



REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



MINISTERE DE LA SANTE
Direction Générale de la santé(DGS)
Direction de la santé de la mère et de l'enfant(DSME)

Rapport du dialogue multipartite 2020

Novembre 2020

Introduction

2020 a été marquée par la crise sans précédent causée par la COVID-19. Bien que la trajectoire à long terme de la pandémie reste incertaine, il apparaît déjà que les services de vaccination dans les pays soutenus par Gavi ont été perturbés. Des millions de personnes devraient manquer la vaccination, exacerber les inégalités existantes et mettre à risque les communautés les plus marginalisées et les plus pauvres. Les pays soutenus par Gavi ont déjà eu la possibilité de réaffecter ou de reprogrammer¹ le soutien de RSS et l'aide ciblée aux pays existants afin de répondre aux besoins immédiats dus à la pandémie de COVID-19. Gavi Alliance est entièrement mobilisée pour aider les pays à restaurer les services de vaccination qui ont été revus à la baisse, retirés ou autrement affectés pendant la lutte contre la pandémie.

En tant qu'alliance, l'engagement multipartite est un élément essentiel de la gestion du portefeuille de Gavi. Cette approche prend tout son sens en 2020, à un moment où il est essentiel de disposer d'un forum dédié à la manière dont les partenaires de l'Alliance Gavi et d'autres parties prenantes peuvent aider les pays à faire face aux différentes phases de la pandémie de COVID-19 et à tenter de maintenir et de rétablir les soins de santé primaires, dont les services de vaccination interrompus. Les organisations de la société civile (OSC), en particulier, auront un rôle essentiel à jouer pour sensibiliser les communautés au besoin de restaurer la confiance et la demande, de fournir des prestations là où il y a des lacunes dans les services du gouvernement et de surmonter les obstacles sexospécifiques.

Compte tenu de l'environnement opérationnel difficile et de l'évolution rapide du paysage auxquels sont confrontés les pays, et pour s'assurer que le soutien continu de Gavi au PEV est adapté aux réalités, les pays ne sont pas tenus de mener une évaluation conjointe traditionnelle en 2020. Toutefois, ils sont encouragés à poursuivre le dialogue multipartite. Ce dialogue devrait passer en revue les performances du programme de vaccination en 2019 et l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la vaccination, discuter des besoins de maintien et de restauration des services de vaccination dans le contexte des soins de santé primaires, planifier des activités de rattrapage à court terme et, si nécessaire, élaborer une feuille de route pour une nouvelle réaffectation/planification dans le cadre du plan de relance du pays.

Le dialogue multipartite de 2020

Ce dialogue multipartite de 2020 sera adapté au contexte national, en tenant compte des contraintes actuelles en termes de déplacements, de réunions et de charge de travail. Le processus comprendra un travail préparatoire sur les données d'analyse, probablement des échanges multiples, avec au moins un événement sous forme de débat en direct (sans doute une réunion virtuelle), et s'achèvera par la finalisation du rapport et des documents complémentaires pertinents (plan de travail et budget pour les activités à court terme, feuille de route pour une planification plus poussée). Le processus doit être inclusif et transparent, avec un engagement significatif des partenaires et de la société civile.

Le rapport du dialogue multipartite de 2020 est structuré comme suit :

- Section 1 : Situation du pays : vue d'ensemble des performances du soutien aux vaccins, mise en œuvre des subventions de RSS, soutien de Gavi à l'aide ciblée aux pays au titre du cadre d'engagement avec les partenaires et autres soutiens jusqu'à fin 2019/début 2020 ; pré-COVID-19.
- Section 2 : Mise à jour sur l'impact de la prestation de services de vaccination et de la couverture vaccinale COVID-19 (en 2020) et état de la mise en œuvre du plan de relance COVID-19 (le cas échéant).
- Section 3 : Discussion sur les priorités, les besoins immédiats de rattrapage, le plan d'action correspondant, l'estimation du budget et les besoins en assistance technique. Feuille de route

¹ Le présent document fait référence de manière générale à la réaffectation du soutien de GAVI. Les modifications pourraient également être considérées comme des reprogrammations, catégorie utilisée pour des modifications plus importantes et pouvant nécessiter un examen par le Comité d'examen indépendant.

pour une analyse plus poussée et réaffectation/planification dans le cadre du plan de relance du secteur de la santé du pays.

La plupart des informations contenues dans les sections 1 et 2 sur le programme de vaccination du pays et le soutien de Gavi sont pré-remplies par Gavi à partir des documents existants et de ceux établis par le pays. Ces documents constituent la base du dialogue multipartite. La section 3 se concentre sur un aperçu concis de la contribution potentielle de Gavi au maintien et à la restauration des services essentiels, en insistant sur la vaccination, les besoins de rattrapage à court terme et la planification ultérieure. Il doit être adapté au contexte national.

INFORMATIONS GENERALES ET SITUATION DU PAYS

Située à la charnière de l'Afrique de l'Ouest et du Nord, entre les 15ème et 27ème degrés de latitude nord et les 5ème et 17ème degrés de longitude ouest, la Mauritanie est limitée au Nord par l'ex Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est et au sud Est par le Mali, au sud-ouest par le Sénégal et à l'Ouest par l'océan Atlantique. Le pays est divisé en 15 Wilayas (Région sanitaire) et 57 Moughataas (Districts sanitaires).



