

Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018

Pays	Mauritanie
JA complète ou JA mise à jour	<input checked="" type="checkbox"/> JA complète <input type="checkbox"/> JA mise à jour
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	Du 23 au 27 Juillet 2018 à Nouakchott
Participants/affiliation	Ministère de la Santé, OMS, Unicef ; GAVI, voir liste de présence en annexe
Fréquence des rapports de résultats	2017 – 2018
Période fiscale	2017 – 2018
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2016 – 2020
Groupe de transition Gavi/de cofinancement	Cofinancement

1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>

Demande de vaccins

Demande de renouvellement de soutien pour les nouveaux vaccins :

Population 2019	4 077 347				
Cohorte de naissances	151 532				
Vaccin	Penta	PCV13	Rota	VPI	RR
Population dans la cohorte d'âge cible	145 458	145 458	145 458	145 458	145 458
Population cible devant être vaccinée (première dose)	139 294	139 294	139 294	139 294	139 294
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	132 367	132 367	132 367	132 367	132 367
Taux de couverture implicite (en 2019)	91%	91%	91%	91%	91%
Dernier taux de couverture WUENIC disponible	81%	77%	76%	68%	78%
Dernier taux de couverture admin disponible (fin 2017)	90%	90%	90%	90%	90%
Taux de perte	8%	8%	8%	8%	8%
Stock tampon	110500	104700	69900	37000	44400
Stock signalé (au 31 Déc.2017)	520 350	124 350	53700	22600	1 907 900

La Mauritanie a déjà soumis une demande de renouvellement de soutien pour les nouveaux vaccins au titre de l'année 2019.

Le stock du RR disponible à la fin de l'année 2017 concerne les AVS organisées en février 2018. Le vaccin a été introduit dans la vaccination de routine juste à la fin de ces AVS.

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

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
	VPH	2018	2019
	2ème dose du RR	2019	2020

2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE

Le déficit pluviométrique au cours de 2017 a certainement impacté les modes de vie et l'état de santé des communautés rurales en particulier. Des déplacements de populations ont dû avoir lieu pour la recherche du pâturage, de points d'eau ou du travail alternatif.

Aussi, des cas de fièvres hémorragiques et de dengue ont été enregistrés particulièrement à Nouakchott. Ceci a entraîné des moments d'importants afflux de populations aux structures de santé avec une surcharge

considérable pour le personnel qui pourrait avoir perturbé les services de vaccination. Une autre conséquence de cette situation a amené certains ménages à renoncer à des soins préventifs.

L'impact de ces événements sur la vaccination reste une hypothèse qui n'a pas été vérifiée avec des données factuelles.

Depuis la dernière évaluation conjointe, le pays n'a pas été identifié par GAVI comme étant fragile, bien que les répercussions du contexte socio-politique font que les réfugiés maliens (environ 56000) sont restés dans leur lieu d'hébergement à Bassiknou. Cependant certains partenaires (MSF) commencent à se retirer.

La Mauritanie est certifiée libre de la poliomyélite depuis 2007 et a connu une réapparition de nouveaux cas de Polio Virus Sauvage (PVS) importés entre Octobre 2008 et avril 2010. Grâce à la conjugaison des efforts de tous les acteurs, la transmission a pu s'arrêter en avril 2010. Le dernier cas remonte au 29 avril 2010 dans la Moughataa d'Amourj (Wilaya du Hodh Echargui) à la frontière avec le Mali et confirmé le 02/05/2010. Depuis cette date aucun cas n'a été enregistré dans le pays. Cependant, la surveillance connaît une faible performance, car le pays n'a pas encore atteint le taux de PFA non polio requis selon les critères de certification, il est à 1.9/100 000 enfants de moins de 15 ans. Certaines régions sont restées silencieuses pendant plus de deux ans. Les comités Polio connaissent des problèmes de dysfonctionnement avec pour conséquence la classification de seulement 8 des 19 cas de PFA notifiés en juillet 2018. Le pays court le risque de se voir retirer son statut de pays libéré de la polio si des mesures urgentes, notamment les recommandations issues de la revue de la surveillance menée en mai 2018 ne sont pas mises en œuvre.

Sur le plan institutionnel, une série d'élections municipales, législatives et régionales sont prévues au cours de septembre 2018. On note en particulier celle des conseils régionaux – instance nouvellement créée dans la perspective de régionalisation de la gestion des programmes de développement. Aussi une réforme des finances publiques a été initiée pour instaurer les budgets programme.

Suite à l'approbation de la stratégie nationale pour la croissance accélérée et la prospérité partagée (SCAPP 2016-2030) et la mise en place des mécanismes de sa mise en œuvre et de son suivi, un comité sectoriel de coordination de sa composante santé a été mis en place et rendu fonctionnel.

La politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2017 -2020 ont été développées avec un CDMT et un plan de suivi –évaluation. Un compact a été signé par le Gouvernement et les principaux PTF et a, entre autres, défini la mise en place d'un fond commun comme une des modalités de gestion des financements externes.

Des projets structurants sont en cours dans le secteur de la santé. Il s'agit notamment du financement basé sur la performance avec l'appui de la Banque Mondiale, du projet de la Couverture Sanitaire Universelle avec l'appui de la Coopération technique belge (CTB), le DHIS2 en cours de pilotage avec l'appui technique de l'OMS en perspective de sa généralisation soutenue par plusieurs partenaires et l'opérationnalisation de l'approche communautaire entamée par un projet conjoint (Fonds Mondial, GAVI, UNICEF) pour le déploiement de 500 ASC (Agents de Santé Communautaire ?) dans des localités non couvertes par des structures de santé. Enfin un nouveau projet de registre social a été lancé par l'agence Tadamoun en vue d'identifier, à l'échelle nationale, les 150.000 ménages les plus démunis.

Sur le plan du découpage administratif deux nouvelles Moughataa ont vu le jour : Ghabou au Guidimagha – situé géographiquement - (Selibaby divisée en deux Moughataas) et Benichab dans la wilaya de l'Inchiri.

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

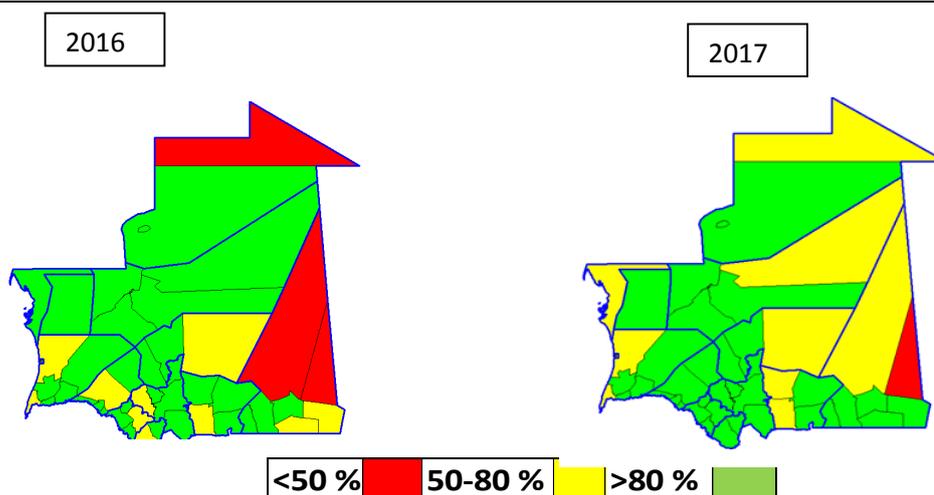
La couverture vaccinale administrative a connu une évolution progressive passant de 86% du Penta 3 en 2016 à 89% en 2017 (voir annexe 1, tableau II). En ce qui concerne les estimations OMS-Unicef, la couverture est passée de 73% en 2016 à 81% en 2017.

Ce taux de couverture prend en compte les réfugiés maliens au district de Bassiknou à l'Est du pays.

En 2017, parmi les 55 districts que compte le pays, 41 soit 75% ont une CV du penta3 supérieure ou égale à 80% contre 36 soit 65% en 2016.

L'amélioration de la couverture vaccinale au niveau de la zone cible d'intervention (ZCI), est relativement bonne en 2017, les Moughataa de Oualata et de Tichit avec des couvertures <50% en 2016 se sont améliorées en 2017.

On observe que 29 sur 55 en 2017 ont atteint l'objectif national de 89% contre 30 en 2016 pour un objectif de 87%. Seule la Moughataa de Dhar a encore une couverture inférieure à 50% en 2017.



Taux d'abandon en 2017 :

La moyenne nationale du taux d'abandon en 2017 est de 11%. Elle a connu une régression de 3 points par rapport à 2016. Sur les 55 Moughataa, 25 ont enregistré un taux d'abandon inférieur à 10% dont 8 ont enregistré un taux d'abandon négatif.

Nourrissons sous vaccinés par Penta 3 (DTP3)

Les données administratives disponibles permettent de situer géographiquement les enfants sous vaccinés par Moughataa sans pour autant déterminer leur profil. (Voir tableau en annexe) La grande majorité des enfants sous vaccinés se trouvent en milieu urbain.

En effet, Trois Moughataa de Nouakchott (Riyad, Arafatt et ElMina) totalisent, à elles seules, 6845 enfants sous vaccinés, soit 45% de l'ensemble des 15435 enfants sous vaccinés.

