds Commun.

Commentaires :

- L'exécution des activités a démarré en janvier 2014 avec le Pneumo, le HPV, le ROTA et le RSS1.
- En 2015, le Fonds Commun a exécuté le RSS 1 (Réalloué), le RSS2 et le VPI.
- En 2015, le FC a exécuté le RSS2, le RSS1 (suite à, la lettre de gestion) et le reliquat du HPV suite à l'ANO des PTF.
- Au 30 juin 2016, il reste un reliquat de fonds sur financement tout GAVI confondus de 92.752.922 FCFA.
- Il ressort un écart négatif du RSS2 au 30 juin 2016, cela s'explique par le fait que le FC n'a pas reçu la cote part de GAVI des années 2015 et 2016

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

[Etat d'avancement de la mise en œuvre des cinq mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente et recommandations additionnelles du CEI ou du Panel de haut niveau pour la revue du soutien (le cas échéant)]

Sur quatorze (14) recommandations de l'évaluation conjointe 2015, onze (11) ont été réalisées soit un taux de réalisation de 79% et trois (3) sont en cours. (Voir annexe F). S'agissant des recommandations de la Mission Gavi de novembre 2015, Sur treize (13) recommandations (11) ont été réalisées soit un taux de réalisation de 85 % et deux (2) sont en cours (Voir annexe G).

5. BESOINS NATIONAUX PRIORITAIRES¹

[Résumez les besoins et mesures stratégiques prioritaires susceptibles d'améliorer considérablement la couverture vaccinale, l'équité d'accès aux vaccins et la viabilité financière ; le calendrier de mise en œuvre des mesures proposées et le type d'assistance technique requise, le cas échéant – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

Les mesures stratégiques par axes prioritaires susceptibles d'améliorer la couverture vaccinale et le type d'assistance technique appropriées sont décrites dans le tableau joint en annexe (Annexe H)

**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



Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires ; en revanche, le responsable du PEV est tenu d'approuver le rapport d'évaluation.

Le rapport de l'évaluation conjointe a été présenté et validé par le CCIA en date du 15 août 2016, ci-joint en annexe I pour le compte rendu.

7. ANNEXES



Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires. Veuillez joindre les annexes suivantes au rapport, ainsi que tout document complémentaire le cas échéant

¹ 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.

Annexe A. Description du processus de l'évaluation conjointe (par ex : composition de l'équipe, manière dont les informations ont été recueillies, manière dont les discussions ont été tenues)

Dans le cadre de la mission d'évaluation conjointe, le Ministère de la Santé Publique a mis en place un groupe technique coordonné par Dr DJIBO Garba Directeur des Etudes et de la Programmation (DEP).

Le groupe technique composé des représentants du Ministère de la santé, de l'OMS, de l'UNICEF ; du Fonds commun, de JSI et de l'Organisation de la Société Civile (OSC) a eu à réaliser les activités suivantes

- Elaboration des Termes de référence de la mission d'évaluation conjointe ;
- Elaboration des outils de supervision au niveau régional (DRSP), District Sanitaire (DS) et Centre de Santé Intégré (CSI) ;
- Elaboration de l'ébauche du rapport de l'EC ;
- Adaptation/Amendement du cadre de performance ;
- Remplissage de cadre de performance en ligne ;
- Assemblage des documents de références ;
- Elaboration des Termes de référence et de l'agenda de l'atelier ;
- Elaboration des Termes de référence du consultant national ;
- Programmation et arrangements administratifs de la visite terrain ;
- Suivi et transmission des pièces de justification du décaissement des Fonds SSV à Gavi ;
- Rédaction de l'ébauche de la reprogrammation RSS2 et la requête CCEOP

Annexe B : Tableau : Composition du comité restreint :

Noms et prénoms	Fonction	Institution	Contacts	
			E-mail	Tél
Dr Garba Djibo	DEP/Coordonnateur du comité restreint	MSP	djibbogarba@yahoo.fr	96507078
Mr Galadima Souley	DRFM	MSP	souleygala@yahoo.fr	96978152
Mr DIALLO Mamadou Y.	Division Programmation , DEP	MSP	diallomamadou@yahoo.fr	96859703
Dr Amadou Harouna	Division Planification, DI	MSP	amadoutidjani@yahoo.fr	95982171
Mr IDE Hinsä	Data Manager, DI	MSP	hinsaide2@gmail.com	97 50 70 12
Mr MAAZOU Sanoussi	Division Statistique Sanitaire, DS	MSP	s_maazou2009@yahoo.fr	94700540
Dr GBAGUIDI Aïchatou Diawara	Routine Immunization Officer	OMS	diawaraa@who.int	921948 41
Dr DIENG Boubacar	Consultant	UNICEF	bdieng@gmail.com	95722822
Dr MOUDJIBI A. Chitou	Consultant	Gavi	mchitou@gmail.com	96353232
Dr Mamadou A. Diallo	Conseiller PEV	JSI	adamajsi@yahoo.fr	92811921
Mr Samaïla MAMADOU	SG/ ROASSN	OSC	maassen@yahoo.fr	96873114
AMIROU Albadé	SG/ACTN	OSC		96879360
Mr Idé DJERMAKOYE	Président/OAFRESS	OSC	ondphid@yahoo.fr	96995930