La population est estimée en 2019 à 4 077 347 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,77 %. Le taux de natalité est de 4.04‰ en 2018 alors que l'indice synthétique de fécondité est estimé à 3,86 enfants par femme. Avec 4,25 habitants au Km².

Les principaux indicateurs sanitaires de l'enquête *MICS 2015* montrent que des progrès ont été réalisés mais que l'état de santé de la mère et de l'enfant reste préoccupant.

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif : il est de type pyramidal et comprend trois niveaux avec chacune une population de responsabilité bien définie

- Le niveau central regroupant le cabinet du Ministre, l'Inspection générale de la Santé, les Directions Centrales avec leurs services et divisions ainsi que les Programmes de santé et les établissements publics dont l'Institut National de Recherches en Santé Publique (INRSP) ;

- Le niveau intermédiaire regroupe les Directions Régionales à l'action Sanitaire (DRAS) qui comprennent les services sanitaires régionaux ; notamment les hôpitaux régionaux qui servent de référence pour les réseaux de services de santé de base des Moughataas de la même région.

- Le niveau périphérique ou départemental (Moughataa) constitué des circonscriptions sanitaires de Moughataa (CSM). Les Moughataas sont caractérisées par une grande diversité tant par la superficie que par la taille de la population qui peut varier de moins de 5 000 en milieu rural à près de 200 000 habitants en milieu urbain. A quelques rares exceptions, ces Moughataas considérées comme des districts sanitaires ne disposent pas de structures hospitalières. Au plan technique, le système est constitué de trois niveaux de prestations, à savoir :

Au premier niveau (Moughataa) on trouve 2 types de structures :

- Les postes de Santé (PS), au nombre de 693, sont tenus par un ou deux infirmiers et une accoucheuse
- Les Centres de Santé sont au nombre de 112. Ils sont dirigés par des médecins-chefs et assurent les prestations préventives et curatives ainsi que les mises en observation.

Au deuxième niveau (intermédiaire) se trouvent les hôpitaux au nombre de 14 dans les chefs-lieux des régions et 2 autres Moughataas périphériques (Chinguetty et Boutilimit).

Le troisième niveau (national) comprend les établissements publics de référence.

S'y ajoutent la faculté de médecine à Nouakchott et cinq écoles de formation de personnel de santé dont une à Nouakchott également.

En plus des structures publiques de santé, le secteur privé, qui a vu le jour en 1988, contribue de manière significative dans la couverture sanitaire en particulier à Nouakchott et dans les quelques autres centres urbains. Les rares structures privées qui offrent le service de vaccination ne se conforment pas forcément au calendrier national et ne transmettent pas de rapports au PEV.

Le Plan Stratégique Global de Vaccination (GVAP) 2012-2020 d'élimination de la rougeole présente les stratégies pouvant permettre aux pays d'atteindre les objectifs d'élimination en 2020.

Il met l'accent sur l'importance d'un système de vaccination de routine capable d'assurer deux (2) doses de vaccin anti rougeoleux (VAR) à chaque enfant, pouvant être complétées par des campagnes, avec une surveillance performante basée sur le cas et le laboratoire.

Depuis 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé à tous les programmes nationaux l'administration à tous les enfants de deux doses de vaccins anti rougeoleux.

L'atteinte des objectifs d'élimination de la rougeole nécessite des couvertures vaccinales supérieures égales ou à 95%, et maintenues à ce niveau, pour chacune des deux doses au niveau national et des districts (Moughataas).

D'autre part, compte tenu de la charge de morbidité mondiale résiduelle du Syndrome Rubéoleux Congénital(SRC), de l'efficacité et de l'innocuité attestées des vaccins renfermant le vaccin anti rubéoleux, l'OMS recommande que les pays saisissent l'occasion offerte par les activités accélérées de lutte contre la rougeole et d'élimination de cette maladie pour introduire les vaccins renfermant le vaccin anti rubéoleux. Ces stratégies d'administration du vaccin anti rougeoleux fournissent une possibilité de synergie et un tremplin pour faire progresser l'élimination de la rubéole et du SRC.

La Mauritanie a élaboré un plan stratégique d'élimination de la rougeole (2012-2020) qui a prévu l'organisation d'une campagne de rattrapage avec le vaccin RR et son introduction dans le PEV suivi de l'introduction de RR2. La campagne a été organisée en février 2018, utilisant l'association vaccinale Rougeole- Rubéole (RR). La prochaine étape est l'introduction de RR2 ce qui a déjà été anticipée et pour laquelle les modifications des registres de vaccination, carnets de vaccination, fiches de pointages et de synthèse sont déjà modifiés pour en tenir compte de RR2.

Le Programme Elargi de vaccination a été créé en 1977 rattaché à la Direction de la santé de base et de la Nutrition. Il est en charge de l'exécution et de l'évaluation du programme élargi de vaccination, (ii) de la Prévention des endémo-épidémies par immunisation active, et (iii) de la Lutte contre les foyers épidémiques.

L'organisation pratique actuelle de la Section se résume en 6 unités auparavant.