Avec 836 enfants sous vaccinés, les réfugiés maliens constituent 5% de cet effectif des enfants sous vaccinés ; ce qui représente 79% des enfants sous vaccinés dans la Moughataa de Bassiknou où se trouve le camp de Mberre et 42% de l'ensemble des enfants réfugiés. La Moughataa de Sélibaby (soutenue par Gavi et Unicef) a connu une amélioration de sa couverture vaccinale en Penta 3 en 2017 (83%) par rapport à 2016 (64%). Toutefois le nombre d'enfants sous vaccinés y est encore élevé (1470 soit 10% d'enfants sous vaccinés au niveau national) quoi que réduit par rapport à 2016 (3039 soit 20%).

Les autres 40% d'enfants sous vaccinés sont repartis dans 36 autres Moughataas comme le montre le tableau ci-dessous qui indique également que 13 Moughataas ont vacciné 3018 enfants de plus que leur cible, parmi eux 46% au Ksar et Teyarett dans la Wilaya de Nouakchott Nord.

Moughataas avec enfants sous vaccinés	Nombre d'enfants	%	Nombre de Moughataa
> 1000	9 367	61%	6
500 à 1000	3 367	22%	4
100 à 499	5 285	34%	21
< 100	434	3%	11
Surplus d'enfants vaccinés	-3 018	-20%	13
Totaux	15 435	100%	55

En termes d'équité, les données disponibles sur la couverture vaccinale ne permettent pas une analyse aisée qui aiderait à identifier les communautés mal couvertes de manière précise. En plus, ces statistiques sont pour la plupart relativement anciennes.

Comme le montrent les tableaux d'analyse de la CV et de l'équité (annexe 1), certains paramètres pertinents pour l'analyse de l'équité comme le sexe, le milieu d'habitation, la langue maternelle et les niveaux de bien-être et d'instruction n'ont été recueillies que par l'enquête de couverture vaccinale en 2014 et l'enquête MICS en 2015 et ce pour le niveau national uniquement.

La MICS 2015 révèle un taux de couverture des garçons (64%) légèrement supérieur à celui des filles (61%) cependant on observe l'inverse dans l'enquête de couverture vaccinale (ECV) (92% chez les filles et 91% chez les garçons). Toutefois ces différences qui varient entre 1 et 3 points ne semblent pas significatives. La différence entre la vaccination des enfants urbains et ruraux n'a pas été appréciée par l'ECV alors que la couverture en PENTA3 est de 16 points - supérieure chez les urbains selon la MICS (71% contre 55%).

Bien que la vaccination soit officiellement gratuite, les plus importantes disparités sont observées entre les quintiles le plus riche et le plus pauvre (37 points de différence dans le MICS et 12 points dans l'ECV), le premier étant de loin mieux vacciné.

Quant aux autres caractéristiques sociales, les enfants wolofs sont plus vaccinés cependant des taux de couverture vaccinale plus bas sont enregistrés chez les arabes selon la MICS et chez les Poular selon l'ECV. Les enfants des mères ayant une éducation supérieure sont mieux vaccinés que ceux des mères peu instruites.

Au plan géographique, la MICS 2015 a identifié les wilayas du Hodh Echargui et du Guidimakha comme étant les moins couvertes avec plus de la moitié des enfants qui ne sont pas vaccinés. Dans 6 autres wilayas plus d'un enfant sur 4 n'est pas vacciné (Assaba, Tagant, Gorgol, Hodh Elgharbi, Adrar et Brakna). Cependant l'ECV 2014 a trouvé que toutes les wilayas avaient une couverture au-dessus de 80% et que seules les régions du Gorgol, Guidimakha, Trarza, Hodh Elgharbi et Hodh Echargui n'atteignaient pas 90%.

L'explication de telles disparités est à rechercher certainement dans la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et l'utilisation des services de vaccination.

A ce titre, il est important d'observer que la vaccination est largement acceptée et demandée par la plus grande partie des populations et les refus n'ont été notifiés que dans des rares cas pendant les campagnes. De plus, la vaccination est officiellement gratuite et il ne devrait pas y avoir de barrière financière pour y accéder. Enfin l'analyse de la disponibilité du service de vaccination (voir tableau en annexe) montre que les Moughataas où il y a les plus faibles taux de couverture et les plus grands nombres d'enfants non vaccinés sont des centres urbains comme les Moughataas de Nouakchott et la Moughataa de Bassiknou avec le camp de M'berre. Ces Moughataas présentent les plus grands ratios de population par unité de vaccination (de 22000 à 40000 habitants par UFV) ; ce qui dénote d'un véritable problème de disponibilité du service à même de répondre à la demande. La Moughataa de Sélibaby fait partie de ce lot bien qu'elle ne soit pas un aussi grand centre urbain ; mais elle représente un déficit de 13 unités de vaccination par rapport au nombre de localités supérieures à 1000 habitants où des structures de santé sont prioritairement installées. Le fait que les Moughataas ayant vacciné plus que leurs cibles aient bien souvent plus d'UFV que de localités de plus de 1000 habitants renforce la plausibilité de cette analyse qui n'est certes pas la seule explication des contreperformances et des inégalités de la vaccination.

Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Quant à la surveillance des maladies cibles du PEV, on ne connaît pas avec certitude la situation épidémiologique, du fait que le système de surveillance n'est pas performant. Par exemple, les deux indicateurs de performance de la surveillance de la rougeole n'ont pas été atteints pour les trois dernières années (2015, 2016, 2017).

La surveillance active du syndrome de rubéole congénitale n'est pas mise en place et la surveillance sentinelle des diarrhées d'origine rota n'est pas opérationnelle.

3.1. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

Aucune caractéristique des enfants vaccinés ou non vaccinés n'est disponible dans les données administratives d'actualité. C'est pourquoi l'impact de chacun des paramètres ci-dessous reste considérable jusqu'à preuve du contraire.

- **Personnel sanitaire :**

Le personnel sanitaire est insuffisant, mal reparti; il est mobile et dispersé dans un vaste réseau de 463 structures de prestation où l'agent est souvent seul en poste. Des arrêts de travail sont observés quand cet agent est en congé ou en mission. La gestion de ce personnel est plus administrative que basée sur la performance. La formation de base ne couvre pas les composantes essentielles du programme et la formation continue est rare par manque de financement. Les supervisions sont rares du niveau régional et central du fait de manque de financements adéquats. Par ailleurs, le contenu et la

méthodologie utilisés lors des formations ne sont pas appropriés pour transférer le savoir-faire plutôt que les connaissances. La multiplication des écoles de santé, le renforcement des capacités de la faculté de médecine et la mise en œuvre de projets structurants comme le financement basé sur la performance et la Couverture Sanitaire Universelle sont des opportunités majeures à saisir pour améliorer la gestion du personnel, accroître son rendement et répondre à certaines de ses aspirations.

- **Chaîne d'approvisionnement :**

Une évaluation GEV a été réalisée en 2010, 2014 et 2017. Les résultats ont montré une amélioration progressive des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement (51% en 2010, 66% en 2014 et 72% en 2017). Cependant la performance n'est pas encore atteinte, surtout au niveau opérationnel. Irrégularité du rythme d'approvisionnement en vaccins par manque de la logistique roulante et la faible utilisation des outils de gestion de vaccins au niveau opérationnel. Des insuffisances dans la gestion des vaccins dont la non maîtrise des taux de pertes de vaccins sont dues entre autres au manque de formation appropriée des utilisateurs et des supervisions régulières.

Dans le cadre de l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, le pays envisage en collaboration avec ses partenaires de mettre en œuvre les recommandations de la GEV (voir rapport d'amélioration de la GEV) à travers entre autre la mise en œuvre du POEC. .

- **Génération de la demande :**

Les dernières données recueillies sur la demande de la vaccination remontent à la revue du programme en 2014. Comme toutes les données d'enquêtes, elles présentent des éléments agrégés à l'échelle nationale peu utile pour promouvoir la demande en particulier au sein des communautés les moins couvertes. En 2017, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités des prestataires de la vaccination en communication interpersonnelle ; ce qui a permis de réduire les taux d'abandon dans les districts ACD appuyés par l'UNICEF. D'autres activités ont été organisées : la responsable de l'unité de communication du PEV a été formée en génération de la demande ; une quinzaine de journalistes ont été formés sur la vaccination ; la semaine africaine de la vaccination a été célébrée ; une étude dénommée TIP (Tailoring Immunization Program) à Nouakchott est en cours pour comprendre les barrières sociales à la vaccination et améliorer la demande.

En dehors de cela, des campagnes de mobilisation sociale ont accompagné les activités supplémentaires de vaccination et le monitoring indépendant a, à cette occasion, identifié quelques cas de refus qui restent à explorer.

Un plan de communication est disponible depuis 2015 avec l'appui de l'Unicef. Les priorités du programme pour augmenter la demande sont la mise à jour et le financement du plan de communication; la généralisation du processus de formation/ supervision/coaching en Communication Inter-personnelle et la réalisation d'une enquête CAP.

- **Barrières liées à l'inégalité des sexes :**

En Mauritanie, les données disponibles aussi bien quantitatives que qualitatives ne soulèvent pas de problèmes particuliers du genre en matière de vaccination. Les outils de collecte des données ont été actualisés pour faire ressortir les informations sur le genre.