Annexe C: Couverture vaccinale cumulée en 2015

	BCG	VPO-0	VPO-1	VPO-2	VPO-3	DTC- HepB-Hib- 1	DTC- HepB-Hib- 2	DTC- HepB-Hib- 3	PCV-13-1	PCV-13-2	PCV-13-3	Rota-1	Rota-2	VAR	VAA	VAT-1	VAT-2&+	FPNE	VitA nais ance
Agadez	102%	60%	85%	80%	77%	85%	80%	77%	83%	78%	74%	82%	78%	79%	78%	49%	58%	14%	32%
Arlit	89%	63%	91%	86%	87%	91%	87%	86%	70%	56%	47%	70%	56%	87%	84%	37%	56%	13%	53%
Bilma	79%	61%	82%	74%	74%	82%	79%	78%	66%	69%	59%	66%	62%	58%	57%	32%	39%	7%	31%
Tchiro	90%	29%	91%	76%	73%	88%	76%	73%	82%	66%	61%	69%	56%	92%	86%	53%	61%	8%	36%
Diffa	95%	18%	77%	70%	67%	77%	69%	67%	60%	51%	46%	57%	49%	77%	81%	60%	64%	11%	52%
Maine	92%	19%	92%	78%	74%	92%	81%	75%	82%	69%	58%	81%	66%	78%	81%	65%	57%	8%	45%
N'guigmi	105%	28%	97%	76%	76%	101%	79%	81%	80%	65%	63%	68%	55%	91%	91%	80%	62%	23%	52%
Boboye	119%	52%	101%	93%	97%	98%	93%	96%	102%	96%	95%	91%	82%	90%	89%	53%	73%	26%	42%
Doutchi	101%	44%	100%	94%	95%	100%	94%	95%	97%	102%	88%	91%	85%	93%	93%	66%	83%	17%	62%
Dosso	110%	39%	99%	95%	95%	99%	91%	94%	86%	86%	86%	87%	84%	89%	87%	56%	64%	15%	37%
Gaya	72%	28%	69%	65%	64%	70%	67%	66%	58%	51%	46%	51%	43%	66%	66%	51%	55%	12%	37%
Loga	100%	38%	99%	97%	96%	100%	98%	96%	77%	71%	63%	71%	61%	92%	92%	60%	76%	20%	44%
Aguié	115%	44%	111%	111%	108%	117%	153%	109%	117%	109%	99%	106%	98%	103%	98%	84%	93%	17%	69%
Dakoro	90%	27%	105%	99%	98%	105%	99%	98%	104%	95%	92%	97%	91%	101%	98%	87%	84%	14%	30%
G.Roumji	107%	32%	100%	96%	95%	101%	100%	96%	108%	87%	79%	87%	75%	89%	85%	60%	74%	1%	38%
Madarou nfa	101%	39%	102%	98%	98%	99%	93%	92%	91%	85%	80%	67%	59%	94%	81%	50%	70%	24%	52%
Maradi C.	87%	45%	62%	58%	54%	61%	53%	54%	60%	57%	54%	60%	57%	47%	46%	18%	47%	16%	47%
Mayahi	107%	38%	107%	105%	102%	107%	104%	100%	101%	93%	88%	91%	80%	108%	98%	77%	81%	24%	93%
Tessaou	90%	33%	88%	84%	83%	95%	85%	84%	67%	54%	45%	68%	57%	86%	81%	51%	68%	13%	66%
Abalak	101%	46%	103%	94%	92%	103%	94%	92%	94%	83%	76%	75%	64%	97%	95%	86%	87%	32%	60%
Konni	85%	34%	85%	80%	77%	84%	82%	79%	79%	70%	63%	66%	57%	73%	72%	52%	61%	5%	34%
Bouza	100%	30%	95%	91%	89%	95%	91%	89%	85%	78%	75%	81%	76%	95%	94%	80%	81%	8%	78%
Illéla	138%	49%	118%	111%	112%	117%	110%	112%	112%	106%	104%	102%	94%	104%	105%	76%	97%	10%	76%
Keita	116%	45%	115%	103%	106%	114%	103%	106%	105%	93%	89%	99%	88%	108%	107%	75%	86%	8%	68%
Madaoua	96%	27%	99%	89%	94%	96%	87%	98%	85%	75%	73%	78%	69%	96%	93%	75%	81%	9%	51%
Tahoua	103%	51%	103%	95%	96%	102%	95%	97%	96%	87%	77%	91%	79%	93%	93%	54%	84%	18%	60%
Tchinta	97%	50%	115%	96%	99%	115%	96%	99%	109%	92%	91%	80%	68%	103%	101%	67%	89%	17%	49%
Filingue	100%	32%	103%	95%	94%	103%	93%	94%	98%	86%	79%	82%	68%	89%	88%	59%	70%	11%	34%
Kollo	94%	28%	93%	86%	87%	93%	86%	89%	63%	52%	49%	58%	49%	84%	83%	47%	57%	11%	32%
Ouallam	110%	37%	104%	102%	101%	104%	102%	102%	90%	79%	68%	85%	75%	93%	93%	44%	74%	11%	47%
Say	104%	31%	96%	87%	86%	96%	87%	85%	87%	74%	64%	80%	66%	78%	78%	44%	65%	11%	10%
Tera	100%	35%	93%	84%	85%	93%	86%	88%	78%	69%	65%	70%	60%	85%	85%	53%	74%	12%	19%
Tillabéri	97%	31%	97%	91%	92%	96%	91%	92%	91%	83%	82%	82%	72%	89%	88%	54%	74%	9%	15%
Goure	93%	22%	97%	93%	91%	97%	93%	94%	79%	71%	66%	73%	64%	91%	91%	68%	76%	6%	28%
Magaria	102%	35%	106%	99%	98%	106%	99%	98%	88%	79%	72%	81%	73%	97%	99%	85%	94%	6%	34%
Matame	113%	42%	100%	96%	94%	102%	97%	93%	93%	85%	77%	90%	80%	97%	96%	72%	82%	12%	63%
Mirriah	84%	27%	86%	80%	84%	87%	80%	85%	82%	74%	74%	73%	64%	84%	80%	61%	71%	8%	24%
Tanout	81%	29%	99%	92%	94%	99%	92%	93%	98%	92%	92%	82%	74%	101%	81%	63%	75%	11%	46%
Zinder	85%	42%	83%	78%	77%	83%	78%	77%	76%	68%	65%	72%	61%	81%	82%	45%	59%	30%	59%
Niamey1	110%	95%	104%	96%	95%	104%	94%	94%	103%	93%	92%	98%	84%	93%	92%	52%	63%	40%	8%
Niamey2	103%	89%	81%	73%	72%	81%	73%	72%	78%	77%	77%	80%	71%	70%	70%	35%	45%	33%	3%
Niamey3	195%	184%	96%	90%	84%	96%	90%	84%	101%	98%	93%	94%	84%	75%	75%	44%	62%	16%	5%
Niamey4	113%	87%	115%	109%	104%	115%	102%	98%	112%	106%	99%	104%	97%	91%	88%	41%	50%	11%	12%
Niamey5	92%	74%	85%	78%	75%	85%	77%	74%	86%	79%	75%	78%	66%	74%	73%	38%	54%	11%	26%
Pays	99%	39%	96%	89%	89%	96%	90%	90%	87%	79%	74%	79%	70%	89%	86%	61%	73%	13%	43%