- L'unité administrative et financière ;
- L'unité de Planification/suivi/évaluation et recherche ;
- L'unité prestation de service de vaccination ;
- L'unité logistique et approvisionnement en vaccin ;
- L'unité surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- L'unité communication.

La Section Immunisation est en charge, au niveau central, de la coordination du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Le but du PEV est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. En matière de couverture vaccinale, les objectifs spécifiques du PEV étaient d'atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque Moughataas à l'horizon 2020. Les activités de vaccination de routine sont en principe conduites dans toutes les formations sanitaires du pays. Les résultats de l'enquête réalisée au niveau des Wilaya pendant la revue externe du PEV en 2014 révèlent que sur un total de 561 formations sanitaires identifiés par les responsables au niveau Wilaya, seulement 295 soit 53% assurent des activités de vaccination.

En plus de la Section Immunisation, d'autres organes sont impliqués dans la coordination du PEV au niveau central :

Le Comité de coordination Inter- Agences (CCIA) ;

Les Organes de certification et d'expertise de l'éradication de la poliomyélite.

Au niveau régional, la gestion du programme est placée sous la responsabilité du Directeur Régional de l'Action Sanitaire (DRAS). Un responsable PEV est désigné pour la mise en œuvre des activités de vaccination.

Au niveau des moughataas, la gestion du programme est placée sous la responsabilité du Médecin-chef. Un chargé PEV est désigné pour assurer la coordination et la mise en œuvre des activités de vaccination. Ces activités concernent notamment les aspects de planification, de supervision, de formation du personnel des Centres de Santé et des postes de santé, de surveillance et de communication et de gestion des données.

Au niveau des postes de santé, la gestion du programme est placée sous la responsabilité de l'infirmier chef de poste en collaboration avec le comité de santé. Un agent vaccinateur est désigné pour la mise en œuvre des activités de vaccination.

Le système de la surveillance de la rougeole, intégré à celle des autres maladies sous surveillance active comme le PFA, repose sur un service central appuyé par un laboratoire de référence à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), des points focaux au niveau des DRAS (Directeur Régional de Action de Santé) et des médecins chefs des Moughataa. Le fonctionnement de ce réseau assure la surveillance hebdomadaire de la rougeole dans la situation normale.

En 2020, l'organigramme du MS a été changé, des directions générales ont été créées avec un secrétariat général, tous les programmes ont été irrigués en services y compris le PEV.

Le service a deux divisions l'une chargée de la chaîne d'approvisionnement et l'autre des relations avec les partenaires.

1. Situation nationale pré-COVID-19, sur la base des informations reçues par Gavi



1.1. Aperçu des performances du soutien aux vaccins (fin 2019/début 2020 ; pré-COVID-19)

Vaccins introduits et à introduire

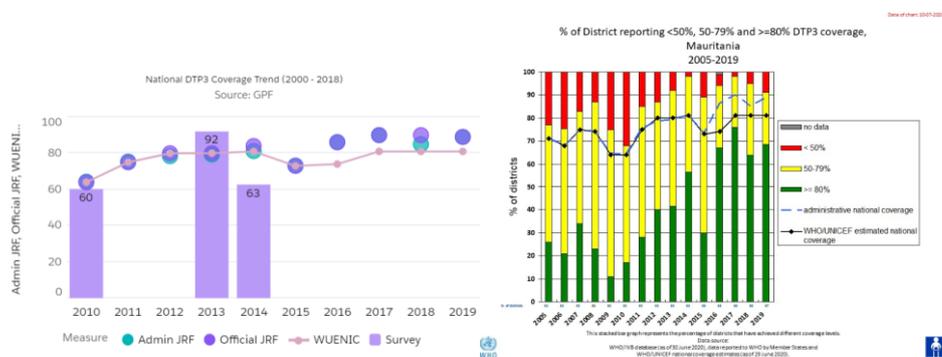
Vaccine	Introduction Date	2017 Coverage (%)	2018 Coverage (%)	2019 Target
PENTA	03-2009	81	81	91
PNEUMO	11-2013	77	77	91
ROTA	12-2014	76	76	91
IPV	11-2015	68	68	-
MR	02-2018	-	-	-

Vaccine Name	Type	Sub-Type	Status	CP Date ↑	Phase
MR	Routine	2nd D	Approved	2020-10-20	NA
HPV	Routine	-	Approved	2021-03-30	NA
HPV	Campaign	MAC	Approved	2021-03-30	NA
YP	Routine	-	Planned	2021-12-31	NA
MR	Campaign	Follow-up	Forecasted	2021-12-31	NA
MENA	Routine	-	Forecasted	2022-12-31	NA
MENA	Campaign	Catch-up	Forecasted	2022-12-31	NA
MR	Campaign	Follow-up	Forecasted	2024-12-31	NA
MR	Campaign	Follow-up	Forecasted	2027-12-31	NA

Performances par rapport aux indicateurs clés de performance de l'Alliance

Indicator	Source Name	Year	Value	Previous Value	Trend
Pentavalent 3 coverage at the national level (Penta 3)	WUENIC	2019	81	81	→
Drop-out rate between Penta1 and Penta3	WUENIC	2019	9	9	→
Difference in Penta3 coverage between children of urban and rural residences	Survey	2015	0	0	→
Difference in Penta3 coverage between the highest and lowest wealth quintiles	Survey	2016	0	0	→
Penta3 coverage difference between the children of educated and uneducated mothers/care-takers	Survey	2016	0	0	→
EVM	EVM	2017	70.9	64.5	▲
# of Underimmunised Children	Calculated	2019	27144.16	26720.27	▼