- **Leadership, gestion et coordination :**

En dépit de l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, le programme national a, en 2017, affirmé son leadership dans les principales composantes du PEV et a assuré un minimum de dialogue politique autour de la vaccination. Il s'est davantage rapproché des autres directions et services, en particulier, la DPCIS – Direction de la Planification, de la coopération et de l'information Sanitaire) dans le cadre du suivi du RSS-GAVI.

En matière de coordination, les quatre réunions statutaires du CCIA ont été régulièrement tenues et ont permis d'examiner d'importants dossiers du programme. Le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination vient d'être mis en place. Cependant, on note une amélioration de la gestion grâce à l'élaboration d'un plan annuel du PEV fixant les priorités du PEV central.

Au niveau national, le programme devra œuvrer pour l'amélioration de la qualité du suivi par le CCIA en plaidant pour la contextualisation et l'adoption de ses termes de références tout en assurant une

bonne coordination de l'ensemble des acteurs à un niveau technique. Il œuvrera pour la responsabilisation du niveau wilaya et Moughataa y compris pour la mise en œuvre des activités du RSS2 (à venir) et suivra de plus près toutes les expériences pilotes en vue d'en tirer les enseignements à soumettre au CCIA.

Le programme devra se focaliser davantage sur le renforcement des capacités des régions afin qu'elles assument pleinement leur rôle de leadership et de coordination au niveau déconcentré. Pour ce faire, le PEV devra s'appuyer sur les projets et initiatives en cours tels que le RSS2, l'approche ACD, la cartographie sanitaire, le projet de MasterCard, DHIS2 et autres.

3.2. Données

Système de vaccination et de santé

En 2017, tous les rapports mensuels des 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 (43%). En effet, il est courant de constater que la transmission de certains rapports prend plus de temps. Le tableau en annexe – *Tableau VII* – indique le niveau de promptitude des rapports transmis au niveau central pour l'année 2017. Cette situation de faible promptitude n'est pas spécifique à 2017 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 à 2016.

Les données sont collectées à partir des structures de prestation de services de vaccination par du personnel généralement surchargé, peu formé et, dans la plupart des cas, démotivé.

Ces données sont à envoyer au niveau Moughataa où sont compilées et synthétisées pour leur envoi au niveau régional et en suite au niveau national.

Le manque de formation, de supervision, de suivi et de moyens de transport ont des répercussions sur la complétude, l'exactitude et la promptitude des données au niveau de la base où elles sont collectées, archivées et rapportées. Cette étape de base conditionne le reste du processus aux niveaux supérieurs du système.

L'outil utilisé actuellement à l'échelle nationale est le DVD_MT à partir du niveau Moughataa.

En ce qui concerne le DHIS2, le programme avec l'appui de l'OMS a mis en place une zone pilote dans les trois wilayas de Nouakchott et une Moughataa de la wilaya du Trarza ; Les agents de santé ont été formés sur l'utilisation de l'outil.

Dénominateurs

La qualité des données administratives soulève la problématique de la maîtrise des dénominateurs dans un contexte où l'état civil est encore relativement peu fiable et les tailles des groupes populationnels sont calculées sur la base de projections. Lors de la dernière enquête MICS réalisée par l'ONS – l'Office national de la statistique -, les outils utilisés n'étaient pas ceux utilisés par le programme national qui, en plus, n'a pas participé, ni à la validation des questionnaires ni à la formation des enquêteurs. Cependant, il n'y a pas de certitude que l'impact de cette déficience sur la qualité des résultats de l'enquête ait été évalué. Enfin, les enquêtes de couverture vaccinale n'ont pas fait l'objet de critiques particulières sur le plan de la qualité des données. Toutefois, elles ont été pilotées conjointement par le PEV et les partenaires techniques (OMS, UNICEF, CDC) et les données ont été collectées par du personnel de santé. Un tel exercice a pu comporter des biais difficilement contrôlables.

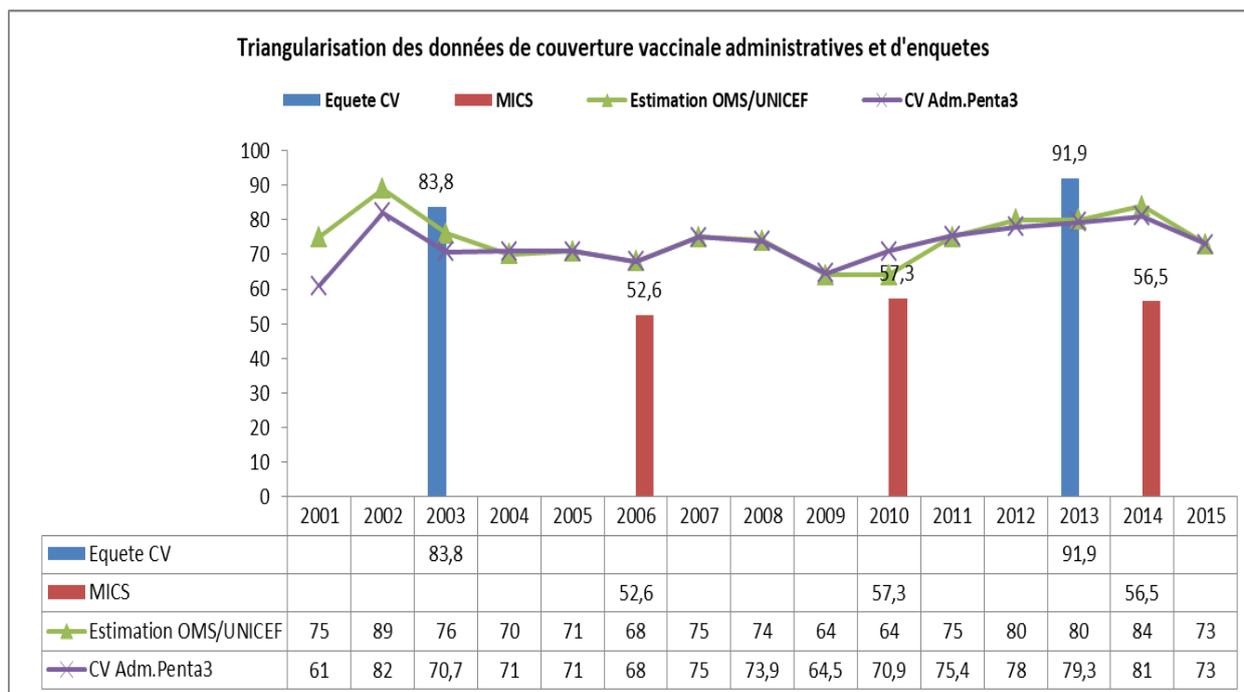
Ainsi, la problématique de la qualité des données demeure un défi majeur pour le programme qui ne peut être relevé que par une enquête indépendante. Dans ce cadre, l'espoir est porté sur une éventuelle enquête "EDS" réclamée par le Ministère de la Santé et ses partenaires et pour laquelle des efforts de mobilisation des ressources sont déjà lancés.

Les taux de couverture vaccinale >100% peuvent s'expliquer, entre autres, par le mouvement des populations de l'intérieur du pays et de la périphérie vers les pôles d'attraction économique. Cette situation affecte les dénominateurs et s'explique en partie par la faible documentation de la provenance des personnes vaccinées dans les registres.

Des efforts sont en cours pour améliorer la fiabilité des données de populations grâce à la numérisation de l'état civil et des projets innovants de type MasterCard. Un recensement général de la population a été réalisé en 2013 et des projections sont faites pour chacune des quinze wilayas du pays. Des stratégies additionnelles de suivi et de cartographie doivent être mises en place.

Disponibilité des données, leur qualité et leur utilisation,

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 dans les autres pays ont démontré que les résultats des enquêtes sont souvent inférieurs aux valeurs administratives alors que c'est l'inverse en Mauritanie.

