

Rapport de l'évaluation conjointe 2017

Les textes en italique dans ce document sont donnés à titre de conseils et peuvent être supprimés lors de la préparation du rapport d'évaluation conjointe.

Pays	MAURITANIE
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	Mise à jour de l'évaluation conjointe
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	du 17 au 21 juillet 2017, Nouakchott
Participants/affiliation¹	Voir annexes
Période couverte par les rapports de résultats	2016-2017
Période fiscale²	2016-2017
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2016-2020

1. RESUME DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Dans le cadre du cycle de subvention en cours, Gavi examine et renouvelle son soutien au pays tous les ans (ci-après « renouvellement »). Si le soutien à un vaccin nouveau et sous-utilisé (SVN) pour un pays arrive à son terme et que le pays est encore éligible à un soutien de Gavi, il peut déposer une demande de prolongation du soutien (ci-après « prolongation »).

Les tableaux 1.1 à 1.4 ci-dessous seront pré-remplis par le Secrétariat Gavi, en se basant sur les informations des pays soumises via le Portail pays au 15 mai et quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe. Si des modifications doivent être apportées, elles doivent être discutées au cours de l'évaluation conjointe et signalées dans le rapport d'évaluation conjointe.

1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande du soutien	Cible (population devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
					\$US	\$US
					\$US	\$US

1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Si 2017 est la dernière année d'un soutien pluriannuel pour un certain vaccin et que le pays souhaite prolonger le soutien de Gavi, veuillez faire une demande de prolongation de soutien pour ledit vaccin. La prolongation peut être demandée au maximum pour la durée du Plan pluriannuel complet (PPAC), qui doit être soumis à Gavi.

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin

1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Gavi s'engage sur des subventions de Renforcement des systèmes de santé pour une période allant jusqu'à cinq ans, avec la première tranche validée au moment de l'approbation de la proposition. Les années suivantes, le pays devra soumettre une demande de renouvellement pour la validation des tranches de financement de RSS suivantes.

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante. Veuillez noter que les fonds précédemment demandés et validés peuvent s'apparenter à des décaissements en cours et ne nécessitent **pas** de validation supplémentaire.

Montant total de la subvention RSS	\$US
Durée de la subvention RSS (de... à...)	
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS(prochaine tranche)	\$US

1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)/soumission en préparation

Comparable au soutien pour le RSS de Gavi, la POECF fournit un soutien progressif pour une durée maximum de cinq ans et qui est assujéti à une décision de renouvellement annuelle.

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante.

Montant total de la subvention POECF	\$US	
Durée de la subvention POECF (de... à...)		
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé		
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF	\$US	
Investissement conjoint du pays	Resources du pays	\$US
	Resources partenaires	\$US
	Resources RSS Gavi³	\$US

1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁴

	Programme	Année d' application prévue	Année introduction prévue
Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	• Soutien aux nouveaux vaccins	• Vaccins combinés Rougeole Rubéole Application 2017	2018
	• Introduction de nouveaux vaccins	• Vaccin Anti-HPV Application 2017	2018
		• Men A	2019

³Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

⁴Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

Contexte

Gavi renouvelle son soutien au(x) programme(s) de vaccination d'un pays, sous réserve d'une **évaluation annuelle de la performance**. L'évaluation conjointe est une étape importante dans cet examen des performances. Il s'agit d'une évaluation annuelle, nationale et multipartite de la progression de la mise en œuvre et de la performance du soutien de Gavi au pays et de sa contribution à l'amélioration des résultats en matière de vaccination.

Afin de renseigner la discussion d'évaluation conjointe, le pays doit soumettre tous les documents des rapports sur le portail pays de Gavi, au plus tard **quatre semaines avant la réunion de l'évaluation conjointe**.

Ceci inclut les rapports concernant les **principales exigences** :

- Mise à jour du cadre de performance des subventions (GPF) pour les indicateurs qui sont dus
- Rapports financiers périodiques, états financiers annuels et rapports d'audit (pour tous les types de soutien financier direct perçu, avec des dates limites de soumission spécifiques qui dépendent de l'exercice fiscal du pays)
- Rapport de stock de fin d'année (doit obligatoirement être soumis au 15 mai de chaque année pour le calcul des besoins futurs en vaccins)

Parmi les autres informations essentielles qui doivent être soumis sur le portail pays quatre semaines avant l'évaluation conjointe, on retrouve :

- Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination
- Des informations sur la qualité des données (y compris la revue documentaire annuelle et le rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité des données de vaccination)
- La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)
- Les rapports de campagne (le cas échéant)
- Le rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant)
- L'évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant)
- Les rapports d'évaluation post-introduction (le cas échéant)
- Les revues du programme élargi de vaccination (PEV) (le cas échéant)
- Les plans de transition Gavi et/ou anti-poliomyélite ou les informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant)

Parmi les autres informations qui renseigneront la discussion d'évaluation conjointe, on retrouve :

- Le rapport de l'OMS et de l'UNICEF sur les étapes de leur assistance technique financée via le PEF, et qui doit être mis à jour quatre semaines avant l'évaluation conjointe
- L'analyse en matière de couverture et d'équité et tous les aspects pertinents du programme, conformément aux informations fournies par les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe (le cas échéant)
- Les rapports d'évaluation complets du pays (le cas échéant)
- D'autres évaluations sur les programmes Gavi

Remarque : Si les informations pertinentes, telles que décrites ci-dessus, ne sont pas soumises sur le portail pays quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe (à l'exception de la demande de renouvellement des vaccins qui doit être soumise au 15 mai), cela pourrait avoir un impact sur la décision de Gavi à tenir la réunion d'évaluation conjointe et à renouveler son soutien.

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

Veillez commenter les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe, le cas échéant, au niveau des facteurs contextuels qui affectent directement la performance du système de vaccination et les subventions de Gavi (tels que les désastres naturels, l'instabilité politique, les populations déplacées, les régions inaccessibles, etc., ou les tendances macroéconomiques ou les épidémies).

Veillez indiquer si le pays a été formellement identifié par Gavi comme étant fragile et spécifier si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée.⁵

Depuis la dernière évaluation conjointe, le pays n'a pas été identifié par GAVI comme étant fragile, bien que les réfugiés maliens sont restés dans leur lieu d'hébergement (Bassiknou), cependant des changements ont eu lieu sur le plan institutionnel, planification stratégique et sur les cibles de vaccination 2017,

Sur le plan institutionnel, des élections relatives au référendum sont prévues le 5 août 2017, pour supprimer la chambre du sénat et créer des conseils régionaux, entre autres modifications de la constitution.

Sur le plan de la planification stratégique, une stratégie nationale pour la croissance accélérée et la prospérité partagée (2016-2030) a été élaborée, qui a impliqué l'élaboration d'une politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 et la révision du Plan National de Développement Sanitaire 2012- 2020 pour la période 2017 -2020.

Le nouveau PNDS est couplé d'un CDMT et d'un plan de suivi –évaluation.

il faut aussi noter que le pays a réalisé un Recensement General de la Population et de l'Habitat dont les résultats sont publiés et ont induit des modifications des cibles des interventions sanitaires, notamment pour la vaccination.

3. PERFORMANCES DU SYSTEME DE VACCINATION PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

Cette section doit fournir une analyse succincte des performances du système de vaccination, y compris une analyse approfondie de la couverture et de l'équité vaccinales, et un examen des principaux facteurs de faible couverture. Elle doit se concentrer sur l'évolution/les tendances observées au cours des deux à trois années précédentes et particulièrement sur les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe.

Les informations contenues dans cette section seront essentiellement issues de l'analyse recommandée en matière de couverture et d'équité et de tous les aspects pertinents du programme, qui peuvent être trouvés dans les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe). <http://www.gavi.org/soutien/processus/rapporter-renouveler/evaluation-conjointe>.

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Veillez fournir une analyse de la situation relative à la couverture et à l'équité en matière de vaccination dans le pays.

Fournir un résumé des différences de couverture au sein des différentes zones géographiques, des diverses populations et communautés et de l'évolution au cours des années précédentes. Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/communautés qui présentent des taux de couverture les plus faibles et/ou le nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, le nombre de cas de maladies à prévention vaccinale observés dans des régions/districts différents, etc.

Les pays sont fortement encouragés à inclure les cartes thermiques ou équivalents pour indiquer les tendances de couverture en matière de vaccination dans le temps. Des exemples de telles analyses sont

⁵Pour de plus amples informations, veuillez consulter <https://gavinet.sharepoint.com/gov/Board%20Meetings/Board-2016-Mtg-2-7-8%20December%202016/08a%20-%20Fragile%20settings,%20emergencies%20and%20displaced%20people.pdf>

disponibles dans les directives d'analyse pour l'évaluation conjointe (disponibles sur <http://www.gavi.org/soutien/processus/rapporter-renouveler/evaluation-conjointe>).

la reprogrammation des fonds du RSS1 non décaissés pour être utilisés avant le 30 Septembre 2017 a été réalisée. Les fonds de cette reprogrammation ont été virés aux partenaires et au PEV en juin 2017.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) de la Mauritanie a connu depuis un certain temps des difficultés qui se traduisent par la baisse des taux de couverture vaccinale pour toutes les cibles et pour tous les antigènes, avec pour conséquences l'écllosion de flambées épidémiques de poliomyélite et rougeole en 2009 et 2010 :

Depuis la relance du programme en 2010, les couvertures vaccinales ont progressé durant les 5 dernières années et ont atteints des bonnes performances en 2016 dans l'histoire du PEV comme le montre le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Performance du programme durant les cinq dernières années

WILAYA	2012		2013		2014		2015		2016	
	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR
ADRAR	47	41	50	51	79	75	78	76	96	89
ASSABA	86	79	86	82	85	76	70	71	92	95
BRAKNA	78	76	89	80	96	88	90	88	99	95
DAKHLET NOUADHIBOU	77	76	90	90	72	75	67	73	80	87
GORGOL	79	67	80	73	83	74	70	65	93	84
GUIODIMAKHA	91	53	82	55	71	66	71	59	78	66
HODH ECHARGUI	72	75	79	73	85	79	68	68	82	73
HODH EL GHARBI	69	65	68	65	75	67	70	64	83	78
INCHIRI	80	65	77	67	57	59	62	52	81	93
NOUAKCHOTT NORD							70	65	79	78
NOUAKCHOTT OUEST	92	79	90	86	78	76	103	104	131	138
NOUAKCHOTT SUD							68	63	68	67
TAGANT	59	57	60	50	99	72	76	53	102	90
TIRIS ZEMMOUR	71	69	75	70	79	72	73	69	88	91
TRARZA	63	57	60	55	81	73	73	74	87	89
TOTAL	78	70	79	73	81	75	73	70	86	83