Tendances et équité dans les districts



Progrès accomplis par rapport aux indicateurs et aux objectifs atteints *Tableau fourni par le CMM*

Vaccine Programme	Source (2019)	Intermediate results Indicator	Reported actuals	Rel. % change
PNEUMO	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of PCV vaccine (PCV1)	145,374	7%
	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the third recommended dose of PCV vaccine (PCV3)	127,272	7%
PENTA	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of pentavalent vaccine (Penta1)	146,519	5%
	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the third recommended dose of pentavalent vaccine (Penta3)	129,443	8%
MCV	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of measles containing vaccine (MCV1)	124,879	13%
IPV	Admin (JRF)	Number of surviving infants who received the first recommended dose of IPV	NA	NA
All others	EVMA Reports	Effective Vaccine Management Score (composite score)	NA	NA
	JRF	Occurrence of stock-out at national or district level for any Gavi-supported vaccine	No	NA
	Admin (JRF) & Survey	Percentage point difference between Penta 3 national administrative coverage and survey point estimate	NA	NA

Relative % change refers to the percentage increase/decrease of the reported value from the year prior.
The cell is green when the relative change increased, yellow when it remained the same and red when the relative change decreased.

1.2. Aperçu de la mise en œuvre du RSS (fin 2019/début 2020 ; pré-COVID-19)

Résumé de la mise en œuvre du RSS (au [insérer la date])

Bénéficiaire	Montant de la subvention	Fonds déboursés	Dépenses	Solde de trésorerie du pays
MS	3.463 798 USD	1 388 280USD	188 280 USD	1 200 000 USD
OMS	-NA	NA	NA	NA
UNICEF	NA	NA	NA	NA
TOTAL				

Principales phases du RSS atteintes en 2019

Structuré en fonction des objectifs de la subvention ou des indicateurs du CPF (graphique pré-rempli par l'équipe du CMM)

	Process Indicators			Intermediate Results		
	Indicator name	Value	Rel. % change	Indicator name	Value	Rel. % change
OBJ-1	Evolution des consultations des ICP et Majours bénéficiants la délégation des tâches (DT)	NA	NA	Pourcentage des formations sanitaire disposant d'agents vaccinateurs dans la ZCI	100	--, 0%
	Nombre d'agents de sante formés sur les principales interventions de santé de base dans la ZCI	90	↑, 200%			
	Nombre d'assistants techniques recrutés pour appuyer le niveau central (cumulatif)	2	↓, -50%			
OBJ-2	Nombre de membres de Comités de Gestion des formations sanitaires formés dans la ZCI	140	NA	Pourcentage de comités de gestion fonctionnels dans la ZCI	60	↑, 33%
	Nombre de réunions documentées des CDDSS et CRDSS	NA	NA			
OBJ-3	Inventaire exhaustif du matériel de CDF et roulant réalisé	NA	NA	Nombre de nourissons ayant survécu qui ont reçu la troisième dose recommandée du vaccin pentavalent (Penta 3) dans la ZCI	49977	↑, 10%
	Nombre d'USB fonctionnelles dans la ZCI	180	NA	Proportion d'enfants vaccinés (Penta 3) en stratégies avancée / mobile dans la ZCI	10	↓, -12%
	Proportion de FOSA ayant bénéficié une supervision par semestre sur le nombre total des FOSA dans la ZCI	0	↓, -100%	Score de la Gestion Efficace des Vaccins au niveau de la ZCI	NA	NA
OBJ-4	Nombre d'OS/OBC engagées dans un partenariat avec les CSM dans la ZCI ayant réalisées des activités promotionnelles pour la vaccination	0	NA	Pourcentage de responsables d'enfants connaissant l'âge de la 1ère vaccination de l'enfant dans la ZCI	0	NA
	Nombre de femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans bénéficiants de la gratuité	NA	NA			
	Nombre d'enquête/évaluation réalisé (cumulatif)	0	NA	Nombre de réunions du comité technique de suivi (niveau central) avec liste de participants et procès-verbal	2	--, 0%
OBJ-5	Nombre de formations sanitaires des ZCI disposant d'au moins un personnel formé à l'amélioration de la qualité de données	48	↑, 109%	Nombre rapports de mise en oeuvre élaborés	0	NA
	Nombre de moughataas (districts) qu'utilisent régulièrement le DHIS2 pour la gestion des données de vaccination	14	↑, 40%	Taux de promptitude des rapports du SNIS des moughataas de la ZCI	NA	NA
	OBJ-NA	Nombre d'agents de sante formés en CIP (communication interpersonnel) (cumulatif)	79	↓, -47%		

Relative % change refers to the percentage increase/decrease of the reported value from the year prior.
Value cell color is green if target has been >= 90% met, yellow if 70-90% met, and red < 70% met.