NB : 21 districts sanitaires RSS soulignés en jaune

Annexe D : Couverture vaccinale cumulée au 31 mai 2016

Districts	Couverture vaccinale mensuelle mai 2016																		
	BCG	VPO-0	VPO-1	VPO-2	VPO-3	DTC-HepB-Hib-1	DTC-HepB-Hib-2	DTC-HepB-Hib-3	PCV-13-1	PCV-13-2	PCV-13-3	Rota-1	Rota-2	VAR-1	VAA	VAT-1	VAT-2&+	FPNE	VitA0-11 mois
Agadez	118%	75%	103%	95%	93%	103%	95%	93%	103%	95%	93%	103%	95%	87%	87%	63%	73%	17%	40%
Arlit	73%	38%	72%	69%	75%	73%	68%	75%	74%	72%	75%	73%	63%	72%	73%	35%	57%	16%	57%
Bilma	95%	68%	107%	116%	94%	107%	116%	92%	107%	116%	92%	107%	116%	86%	86%	30%	45%	11%	61%
Tchiro	168%	40%	152%	143%	108%	151%	145%	107%	145%	141%	106%	130%	119%	136%	137%	66%	97%	32%	60%
Diffa	90%	17%	75%	71%	74%	74%	72%	75%	67%	66%	69%	69%	65%	84%	85%	70%	73%	13%	73%
Maine	129%	26%	131%	108%	103%	131%	108%	103%	129%	112%	102%	117%	107%	108%	108%	101%	77%	4%	59%
N'guigmi	184%	36%	183%	88%	95%	183%	88%	95%	91%	74%	75%	64%	61%	134%	132%	228%	77%	38%	97%
Boboye	118%	56%	107%	97%	107%	107%	96%	106%	105%	96%	105%	99%	93%	96%	96%	53%	78%	24%	57%
Doutchi	107%	50%	103%	98%	99%	103%	98%	99%	100%	98%	98%	101%	95%	92%	94%	53%	79%	15%	62%
Dosso	109%	40%	93%	91%	90%	94%	91%	89%	92%	90%	89%	91%	88%	81%	81%	60%	72%	22%	39%
Gaya	81%	32%	75%	69%	73%	75%	69%	73%	71%	64%	68%	68%	62%	71%	71%	55%	61%	10%	39%
Loga	102%	39%	97%	92%	90%	97%	92%	90%	87%	79%	76%	87%	80%	90%	90%	61%	76%	22%	47%
Aguie	123%	48%	116%	118%	114%	114%	119%	115%	116%	117%	113%	113%	111%	108%	109%	83%	105%	16%	75%
Dakoro	92%	28%	120%	115%	118%	117%	114%	116%	119%	116%	97%	110%	101%	101%	71%	91%	91%	8%	29%
G.Roumji	79%	39%	114%	115%	115%	116%	117%	115%	113%	115%	113%	111%	108%	100%	103%	76%	95%	3%	38%
Madaroun	92%	40%	108%	108%	107%	108%	103%	107%	107%	101%	103%	92%	88%	109%	110%	46%	65%	26%	74%
Maradi C.	86%	54%	71%	64%	65%	71%	64%	65%	68%	65%	64%	69%	64%	55%	56%	24%	51%	18%	263%
Mayahi	115%	44%	108%	112%	103%	109%	111%	103%	105%	105%	99%	101%	96%	99%	97%	76%	79%	29%	50%
Tessaoua	124%	24%	98%	87%	89%	99%	94%	97%	99%	93%	93%	95%	87%	94%	95%	61%	87%	16%	55%
Abalak	99%	45%	89%	86%	86%	89%	86%	86%	89%	86%	86%	79%	72%	86%	91%	69%	85%	38%	83%
Konni	102%	42%	100%	89%	94%	98%	89%	94%	97%	86%	90%	94%	82%	85%	83%	60%	79%	10%	49%
Bouza	103%	36%	97%	94%	95%	97%	94%	95%	96%	94%	93%	93%	91%	97%	98%	84%	83%	13%	78%
Illéla	130%	63%	112%	105%	104%	112%	105%	104%	111%	103%	102%	109%	100%	153%	141%	66%	96%	22%	77%
Keita	141%	67%	115%	112%	108%	115%	112%	108%	115%	112%	108%	112%	110%	104%	104%	74%	96%	11%	56%
Madaoua	102%	34%	102%	99%	94%	102%	99%	94%	97%	93%	85%	92%	87%	93%	94%	67%	83%	27%	56%
Tahoua	117%	59%	111%	108%	104%	111%	108%	104%	111%	108%	104%	111%	104%	100%	100%	65%	82%	13%	62%
Tchinta	97%	48%	107%	105%	91%	107%	105%	91%	107%	105%	91%	86%	75%	89%	85%	72%	71%	17%	69%
Filingue	104%	43%	103%	96%	95%	103%	96%	95%	103%	95%	95%	96%	90%	85%	85%	57%	73%	18%	48%
Kollo	129%	31%	100%	96%	92%	100%	94%	89%	94%	89%	85%	90%	86%	94%	98%	46%	58%	18%	39%
Ouallam	116%	42%	112%	99%	97%	112%	99%	97%	104%	89%	90%	103%	87%	88%	88%	41%	75%	15%	43%
Say	104%	33%	91%	88%	97%	91%	88%	97%	91%	88%	97%	83%	81%	94%	94%	51%	68%	9%	8%
Tera	106%	45%	110%	96%	95%	110%	96%	94%	105%	92%	91%	97%	86%	92%	92%	54%	86%	8%	32%
Tillabéri	98%	27%	96%	91%	95%	95%	91%	95%	96%	91%	95%	93%	86%	90%	90%	52%	69%	15%	42%
Goure	106%	22%	116%	105%	102%	105%	107%	99%	104%	95%	89%	98%	91%	95%	87%	80%	82%	10%	42%
Magaria	113%	32%	113%	106%	100%	113%	106%	100%	107%	97%	95%	99%	94%	112%	100%	86%	104%	8%	52%
Matameye	77%	62%	111%	108%	111%	111%	108%	111%	110%	106%	111%	108%	103%	121%	121%	93%	106%	7%	50%
Mirriah	78%	30%	77%	69%	69%	77%	71%	72%	77%	65%	68%	67%	62%	73%	72%	50%	67%	7%	30%
Tanout	96%	38%	118%	103%	104%	118%	103%	104%	118%	103%	104%	118%	103%	90%	89%	66%	85%	11%	52%
Zinder	107%	55%	103%	99%	99%	103%	99%	99%	103%	99%	99%	101%	89%	101%	100%	58%	76%	42%	63%
Niamey1	127%	113%	102%	97%	94%	102%	97%	94%	102%	97%	94%	102%	96%	93%	95%	63%	79%	38%	3%
Niamey2	112%	112%	82%	74%	76%	81%	75%	77%	82%	75%	77%	81%	79%	71%	71%	45%	44%	32%	6%
Niamey3	202%	191%	79%	66%	84%	79%	66%	84%	79%	66%	84%	79%	65%	81%	81%	47%	80%	13%	4%
Niamey4	118%	86%	106%	102%	111%	105%	102%	110%	104%	101%	109%	104%	99%	102%	100%	40%	59%	19%	17%
Niamey5	88%	76%	67%	65%	70%	67%	65%	70%	67%	65%	70%	64%	63%	55%	56%	38%	50%	12%	45%
Total	105%	44%	102%	95%	95%	102%	96%	95%	99%	93%	92%	94%	88%	94%	92%	64%	79%	16%	53%