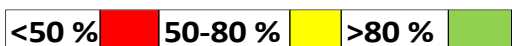


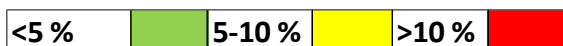
Tableau 2 : Performance du programme durant les cinq dernières années dans ZCI

Statut	N°	Moughataa ZCI	2012		2013		2014		2015		2016	
			PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR	PENTA 3	VAR
Anciennes ZCI RSS1	1	Oualata	33	38	19	25	32	30	35	35	47	34
	2	Tamchaket	45	47	53	59	57	49	72	79	81	76
	3	Boumdeid	82	71	49	48	109	75	93	89	138	116
	4	Keur Macene	41	35	53	51	73	78	58	52	74	88
	5	Ouad Naga	69	53	53	43	63	55	42	48	66	63
	6	Rkiz	63	49	57	55	84	75	81	79	90	80
	7	Chinguitty	45	36	64	69	91	83	69	84	97	75
	8	Aoujeft	25	21	31	31	67	61	69	63	82	83
	9	Ouadane	37	40	65	65	110	103	104	101	88	73
Nouvelles ZCI de la Reprogrammation	10	M'Bout	74	55	59	47	77	61	66	64	76	79
	11	Kobeni	56	50	67	53	86	72	59	47	90	83
	12	Sélibaby	83	45	77	44	60	58	65	53	64	54
	13	Kankossa	72	60	83	76	70	64	63	67	82	103
	14	Djigueni	69	61	62	51	91	85	48	45	87	59
	15	Aleg	76	78	84	77	71	74	73	65	75	69
	16	Amourj	85	79	88	87	88	62	63	57	72	73
	17	Tichit	50	40	39	34	57	45	32	41	51	42
	18	Tidjikja	61	69	67	58	112	72	76	62	111	93
	19	Kiffa	92	85	90	90	89	80	72	71	99	99
	20	Magta Lahjar	77	83	103	94	107	106	104	99	124	120
	21	Moudjéria	57	47	55	44	93	74	80	48	100	92
	22	Bassiknou	49	155	86	75	98	111	76	67	70	66
	23	Tintane	81	71	71	67	66	57	68	58	76	69

Au niveau des ZCI du RSS, les couvertures semblent être bonnes en 2016, seules deux Moughataa (Oualata et de Tichit) restent avec une couverture <50%. Ces Moughatta sont très enclavées avec accès difficile et peu peuplées.

Tableau 3 : Classification des wilayas selon le nombre d'enfants non vaccinés

WILAYA	Cible 2016	Enfants vaccinés		Enfants non vaccinés	
		n	%	n	%
ADRAR	2 016	1 938	96	78	4
ASSABA	12 139	11 120	92	1 019	8
BRAKNA	12 199	12 086	99	113	1
DAKHLET NOUADHIBOU	4 454	3 578	80	876	20
GORGOL	12 188	11 351	93	837	7
GUIODIMAKHA	11 396	8 888	78	2 508	22
HODH ECHARGUI	14 130	11 527	82	2 603	18
HODH EL GHARBI	10 430	8 703	83	1 727	17
INCHIRI	556	448	81	108	19
NOUAKCHOTT NORD	14 049	11 051	79	2 998	21
NOUAKCHOTT OUEST	6 114	7 983	131	-	0
NOUAKCHOTT SUD	16 298	11 096	68	5 202	32
TAGANT	2 699	2 749	102	-	0
TIRIS ZEMMOUR	1 748	1 537	88	211	12
TRARZA	9 881	8 621	87	1 260	13
TOTAL	130 297	112 676	86	19 539	14



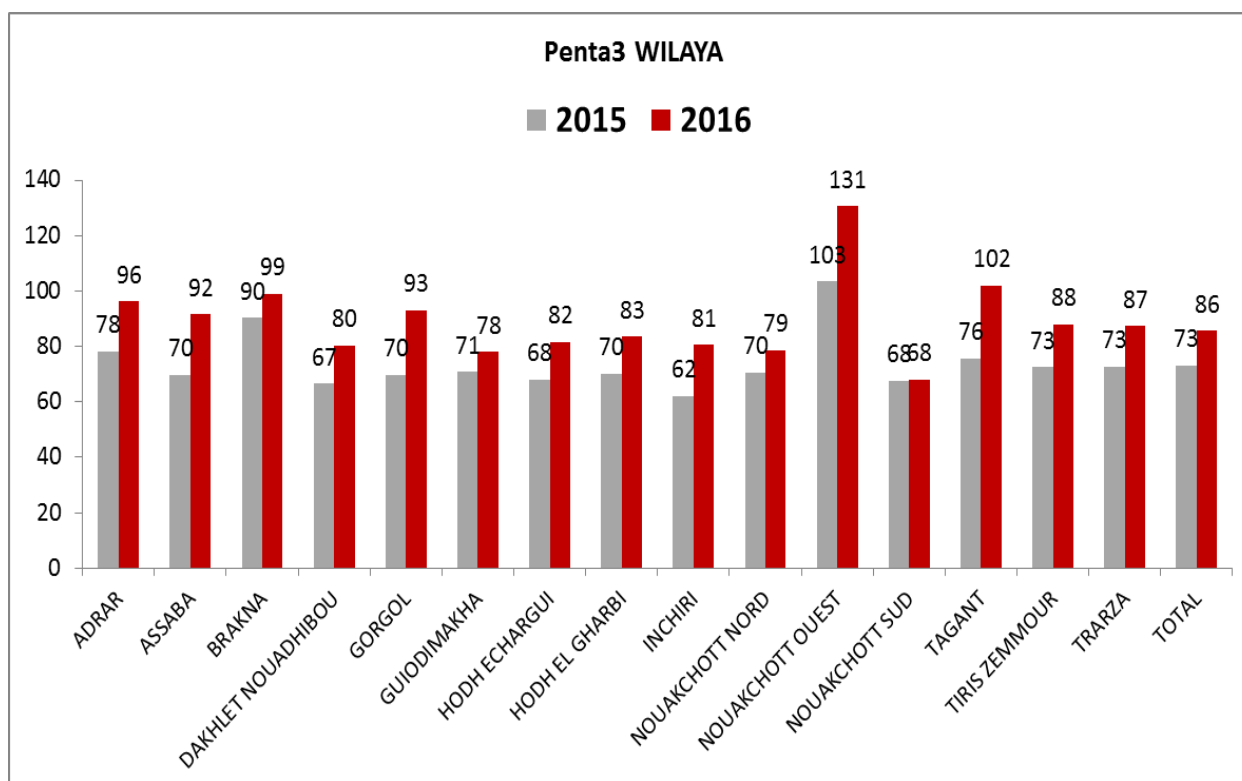
Le nombre d'enfants non vaccinés est élevé dans la plupart des wilayas, le taux moyen est de 14% avec des disparités entre les wilayas. 9/15 des wilayas sont avec des taux supérieur à 10%

Tableau 4 : Classification des Moughataa ZCI selon le nombre d'enfants non vaccinés

Statut	N	Moughataa ZCI	Cible 2016	Enfants vaccinés		Enfants non vaccinés	
				n	%	n	%
Anciennes ZCI RSSI	1	Oualata	491	232	47	259	53
	2	Tamchaket	1 383	1 123	81	260	19
	3	Boumdeid	295	406	138	-	0
	4	Keur Macene	969	717	74	252	26
	5	Ouad Naga	858	564	66	294	34
	6	Rkiz	2 570	2 322	90	248	10
	7	Chinguitty	219	213	97	6	3
	8	Aoujeft	418	341	82	77	18
	9	Ouadane	128	113	88	15	12
Nouvelles ZCI de la Reprogrammation	10	M'Bout	3 719	2 817	76	902	24
	11	Kobeni	3 287	2 952	90	335	10
	12	Sélibaby	8 479	5 440	64	3 039	36
	13	Kankossa	3 073	2 525	82	548	18
	14	Djigueni	2 236	1 953	87	283	13
	15	Aleg	3 965	2 971	75	994	25
	16	Amourj	3 461	2 486	72	975	28
	17	Tichit	145	74	51	71	49
	18	Tidjikja	1 163	1 285	111	-	0
	19	Kiffa	4 124	4 099	99	25	1
	20	Magta Lahjar	2 253	2 800	124	-	0
	21	Moudjéria	1 103	1 101	100	1	0
	22	Bassiknou	1 379	963	70	416	30
	23	Tintane	3 446	2 607	76	839	24

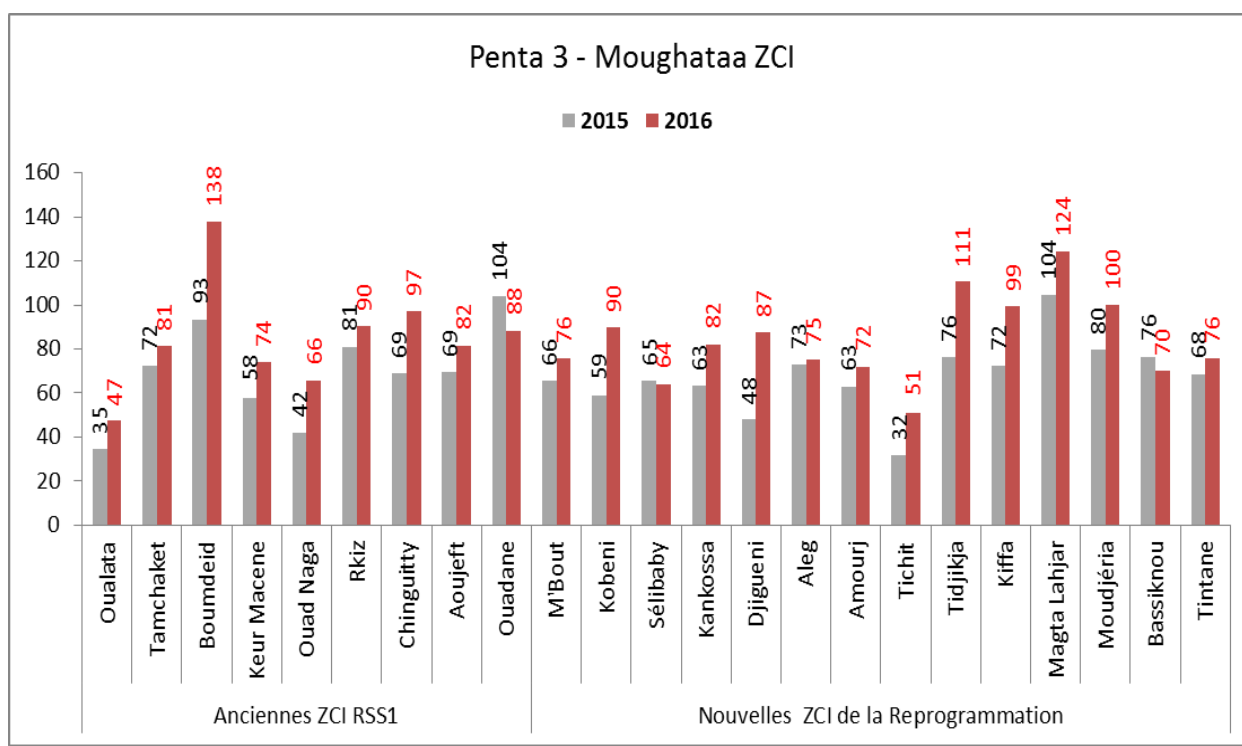
Dans les zones ZCI, seules 6/23 Moughataa ont des taux acceptables. Ceci nécessite l'accélération des stratégies de rattrapage de ces enfants.