1.3. Vue d'ensemble des autres soutiens de Gavi, tels que les SIV, le soutien opérationnel aux campagnes, le financement fondé sur la performance, les subventions de changement, les subventions de transition, etc. (le cas échéant)

	Date de début	Date de fin	Bénéficiaire	En USD				Mise à jour du statut
				Valeur de la subvention	Décaissé	Dépenses	Solde de trésorerie	
<i>MenafriVac 2014</i>	14 Oct	23 Oct	1 à 29 ans	1005468	1005468	1001582	3886	Réalisée
<i>Rotavirus</i>	Dec 2014	06 Dec 2014	0-11 mois	123468	123468	123330	75	Réalisée
<i>VPI(via OMS)</i>	9 Avr 2015	13 Nov 2016	0-11 mois	104652	104652	102154	2498	Réalisée
<i>SSV 2015</i>	16 Jan 2015	Juil 2015	AcivitésPEV	128988	128988	128988	0	Réalisée
<i>SSV 2016</i>	19 Dec 2016	Mai 2017	AcivitésPEV	75548	75548	72272	3276	Realisée
<i>Camp RR</i>	20 fev 2018	1 Mars 2018	9 mois – 14 ans	889 214	889 214	874353	14861	réalisée
<i>Int RR</i>	Mars 2018	Mars 2018	9 mois	100738	100238	100287	451	Réalisée

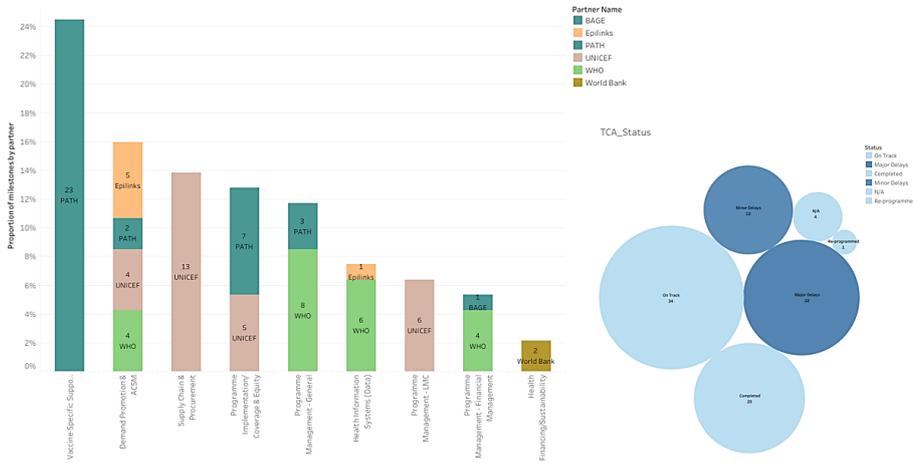
1.4. Conformité, absorption et autres questions de risque fiduciaire

- Commentaires sur l'absorption financière à la date du 28 octobre, les fonds ont été utilisés en totalité
- Conformité avec les exigences de reporting financier (rapports financiers périodiques/annuels, audits): Un audit externe a été réalisé en 2017 et qui a montré des insuffisances au niveau de la gestion financière.
- Conformité avec les exigences de reporting programmatique de Gavi(Voir le rapport d'Audit)
- Autres commentaires sur la gestion financière et le risque fiduciaire : RAS

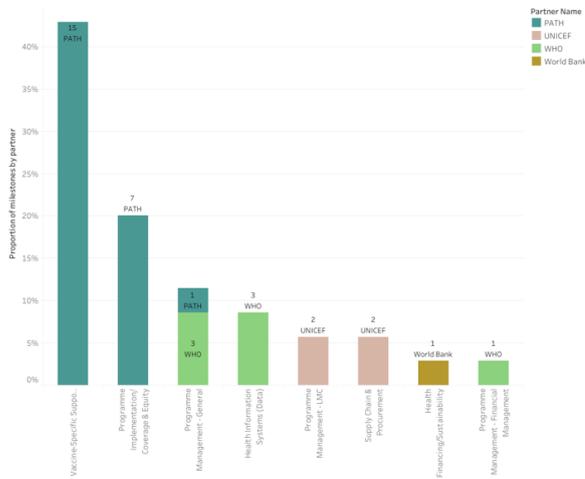
Commented [MC1]: Comment celles-ci ont-elles été résolues ?

1.5. Vue d'ensemble des progrès de l'aide ciblée aux pays dans le cadre du PEF (fin 2019/début 2020)

TCA milestone reporting slide by programmatic areas/partners



TCA milestone reporting slide by programmatic areas/partners (delayed milestones)



Veillez fournir tous autres commentaires pertinents sur la mise en œuvre du plan d'aide ciblée aux pays (par ex. progrès dans les domaines principaux, difficultés, contraintes, réaffectations, extensions sans financement.

2. Impact de la COVID-19 sur la vaccination/surveillance (en 2020): situation actuelle

[Cette section est partiellement pré-remplie par le Secrétariat de Gavi.]