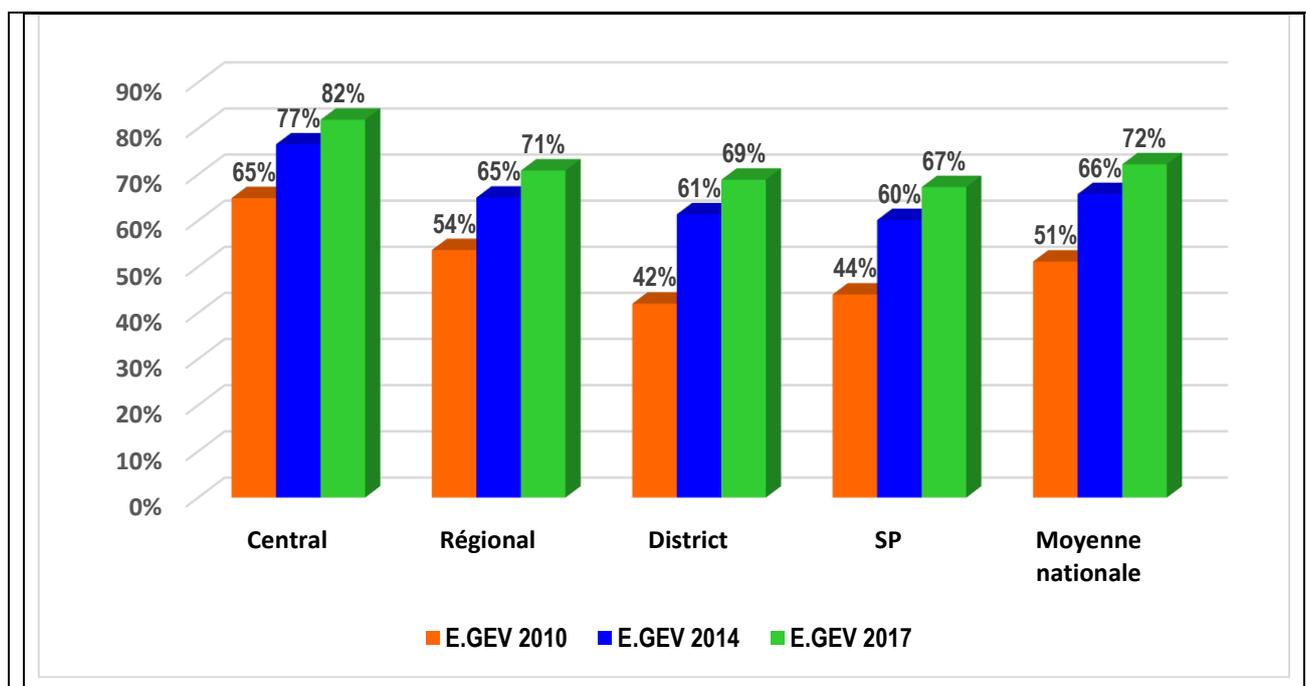


La problématique de la qualité des données demeure un défi majeur pour le programme. Un plan d'amélioration de la qualité des données sera mis en œuvre en collaboration avec les partenaires.

Gestion efficace des vaccins :

La Mauritanie a adopté depuis 2010 l'organisation régulière de l'évaluation de la Gestion Efficace des vaccins (GEV) sous la supervision de l'OMS. Dans ce cadre l'évaluation de la GEV a été effectuée en Nov. 2010, Mars/Avril 2014 et en juin 2017.

Les résultats de l'EGEV ont montré une amélioration progressive des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Cependant la performance n'est pas encore au niveau de l'objectif visé. Le graphique ci-dessous indique la moyenne nationale des critères aux différents niveaux selon l'année d'évaluation.



3.3. Financement de la vaccination

Gestion des finances publiques :

La Mauritanie a adopté l'Initiative de l'indépendance vaccinale depuis 1996. Une ligne budgétaire permanente sur le budget national a été créée pour l'achat des vaccins et des consommables.

En partenariat avec GAVI, la Mauritanie assure le co-financement des vaccins sous-utilisés et les nouveaux vaccins ainsi que les consommables.

L'approvisionnement en vaccins et consommables se fait à travers l'UNICEF sur la base d'une convention de partenariat entre le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Economie et des Finances d'une part et l'UNICEF d'autre part. Les fonds destinés à l'achat des vaccins sont transférés chaque année à l'UNICEF.

Le tableau suivant indique le volume et sources de financement du programme au titre de l'année 2017

Rubriques de dépenses		B.Etat (MRO)	OMS (MRO)	UNICEF (MRO)	GAVI (MRO)	Total en MRO	Total en \$ USD	Taux
Renforcement des compétences du personnel	Formation		16 449 360			16 449 360	46 998	0,55%
	Supervision		1 278 000		12 883 850	14 161 850	40 462	0,48%
Renforcement des capacités du programme	SAV		3 150 000			3 150 000	9 000	0,11%
	ACD			44 135 083		44 135 083	126 100	1,48%
	Achat et Maintenance ECF	89 450 000				89 450 000	255 571	3,01%
	Fonctionnement du programme	16 074 000				16 074 000	45 926	0,54%
	AVS (Polio et RR)		124 333 345		314 737 295	439 070 640	1 254 488	14,76%
Achat vaccins	Routine	386 269 706			1 499 575 000	1 885 844 706	5 388 128	63,40%
	AVS (Polio et RR)			38 662 225	427 700 000	466 362 225	1 332 464	15,68%
Total en MRO		491 793 706	145 210 705	82 797 308	2 254 896 145	2 974 697 864	8 499 137	100,00%
Total en USD		1 405 125	414 888	236 564	6 442 560	8 499 137		
Taux		17%	5%	3%	76%	100%		

Le Ministère de la Santé a lancé depuis 2017 sur le budget de l'Etat une commande de 38 réfrigérateurs solaires et 2 chambres froides dont la réception est attendue en 2018.

Il est à noter que le Ministère de la santé a investi dans l'acquisition des ECF pré-qualifiés sur les fonds de l'Etat depuis 2014. Il a distribué au cours de la période de 2015 à 2017 : 275 ECF dont 165 solaires sans batterie et 110 électriques à gaines réfrigérantes.

D'autres financements spécifiques soutiennent la vaccination. A titre d'exemple, les fonds mobilisés par les partenaires dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle ou à celle des réfugiés, notamment quand elles sont utilisées pour des activités mobiles intégrées, pour la formation et la supervision du personnel, ou encore pour le monitoring des indicateurs.

En perspective, le projet financement basé sur les résultats (FBR) du Fonds global, l'appui budgétaire de l'Union Européenne et d'appui institutionnel de l'AFD (Agence Française de Développement) et le projet multi bailleurs de DHIS2 contribueront au financement de la vaccination.

C'est pourquoi, la coordination de ces financements et le suivi de leur mise en œuvre doivent constituer l'une des priorités futures en vue d'en tenir compte dans les revues ultérieures.

Le PEV a adopté une stratégie de transition des ECF à absorption aux réfrigérateurs de compression modernes (solaires sans batterie (SDD) et électriques à gaines réfrigérantes (ILR) qui sont pré-qualifiés par l'OMS (enregistrés sur le PQS).

4. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

4.1. Performance du soutien au vaccin

Le soutien de GAVI a permis d'introduire le vaccin contre la rubéole combiné avec le vaccin anti-rougeoleux (RR) et l'organisation des AVS contre ces deux maladies en début de l'année 2018.

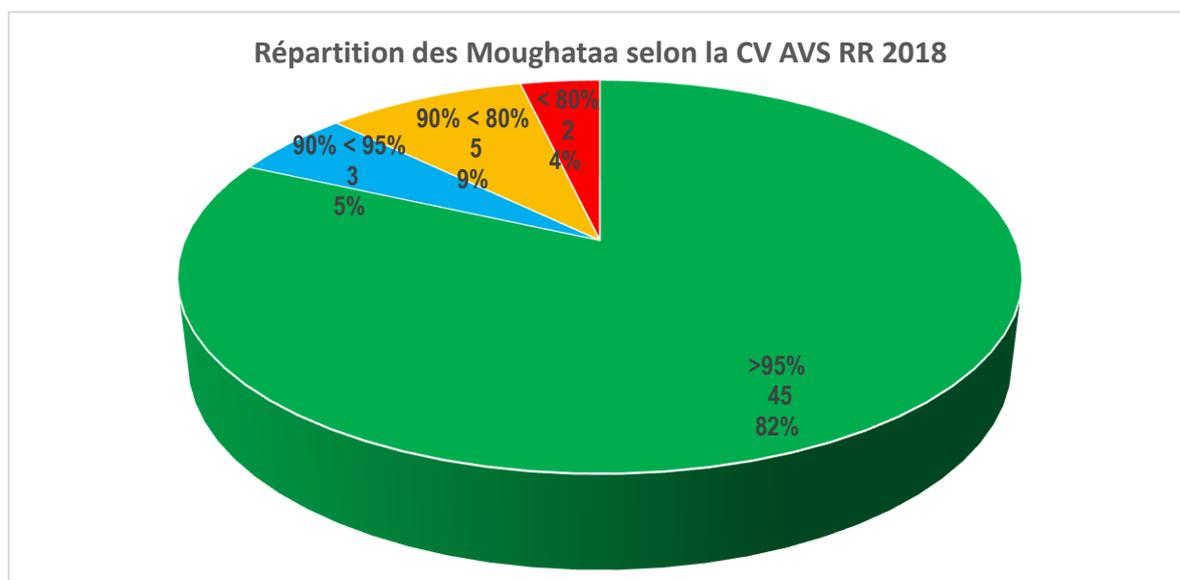
Les AVS contre la rougeole et la rubéole ont été programmées pour la mise en œuvre en Décembre 2017 mais à cause de la lourdeur des procédures et le respect des exigences du processus gestionnaire, ont été reportées pour février 2018.

La mise en œuvre des AVS et l'introduction se sont déroulées dans de bonnes conditions.

Les résultats de cette campagne montrent une bonne couverture vaccinale dans la majorité des Moughataas. Cependant certaines n'ont pas pu atteindre l'objectif de 95% (résultats détaillés en annexe 3) ;

Au total, 45 Moughataas parmi les 55 que compte le pays ont enregistré une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95%. Parmi les 10 Moughataas qui n'ont pas pu atteindre cet objectif,

3 ont enregistré une couverture >90%, 4 entre 80% et 90% et 3 <80% comme montre graphique ci-dessous :



Au cours de la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole, 33 cas de MAPI mineures ont été notifiés sur l'ensemble du territoire national. Aucun cas grave n'a été signalé.