Graphique 1 : Comparaison de couverture vaccinale PENTA3 2015 et 2016 par wilaya



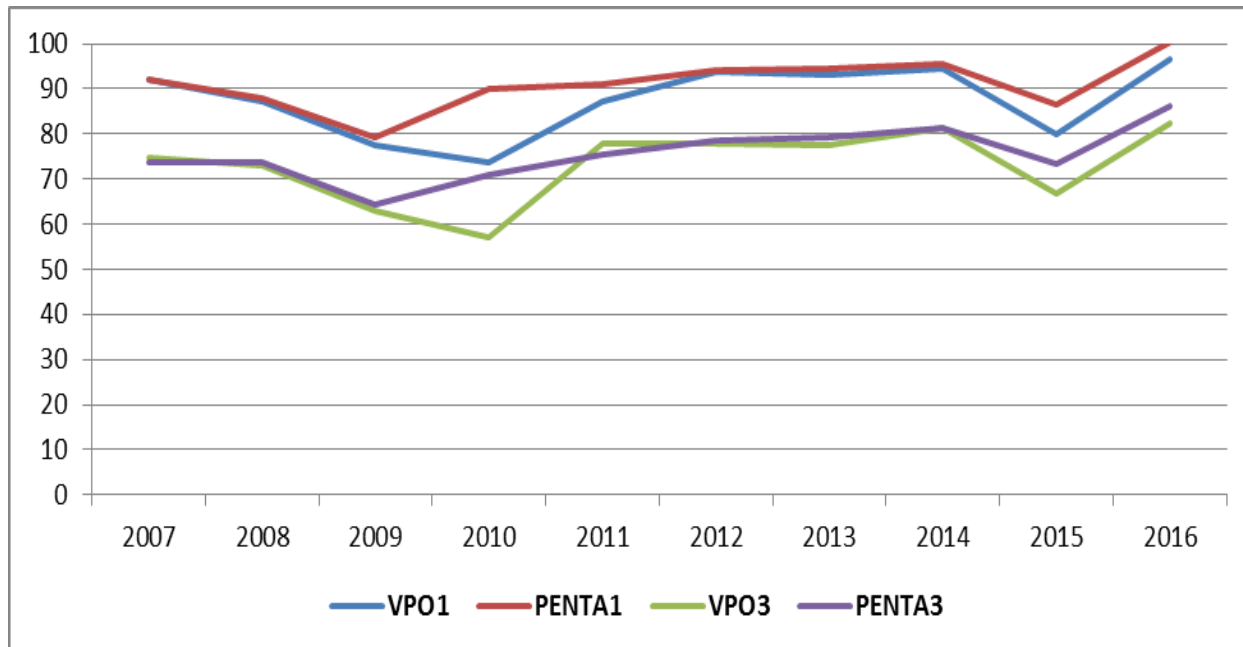
Au vu graphique 1, l'année 2016 a vu l'amélioration de la couverture en Penta3 pour toutes les wilayas

Graphique 2 : Moughataa ZCI : Comparaison de couverture vaccinale PENTA3 2015 et 2016



Les moughataa de la ZCI ont progressé en 2016 par rapport à l'année 2015.

Graphique 3 : Tendances de ouvertures vaccinales des antigènes administrés au même moment durant les 10 dernières années



Pour les vaccins qui s'administrent au même moment, ils doivent avoir les même tendances sauf si rupture de vaccin est notifiée. Le présent graphique a détecté des disparités constatées en 2010, 2015 et 2016

Tableau 5 : Triangularisation des données de couvertures vaccinales Administratives et enquêtes

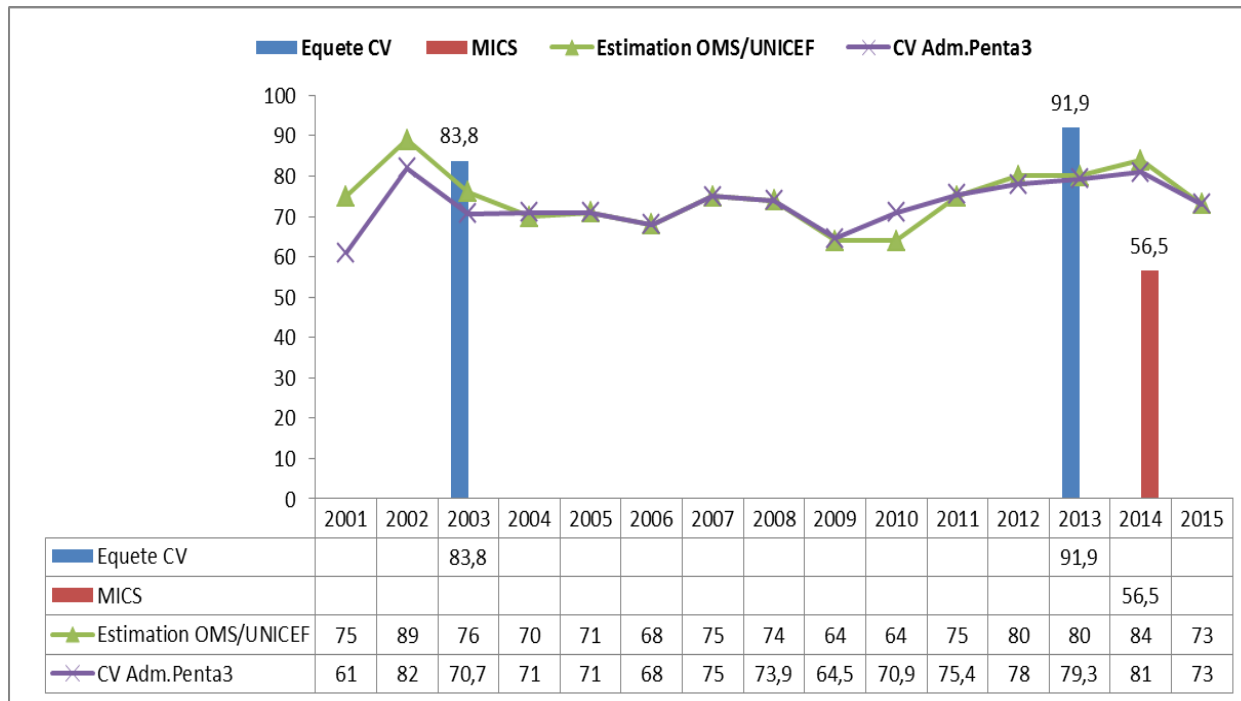
Sources	Antigène	Données Enquête CV [IC]	Données administratives CV	Différence (point de %)
Enquête de couverture vaccinale 2004 (données 2003)	BCG	95.6 [94.8 ; 96.4]	83.8	11.8
	Penta1	91.5 [90.4 ; 92.6]	84.4	7.1
	Penta3	83.8 [82.3 ; 85.2]	70.7	13.1
	VAR	83.5 [82.3 ; 82.1]	66.0	17.5
Enquête MICS 2015 (données 2014)	BCG	83.2	93.0	-9.8
	Penta1	81.1	95.0	-13.9
	Penta3	56.5	81.0	-24.5
	VAR	61.9	75.0	-13.1
Revue externe du PEV 2014 (données 2013)	BCG	96.5	90.9	5.6
	Penta1	96.4	94.5	1.9
	Penta3	91.9	79.3	12.6
	VAR	83.8	72.6	11.2

Ceci consiste à croiser les données de couvertures vaccinales administratives et celles des enquêtes ou des revues afin de déterminer si des écarts existent.

Les données des enquêtes de couvertures vaccinales (2004 et 2014) présentent des couvertures vaccinales élevées (> 80%) pour tous les antigènes. Les valeurs trouvées sont par ailleurs supérieures à

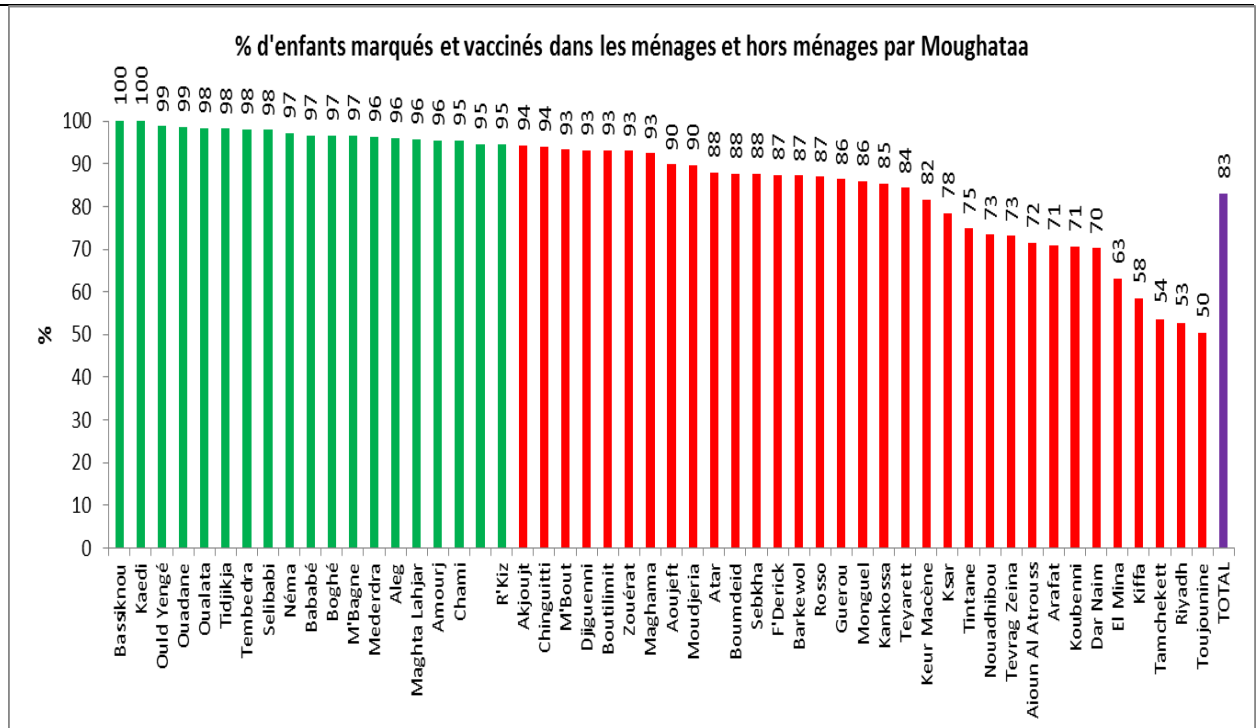
celles des données administratives. Par contre pour l'enquête MICS de 2015, les couvertures vaccinales sont plus faibles que celles des valeurs administratives. Les expériences ont démontré que les résultats des enquêtes sont souvent inférieurs aux valeurs administratives.