Surveillance

2.1 Cas et décès dus à la COVID-19 (au [insérer la date])

Situation du 08 Octobre 2020 : 7540 cas confirmés avec 162 Décès

2.2 Surveillance et incidence de la maladie

[Informations de l'équipe CCM et/ou https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/]

Impact de la COVID-19 sur la surveillance des maladies

Décrivez brièvement l'impact de la COVID-19 sur la sensibilité et la spécificité de la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Les données de surveillance de la rougeole constituent une option pour illustrer cet impact, à savoir :

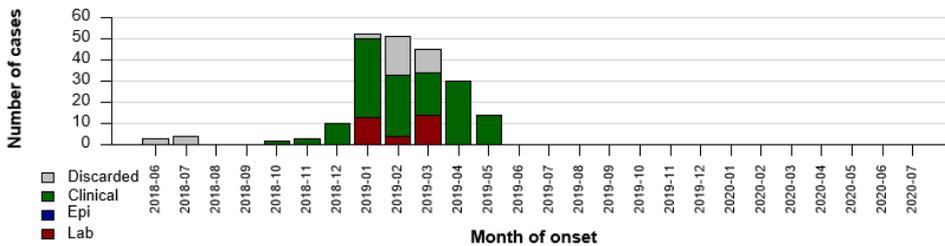
- évolution du nombre de cas suspects de rougeole notifiés : **les cas suspects de rougeole ont beaucoup diminués pendant l'année 2020,**
- évolution du nombre ou du taux de cas suspects de rougeole rejetés
- évolution de la proportion des cas suspects de rougeole soumis aux examens de laboratoire : **diminution des cas prélevés,**

Commented [MC2]: Peut-on inclure chiffres 2020 vs chiffres 2019 ?

Les données de surveillance d'autres maladies peuvent également être utilisées pour mettre en lumière les principaux impacts.



Measles cases: Mauritania



Impact de la COVID-19 sur les cas de maladie

Décrivez brièvement l'impact de la COVID-19 sur l'incidence des maladies évitables par la vaccination.

- **Report des campagnes de vaccination surtout pour la rougeole,**
- **Absence des personnes malades au niveau des structures de santé,**
- **Diminution du nombre de cas suspects en vue d'un prélèvement**

Etant donné que la rougeole est la maladie évitable par la vaccination dont l'incidence pourrait augmenter rapidement en raison de la baisse de la couverture vaccinale associée à la COVID-19, les données de la rougeole peuvent être utilisées pour illustrer cet impact, notamment :

- évolution du nombre ou du taux de cas de rougeole confirmés ; **diminution du nombre de cas suspect,**
- interprétation de l'évolution du nombre de cas ou du taux de rougeole confirmés à la lumière de l'évolution des performances de la surveillance. Par exemple, évaluer si la baisse de l'incidence de la rougeole est dû à une baisse réelle ou à une diminution de la sensibilité de la surveillance de la rougeole.

Des données similaires peuvent également être utilisées pour d'autres maladies. :

- **diminution du nombre de cas de PFA prélevé par rapport à l'année 2019,**
- **diminution des cas suspects de maladies investiguées,**

2.3 Impact de la COVID-19 sur la

Vaccination

Décrivez brièvement l'impact que la COVID-19 a eu sur votre capacité à fournir efficacement les services de vaccination, notamment :

- les contraintes pesant sur les services de vaccination systématique (p. ex. les agents de santé fournissent-ils encore des services de vaccination? Quels obstacles doivent surmonter les agents de santé?);
- l'impact de la pandémie, qui a pu exacerber les obstacles sexospécifiques à la vaccination auxquels sont confrontés les soignants, les adolescents et/ou les agents de santé;
- l'impact sur l'adoption, la demande et l'engagement communautaire (y compris l'impact des rumeurs ou de la désinformation);
- l'impact sur toutes introductions de nouveaux vaccins ou campagnes prévus;
- l'impact sur les stocks de vaccins (par ex. le ravitaillement en vaccins et fournitures associées, le risque de péremption, la mise à jour des doses requises, la réaffectation des stocks au sein du pays/des districts pour garantir l'équité de l'approvisionnement);
- l'impact sur le financement de la santé et de la vaccination (y compris les vaccins) (par exemple, les répercussions sur le budget de la santé/vaccination/vaccins, le retard dans les décaissements budgétaires relatifs aux activités de vaccination, l'intention d'autres donateurs de mettre des fonds supplémentaires à disposition pour la santé/la vaccination/les vaccins).

Quel a été l'impact sur la mise en œuvre du soutien de Gavi (vaccins, RSSV, aide ciblée aux pays, autres), y compris l'absorption financière, la gestion des stocks, etc.?

La Mauritanie a enregistré son premier cas de COVID-19 le 13 mars 2020 et à la date du 11 mai 2020, on note un total de 8 cas confirmés dont 6 guéris, 1 décès et 1 sous traitement en situation stable. Le dernier cas a été enregistré le 29 Avril 2020.

Le Mauritanie à travers le comité de suivi, créé par le gouvernement et présidé par le premier ministre, s'est mobilisé très tôt et a pris des mesures efficaces alors que l'épidémie était encore limitée en Chine et en Corée de Sud. Parmi ces mesures on note particulièrement :

- La fermeture des aéroports,
- Le confinement des personnes provenant des pays touchés par l'épidémie,
- La fermeture des frontières depuis la notification des premiers cas en Afrique,
- L'instauration d'un couvre-feu depuis la notification des premiers cas dans le pays,
- La suspension de la circulation interurbaine dès la notification d'un cas à Kaédi à l'intérieur du pays,
- La distanciation sociale (fermeture des écoles, des lieux de culte, des lieux de rassemblement : marché restaurants, etc.).