L'évaluation post campagne a été confiée à l'OMS et n'est pas encore faite.

4.2. Performances du soutien RSS de GAVI (pour les pays concernés)

La mise en œuvre du RSS1 (2012-2017) a connu des retards qui ont conduit à une reprogrammation des ressources avec l'implication de certains partenaires pour accélérer la mise en œuvre des activités. C'est ainsi que des mesures adaptées ont conduit à des décisions visant le renforcement de la DAF et la DPCIS, le recours à l'OMS et l'UNICEF pour l'exécution des acquisitions. Les activités liées aux stratégies prioritaires (gratuité des soins, délégation des tâches, recours aux services d'infirmiers retraités en plus de l'appui aux activités des districts notamment des supervisions et des activités avancées) ont conduites sur fonds disponibles dans le compte de la DAF et des fonds issus de la reprogrammation ont été versés dans le compte du PEV. La mise en œuvre des activités reprogrammées s'est faite au cours de la période d'octobre 2016 au 30 décembre 2017.

Ces mesures avaient pour objectifs d'alimenter la réflexion d'une telle approche au niveau national.

- La stratégie de gratuité des soins est un forfait mis à disposition des formations sanitaires pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes certifiées par les communes comme étant indigentes. Même si des données ne sont pas parvenues au niveau central, cette stratégie a permis vraisemblablement d'augmenter l'utilisation des services par ces catégories ciblées. Concernant la prise en charge des femmes enceintes dans les Moughataas où le forfait obstétrical est mis en œuvre, la cotisation des femmes indigentes (5500 MRO) est prélevée sur le forfait de gratuité. Selon l'appréciation de certains médecins chefs, la gratuité des soins serait plus efficace que la stratégie de délégation des tâches. Des analyses supplémentaires sur l'impact de cette stratégie et ses éventuelles interactions avec les autres initiatives pour lever les barrières financières sont nécessaires.
- La stratégie de délégation des tâches consiste au paiement de primes à certains personnels de santé (115 agents) qui effectuent des tâches supplémentaires de niveau supérieur dans les 9 Moughataas de la ZCI du GAVI/RSS1. Cependant, les critères d'attribution et les modalités d'application varient selon les médecins chefs de districts chargés de la mise en œuvre de cette stratégie. On note des améliorations des performances en termes de couverture des principales interventions, cependant il est nécessaire de réviser la stratégie sur la base des leçons apprises en vue de l'adapter aux besoins du terrain avant son éventuelle mise à l'échelle nationale. Aussi, le développement d'outils et la formation des médecins-chefs sur l'utilisation et le suivi sont nécessaires.
- Recours à la contractualisation avec les infirmiers retraités : Cette stratégie a concerné 4 Moughataas à raison d'un agent par Moughataa sur les 9. Les zones bénéficiaires sont celles qui sont totalement dépourvues de personnel (enclavement, conditions de vie difficiles). Cette approche ne sera pas reconduite dans le RSS2.
- Les autres activités d'appui (stratégie avancée, mobile, supervision) ont eu un impact évident sur le niveau de vaccination et sur l'utilisation des services préventifs en général (voir section : données du PEV).

La subvention RSS1 s'inscrit dans un cadre global impliquant d'autres partenaires (Fonds mondial, Banque Mondiale, etc.) pour le renforcement des systèmes de santé, notamment les activités communautaires et l'acquisition des véhicules pour les Moughataas restantes non prises en charge par GAVI, le renforcement du système national d'information sanitaire à travers l'assistance technique et l'acquisition de matériel informatique pour les Moughataas cibles. L'apport de ces partenaires est en cours de réalisation.

Les principaux goulots d'étranglement rencontrés durant l'exécution du RSS1 sont :

- Faibles capacités des structures d'exécution et de suivi (DAF, DPCIS)
- Retard de la remontée des pièces justificatives (qualité des pièces, niveau de formation faible et manque de supervisions)
- Insuffisance d'activités de supervision du niveau central au niveau régional et local
- Faible implication des DRAS (Directeurs des niveaux régionaux)
- Mobilité du personnel de santé et faiblesse du niveau de formation

La majorité de ces problèmes ont été résolus à travers la mise en place d'assistants techniques et le déploiement de personnel additionnel au niveau de la DAF et la DPCIS.

L'exécution du projet a été coordonnée par un Comité de suivi présidé par le Secrétaire Général et composé du DPCIS, DSNB (PEV), DAF et l'OMS. Ce Comité se réunit régulièrement chaque mois. Il a été récemment élargi à l'UNICEF et autres entités bénéficiaires (DRAS, DHP, DLM). Les termes de références de ce Comité seront revus pour s'adapter aux exigences de la nouvelle subvention RSS2 et assurer le lien avec les autres cadres sectoriels de suivi et de coordination (CONAP, CCIA...).

Dans le tableau ci-dessous, les réalisations liées aux objectifs initiaux du RSS1 sont documentées :

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

Objectif 1	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	O1. D'ici septembre 2017, renforcer la couverture des services de santé de base y compris la vaccination, dans la ZCI
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	23 Moughataas Choisies sur la base des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Niveau bas de la couverture vaccinale - Enclavement - Taux de pauvreté
% d'activités menées/ utilisation du budget	Toutes les activités reprogrammées ont été réalisées à 100%
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<u>Activités mises en œuvre :</u> 23 véhicules 4X4 pour les activités mobiles au profit des 23 districts de la ZCI 23 kits de matériels d'activités mobiles (Matériel pliable : Paravent, table, chaises, lit, ...) pour les 23 CSM de la ZCI 14 incinérateurs adaptés pour 14 structures de santé dans la ZCI 33 unités d'énergie solaire pour l'éclairage de 33 Postes de santé (PS) dans la ZCI 33 Postes de santé (PS) dans la ZCI des équipements de soins de base 23 CSM de la ZCI équipés en CDF adéquates (Réfrigérateurs VLS 400A et glacières) 23 CSM de la ZCI en équipements pour assurer de bonnes conditions de stockage (Armoires métalliques, chaises, bureaux...) <u>Activités non mises en œuvre :</u> Toutes les activités ont été réalisées, L'UNICEF a pris en charge les frais d'enlèvement, du transit et du transport des équipements autre que les incinérateurs. La prise en charge de l'acheminement des incinérateurs et des travaux préalables à leur installation sur site n'ont pas été prévus, ce qui retarde la clôture de ce dossier.
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)	Voir RSS2
Objectif 2 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	O2. D'ici Septembre 2017, renforcer les capacités des 9 CSM de la ZCI initiale par la poursuite de 2 stratégies innovantes de renforcement des RHS : délégation des tâches et contractualisation avec des agents de santé à la retraite.
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	ZCI
% d'activités menées/ utilisation du budget	Idem
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	2.1 Poursuivre le paiement des primes de tâches déléguées aux personnels de santé dans les 9 CSM de la ZCI du GAVI/RSS1 (Prime de Tâches déléguées : 115 agents / Trimestre / 69 000 UM) 2.2 Poursuivre le paiement des salaires du personnel supplémentaire recruté parmi les agents de santé à la retraite dans les CSM de la ZCI du GAVI/RSS1 (4 agents / Mois / 123 000 UM)
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)	Assistance technique Voir tableau de l'AT et apport des autres partenaires
Objectif 3 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	O3. D'ici septembre 2017, renforcer les capacités de suivi-évaluation et de la gestion des données sanitaires dans la ZCI et assurer la gestion et l'évaluation de la subvention
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Idem

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

% d'activités menées/ utilisation du budget	
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	3.1 Appuyer le personnel impliqué dans la gestion des données par la mise à disposition d'outils informatiques (Acquisition de 23 unités informatiques) 3.2 Organiser 2 sessions de formation des points focaux des CSM de la ZCI sur la collecte et le traitement des données (1 session : 3 jours / 2 formateurs / 12 participants)
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique ¹)	

4.3. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

Le projet CCEOP soumis en 2017 a été approuvé par GAVI et le processus de préparation de sa mission a été lancé avec une première mission en avril 2018 d'une consultante régionale envoyée par UNICEF. Dans ce cadre, une feuille de route a été adoptée. Elle comprend, entre autres, la mise en place d'un comité national de coordination du Projet, la réalisation d'un inventaire géo référencié des ECF et le développement d'un plan de déploiement des nouveaux ECF. La collecte et l'élimination des anciens équipements de chaîne de froid hors usage constitue, en plus de leur maintenance, des défis majeurs en matière de protection de l'environnement dans le cadre du Projet CCEOP. Il est prévu dans le Projet que le fabricant/fournisseur dispense une formation sur l'utilisation et la maintenance des équipements au profit du personnel des structures bénéficiaires. Toutefois, à elle seule, la formation ne suffira pas. Un système de coaching et de suivi de l'exploitation de ces équipements par la DHP et le PEV est indispensable au moins pendant les deux premières années consécutives à l'installation de ce matériel et, ce, pour assurer un réel transfert des compétences en matière de maintenance préventives et de documentation des interventions sur les équipements de CDF.

D'où le besoin d'une assistance technique pour l'appui au coaching en maintenance et l'élimination des déchets biomédicaux.