Graphique 4 : Triangulation des données de couverture vaccinale administratives en Penta 3 et enquêtes



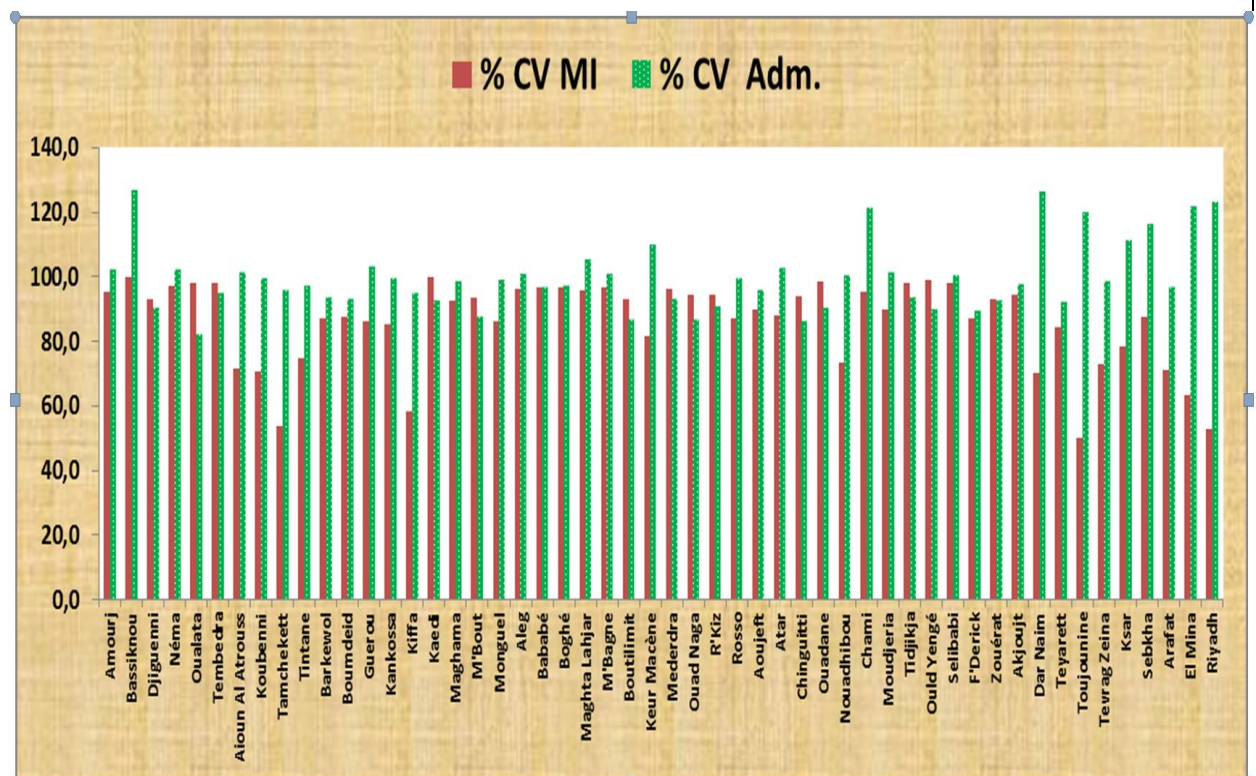
Estimations officielles prennent en compte un certain nombre d'éléments (ruptures, rapports manquants, doublons, ajustement de population...) afin d'ajuster à la hausse ou à la baisse les couvertures administratives. Depuis 2004, les estimations OMS-Unicef et celles de la couverture vaccinale se rapprochent d'avantage sauf pour l'année 2010 année de relance du programme.

Graphique 5 : Couverture vaccinales des AVS mars 2017 selon le monitoring indépendant par Moughataa



Selon le monitoring indépendant des derniers AVS en mars 2017 seules 19/55 moughataa ont la atteint la couverture minimale requise qui est de 95%. Le taux moyen est de 83%

Graphique 6 : Comparaison de Couvertures administratives et le monitoring indépendant par Moughataa AVS mars 2017



Cette comparaison de tendance, montre que les couvertures administratives sont largement supérieures à celles du monitoring indépendant. Ceci dénote de la qualité des AVS.

Facteurs de faible performance/équité

Veillez souligner les principaux facteurs des faibles niveaux de couverture et d'équité, indiqués dans la section ci-dessus. Pour les districts/communautés identifiés comme ayant une faible performance, expliquer les **principales barrières** à l'amélioration de la couverture.

- **Personnel sanitaire** : disponibilité et répartition du personnel sanitaire.
- **Chaîne d'approvisionnement** : principaux enseignements du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV.
- **Génération de la demande/demande de vaccination** : principaux enseignements liés à la demande de services de vaccination, de calendriers de vaccination, etc.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes⁶** : tous les problèmes spécifiques liés à l'accès au système de santé par des femmes.
- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ou d'autres évaluations, veuillez de décrire les principaux goulets d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination ; ceci inclut la performance des équipes de PEV nationales/régionales (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou les problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Gestion des finances publiques** : la mesure dans laquelle les fonds demandés sont rendus disponibles en temps opportun à tous les niveaux, en faisant ressortir les blocages du processus de décaissement.
- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁷.

Les principaux facteurs des faibles niveaux de couverture et d'équité pour les ZCI ne sont liés à aucune équité notoire certes à des barrières notamment à l'étendue du territoire avec des une population nomade et dispersée ; des zones avec accès très limité pour les équipes de vaccination :

- **Personnel sanitaire** : Disponibilité et non en quantité suffisante, la formation de base ne couvrant pas les composantes essentielles du programme, la formation continue est souvent rare par manque de financement. Le personnel sanitaire est dans la plupart des structure de prestation de service seul, le poste est fermé ci ce dernier est congé.
- **Chaîne d'approvisionnement** : principaux enseignements du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV de 2014 sont encours de mise en œuvre. Remplacement progressif du parc de la chaine de froid à gaz par le solaire ainsi que l'amélioration de la distribution des vaccins. Une évaluation de la GEV a été organisée en juin 2017 et le rapport est en cours de finalisation.
- **Génération de la demande/demande de vaccination** : Les principaux enseignements liés à la demande de services de vaccination, de calendriers de vaccination, sont le manque d'information selon les données de la revue externe du programme organisée en 2014. Une formation d'u pool de formateur en CIP a été effectuée en 2017 aui rentre le procession de formation en cascade du personnel de santé impliquée dans la vaccination à tous les niveaux.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes** : En Mauritanie cette composante est sans objet. Car selon les barrières culturelles liées à l'inégalité des sexes ne se posent pas à l'accès au système de santé par des femmes.
- **Leadership, gestion et coordination** : en terme de Sous Tutelle de la Direction de Santé de Base et Nutrition (DSBN), la politique nationale en matière de la vaccination est mise en œuvre par un organe technique qui est le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Ce programme a vu le jour depuis

⁶Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont tendance à être les premières à prendre soin des enfants mais elles manquent parfois de pouvoir quant à la prise de décision et de ressources pour avoir accès ou utiliser les services de santé disponibles.

⁷Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

l'année 1977, dans deux zones expérimentales du Trarza à KeurMacène et à Rosso. Il a ensuite enregistré une extension progressive pour se généraliser dans le pays en 1984. A l'époque, 2 stratégies étaient utilisées : une stratégie fixe à travers les structures de santé et une stratégie mobile à travers des équipes mobiles en zone rurale. C'est en 1985 que furent introduites deux autres stratégies : la stratégie avancée : qui consiste à réaliser des activités autour des structures fixes par le déplacement des équipes dans un rayon de 5 à 10 km et la stratégie d'accélération à travers, d'abord les journées municipales de vaccination, ensuite de 1989 à 1994 les journées maghrébines de vaccination et enfin avec les journées nationales de vaccination (JNV) à partir de 1995 visant l'éradication de la poliomyélite et le contrôle de la rougeole. Le leadership est ainsi assuré par un Coordonnateur national sous le rang de Directeur adjoint :

Les ressources humaines en quantité et qualité constituent un goulot d'étranglement important dans tout le système de santé mauritanien, des contraintes majeures peuvent être notées dans la formation, l'organisation, et la motivation

Beaucoup de ressources ont été mises à disposition du programme ces dernières années par aussi bien l'état que les partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, BM) dans le domaine de la construction des locaux, des achats des vaccins traditionnels et nouveaux, des véhicules, des introductions des nouveaux vaccins, des campagnes de masses de vaccination, du renforcement du système de santé(RSS).ETC.

En matière de coordination, il y'a une amélioration par rapport aux années passées surtout avec les autres directions et services du Ministère(DPCIS) dans le cadre du RSS

- **Gestion des finances publiques :**

En matière de gestion financière, le programme bénéficie de différents soutiens avec GAVI les allocations pour les introductions des nouveaux vaccins (campagnes et routine) et les récompenses. ces fonds sont gérés par le service administratif et financier du PEV ainsi que par la DAF jusqu'au niveau opérationnel. Avec la création de ce service il y'a eu une amélioration notoire de la gestion, cependant des retards de l'arrivée des justificatifs du niveau régional sont notés surtout pour les campagnes de vaccination.