Le Ministère de la Santé a mis en place un comité de réponse et a développé des plans dynamiques de riposte et a accompagné toutes les mesures par la mobilisation des ressources techniques nécessaires.

Les pics de la pandémie ont été atteints au mois d'Avril et Mai 2020, par la suite les cas notifiés ont baissé drastiquement jusqu'à atteindre 19 cas au mois de septembre 2020

Le nombre de cas notifié depuis le début de la pandémie s'est élevé à 7384 , le nombre de guérison a atteint 6977 et le nombre de décès s'est élevé à 161 cas à la date du 23 Septembre 2020.

Dans le but de rester mobilisés pour éviter les conséquences négatives de Covid-19 sur la continuité des activités de vaccination dans les structures de santé, des visites aux centres de santé des trois wilayas de Nouakchott ont été organisées par le PEV et l'Unicef en pleine pandémie pour

- ✓ Evaluer la continuité des services de vaccination
- ✓ Apprécier le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections au niveau des sites de vaccination.
- ✓ Recenser les contraintes et problèmes liés à la vaccination pendant cette période

Une autre mission de supervision en étroite collaboration avec le projet INAYA a été organisée au niveau des trois wilayas cibles du projet (Wilaya HEC ; HEG, Guidimakha) au cours du mois d'Aout 2020. La majorité des structures qui vaccinent de ces trois wilayas ont été visitées.

A travers d'autres sorties sur le terrain pour d'autres activités, des constats ont été notés' (CCEOP, installation chambre froide kiffa, Formation) au mois de Juin et juillet.

Toute l'activité de l'installation des CDF de la CCEOP a eu lieu au cours de la Pandémie

Centres de vaccination visités à Nouakchott

Les visites de suivi et supervision ont été réalisées au niveau de cinq centres de santé à Nouakchott :

- Centre de santé d'Arafat,
- Centre de santé de Dar Naim,
- Centre de santé de Sebkhya,
- Centre de santé du Ksar
- Centre de santé de Teyarett

1-Contraintes pesant sur les services de vaccination

La survenue de la pandémie a bouleversé tous les comportements humains mais surtout a entraîné une psychose collective et a désorganisé toutes les structures organisationnelles notamment la gestion des regroupements, des déplacements et de toutes les activités sociales car la propagation du virus est rapide et très virulente.

Il s'agit d'une situation mondiale inédite : un virus inconnu du monde scientifique, pas de traitement efficace connu, pas de vaccin, Les seules mesures de protection étaient la distanciation sociale, les mesures de protection et d'hygiène, d'utilisation de gel hydroalcoolique, de lavage de main au savon, de port masque de protection ont pu montrer leur efficacité ;

Des mesures drastiques parfois coercitives ont été prises par l'ensemble des pays du monde entier. Un péril pour l'humanité est en cours.

En Mauritanie, après les premiers cas autochtones du Covid- 19 le gouvernement a fermé toutes les frontières, limité tout déplacement non urgent, fermé les transports interurbain et institué des couvre-feux et un confinement strict pour l'agglomération de Nouakchott.

Le mouvement migratoire saisonnier de l'intérieur vers Nouakchott durant la saison sèche et de soudure et de Nouakchott vers l'intérieur durant la saison de pluie et de vacances fut brusquement interrompu.

Le travail a subi une réorganisation (télétravail) pour le personnel indispensable sur le terrain, le personnel vulnérable (âgé et comorbidité) confiné.

L'accès et l'utilisation des services de soin de santé primaire y compris la vaccination ont été fortement impactés par ces conditions : le personnel le plus actif orienté vers les urgences de prise en charge des cas de Covid – 19, le plus vulnérable ou affecté confiné, les structures de soin préventifs désaffectées, l'attente de consultation de ceux qui bravent le risque est prolongée, ajouter à cela les contraintes suivantes :

- La consigne générale d'éviter les déplacements et les regroupements
- Les rumeurs qui ont circulé sur la vaccination à travers les réseaux sociaux
- L'insuffisance de sensibilisation du personnel soignant et des communautés sur la continuité des services
- L'insuffisance/ non-disponibilité du matériel de protection au niveau des sites de vaccination.

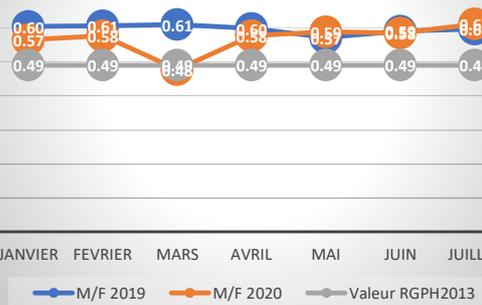
2-L'impact de la pandémie qui a pu exacerber les obstacles sexes spécifiques

Selon Les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013 (RGPH 2013) la proportion de sexe féminin par rapport à la population nationale en 2013 est 50.7% Ratio-sexe Féminin (0,51) , plus prononcée en milieu rural (51.4%). Le ratio-sexe masculin est donc 0,49.