4.4. Performances de gestion financière

Absorption :

Entité de mise en œuvre	Montants planifiés	Montants utilisés	Reliquat restitué à GAVI	Absorption
	(USD)	(USD)	(USD)	
Etat	371,43	348,00		93,69%
OMS	627,56	627,56		100,00%
UNICEF	874,012	838,617.61		95,95%
Reliquat restitué à GAVI par l'Etat			23,43	
Reliquat restitué à GAVI par l'UNICEF			35 394,69	
TOTAL	1 873,00	1 847,45	35 418,12	98,64%

NB : A la reprogrammation initiale du RSS1 s'ajoute 82 Millions de MRO soit 234 286 USD qui était dans le compte de la DAF et non prise en compte dans le montant reprogrammé

Conformité : les subventions de GAVI ont fait l'objet d'audit externe commandité par le Ministère de la santé qui a porté sur les exercices 2014, 2015 et 2016 des fonds de RSS1 gérés par la DAF. De même le Département Audit de GAVI a effectué une mission de scoping en Mauritanie du 16 au 20 Avril 2018. Cette mission est organisée en prélude à l'audit des fonds de GAVI prévue en septembre 2018.

Les observations de la mission pré-audit GAVI et de la mission d'évaluation des capacités pour RSS2 :

Aucune anomalie majeure sur les états financiers n'a été relevée. Néanmoins, il faut souligner qu'une partie des justificatifs d'utilisation des fonds disponibles au niveau local n'a pas encore été remontée jusqu'au niveau central.

L'équipe GAVI d'évaluation des capacités a constaté un certain nombre de faiblesses qui ont été adéquatement adressées par l'assistance technique (renforcement de la DAF, logiciel de gestion Tompro, manuel de procédure, etc.).

Système de gestion financière : il est mis en place au sein de la DAF et du PEV le logiciel comptable TOMPRO. C'est un outil de gestion des fonds qui a un double objectif : faciliter la mise en place d'un système d'information fiable, et produire des rapports financiers dans les délais. Le personnel de la DAF et du PEV sont formés à l'utilisation de ce logiciel.

Il est prévu le déploiement de ce logiciel dans les quinze (15) DRAS de la Mauritanie en vue de permettre la vulgarisation de son utilisation pour une gestion efficace des subventions.

D'autres partenaires du Ministère de la Santé considèrent la mise en place de cet outil et le renforcement des capacités de la DAF comme des investissements majeurs facilitant le progrès vers la mise en place d'un fond commun conformément au compact national santé. Ce qui va requérir en plus le développement autour de cet outil d'un cadre commun de gestion muni d'un manuel consensuel des procédures de tous les niveaux.

Durant l'évaluation conjointe, une mission indépendante de suivi de l'impact du renforcement de la DAF a été réalisée.

4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

N/A

4.6. Assistance technique

Avec l'appui de GAVI, UNICEF a fourni une assistance technique sous deux formes : i) Les staffs de l'UNICEF, notamment une professionnelle internationale P3 spécialiste en Santé Maternelle et Infantile jusqu'au 30 Aout 2017, un cadre national spécialiste de la vaccination en position temporaire jusqu'au 30 aout 2018 et un autre national spécialiste de communication pendant 3 mois ; ii) un consultant pour le renforcement des capacités des prestataires de la vaccination en communication interpersonnelle (CIP).

En dehors de ces appuis, deux autres staffs (un international P4 et un National NOC) engagés sur des fonds propres de l'UNICEF ont aussi contribué à l'assistance au PEV.

Tout cet apport technique a permis d'accompagner le PEV dans la mise en œuvre de son plan de travail y compris les campagnes de vaccination et leur volet communication et a permis également de délivrer 3 milestones sur 5 prévus dans le TCA, ceux de l'expérimentation de l'ACD et du renforcement de la CIP étant étendus car nécessitant beaucoup plus de temps et de ressources. L'assistance de l'UNICEF a permis aussi d'accompagner le niveau central du Ministère de la Santé dans la coordination sectorielle et le développement de politiques et de stratégies.

Au niveau de l'UNICEF, l'année 2017 a connu le développement d'un nouveau programme de coopération 2018 - 2021 qui maintient la vaccination comme priorité et garantit la poursuite des chantiers lancés dans ce domaine en commun accord avec le Ministère et GAVI, à savoir développer avec le PEV central et les équipes locales de santé un modèle d'opérationnalisation de l'approche ACD qui renforce la performance et l'équité de la vaccination. La nouvelle structure du programme de l'UNICEF prévoit de légères modifications qui nécessitent le soutien de GAVI pour mieux adapter l'assistance technique de l'UNICEF aux défis et aux ambitions du secteur de la santé. En effet, une unité composée de deux cadres nationaux (un NOC sur fonds propres de l'UNICEF déjà en place et un NOB sur financement de GAVI dont le recrutement est lancé) a été mise en place pour accompagner les districts et les régions dans la planification et la mise en œuvre de plans de travail sensibles à l'équité. Un poste P4 international est créé pour assurer l'accompagnement des réformes sectorielles déjà engagées ou en cours de démarrage et pour assurer la capitalisation des leçons qui auront été apprises de la mise en œuvre des programmes au niveau opérationnel. Cet important poste ne peut être pourvu qu'après la sécurisation d'un minimum de 2 ans de salaires.

En plus de cela, UNICEF pourra en fonction de la disponibilité des ressources déployer des consultants nationaux et internationaux pour appuyer l'introduction du VPH, le projet POECF, le développement d'approche communautaires de suivi de l'état vaccinal des enfants en temps réel et dans d'autres domaines jugés pertinents en concertation avec le PEV et les responsables des systèmes locaux de santé.

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

Pour l'année 2017-2018 l'assistance technique (OMS) a concerné les domaines suivants :

1. Appui à la formation du personnel du PEV : (a) Formation des 32 agents de santé responsable du PEV dans 3 régions de l'axe nord (Inchiri, Adrar et Tiris Zemmour). La formation a eu lieu dans 2 pools (20 agents regroupés à Atar pour les Wilaya d'Adrar et Inchiri et 12 agents regroupés à Zouerat pour la région Tiris Zemmour), (b) Formation des 24 agents de santé responsable du PEV dans 1 région de l'axe sud (région de Guidimagha). Les préparatifs pour la formation du personnel du PEV de la région du Trarza sont en cours
2. Appui à l'amélioration de la qualité des données : (a) Formation des points focaux, et des médecins chefs des 9 districts (Moughataas) sur le DHIS2 dans les 10 sites pilotes, (b) prise en charge du gestionnaire de données du PEV pour la participation à l'atelier sur le JRF, (c) (f) prise en charge, et organisation d'un atelier national pour la revue des données du PEV, et la mise à jour du plan d'amélioration de la qualité des données, (g) prise en charge, et appui technique à l'organisation d'une revue approfondie de la qualité des données du PEV (en cours), (h) Appui technique, et prise en charge d'un atelier de formation des formateurs sur le DHIS2 au profit du groupe technique SNIS/ PEV
3. L'appui à la mise en œuvre de l'évaluation post introduction du VPI, et du SWITCH : cette activité a été mise en œuvre, et le rapport a été finalisé et partagé avec les partenaires
4. La mise en œuvre de l'approche Tailoring Immunization Programme (TIP) dans deux districts (ou régions ?) de Nouakchott Sud et Nord : Appui technique, et prise en charge d'un atelier de réflexion sur le PEV qui a été organisé, et durant lequel : a) un aperçu sur le programme de vaccination, b) Une introduction des concepts liés aux comportements de vaccination et un aperçu sur l'approche TIP, c) un engagement des parties prenantes dans le processus TIP et des contributions initiales sur les obstacles et les catalyseurs de la vaccination dans trois domaines: 1) les facteurs liés aux services de santé et au système; 2) les facteurs sociaux, culturels et communautaires; et, 3) les facteurs individuels. Recrutement d'un consultant pour faire l'analyse situationnelle, et les résultats de cette analyse ont été présenté lors d'un atelier qui a été organisé avec le PEV. Le rapport de cette analyse est en cours de finalisation.
5. Appui technique et financier pour la formation de 15 journalistes à Nouadhibou sur les questions de la vaccination, et le traitement des urgences de santé publique
6. Appui à la reprogrammation du RSS1, ce qui a permis d'acquérir 23 véhicules (acheter à travers l'OMS), et qui seront mis à la disposition des 23 districts prioritaires du PEV
7. Appui technique et financier à l'introduction du vaccin RR, et à la mise en œuvre de la campagne nationale de vaccination RR. L'évaluation post campagne est en cours de préparation.
8. Appui technique et financier à l'organisation de la campagne Polio, le monitoring Independent, et les rapports a été finalisés et partagés avec les partenaires
9. Appui technique et financier aux préparatifs au projet Wellness Pass/MasterCard, et ceci à travers l'organisation d'un atelier de réflexion, et analyse de la situation du PEV (taux d'abandon, dénominateur/population cible), et finalisation de la note conceptuelle avec le budget.