- **Décaissement**

Autres aspects critiques : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁸

3.2. Données

*Fournir un examen rapide des principaux défis liés à la disponibilité, la qualité et l'utilisation des **données sur la vaccination**. Cette section doit a minima couvrir les connaissances en matière de données de couverture (populations cibles, nombre d'enfants vaccinés) et pourra également couvrir des thèmes tels que les données de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, les données de surveillance des maladies à prévention vaccinale, les données sur les effets indésirables suite à la vaccination.*

Veillez prendre en compte les aspects suivants :

- **La conformité** avec la qualité des données Gavi et les exigences en matière d'enquêtes (les exigences sont détaillées dans les directives d'application générales, disponibles sur <http://www.gavi.org/soutien/processus/demander>). Si vous n'êtes pas en conformité, veuillez expliquer pourquoi.

⁸Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

- Veuillez souligner les principaux défis relatifs à la disponibilité des données, à leur qualité et à leur utilisation, en se reportant aux résultats de l'étude documentaire la plus récente, de toutes les évaluations récentes et de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination. Par exemple, avez-vous conscience des principales limites/faiblesses liées à la qualité des données et aux analyses de données que vous avez utilisées pour renseigner cette évaluation conjointe ?
- Principaux **efforts/innovations/bonnes pratiques** axés sur l'amélioration du renforcement du système de données et la résolution des principaux problèmes.

La gestion des données est une composante connue importante du programme élargi de vaccination. Ces dernières années malgré les améliorations de la couverture vaccinale, la qualité des données est toujours restée un maillon faible du programme, d'autant que toutes les enquêtes, revues, études ont montré une sous notification du nombre de vaccination. Le remplissage des outils de collecte, le rapportage des vaccinés sur les registres de vaccination et l'archivage des données sont toujours sous-estimés.

Malgré ces insuffisances, les couvertures administratives et les estimations de l'OMS et l'UNICEF ces dernières années se rapprochent.

Un plan d'amélioration de la qualité des données a été élaboré mais non mis en œuvre suite aux insuffisances des financements. L'atelier de Kigali sur les données nous a permis de voir d'autres aspects sur les données et en particulier la coordination avec les autres entités intervenants dans ce domaine comme le SNIS et l'ONS. L'introduction du DHS12 dans certaines zones pilotes nous a permis de voir l'importance de ces outils pour sa généralisation au niveau de toutes les structures de vaccination. Le programme s'apprête à faire une extension au niveau de tous les centres de santé de Nouakchott.

Les principaux facteurs de contre-performance indiqués dans cette section, constituant un défis et se greffent à c qui suit :

Complétude et promptitude des rapports Moughataa (reçu au niveau central) : En 2016, tous les rapports mensuels synthèses Moughataa ont été reçus et traités au niveau central. cependant une revue de la promptitude indique que ces rapports n'ont pas toujours été disponibles à temps. En effet, il est courant que certains rapports prennent plus de temps. Le tableau suivant donne le niveau de performance de la promptitude des rapports transmis au niveau central pour l'année 2016.

Tableaux 6 : Taux de Promptitude des rapports PEV des Moughataas, reçus au niveau central en 2016

Wilaya	janv-16	févr-16	mars-16	avr-16	mai-16	juin-16	juil-16	août-16	sept-16	oct-16	nov-16	déc-16
HODH ECHARGUI	50	100	0	0	0	0	0	13	75	0	0	0
HODH EL GHARBI	100	100	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0
ASSABA	0	100	80	80	100	100	0	80	100	100	80	100
GORGOL	0	25	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BRAKNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRARZA	50	33	33	0	50	17	33	17	17	17	100	0
ADRAR	0	100	50	100	100	100	100	100	75	75	100	100
DAKHLET NOUADHIBOU	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TAGANT	33	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUIODIMAKHA	100	100	100	100	100	50	0	0	0	50	0	0
TIRIS ZEMMOUR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
INCHIRI	0	100	0	0	0	0	100	100	0	100	100	0
NOUAKCHOTT OUEST	33	100	0	67	33	0	33	67	0	67	33	33
NOUAKCHOTT SUD	100	0	33	0	0	0	0	0	0	100	33	0
NOUAKCHOTT NORD	100	100	67	100	33	67	100	100	100	100	100	100
NATIONAL	45	71	39	32	41	29	25	34	38	39	41	29

Legende	< 50	50-80	>=80
----------------	------	-------	------

au cours de l'année 2016. aucune wilaya n'a pu transmettre tous les rapports Moughataa à temps. Les meilleures situations sont présentées par les Wilayas de l'Assaba, l'Adrar, le Guidimakha, le TirisZemmour et Nouakchott Nord. On note aussi que 2 wilayas de Nouakchott figurent parmi ceux ayant les plus faibles promptitudes.

Il faut noter que cette situation de faible promptitude n'est pas spécifique à l'année 2016 seulement. En effet un regard rétrospectif sur les 3 dernières années montre que la promptitude n'a cessé de décroître au fil des mois entre 2013 et 2015.

Quant à la complétude actuelle annoncée nous semble être biaisée, elle ne reflète pas réellement celles des unités fixes de vaccination. Le programme doit mettre en place un système de collecte des données des rapports Moughataa en termes de proportion des unités de vaccination ayant contribué à l'élaboration du rapport mensuel de la Moughataa. Le (DVDMT), permet de capturer le nombre de centres de vaccination dont le rapport a été reçu par la Moughataa. Ce volet de la complétude des rapports (rapports unités fixes de vaccination) n'est pas pris en compte lors des analyses et cela entraîne des conclusions erronées. Cette problématique constitue un des plus grands goulots d'étranglement liés à la gestion des données en Mauritanie. Malgré un certain nombre d'actions prises par le programme en 2011, ce problème demeure, ainsi, il constitue un défi majeur pour le programme.

De façon spécifique, d'autres insuffisances du programme se greffent à ce qui suit :

Malgré l'amélioration des indicateurs de vaccination depuis l'avènement de la relance du programme en 2010, la qualité des données reste un problème majeur pour le programme, parmi ces insuffisances, on peut noter :

Liées à connaissance des données démographiques : Disponibilité des données du recensement général de la population de 2013 avec toutes les cibles de vaccination. Cependant, on note souvent l'existence de quelques sous-estimation / sur estimation des cibles au niveau opérationnel et régional

Liées au remplissage des outils de collecte : L'insuffisance des ressources humaines au niveau des zones périphérique (PS), la formation non continue et la démotivation du personnel constituent les trois problèmes majeurs liés à ce goulot, qui est surtout important au niveau des postes de santé ; Souvent une seule personne dans le poste, s'il est en congé le poste est fermé durant toute la période. Ces dernières années le programme a mis l'accent sur la formation du personnel, la création des points focaux régionaux et Moughataa, institutionnaliser un regroupement tous les six mois, tous ces facteurs n'ont pas eu un impact important sur le remplissage des outils malgré leur disponibilité à tous les niveaux.

Liées à la synthèse et l'analyse des données au niveau de la Moughataa et DRAS : Des améliorations notoires ont été notées à ce niveau du essentiellement à la formation des points focaux Moughataa et à leur implication, cependant l'insuffisance de formation des médecins-chef ainsi que leur instabilité constituent des entraves majeures à la maîtrise des données au niveau Moughataa. Les réunions de synthèse sont rares et celles d'harmonisation des données inexistantes. L'analyse des données à ce niveau constitue une activité importante pour une prise de décision rapide et efficace. Malgré la formation sur le DVD-MT, l'utilisation est timidement effective à ces niveaux.

Liées à l'utilisation de l'Outil d'auto évaluation (DQS) : Cet outil revêt une importance capitale pour le suivi et l'amélioration de la qualité des données, il doit se faire continuellement au niveau de certaines zones (Moughataa) ayant un problème majeur de données, un personnel qualifié doit être formé sur cet outil et des moyens mobilisés pour réaliser ce genre d'activité. Une sortie de DQS a été faite en 2014, elle s'est avérée très bénéfique pour le niveau central et régional. Une sortie sur le terrain a été effectuée en début de l'année 2017 dans 20 structures de prestation de services, 10 Moughataa de 05 wilayas

Liées à l'archivage des données du PEV : Il constitue un maillon faible non pas pour le programme mais pour tout le système de santé, rares les structures qui ont un archivage organisé, On peut trouver des rapports posés par çà et par là mais sans une réelle organisation et surtout sans local. L'archivage doit se faire à tous les niveaux CS, DRAS, PS ainsi qu'au niveau central et pour tous les documents qui intéressent la vaccination. Le PEV travaille avec l'OMS pour créer une bibliothèque où toutes les archives sur la vaccination seront accessibles.

Selon les conclusions du DQS organiser en février 2017. Montrent des insuffisances au niveau des domaines suivants :

Planification et données démographiques : A ce niveau, la plupart des Moughataa affirment disposer d'un plan d'action et de carte sanitaire mais ne connaissent pas la population cible. Cependant, les Moughataa n'ont pas de document détaillant les populations des différentes aires de santé couvertes par les postes de santé. Les responsables des postes ne disposent pas de cette donnée fondamentale pour le monitoring de la couverture vaccinale. Pourtant, le document élaboré par la DPCIS sur les projections des populations 2015 – 2020 contient l'ensemble des localités avec leur population. Tous les points focaux Moughataa et les médecins Chefs ont reçu une formation sur l'utilisation du DVD-MT comme outil d'enregistrement et de suivi de la couverture vaccinale pour action. Malheureusement, l'utilisation reste timide et non effective par ces derniers.