Annexe E: Liste des activités retenues par axe prioritaire de l'évaluation conjointe 2016

I. Coordination et gestion

I-1	Accélérer la mise en œuvre et l'internalisation des recommandations de l'audit organisationnel du MSP pour renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation
I-2	Renforcer la fonctionnalité du CCIA : Actualiser la composition et assurer le suivi de la mise en œuvre des subventions GAVI
I-3	Mettre en place / Dynamiser les mécanismes de coordinations/suivi évaluation au niveau régional et opérationnel sur le PEV
I-4	Faire une évaluation des capacités des programmes financés par Gavi en vue de décider s'il faut aller vers la fongibilité dans le FC.
I-5	Ouvrir transitoirement un compte spécifique Gavi au FC
I-6	Renforcer la fonctionnalité du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)
I-7	Faire une allocation différenciée des ressources en tenant compte des spécificités des zones.
I-8	Transmettre les besoins en assistance technique
I-9	Transmettre une reprogrammation du RSS2
I-10	Transmettre le rapport de l'évaluation Conjointe à GAVI
I-11	Appuyer la société civile et le Privé à s'impliquer davantage dans la planification et la mise en œuvre des activités du PEV

II. Couverture vaccinale et Equité

II-1	Développer une stratégie intégrée pour vacciner les enfants insuffisamment/ non atteints (zones d'in sécurités, zones d'accès difficile, nomades...)
II-2	Evaluer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2011_2015
II-3	Elaborer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2017_2020
II-4	Organiser des sessions de renforcement des capacités sur la gestion du PEV et la vaccination en pratique
II-5	Actualiser la grille de supervision intégrée en prenant en compte les aspects du PEV et la vulgariser à tous les niveaux
II-6	Documenter les faiblesses liées à la couverture en VAR 2 y compris au moyen d'enquête auprès des prestataires
II-7	Poursuivre la vaccination au VPH
II-8	Mobiliser les ressources pour la 2èmes doses
II-9	Initier le dialogue pour faire échanges avec les pays de la sous-région
II.10	MenA introduction et campagne de rattrapage

III. Logistique et approvisionnement

III-1	Elaborer un plan d'optimisation de la chaine d'approvisionnement
III-2	Renforcer les capacités des RH à tous les niveaux y compris l'Assistance technique en gestion de la logistique et la maintenance
III-3	Elaborer un plan de maintenance des équipements de la logistique du PEV (auto, moto, frigo,)
III-4	Etudier la faisabilité de la mise en place d'un compte d'amortissement des réfrigérateurs et motos (huit districts)
III-5	Revoir et suivre la répartition des motos, véhicules et chaine de froid acquis sur fonds Gavi.