Au niveau de la DPCIS, un consultant chargé du suivi de la mise en œuvre du RSS et deux autres chargés de renforcer le SNIS dans le DHIS2

Au niveau du PEV le besoin en assistance technique dans les domaines suivants :

- Appui aux travaux du CCIA
- Suivi DHIS2,
- Introduction du vaccin HPV,
- l'ACD

Tableau récapitulatif des besoins en assistance technique 2018 / 2019

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?*(oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance requise
Mise en œuvre de l'approche ACD	2018-2019	Oui, consultants nationaux (2) Une année Appui technique de l'UNICEF
Mise en œuvre du plan de Communication du PEV de routine	2018-2019	Oui ; Consultants nationaux (2) trois mois Appui technique de l'UNICEF
Introduction du vaccin anti HPV	2018-2019	Oui, Consultant national (1) /une année
Mise en œuvre de la campagne RR	2018	Oui, consultants nationaux (2) un mois
Mise en place du DHSI2	2018-2019	Oui consultants nationaux (2) une année
Extension de la cartographie	2018-2019	Oui consultant national une année

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

Mise en œuvre du RSS2	2018 - 2019	Un consultant national (1 an) Appui technique de l'UNICEF
Développement et paramétrage de la plateforme informatique du DHSI2	2018-2019	Oui Consultant informaticien / 6 mois
Appui à la DPCIS par un expert en santé public	2018-2019	Oui, un consultant national /1an Appui technique de l'UNICEF
Préparation de la mise en œuvre du RSS2	2018-2019	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	2018-2019	Oui, consultants nationaux (2) une année
Appui à la DLM : Evaluation suivi des activités de surveillance	2018-2019	Oui consultant national une année
Appui à la DPCIS pour le passage de MAUR16 au DHIS2/Volet informatique	2018-2019	OUI, consultant national une année
Appui à la DPCIS pour l'élaboration d'un cadre institutionnel/juridique pour les données sanitaire	2018-2019	OUI, consultant national 6 mois
Appui à la DPCIS/Formation/leadership and management	2018-2019	Oui, 1 personne
Appui à la DPCIS/Formation/Economie de la santé	2018-2019	Oui, 1 personne
Appui à la DPCIS/Formation/DHIS2	2018-2019	Oui, 2 personnes
Appui à la DPCIS//DRH/PEV/Plan de développement des ressources humaines	2018-2019	Oui, 1 consultant national pour 6 mois
Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la gestion des déchets	2018-2019	Oui, 1 consultant national pour une année Appui technique de l'UNICEF
Appui au PEV/Assistance technique pour le CCIA	2018-2019	Oui, 1 consultant national pour une année Appui technique de l'UNICEF
Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la maintenance de la chaine de froid	2018-2019	Oui, 1 consultant national pour une année
Appui au PEV/Formation/leadership and management	2018-2019	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Formation/logistique de santé	2018-2019	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Formation/Gestion des données	2018-2019	Oui, 2 personnes
Appui au PEV/Formation/MLM	2018-2019	Oui, 3 personnes
Appui au PEV/à la mise en œuvre de POECF	2019-2020	Oui, 1 personne
Appui au PEV/Mise en place de GTCV	2018-2019	Oui, une consultance
Appui à la DAF/Analyse situationnelle de la DAF	2018-2019	Oui, une consultance/3 mois

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

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
1. L'introduction du vaccin HPV	1. Prévu en 2019
2. L'approche ACD	2. Réalisé au niveau de 5 Moughataas
3. Le DHSI2/données	3. Réalisé dans 14 Moughataas
4. La Cartographie	4. Non-réalisée
5. La recherche opérationnelle	5. Non-réalisée
6. L'assistance pour le volet communication	6. En partie réalisée par l'UNICEF
7. Appui au suivi de l'exécution du RSS	7. Réalisé
8. Appui à la DPCIS par un expert en santé public	8. Non-réalisée
9. Développement et paramétrage de la plateforme informatique du DHSI2	9. Non-réalisée
10. Préparation de la mise en œuvre du RSS2	10. Réalisée
11. Appui à la DLM par un expert en surveillance des PFA de la rougeole et autres maladies sous surveillance/nouveaux vaccins	11. Non-réalisée

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

<p>12. Appui à la DPCIS pour le passage de MAURI6 au DHIS2/Volet informatique</p> <p>13. Appui à la DPCIS pour l'élaboration d'un cadre institutionnel/juridique pour les données sanitaire</p> <p>14. Appui à la DPCIS/Formation/leadership and management</p> <p>15. Appui à la DPCIS/Formation/Economie de la santé</p> <p>16. Appui à la DPCIS/Formation/DHIS2</p> <p>17. Appui à la DPCIS/PEV/Plan de développement des ressources humaines</p> <p>18. Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la gestion des déchets</p> <p>19. Appui au PEV/Elaboration d'un plan national pour la maintenance de la chaine de froid</p> <p>20. Appui au PEV/Formation/leadership and management</p> <p>21. Appui au PEV/Formation/logistique de santé</p> <p>22. Appui au PEV/Formation/Gestion des données</p> <p>23. Appui au PEV/Formation/MLM</p> <p>24. Appui au PEV/Formation/Communication</p> <p>25. Appui au PEV/Mise en place de NITAG</p> <p>26. Appui à la DAF/Analyse situationnelle de la DAF</p>	<p>12. Réalisée partiellement (nécessite une meilleure coordination avec le Fonds Mondial)</p> <p>13. Non-réalisée</p> <p>14. Non-réalisée</p> <p>15. Non-réalisée</p> <p>16. Réalisée</p> <p>17. Non-réalisé</p> <p>18. Non-réalisé</p> <p>19. réalisé</p> <p>20. non réalisé</p> <p>21. Non-réalisé</p> <p>22. En cours</p> <p>23. Non-réalisé</p> <p>24. Non-réalisé</p> <p>25. En cours</p> <p>26. Réalisé</p>
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel

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

Le Mécanisme de financement n'était pas approprié pour certaines activités telles que la cartographie, recherche action etc.
Ces activités seront reconduites dans le RSS2 pour nourrir la réflexion sur la couverture et l'équité en milieu urbain en complément de l'activité TIP et mises en œuvre de l'ACD.

Principal résultat/action 1	Passage à l'échelle du DHIS2
Réaction actuelle	Cadre normatif élaboré : révision des outils de collecte des données, consensus sur la batterie (162 indicateurs) convenu avec tous les programmes prioritaires du Ministère de la Santé afin d'éviter des systèmes parallèles.
Actions convenues du pays	Ces outils seront testés au niveau de la région du Brakna (financé par l'UE projet AI-PASS)
Produits/résultats escomptés	Formation 15 DRAS, 57 Médecins chefs, 15 points focaux régionaux et sur le cadre normatif de 57 points focaux Moughataas et 733 prestataires (ICP) Formation sur la base de données de 15 DRAS, 57 Médecins chefs, 15 points focaux régionaux. Equipement informatiques pour les 10 Moughataas pilotes avec l'appui de l'OMS.
Calendrier associé	18 mois à partir d'aout 2018
Ressources/soutien nécessaires	Financement de la mise à échelle à travers la formation des prestataires (médecins chefs, points focaux etc.) Deux consultants nationaux (Statisticien et Informaticien) pour 18 mois Equipement informatiques pour les 10 Moughataas pilotes avec l'appui de l'OMS
Principal résultat/action 2	Introduction de nouveaux vaccins (HPV)

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

Réaction actuelle	Demande a été acceptée ; l'envoi des vaccins a été annonce pour le début 2019 et les préparatifs sont en cours
Actions convenues du pays	Campagne de communication avec identification préalable des messages clefs sur la base de données factuelles
Produits/résultats escomptés	Vaccin introduit dans le calendrier vaccinal du pays avec atteinte des objectifs de couverture aussi bien chez les filles scolarisées que déscolarisées
Calendrier associé	Octobre 2019
Ressources/soutien nécessaires	Assistance technique pour l'accompagnement de l'introduction du HPV y compris la collecte de données, le développement et la mise en œuvre d'un plan de communication Appui technique de l'UNICEF
Principal résultat/action 3	Maintenance des équipements de la chaine de froid, élimination des déchets et poursuite de la préparation du projet POECFy compris y compris la collecte et la destruction des anciens appareils utilisés par le système.
Réaction actuelle	La maintenance des équipements n'est actuellement pas assurée et le système de collecte et d'élimination des déchets est inadéquat. La mise en œuvre du projet POECF a été lancée et se poursuivra en 2019 avec la collecte et l'élimination éventuelle des anciens réfrigérateurs
Actions convenues du pays	Elaboration d'un Plan de mise en œuvre de la Stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux que le gouvernement a financée. Elaboration d'une stratégie et d'un plan national de maintenance des équipements biomédicaux y compris la chaine de froid. Appui pour le fonctionnement des unités d'incinération acquises pour les déchets biomédicaux ; formation du personnel ; transport et installation des équipements. Appui à la mise en œuvre du Projet POECF avec l'identification, la collecte et l'élimination des anciens appareils
Produits/résultats escomptés	Stratégie élaborée, incinérateurs fonctionnels et adaptés, plan de mise en œuvre de la POECF développé et suivi et anciens appareils rassemblés et une solution est trouvée pour leur élimination
Calendrier associé	2018-2019
Ressources/soutien nécessaires	1 assistance technique de longue durée pour la maintenance et 1 assistance technique sous forme de consultance pour l'élaboration du plan d'action issu de la stratégie ; ateliers de formation pour la dissémination de la stratégie nationale de la gestion des déchets biomédicaux ; activités de suivi et de soutien. Matériel de collecte, stockage et transport des déchets sur le modèle déjà appliqué par la Banque Mondial à travers le projet Inaya. Financement de transport des incinérateurs et la réalisation des travaux préalables à leur installation. Accompagnement sur 6 mois au fonctionnement pilote des incinérateurs en vue de planifier la budgétisation sur les ressources de l'Etat. Appui technique de l'UNICEF
Principal résultat/action 4	Amélioration de la couverture et équité dans les milieux urbain et rural
Réaction actuelle	Identification des besoins, stratégie de TIP, mise en œuvre de la planification et programmation basé sur l'équité dans 10districts dont 2 à Nouakchott, projet de Recherche Action et de cartographie sont disponibles
Actions convenues du pays	Stratégie de TIP, mise en œuvre de la planification et programmation basé sur l'équité dans 10districts dont 2 à Nouakchott, Appui à la planification et à la coordination en Assaba en vue de développement d'un modèle de système régional de sante projet de Recherche Action et de cartographie sont disponibles. Stratégies de vaccination mobiles ; stratégie de la gratuité des soins.
Produits/résultats escomptés	Stratégie TIP et dénombrement des cibles sera testé dans 2 régions de Nouakchott ; micro planification basée sur l'équité dans 10 districts dont 2 a Nouakchott et 5 en Assaba avec une approche régionale ; cartographie localisant les enfants et évaluant les besoins en nouvelles infrastructures pour les aires de santé des Moughataas de Nouakchott, mise en place d'un