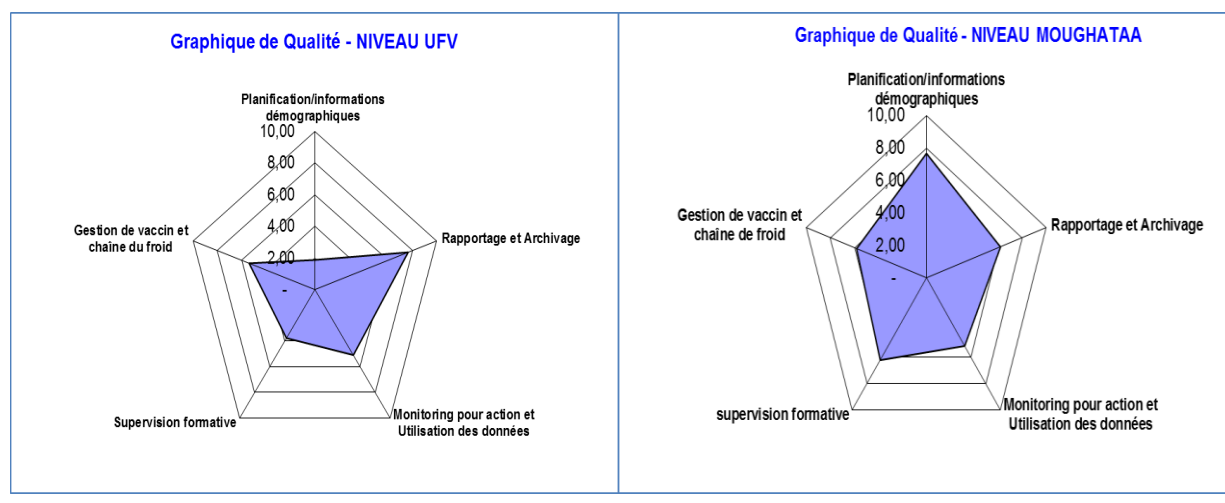
Rapportage et Archivage : cette composante doit être améliorée à tous les niveaux car au niveau des Moughataa, nous n'avons pu retrouver la totalité des rapports de toutes les structures de prestation de service. Les DRAS ne disposent pas de copies de rapports des structures alors que le rapport est fait en 3 copies dont l'une est archivée au PS, 1 pour la Moughataa pour faire la synthèse qu'elle envoie à la DRAS et une copie à la DRAS pour lui permettre de vérifier l'exactitude des données contenues dans les synthèses Moughataa. Tout ceci dénote d'une absence de culture de l'archivage qui doit impérativement être instaurée en vue de pouvoir vérifier la qualité des données.

Monitoring et utilisation des données : Aucune analyse des données n'est faite à tous les niveaux d'évaluation. Les rapports ne sont pas classés de façon systématique et leur synthèse est faite souvent sur des feuilles volantes alors que l'informatique existe à tous les niveaux (Chef-lieu Moughataa). Les fiches de pointage sont utilisées au niveau de toutes les structures visitées. Les fiches de stock pour la gestion des vaccins n'existent pas (exhaustive) dans toutes les structures visitées. Le diagramme de suivi de la couverture vaccinale n'est pas affiché et n'est pas rempli dans la plupart des cas :

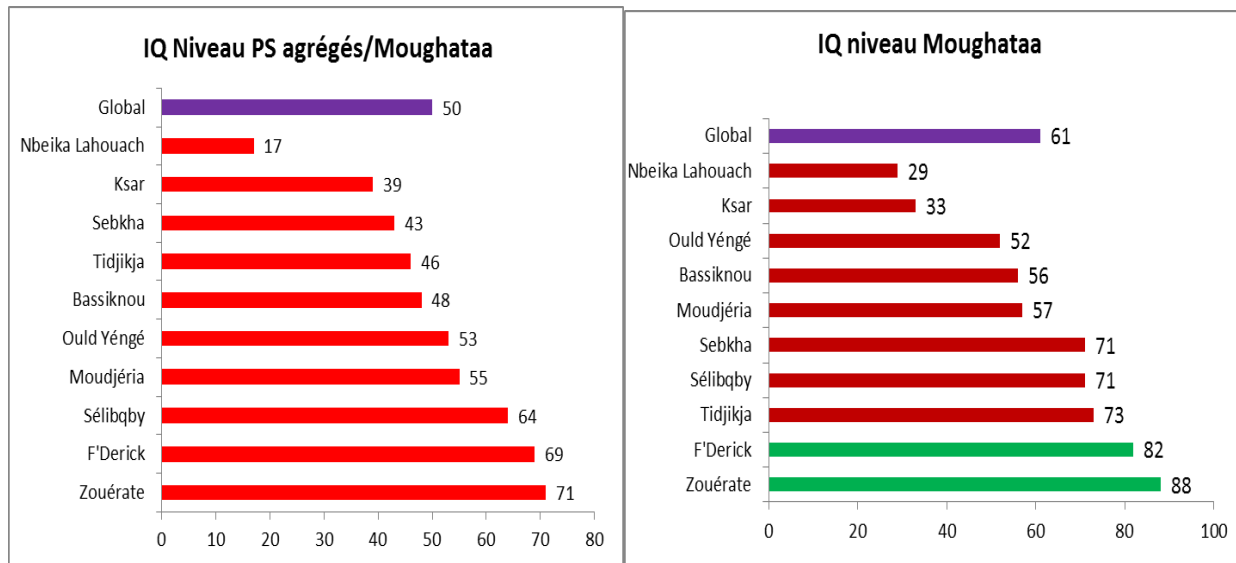
Supervision formative : Absence de cahier de supervision au niveau des structures pour que chaque équipe qui passe puisse noter ses remarques, commentaires et recommandations et on pourra ainsi vérifier le niveau de mise en œuvre des recommandations. La supervision est timide et très irrégulière surtout du niveau régional vers le niveau périphérique.

Gestion des vaccins et chaîne de froid : L'approvisionnement comme la livraison en vaccins n'est pas consigné dans un registre de mouvement des vaccins bien que ces outils soient disponibles (Bon de commande, bon de livraison et fiches de stock), cependant il y'a une amélioration notoire dans le cadre de la gestion des vaccins, plus de rupture constaté depuis de longues années.

Graphiques 7 & 8 : Qualité du système (IQ) – cible >=80%



Graphiques 9 & 10 : Index de qualité du système (IQ) – cible >=80%

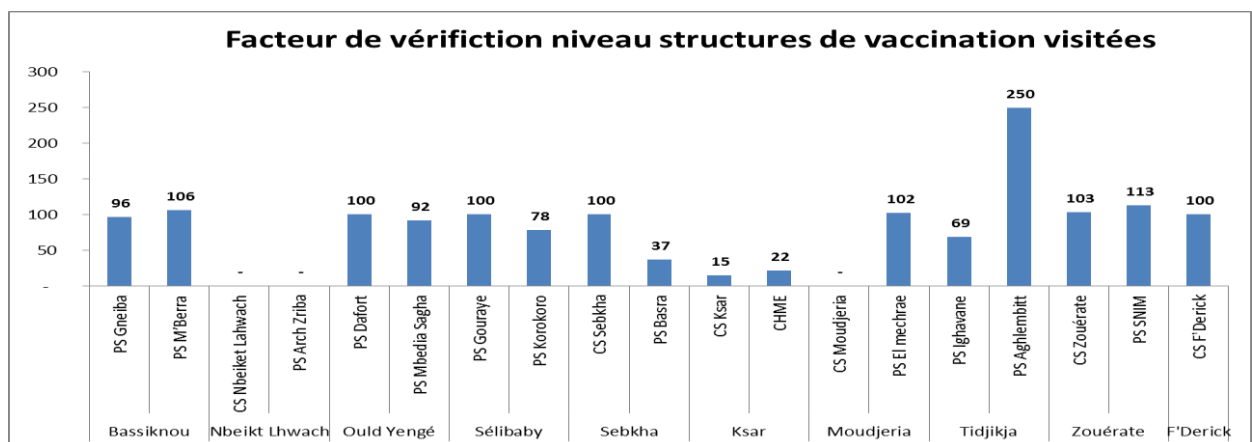


Au niveau des sites de prestation de service, l’appréciation de la qualité du système en vigueur est de 50% (PS agrégés par Moughataa) comme le montre le graphique ci-dessus (gauche). Cependant, on note des disparités entre les Moughataa allant de 17% (Nbeika Lahouach) à 71% à Zouérate. Aucune des Moughataa n’a atteint la cible minimale requise qui de 80%.

Au niveau intermédiaire l’index de la qualité du système supportant le reportage des données est de 61% en moyenne avec des disparités entre les Moughataa allant de 29% Nbeika Lahouach et à 88% Zouérate. Seules 2 Moughataa (F’derick et Zouérate) ont atteint la cible minimale requise qui de 80%.

L’index de qualité du système est de 50% en moyen (Agrégés PS) pour l’ensemble des sites de prestation de service visités, cependant, il est apprécié à 61% (Agrégés Moughataa) du système utilisé pour le niveau intermédiaire. Dans chacun des niveaux, le système reste non satisfaisant. Il est important d’écrire des procédures sous forme de directives pour le système de de gestion des données par niveau. Le défi est ainsi installé.

Graphique 11 : Facteur de vérification des données niveau des sites de vaccination



Au niveau structure de vaccination, le constat est le suivant :

- Fiches de Pointage, qui est la source de base de l'information sont timidement utilisée; si elles existent, elles sont mal entretenue et sous notifiées, le recompte est souvent différent du contenu du Registre de vaccination enfants
- L'archivage des registres des années antérieurs est presque inexistant
- Rapports mensuel PEV retrouvés au niveau des structures visitées sont pour la plupart de qualité non satisfaisante.
- 4/19 des structures visitées dispose de données exactes (FV= 100%) entre les recomptées au niveau des registre et celles rapportées au niveau supérieure : PS Dafort, PS Gouraye, CS Sebkhya et CS F'derick
- 10/19 des structures de santé visitées ont montré une sur-notification (FV < 100%) des données
- 5/19 structures de santé montrent une sous-notification (FV > 100%) des données rapportées au niveau supérieur. Les principales raisons sont entre autres la non exhaustivité des rapports au moment de la transmission et par erreur de transcription ou de calcul.

Le facteur de vérification des données est de 83% en moyen, il est satisfaisant car supérieur à l'objectif requis qui est de 80%. Le cas de la wilaya de Nouakchott Ouest nécessite une attention particulière vu sa position géographique et stratégique.

Au vu de ce qui précède et dans le cadre du renforcement des capacités des managers et agents de la vaccination, la Mauritanie avec l'appui des partenaires (OMS, UNICEF et GAVI), a élaboré un plan d'amélioration de la qualité des données basé sur la détermination des aberrations existantes, sur les insuffisances à tous les niveaux et comment les solutionner. Le nouvel outil DHS12 semble être une alternative pour la résolution ces goulots. Au début de l'année 2016, Le PEV en étroite collaboration avec l'OMS a commencé à mettre en place cet outil dans trois zones pilotes à Nouakchott (Nktt Sud et Nktt Nord) ainsi qu'au Trarza(Rosso).