IV. Financement de la vaccination y compris les vaccins

IV-1	Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur de la santé/vaccination y compris le remboursement de la gratuité
IV-2	Etudier la mise en place des financements innovants

V. Qualité des données

V-1	Institutionnaliser le DQS dans tous les districts sanitaires
V-2	Institutionnaliser le DQR au niveau des structures du niveau central
V-3	Organiser régulièrement les études : enquêtes SARA et enquêtes de couvertures
V-4	Rendre opérationnel le DHIS2
V-5	Systematiser l'organisation du monitoring plus à tous les niveaux

Annexe F : Etat de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation conjointe 2015

Actions	Responsables	Calendrier	Niveau d'exécution
1-Rendre opérationnel le cadre de coordination des activités financées par RSS/GAVI à travers des réunions mensuelles	CCIA	Mensuel	Réalisée
2-Prendre les dispositions nécessaires en collaboration avec le Ministère des Finances pour éviter les retards dans l'exécution des marchés liés aux exonérations des droits de douanes et taxes conformément aux conventions signées.	SG/MSP	Immédiat	Réalisée
3-Instruire toutes les directions nationales pour une meilleure performance dans l'utilisation des ressources allouées.	SG/MSP	Immédiat	Réalisée
4-Instruire les directions nationales par rapport à la pro activité dans l'élaboration et la mise en œuvre des dossiers de passation de marché (anticiper l'élaboration et le lancement des dossiers pour les autres années)	SG/MSP	avant fin novembre 2015.	Réalisée
5-Veiller à la mise en œuvre des activités programmées sur RSS dans le délai prévu	SG/MSP	Immédiat	Réalisée
6-Organiser une réunion en vue d'identifier les goulots d'étranglement liés aux cibles des prestations du PEV	SG/MSP/UNICE F/OMS	avant le 31 Aout 2015.	En cours
7-Soumettre d'ici le 24 juillet 2015 à GAVI une proposition, validée par le CCIA, de réallocation des reliquats de RSS1 et des activités non initiées pour le financement des activités dont le VPH.	DEP/MSP		Réalisée
8- Transmettre le rapport de l'évaluation conjointe à GAVI	DEP/MSP	Plus tard le 15 septembre 2015	Réalisée
9- Revoir le budget à la baisse pour le projet de démonstration VPH et le transmettre pour approbation à GAVI	DI/MSP	Plus tard le 31 juillet 2015	Réalisée
10-Réviser la stratégie VPH pour tester l'approche de la mise à l'échelle nationale	DI/MSP		Réalisée
11- Faire une programmation mensuelle des activités issues des PAA et transmettre TDR à la DEP pour le suivi de la mise en œuvre des activités	Toutes les Directions Centrales	Mensuel	Réalisée
12-Accélération la mise en œuvre des activités (élaboration, traitement des requêtes et exécution des activités) par rapport à l'utilisation des fonds disponibles au niveau du Fond commun/GAVI pour les activités du PEV et des autres structures	Toutes les Directions Centrales	Avant fin septembre 2015	Réalisée
13- Accélération du processus de passation de marché notamment en ce qui concerne la transformation des cases de santé en centre de santé intégré	DIES	fin aout 2015	En cours
14-Faire toutes les études pour la transformation des 30 cases de santé pour alléger le processus de passation de marché pour les autres années	DIES	avant fin novembre 2015.	En cours

Annexe G : Etat de mise en œuvre des recommandations de la mission Gavi de novembre 2015.

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente / l'examen du Panel	Responsabilité	Echéance	État actuel
1. Le FC (Responsable gestion du FC / Comptable principal FC) finalisera la revue des fonds RSS1 et communiquera à Gavi une situation consolidée certifiée des reliquats disponibles par subvention, pour toutes les subventions. Cela permettra de prendre une décision sur l'extension ou non du RSS1 et constituera la base de discussion pour une éventuelle réallocation des montants disponibles, pour intégration dans le PAA 2016.	Responsable Gestion du FC Comptable principal FC	25-Nov-15	Réalisé
2. Identification des activités du RSS 2 qui ne sont plus pertinentes au PAA 2016	DEP, DI, DS	Avant le CNS	Réalisé
3. Reprogrammation du RSS2	DEP, DI, DS	1 ^{er} Mai 2016	Réalisé
4. Finalisation du cadre de performance Gavi	DEP en concertation avec la DI et la DS	15-Jan-15	Réalisé
5. Deux documents sur le projet de démonstration VPH doit être soumis par la DI : a. Explication/réponse aux questions soulevées sur le budget de la 2e année du projet b. Dépenses réelles de la 1ère année du projet en fonction du budget approuvé par le CEI	DI	27-Nov-15	Réalisé
6. Envoyer dans l'immédiat les informations manquantes à Gavi pour la soumission Men A	DI	Fait	Réalisé
7. Le Ministère de la Santé transmettra à Gavi l'avis de règlement qui a été établi et communiquera la date effective du transfert des fonds sur le compte de Gavi à Genève pour finaliser le remboursement.	DRFM	27-Nov-15	Réalisé
8. Le Fonds Commun initiera des discussions avec les directions concernées par les avances non justifiées, et des mesures à prendre pour limiter ces retards de justification seront proposées et discutées. La DI devra en particulier accentuer les efforts dans ce domaine.	Fonds Commun DI	31-Dec-15	Réalisé
9. Le Ministère (DRFM) transmettra à Gavi pour information les Termes de Référence du consultant et indiquera la date à laquelle cet inventaire sera finalisé et certifié par la DRFM. L'inventaire sera également transmis à Gavi pour information et devra inclure l'ensemble des immobilisations acquises au niveau central et décentralisé	DRFM	31/12/2015 dès que disponible pour l'inventaire.	En cours (le consultant est recruté et les inventaires sont en cours)
10. Le Ministère de la Santé répondra au courrier envoyé par la PTF le 20 Août 2015 à la suite de la revue du rapport d'audit externe, en détaillant les mesures déjà prises et celles restant à mettre en œuvre le cas échéant. De manière générale, le suivi de la mise en œuvre des recommandations d'audit pourra être renforcé et davantage formalisé avec l'entrée en fonction de l'Auditeur interne au sein du FC.	FC	31-Dec-15	Réalisé