Évaluation conjointe (JA complète) - Mauritanie

	<p>système de monitoring de la disponibilité du service de vaccination en temps réel</p>
Calendrier associé	<p>TIP et dénombrement des cibles mars 2019-mars 2020 à Nouakchott Micro-planification basée sur l'équité septembre 2018 - février 2019 2018 Cartographie et aires de santé mars 2019-mars 2020 Un système de monitoring de la disponibilité des services en temps réel est mis en place – Décembre 2018 – Juillet 2019</p>
Ressources/soutien nécessaires	<p>1 assistance technique pour la cartographie et la planification des aires de santé Ressources nécessaires pour l'installation des infrastructures nécessaires dans les aires de santé identifiées Appui aux organisations à base communautaire pour le dénombrement et le suivi des cibles dans 10 Moughataas Appui à la mise en œuvre des microplans basés sur l'équité de 6 Moughataas e bénéficiant pas du RSS2, Appui technique de l'UNICEF</p>
Principal résultat/action 5	Projet MasterCard
Réaction actuelle	Collaboration MasterCard, OMS, GiftedMom et Gouvernement mauritanien
Actions convenues du pays	Approche pilote dans les wilayas de Nouakchott et le district de Ouad Naga
Produits/résultats escomptés	Identification unique de chaque enfant à travers & carte 'unique identify' ; enregistrement et suivi de la vaccination a l'aide d'une carte MasterCard et lecture sur des tablettes ; système de rappel SMS ; ouverture du 1 ^{er} compte bancaire de l'enfant.
Calendrier associé	2019
Ressources/soutien nécessaires	Achat du matériel (terminaux de lecture/tablettes, carte de vaccination), Analyse des technologies nécessaires, 1 assistance technique pour les formations de l'utilisation et maintenance de l'équipement (support technique)
Principal résultat/action 6	Amélioration de la coordination institutionnelle dans le cadre de la mise en œuvre du RSS2
Réaction actuelle	<p>Le compact a été signé et des projets structurants soutenus par d'autres partenaires (BM, UE, FM) sont en cours. Des efforts supplémentaires de coordination sont nécessaires pour assurer une meilleure intégration et complémentarité avec le RSS2 Le cadre institutionnel national de la décentralisation comporte désormais la création de conseils régionaux dont le fonctionnement aura un impact direct sur le système de santé au niveau régional et de district</p>
Actions convenues du pays	Besoin d'appui à la coordination institutionnelle des différentes reformes sectorielles et des initiatives et financements de renforcement du système de sante
Produits/résultats escomptés	<p>Intégration du RSS2 dans le dispositif national de financement et de coordination du système de sante Complémentarité des différentes interventions du système de sante Meilleur positionnement des DRAS dans les programmes et développement d'expériences sur le terrain pour alimenter le dialogue politique autour des reformes</p>
Calendrier associé	2019 a 2020
Ressources/soutien nécessaires	<p>Assistance technique à la DPCIS pour la programmation, la coordination des partenaires Soutien financier au profit de la DPCIS Assistance technique de l'UNICEF</p>

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

Le mécanisme de coordination du programme GAVI est géré par

- le comité national de pilotage du secteur (CONAP)
- le comité de coordination inter agences (CCIA) du PEV
- le comité technique de suivi du Programme GAVI (CTS)
- des sous-comités se créent chaque fois que de besoin pour faire la lumière sur des aspects spécifiques ou occasionnels.

Les comités sont institués suivant leur niveau de délibération, d'exécution et de coordination avec les autres partenaires. Ces instances ont la force d'être constituées souvent des mêmes entités internes et externes. Le Secrétariat du CONAP et du CTS est assuré par la DPCIS et celui du CCIA est assuré par le PEV. Ces instances sont créées par des notes de services émises par le Ministère de la Santé. Leurs termes de référence gagneraient à être davantage développés et vulgarisés pour mieux préciser les rôles et responsabilités et arrêter les modalités de leur fonctionnement.

Le processus d'évaluation conjointe complète 2018 a commencé dès son annonce. Ainsi un comité restreint a été désigné pour la préparation de la revue lors de la réunion du comité de suivi du Programme du 18 juin 2018 (Procès-verbal joint).

Le comité a été constitué comme suit :

- un représentant de la DPCIS
- un représentant de la DSBN
- un représentant du PEV
- un représentant de l'OMS
- un représentant de l'UNICEF
- le consultant, chargé du suivi du RSS/GAVI

Ce comité a tenu plusieurs réunions au cours desquelles, il a :

- rempli le cadre de performance du Programme et a procédé à son postage sur le portail de GAVI
- réuni tous les documents requis à savoir :
 - l'évaluation conjointe 2017
 - le rapport préliminaire de l'évaluation conjointe 2018
 - plan pluriannuel complet (PPAC)
 - Informations récentes du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF sur les maladies à prévention vaccinale (JRF 2017)
 - budgets et rapports financiers RSS,
 - termes de référence et comptes rendus des réunions du CONAP/CCIA/CCSS de la période précédente
 - plans d'introduction de vaccins, plan de travail annuel
 - plan national de développement e la santé
 - Rapport récent sur les activités du Programme élargi de vaccination (PEV),
- tenu une conférence téléphonique pour fixer les modalités de déroulement de la revue y compris la méthodologie à suivre et la visite de terrain
- informé toutes les parties prenantes et envoyer les TDRS et les invitations aux participants
- préparé l'agenda de l'atelier et la logistique
- préparé et partagé un premier draft du rapport de l'évaluation conjointe.

La revue a eu lieu du 23 au 27 juillet 2018 durant 5 jours conformément à l'agenda suivant :

- le premier jour a été consacré aux contacts avec les partenaires, le Ministère de la Santé et les acteurs de mise en œuvre et la préparation de la visite de terrain
- le deuxième jour a été consacré aux visites de terrains
- le troisième jour et le quatrième jour a été dédié à l'atelier de la revue
- le cinquième jour fut consacré à la présentation des résultats de la revue au CCIA.

La revue conjointe annuelle complète a été clôturée par une réunion du CCIA, le vendredi 27 juillet 2018 à 09 heures dans laquelle le rapport a été validé après avoir fait une relecture globale par un groupe restreint constitué au sein du CCIA. (Procès-verbal de réunion du CCIA du 27 juillet 2018, joint avec liste de présence).

La revue a connu une forte participation de plusieurs équipes :

- l'équipe du Ministère de la Santé y compris des représentants du niveau régional et opérationnel
- l'équipe GAVI Pays
- l'équipe Administration GAVI
- l'équipe régionale de l'UNICEF
- l'équipe régionale de l'OMS
- l'équipe du Bureau local UNICEF
- l'équipe du Bureau local OMS
- Un représentant du SENLS, bénéficiaire principal
- l'équipe du bureau d'audit PwC

Les échanges ont eu lieu dans un climat de sérénité et d'ouverture (voir liste de présence).

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, dans le cas où les principales exigences en matière de rapports (signalées par un *) ne seraient pas respectées, le soutien Gavi ne sera pas évalué pour un renouvellement.***

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires	x		
Rapports financiers *			
Rapports financiers périodiques	x		
État financier annuel			
Rapport d'audit financier annuel			x
Rapport de niveau de stock de fin d'année (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *	x		
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire	x		
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes	x		
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination	x		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle de la qualité des données			
Plan d'amélioration des données (DIP)			
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)			
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)			
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			
Évaluation post-introduction (EPI)			
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans			
Plan opérationnel pour le programme de vaccination			
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			
Rapports spécifiques au VPH			
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF			

Annexes :

Annexe 1 : Rapport d'analyse de la couverture

Annexe 2 : Analyse de la CV et de l'équité (xlsx)

Annexe 3 : Résultats des AVS contre la rougeole et la rubéole réalisées en février 2018.

Annexe 4 : PV réunion du CCIA du 27 Juillet 2018