Les principaux défis du programme en termes de disponibilité et d'utilisation des données sont la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données qui regroupe plusieurs domaines et se résumen en activités comme suit :

- Collaborer avec l'office National de la Statistiques pour la maitrise des populations cibles à tous les niveaux
- Remplissage correcte toutes les rubriques du rapport mensuel y compris la gestion des vaccins
- Assurer une bonne promptitude et complétude des rapports vis le DVD-MT
- Assurer la concordances des données rapportées par rapport aux sources : registres, fiche pointage et rapports mensuel (+++ Échecs aux différentes Evaluations, DQS,...)
- Utilisation non effective des outils standards (DVD-MT) d'enregistrement, de traitement et d'analyse des données
- Utilisation des données pour action : Analyse
- Mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données

3.3. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

Veillez fournir les informations pertinentes sur le rôle et l'implication des différentes parties prenantes :

- **Forum de coordination national** (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) : l'étendue du forum correspond aux exigences de Gavi (veillez consulter <http://www.gavi.org/soutien/coordination/> pour les exigences).
- **Société civile** : le rôle et l'implication de la société civile dans le système de vaccination de la dernière année (fourniture de services, génération de la demande, etc.).
- **Autres donateurs** : le rôle et l'investissement d'autres donateurs bilatéraux ou multilatéraux dans le système de vaccination. Veillez inclure toute information sur de possibles réductions du soutien de

donateurs non Gavi qui influencent l'ensemble de la capacité du système (ex., réductions du financement de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite).

- **Secteur privé** : collaboration des secteurs public-privé, indiquant une possible fourniture de vaccins entre le gouvernement et le secteur privé, et le pourcentage d'enfants bénéficiant de la vaccination via le secteur privé.
- **Collaboration intersectorielle** : par ex., une collaboration entre les programmes de santé et d'éducation.

- **Forum de coordination national**: Le comité de coordination inter-agence (CCIA) existe et fonctionnel il est chargé de valider et le suivi des principales activités du programme et constitue l'organe décisif du PEV. Il se réunit tous les trois mois, présidé par un conseiller du ministre qui lui rend compte directement **Le ministère travaille actuellement sur un nouvel arrêté du CCIA qui est en cours de finalisation au niveau de la direction de tutelle(DSBN).**
- **Société civile** : le rôle et l'implication de la société civile dans le système de vaccination ces dernières années est à saluer, elle est organisée autour du VACNET et participe aux différentes activités du programme notamment celles liées à la communication (SAV, ateliers):
-
- **Autres donateurs** : Certains partenaires locaux ont vu leur financement ces dernières années baissé essentiellement à la crise économique ainsi qu'à d'autres facteurs (Voir JRF 2016).le programme a deux partenaires locaux l'OMS et l'UNICEF, il est souhaitable que d'autres partenaires comme la banque mondiale, la coopération française et espagnole suivent le pas. une mission de plaidoyer multidisciplinaire est nécessaire dans ce cadre pour sensibiliser les différents intervenants dans le domaine de la vaccination.)
- **Secteur privé** : La collaboration avec le secteur privé existe mais des insuffisances sont notées liées à la coordination, des cliniques privées reçoivent des vaccins, des CDF du programme les rapports d'activités sont transmis à la Moughataa de tutelle. Des formations sur la gestion du PEV sont toujours organisées. Reste à mieux canaliser ce secteur et à améliorer la coordination.
- **Collaboration intersectorielle** : Une coordination avec le secteur de l'éducation et des femmes a toujours été instaurée surtout dans le cadre des campagnes de vaccination et des introductions comme le HPV. Pendant la soumission à ce vaccin le secteur de l'éducation a été impliqué dans tout le processus.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

4.1. Performance programmatique

Veillez fournir une analyse succincte des performances des subventions Gavi pendant la période de rapports. Décrire **la façon dont le soutien de Gavi contribue à faire progresser les performances du programme global de vaccination** et les stratégies du secteur de santé (en mettant particulièrement l'accent sur les districts/communautés avec une faible couverture) et la façon dont les barrières, identifiées à la section 3 ci-dessus, sont abordées, en indiquant, le cas échéant, les **bonnes pratiques et les innovations**.

Cette analyse devra couvrir tout le soutien de Gavi reçu, y compris le SVN, le RSS et le soutien à la Plateforme d'optimisation de l'ECF. Cette section doit aborder les thèmes suivants:

- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et des autres plans d'activité liés à la subvention. Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles spécifiées dans le GPF n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performances, les goulots d'étranglement et les risques.
- **Les progrès de mise en œuvre au niveau global** des subventions de Gavi, y compris le SVN, le RSS (y compris la subvention basée sur les performances - PBF) et la **plateforme d'optimisation de l'ECF**.

- Les performances passées en matière de rougeole et de rubéole (analyse de couverture de vaccination et surveillance de la rubéole, performances ⁹⁾) et l'avancement du **plan sur 5 ans rougeole-rubéole** du pays.

Veillez mentionner toute autre **initiative pertinente non soutenue par Gavi** qui aborde les principaux facteurs de faible couverture (décrits à la section 3).

Les subventions de GAVI ces dernières années ont permis de colmater certaines contraintes liées aux financements tels que des activités non financées par l'état et les partenaires locaux. L'amélioration des CV de 2010 à 2014 est dû essentiellement à la réalisation de ces activités financées par ces allocations.

L'avènement du RSS a aussi favorisé l'amélioration de certaines CV dans les moughataas à faibles couvertures. L'absence d'épidémies des maladies cibles du PEV depuis 2010 témoignent de cette amélioration.

En 2016, des Moughataa continuent à avoir des CV Penta3 inférieures à 50%, Oualata, Blr Mogrein, DHAR, Tichit malgré les améliorations. Comme goulots d'étranglements il faut citer l'insuffisance des activités avancées et mobiles, zones d'accès difficiles et enclavées, insuffisance de la logistique roulante et instabilité du personnel de santé et mobilité des populations.

La disponibilité de la logistique roulante pour les différentes moughataas, l'achat des CDF dans le cadre du RSS pour les 23 Moughataas aura un impact très important sur les couvertures vaccinales

L'introduction du vaccin RR ainsi que la campagne de masse qui seront organisées à la fin de l'année 2017 auront un impact important sur la santé des populations

L'approche ACD est une activité très importante pour le Pays, avec l'appui de l'UNICEF, 5 moughataas ont été identifiées comme pilote, un certain nombre d'activité ont été réalisées dans ces zones, reste à faire une extension accompagnée par un financement de cette activité. GAVI pourra accompagner le Ministère dans ce sens.

Dans le cadre de la mise en œuvre du RSS1 on note la reprise des activités visant :

- Continuation et consolidation de la gratuité des soins au profit des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes pauvres dans les ZCI..
- Poursuite du paiement des salaires des retraités recrutés pour améliorer la disponibilité des RH dans les ZCI du programme RSS1
- Renforcement de la santé communautaire en cours (USB, implication des acteurs locaux, guide thérapeutique pour la rationalisation de la prescription)

Suite aux évaluations conjointes de 2015-2016 le pays a reprogrammé les financements RSS1 non utilisés qui seront consacrés essentiellement à l'acquisition de la logistique roulante et équipements et chaînes de froid au profit des Moughataas de la ZCI qui passent à 23 au lieu de 9 avec une population d'environ 1.5 millions d'habitants. Cette reprogrammation vise à :

- contribuer à l'extension des prestations sanitaires au sein de la communauté,
- soutenir les activités mobiles de santé, en particulier, celles de la vaccination,
- améliorer la gestion des données et le système d'information sanitaire,
- améliorer la perception des usagers et l'utilisation des prestations de services dans les FOSA, en particulier la vaccination.

Entre 2014-2016 une nette amélioration de la couverture par Penta 3 a été enregistrée dans les zones cibles : 6/9 des Moughataa ont dépassé 80%.

⁹Veillez inclure l'analyse de la vaccination de routine de VVR1 et VVR2 et la campagne de couverture VVR au niveau national et infranational (données admin. et données d'enquêtes), les informations sur la répartition des cas par tranche d'âge, par secteur géographique, par historique de vaccination, etc., pour la rougeole et la rubéole (y compris le syndrome de rubéole congénitale), en incluant les épidémies au niveau national et infranational.

4.2. Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

Veillez fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en liquidités de Gavi. Prendre en compte les aspects suivants :

- **Absorption** financière et taux d'utilisation¹⁰ ;
- **Conformité** avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits ;
- Principaux problèmes issus des **audits** de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme ;
- **Systemes** de gestion financière¹¹.

Absorption : Les allocations destinées aux introductions des NV et des campagnes ont toujours été absorbées en totalité, des missions de suivi et supervision ont été organisées dans ce sens. Le taux d'utilisation a toujours été de 100%.

Conformité : Avec la création du service administratif et financier, les différents rapports financiers sont élaborés conformément aux textes en vigueur. Une évaluation interne a été organisée en 2014 pour la campagne de lutte contre la méningite.

Problèmes issus des audits : Achats qui doivent passer par le service des marchés, la conformité des dépenses théoriques et pratiques

Systeme de gestion financière : Le chef de service financier a été formé sur le logiciel SARISAGE, cependant des insuffisances subsistent dans ce domaine.

Les fonds de la reprogrammation ont été virés en juin en 2017. Le renforcement des activités liées à la contractualisation, à la gratuité de soins et la santé communautaire, a été repris).

Les fonds destinés aux acquisitions (équipements, CDF et matériel roulant ont été virés à l'OMS et l'UNICEF).

Le taux d'engagement de la reprogrammation est de 69,6% (OMS, UNICEF et activités locales)

4.3. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Veillez fournir une rapide vue d'ensemble des principaux aspects et actions qui concernent la pérennité du soutien de Gavi envers votre pays. Veillez spécifier les éléments suivants :

- **Financement du programme de vaccination** : principaux défis liés au financement du programme de vaccination, dont les exigences de co-financement.
- **Planification de la transition post-Gavi** : si votre pays est en transition vers le retrait du soutien financier de Gavi, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. En l'absence de plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition.
- Si un plan de transition a été mis en place, veuillez fournir les informations suivantes :
 - Progression de la mise en œuvre des activités planifiées ;
 - Goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives ;
 - Respect du calendrier : les activités sont-elles menées dans les délais ou reportées et, en cas de reports, veuillez indiquer la date de réalisation prévue ;
 - Subvention de transition : veuillez spécifier et expliquer les changements importants proposés pour les activités financées par Gavi à travers la subvention de transition (par ex., abandon d'une activité, ajout d'une nouvelle activité ou modification du contenu/budget d'une activité) ;
 - Version révisée consolidée du plan de transition.
- **Plan de transition pour la poliomyélite** : Si votre pays est en transition vers le retrait du soutien d'autres sources principales en matière de soutien au programme de vaccination, telle que l'initiative

¹⁰Si, dans votre pays, des montants significatifs de subventions de Gavi sont gérés par des partenaires (par ex., UNICEF et OMS), il est recommandé d'examiner en parallèle l'utilisation des subventions par ces agences.

¹¹Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.

mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. Si un plan de transition existe, veuillez fournir une brève description de ce plan. En l'absence d'un plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition de la poliomyélite.