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente / l'examen du Panel	Responsabilité	Echéance	État actuel
11. JSI initiera les discussions avec la DI et les partenaires de l'Alliance afin de réviser les TDRs de l'AT additionnelle à apporter par JSI	JSI	1er draft au 15 décembre 2015	Réalisé
12. Revisiter les TDRs de l'AT additionnelle basée à la DEP	DEP/GAVI	31-Dec-15	En cours
13. Finaliser la définition des priorités de l'AT à apporter par les partenaires de l'Alliance à travers le cadre de collaboration des partenaires de Gavi selon les besoins identifiés lors de l'évaluation conjointe	Gavi/ OMS/UNICE/MSP	10-Dec-15	Réalisé

Annexe H : Mesures stratégiques :

N°	Recommandations	Responsables	AT	Statut de MEO AT	Source de financement	Échéance
I. Coordination et gestion						
I-1	Accélérer la mise en œuvre et l'internalisation des recommandations de l'audit organisationnel du MSP pour renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation	SG				2016-2017
I-2	Renforcer la fonctionnalité du CCIA : Actualiser la composition et assurer le suivi de la mise en œuvre des subventions GAVI	DEP/DI	OMS	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé (Gavi)	Avant fin décembre 2016
I-3	Mettre en place / Dynamiser les mécanismes de coordinations/suivi évaluation au niveau régional et opérationnel sur le PEV	DI	OMS	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé (Gavi)	Avant fin mars 2017
I-4	Faire une évaluation des capacités des programmes financés par Gavi en vue de décider s'il faut aller vers la fongibilité dans le FC.	GAVI	GAVI		Gavi	Avant fin décembre 2016
I-5	Ouvrir transitoirement un compte spécifique Gavi au FC	DRFM/FC				Avant fin Octobre 2016
I-6	Renforcer la fonctionnalité du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)	DI	OMS (nouvelle activité)	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé - reprogrammation (Gavi)	Avant fin décembre 2016
I-7	Faire une allocation différenciée des ressources en tenant compte des spécificités des zones.	DRFM/DEP				Avant fin décembre 2017
I-8	Transmettre les besoins en assistance technique	DEP/DI/DRFM				au plus tard 30 septembre 2016
I-9	Transmettre une reprogrammation du RSS2	DEP/DI/DRFM				au plus tard 9 septembre 2016
I-10	Transmettre le rapport de l'évaluation Conjointe à GAVI	DEP/DI				au plus tard 5 septembre 2016
I-11	Appuyer la société civile et le Privé à s'impliquer d'avantage dans la planification et la mise en œuvre des activités du PEV	ROASSN				Avant fin Octobre 2016

II- Couverture vaccinale						
II-1	Développer une stratégie intégrée pour vacciner les enfants insuffisamment/ non atteints (zones d'in sécurités, zones d'accès difficile, nomades...)	DI	Unicef déjà finance	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé (Gavi)	Fin décembre 2016
II-2	Evaluer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2011_2015	DI	Unicef deca finance	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé (Gavi)	Fin décembre 2016
II-3	Elaborer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2017_2020	DI	Unicef déjà finance	Recrutement de l'AT en cours	Déjà financé (Gavi)	Avant juin 2017
II-4	Organiser des sessions de renforcement des capacités sur la gestion du PEV et la vaccination en pratique	DI	OMS (nouvelle activité)	Recrutement de l'AT en cours	Fond disponible OMS pour reprogrammation (Gavi)	2016_2017
II-5	Actualiser la grille de supervision intégrée en prenant en compte les aspects du PEV et la vulgariser à tous les niveaux	DOS/DGSP				Fin décembre 2016
II-6	Documenter les faiblesses liées à la couverture en VAR 2 y compris au moyen d'enquête auprès des prestataires	DI	Unicef (nouvelle activité)	AT à rechercher	A rechercher	Fin décembre 2016
II-7	Poursuivre la vaccination au VPH	DI	JSI	AT en place	Déjà finance (Gavi)	immédiatement
II-8	Mobiliser les ressources pour la 2èmes doses		JSI	AT en place	Déjà finance (Gavi)	
II-9	Initier le dialogue pour faire échanges avec les pays de la sous-région					
II.10	MenA introduction et campagne de rattrapage	DI	OMS	AT à rechercher	A rechercher	
III- Logistique et Approvisionnement						
III-1	Elaborer un plan d'optimisation de la chaine d'approvisionnement	DI	UNICEF (nouvelle activité - GEV)	AT recrutement en cours	Déjà financé – reprogrammation (Gavi)	au plus tard 9 septembre 2015
III-2	Renforcer les capacités des RH à tous les niveaux y compris l'Assistance technique en gestion de la logistique et la maintenance	DRFM	JSI	AT en place	Déjà financé (Gavi)	2016 -2017
III-3	Elaborer un plan de maintenance des équipements de la logistique du PEV (auto, moto, frigo,...)	DI	JSI	AT en place	Déjà finance (Gavi)	Avant fin mars 2017

III-4	Etudier la faisabilité de la mise en place d'un compte d'amortissement des réfrigérateurs et motos (huit districts)	DRFM				Fin 2016
III-5	Revoir et suivre la répartition des motos, véhicules et chaîne de froid acquis sur fonds Gavi.	DEP/DRFM/DI				immédiatement
IV- Financement de la vaccination et des vaccins						
IV-1	Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur de la santé/vaccination y compris le remboursement de la gratuité	DRFM/DEP	OMS (nouvelle activité)	AT à rechercher	Déjà financé – reprogrammation (Gavi)	Fin septembre 2016
IV-2	Etudier la mise en place des financements innovants	DEP	OMS (nouvelle activité)	AT à rechercher	A rechercher	Fin 2016
V- Qualité des données						
V-1	Institutionnaliser le DQS dans tous les districts sanitaires	DS				Fin décembre 2016
V-2	Institutionnaliser le DQR au niveau des structures du niveau central	DS	OMS (nouvelle activité)	AT à rechercher	A rechercher (RSS2?)	Fin 2017
V-3	Organiser régulièrement les études : enquêtes SARA et enquêtes de couvertures	DS	OMS (nouvelle activité)	AT à rechercher	A rechercher (RSS2?)	2016-2017
V-4	Rendre opérationnel le DHIS2	DS	Uni Oslo		A rechercher	Fin 2016
V-5	Systematiser l'organisation du monitoring plus à tous les niveaux	DS	UNICEF (nouvelle activité)	AT recrutement en cours	Reprogrammation	immédiat

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité – Travail – Progrès

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION

**Compte rendu de la réunion du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) sur la restitution des résultats de l’Evaluation
Conjointe MSP/GAVI/OMS/UNICEF
22 Juillet 2016**

Le vendredi vingt-deux juillet deux mille seize, s'est tenue dans la salle de réunion du Ministère de la Santé Publique, la réunion du comité de coordination Inter Agence (CCIA) relative à la restitution des résultats de l'évaluation conjointe MSP/GAVI/OMS/UNICEF. La réunion s'est tenue sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, Son Excellence Monsieur KALLA MOUTARI.

Etaient présents à cette réunion (voir liste nominative des participants en annexe).

- Le Ministre de la Santé Publique,
- Le Chef de File des Partenaires Techniques et Financiers,
- Les Directeurs Généraux, Nationaux et cadres du Ministère de la Santé Publique,
- Les représentants et experts de l'OMS, UNICEF et JSI,
- Les représentants des autres institutions des Partenaires Techniques et Financiers,
- Les représentants des organisations de la société civile,

L'ordre du jour comportait un seul point, à savoir la restitution des résultats de l'évaluation conjointe MSP/GAVI/OMS/UNICEF tenue du 18 au 23 juillet 2016.

A l'ouverture de cette réunion, le Ministre de la santé Publique a remercié les membres du CCIA pour avoir répondu à l'invitation. Il a ensuite exhorté les Partenaires Techniques et Financiers à poursuivre leur appui au gouvernement en général et en particulier au Ministère de la Santé Publique. Il a également remercié Gavi pour son soutien à la vaccination et au renforcement du système de la santé au Niger.

Notons qu'avant l'allocution du Ministre de la Santé Publique, l'Inspecteur Général des Services de Santé qui a présidé les travaux en atelier, a fait un bref rappel du contexte et des étapes qui ont marqué l'évaluation conjointe.

Au nom de l'équipe de Gavi, la parole fut ensuite donnée au Dr Marthe Essengue Elouma qui a exprimé toute sa reconnaissance aux responsables du Ministère de la Santé Publique et aux Partenaires Techniques et Financiers pour l'accueil et les efforts déployés dans le cadre de la mise en œuvre des subventions accordées au Niger. Elle a souligné d'une part la bonne préparation de l'évaluation sous la coordination du Directeur des Etudes et de la Programmation et d'autre part la qualité de la présidence des travaux en atelier assurée par l'Inspecteur Général des Services. Elle a aussi noté la pertinence de la visite de terrain dont les constats ont contribué à l'enrichissement des débats au cours de l'évaluation. En outre, elle a suggéré qu'à l'avenir que les équipes des régions et districts puissent participer aux travaux de l'évaluation jusqu'à la restitution des résultats. Elle a enfin souhaité que tous les partenaires intervenant dans la vaccination et dans le renforcement du système de la santé participent aux réunions du CCIA.

Les résultats de la troisième évaluation conjointe MSP/GAVI/OMS/UNICEF, présentés par le Directeur des Etudes et de la Programmation, ont porté sur les points suivants :

- Le contexte et objectifs de l'évaluation conjointe,
- La méthodologie,
- Les résultats de la mise en œuvre du soutien de GAVI au Renforcement du Système de Santé et à la vaccination,
- Les indicateurs de performance de la vaccination,
- Le programme de répartition des acquisitions pour la chaîne de froid,
- Les recommandations.