Financement du programme de vaccination (cofinancement) : Le gouvernement a été bien sensibilisé sur la nécessité de financement des vaccins et de la vaccination, C'est ainsi qu'une ligne budgétaire a été créé pour palier à des insuffisances de ce genre. En 2016, le ministère des finances a créé une ligne sur le BCI pour que ces financements soient envoyés le plutôt possible. Le pays est à jour à cette date en matière de cofinancement.

- Défis lié à l'augmentation du taux de cofinancement avec l'introduction des nouveaux vaccins.
- Défis de mobiliser plus de partenaires pour les financements des activités de vaccination
- Défis de pousser l'état à financer plus la vaccination (Budget de fonctionnement et autres)

Planification de la transition post GAVI : La Mauritanie n'a pas élaboré un plan de transition post GAVI cependant les autorités sont sensibilisées dans ce sens

Certaines actions importantes peuvent être organisées pour préparer cette transition :

- Une évaluation du programme initiale
- Une mission de plaidoyer de l'état et des partenaires à haut niveau
- Un atelier de sensibilisation des secteurs impliqués
- Un plan de transition pour la poliomyélite

4.4. Assistance technique

Veuillez fournir un bref résumé des principales connaissances générées au cours de l'évaluation des activités et des étapes en matière d'assistance du pays ciblé (TCA) soutenues par Gavi.¹² Veuillez spécifier si des modifications vis-à-vis des activités actuellement prévues et en cours en matière d'assistance technique sont envisagées (court terme). Si des modifications sont envisagées, veuillez fournir une justification.

Remarque : Les nouvelles exigences en matière d'assistance technique pour le prochain calendrier devront être indiquées dans la section 6 plutôt que dans cette section.

L'assistance technique dans les domaines suivants ont été initiés avec le Ministère en 2016 et qui a porté sur le DHS12/SNIS et PEV, la soumission HPV, l'approche ACD, le suivi du RSS1 ainsi que la recherche opérationnelle et la cartographie. Parmi ces domaines d'activité deux n'ont pas encore reçu l'aval de GAVI à savoir la recherche et la cartographie.

Les 4 premiers consultants ont exécutés leur travaux conformément aux TDR initiés avec GAVI, les domaines d'activité sont en cours de réalisation, il est important que ces activités continuent avec les mêmes consultants pour meilleure pérennité des acquis.

Pour certaines activités comme le HPV et ACD les contrats se terminent le 15 juillet 2017, il est important que l'appui continue dans ce sens.

¹²Un résumé de l'assistance technique, validée dans le cadre du Partner Engagement Framework (PEF), pour l'année en cours d'examen, et le statut des rapports sont disponibles via le portail PEF, auprès des utilisateurs inscrits, ou en contactant le Secrétariat de Gavi.

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Veillez fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe¹³ et toute autre recommandation significative du CEI ou du HLRP.

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel	
1. Soumission RR et Vaccin- anti HPV	Réalisées et acceptées	
2. Activités DHSI2	En cours, extension au niveau des structures de Nouakchott	
3. Approche ACD	En cours au niveau des zones pilotes	
4. Evaluation de la GEV	Réalisée	
5. Inventaire de la CDF	Réalisée	
6. Implication des OSC	Réalisée; impliquée dans la SAV et d'autres activités de communication	
7. Mis en œuvre du plan d'amélioration des données	Non réalisée/financement	
8. Mis en œuvre du plan de communication	Non réalisée/Financement	
9 – Suivi des activités RSS1 et coordination entre les différentes entités impliquées dans l'exécution	Avancées significatives par rapport au chronogramme préétabli / Activité continues	
10 Appui à la DPCIS/Confection outils /DHIS2	Réalisée/apport fonds mondial attendu	
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel	

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (vois section 6 ci-dessous).

L'activité 7 et 8 n'ont pas pu être exécutées dus essentiellement aux insuffisances de financement. Pour les données, une des recommandations de l'atelier de KIGALI sur les données c'est de reprendre certaines étapes de l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données qui ont été omises. Un chronogramme est disponible pour revoir ces activités. Ils doivent être considéré comme des activités parmi les prioritaires pour l'année prochaine

6. PLAN D'ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

Veillez présenter les **principales activités à mettre en œuvre l'année prochaine** avec le soutien de la subvention Gavi.

Dans le cadre de ces activités planifiées, et en se basant sur l'analyse fournie aux sections précédentes, veuillez décrire les cinq **principales constatations prioritaires et actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi**, en indiquant le calendrier et les besoins en assistance technique.

Veillez indiquer si des modifications au soutien de Gavi seront nécessaires, telles que :

- Des modifications des cibles du pays, telles qu'elles ont été précédemment établies, soit dans le cadre du Grant Performance Framework (GPF) ou dans le cadre de la demande de renouvellement du SVN soumise au 15 mai ;
- Des plans pour modifier toute présentation ou type du vaccin ;
- Des plans pour utiliser les possibilités disponibles de réallocation des fonds budgétés, afin de se concentrer sur les zones prioritaires identifiées.

Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, ne pas inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA), qui sera renseignée par les besoins indiqués ici.

¹³Veillez-vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

- L'introduction du vaccin HPV
- L'approche ACD
- Le DHSI2/données
- La Cartographie
- La recherche opérationnelle
- L'assistance pour le volet communication
- Appui au suivi de l'exécution du RSS
- Appui à la DPCIS par un expert en santé public
- Développement et paramétrage de la plateforme informatique du DHSI2
- Préparation de la mise en œuvre du RSS2
- Appui à la DLM par un expert en surveillance des PFA de la rougeole et autres maladies sous surveillance/nouveaux vaccins
- Appui à la DPCIS pour le passage de MAURI6 au DHIS2/Volet informatique
- Appui à la DPCIS pour l'élaboration d'un cadre institutionnel/juridique pour les données sanitaire
- Appui à la DPCIS/Formation/leadership and management
- Appui à la DPCIS/Formation/Economie de la santé
- Appui à la DPCIS/Formation/DHIS2
- Appui à la DPCIS/PEV/Plan de développement des ressources humaines
- Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la gestion des déchets
- Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la maintenance de la chaîne de froid
- Appui au PEV/Formation/leadership and management
- Appui au PEV/Formation/logistique de santé
- Appui au PEV/Formation/Gestion des données
- Appui au PEV/Formation/MLM
- Appui au PEV/Formation/Communication
- Appui au PEV/Mise en place de NITAG
- Appui à la DAF/Analyse situationnelle de la DAF

Tableau récapitulatif des besoins en assistance technique 2017 / 2018

<i>Besoins prioritaires et mesures stratégiques</i>	<i>Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées</i>	<i>Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?*(oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance requise</i>
<i>Mise en œuvre de L'approche ACD</i>	<i>2017 / 2018</i>	<i>Oui, consultants nationaux(2) Une année</i>
<i>Mise en œuvre du plan de Communication du PEV de routine</i>	<i>2018</i>	<i>Oui ; Consultants nationaux(2) trois mois</i>
<i>Introduction du vaccin anti HPV</i>	<i>2018</i>	<i>Oui, Consultant national (1)/une année</i>
<i>Mise en œuvre de la campagne RR</i>	<i>2017</i>	<i>Oui, consultants nationaux (2) un mois</i>
<i>Mise en place du DHSI2</i>	<i>2017 / 2018</i>	<i>Oui consultants nationaux(2) une année</i>
<i>Extension de la cartographie</i>	<i>2018</i>	<i>Oui consultant national une année</i>
<i>Mise en œuvre RSS1</i>	<i>2017 / 2018</i>	<i>Oui consultant national une année</i>
<i>Développement et paramétrage de la plateforme informatique du DHSI2</i>	<i>2018</i>	<i>Oui Consultant informaticien / 6 mois</i>
<i>Appui à la DPCIS par un expert en santé public</i>	<i>2018</i>	<i>Oui, un consultant national /1an</i>

Préparation de la mise en œuvre du RSS2	2018	Oui consultant national/ 1an
Appui à la DLM par un expert en surveillance des PFA de la rougeole et autres maladies sous surveillance/nouveaux vaccins	2018	Oui, consultants nationaux(2) une année
Appui à la DLM : Evaluation suivi des activités de surveillance	2018	Oui consultant national une année
Appui à la DPCIS pour le passage de MAURI6 au DHIS2/Volet informatique	2018	OUI, consultant national une année
Appui à la DPCIS pour l'élaboration d'un cadre institutionnel/juridique pour les données sanitaire	2018	OUI, consultant national 6 mois
Appui au DPCIS/Formation/leadership and management	2018	Oui, 1 personne
Appui à la DPCIS/Formation/Economie de la santé	2018	Oui, 1 personne
Appui à la DPCIS/Formation/DHIS2	2018	Oui, 2 personnes
Appui à la DPCIS/PEV/Plan de développement des ressources humaines	2018	Oui, 1 consultant national pour 6 mois
Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la gestion des déchets	2018	Oui, 1 consultant national pour une année
Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la maintenance de la chaine de froid	2018	Oui, 1 consultant national pour une année
Appui au PEV/Formation/leadership and management	2018	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Formation/logistique de santé	2018	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Formation/Gestion des données	2018	Oui, 2 personnes
Appui au PEV/Formation/MLM	2018	Oui, 3 personnes
Appui au PEV/Formation/Communication	2018	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Mise en place de GTCV	2017 / 2018	Oui, une consultance
Appui à la DAF/Analyse situationnelle de la DAF	2017 / 2018	Oui, une consultance/3 mois

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée par le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.

Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.

8. ANNEXE

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le portail pays.

Veillez noter que tout retard dans les rapports est susceptible d'impacter la décision de Gavi quant au renouvellement de son soutien.

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)	X		
Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus			
Rapports financiers	X		
Rapports financiers périodiques	X		
État financier annuel	X		
Rapport d'audit financier annuel			
Rapport de niveau de stock de fin d'année	X		
Rapport de campagne	X		
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination	X		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes	X		
Revue documentaire annuelle	X		
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)	X		
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)	X		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	X		
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	X		
Evaluation post-introduction (EPI)	X		
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans	X		
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation	X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			
Rapports spécifiques au VPH	X		
Plan de transition			

Si toutefois l'un des rapports demandés n'est pas disponible au moment de l'évaluation conjointe, veuillez indiquer à quel moment le document/les informations manquant(es) sera (seront) disponible(s).

Le rapport de la GEV et celui de l'inventaire de la CDF 2017 sont en cours d'élaboration.
 Le rapport d'évaluation de la fin de la subvention RSS sera réalisé au moment opportun
 Le plan de transition voir donnés plus haut