Les principaux points de débat qui ont suivi cette représentation ont porté sur :

- La contre-performance en VPO et VAR 2,
- L'utilisation du vaccin HPV.
- L'équité (couverture des zones d'insécurité et les enfants hors tranche d'âge),
- Le faible taux d'absorption budgétaire dans l'exécution des plans d'actions annuels des districts, structures régionales et centrales,

- Le programme de répartition des acquisitions pour la chaîne de froid (12 chambres froides, 200 régulateurs, 630 portes vaccins géostyle, 300 glacières RCW25, 274 glacières RCW 12, 265 réfrigérateurs solaires GVR 100DC, 21 réfrigérateurs VLS 400 et 21 Congélateurs MF 314)
- La répartition des motos,
- La faible participation des partenaires aux réunions du CCIA,

A l'issue des débats, le CCIA a adopté les recommandations ci-après:

I- Coordination et gestion

N°	Recommandations	Responsables	Échéance
I-1	Accélérer la mise en œuvre et l'internalisation des recommandations de l'audit organisationnel du MSP pour renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation	SG	2016-2017
I-2	Renforcer la fonctionnalité du CCIA : Actualiser la composition et assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du PEV et en particulier des subventions GAVI	DEP/DI	Avant fin décembre 2016
I-3	Mettre en place / Dynamiser les mécanismes de coordinations/suivi évaluation au niveau régional et opérationnel sur le PEV	DI	Avant fin mars 2017
I-4	Faire une évaluation des capacités des programmes financés par Gavi en vue de décider s'il faut aller vers la fongibilité dans le FC.	GAVI	Avant fin décembre 2016
I-5	Ouvrir transitoirement un compte spécifique Gavi au FC	DRFM/FC	Avant fin Octobre 2016
I-6	Renforcer la fonctionnalité du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)	DI	Avant fin décembre 2016
I-7	Faire une allocation différenciée des ressources en tenant compte des spécificités des zones.	DRFM/DEP	Avant fin décembre 2017
I-8	Transmettre les besoins en assistance technique	DEP/DI/DRFM	au plus tard 30 septembre 2016
I-9	Transmettre une reprogrammation du RSS2	DEP/DI/DRFM	au plus tard 9 septembre 2016
I-10	Transmettre le rapport de l'évaluation Conjointe à GAVI	DEP/DI	au plus tard 5 septembre 2016
I-11	Appuyer la société civile et le Privé à s'impliquer davantage dans la planification et la mise en œuvre des activités du PEV	ROASSN	Avant fin Décembre 2016

II- Couverture vaccinale

II-1	Développer une stratégie intégrée pour vacciner les enfants insuffisamment/ non atteints (zones d'in sécurité, zones d'accès difficile, nomades...)	DI	Fin décembre 2016
II-2	Évaluer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2011-2015	DI	Fin décembre 2016
II-3	Élaborer le Plan National Intégré de Communication (PIC) 2017-2020	DI	Avant juin 2017
II-4	Organiser des sessions de renforcement des capacités sur la gestion du PEV et la vaccination en pratique	DI	2016_2017
II-5	Actualiser la grille de supervision intégrée en prenant en compte les aspects du PEV et la vulgariser à tous les niveaux	DOS/DGSP	Fin décembre 2016
II-6	Documenter les faiblesses liées à la couverture en VAR 2 y compris au moyen d'enquête auprès des prestataires	DI	Fin décembre 2016
II-7	Poursuivre la vaccination au VPH	DI	immédiatement

II-8	Mobiliser les ressources pour la 2 ^{ème} dose		
II-9	Initier le dialogue pour faire des échanges de doses de HPV avec les pays voisins		
II-10	Poursuivre les préparatifs pour l'introduction du Men A dans le PEV de routine	DI	Avant juin 2017
III- Logistique et Approvisionnement			
III-1	Elaborer un plan d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement.	DI	au plus tard 9 septembre 2015
III-2	Renforcer les capacités des RH à tous les niveaux, y compris l'Assistance technique en gestion de la logistique et la maintenance	DRFM	2016 -2017
III-3	Elaborer un plan de maintenance des équipements de la logistique du PEV (auto, moto, frigo,...)	DI	avant fin mars 2017
III-4	Etudier la faisabilité de la mise en place d'un compte d'amortissement des réfrigérateurs et motos (huit districts)	DRFM	Fin 2017
III-5	Revoir et suivre la répartition des motos, véhicules et chaîne de froid acquis sur fonds Gavi.	DEP/DI/ DRFM	immédiatement
IV- Financement de la vaccination et des vaccins			
IV-1	Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur de la santé/vaccination y compris le remboursement de la gratuité	DRFM/DEP	Fin septembre 2016
IV-2	Etudier la mise en place des financements innovants	DEP	Fin 2016
V- Qualité des données			
V-1	Institutionnaliser le DQS dans tous les districts sanitaires	DS	Fin décembre 2016
V-2	Institutionnaliser le DQR au niveau des structures du niveau central	DS	Fin 2017
V-3	Organiser régulièrement les études : enquêtes SARA et enquêtes de couvertures	DS	2016-2017
V-4	Rendre opérationnel le DHIS2	DS	Fin 2016
V-5	Systématiser l'organisation du monitoring plus à tous les niveaux	DS	immédiat

LES RAPPORTEURS

Dr Souley Rabi, Directrice des Immunisations

LE PRESIDENT

Mr KALLA MOUTARI

Dr Garba Djibo, Directeur des Etudes et Programmation