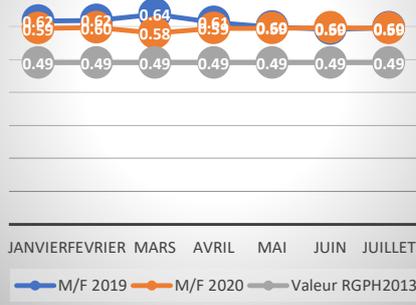
L'analyse des données administratives de vaccination des 7 mois de janvier à juillet 2019 -2020 pour 4 vaccins traceurs (BCG, Penta 1, penta3 et RR) montre une nette prédominance pour la vaccination des garçons. Les causes de cette ségrégation ne sont pas très connues.

Une enquête CAP doit être réalisée pour expliquer d'avantage les causes profondes de ce problème.

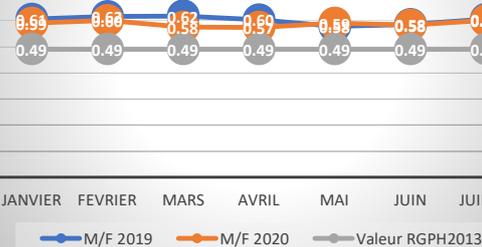
BCG: Comparaison Ratio-sexe M/F de janvier à juillet 2019-2020



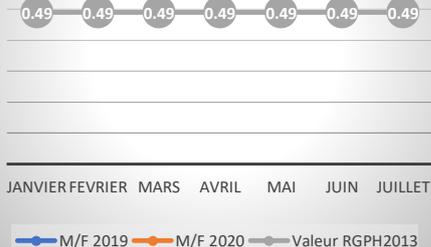
RR : SEX-RATIO de Janvier à juillet 2019-2020



Penta1 : Comparaison Ratio-Sex de Janvier à fevrier 2019-2020



Penta3 : Sex-Ratio de janvier à Juillet 2019-2020



De façon constante pour les deux années 2019 et 2020, les garçons sont plus vaccinés que les filles aux 4 doses de vaccins traceurs. Cette tendance est à la baisse durant les premiers mois du Covid-19 pour 2020, pourtant, selon les résultats du recensement 2013 il nait plus de Filles que de garçons.

Les Garçons sont-ils plus précieux dans le subconscient collectif donc plus protégés que les filles car selon la rumeur les centres de santé sont des foyers de COVID-19 aussi ils ont été moins vaccinés pour ne pas attraper le COVID-19?

Une étude compartimentale et une analyse des goulots d'étranglement est nécessaire pour étayer ce constat et mettre en place un plan de redressement de cette privation sélective (Consultance).

3-Impact de la pandémie sur l'adoption, la demande et l'engagement communautaire

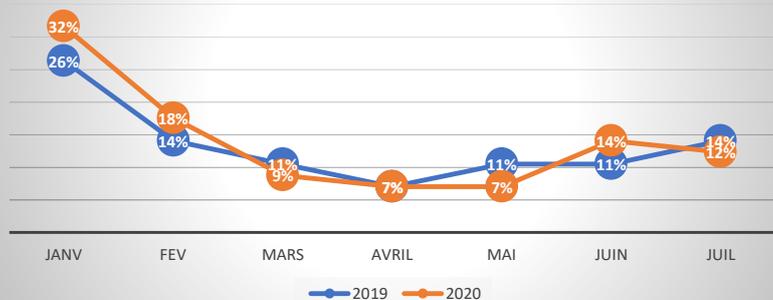
La demande pour la vaccination est assez forte au niveau de la communauté et des parents d'enfants grâce aux évidences d'efficacité de la vaccination dans la mémoire collective de la communauté (mémoires d'épidémies de rougeole dévastatrices par exemple).

De fortes rumeurs ont circulé dans les media sociaux au cours de cette période de la pandémie relatifs à l'expérimentation du vaccin du Covid-19 sur les populations Africaines, l'efficacité du BCG sur le Covid-19, que les structures sanitaires sont des foyers de contamination du Covid-19, d'autre part les restrictions de déplacements, la forte pression émotionnelle, la désaffection du service de vaccination par le personnel orienté vers d'autres urgences, les différentes mesures préventives du Covid-19 ont certainement influencé sur l'affluence et la demande de la vaccination.

Aussi la désorganisation du service, l'insuffisance de l'effectif et sa surcharge constitue également un véritable défi pour la promotion de la demande notamment au niveau de la sensibilisation, des activités Avancée et mobiles.

Graphique N° : Evolution du taux d'activité mobiles réalisées de janvier à Juillet 2019-2020

% des Moughataa qui ont réalisé des activités mobiles Janvier/Juillet 2019/2020



Les courbes des deux années une tendance similaire pour le taux des activités réalisées cependant une légère baisse au cours du deuxième trimestre 2020 apparition de clusters autochtones notamment à Nouakchott et certaines régions.

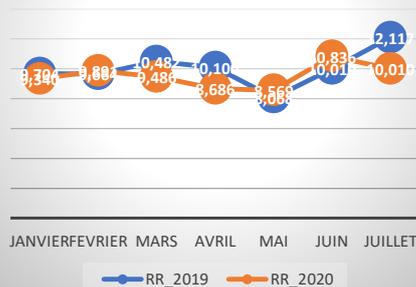
Les activités avancées et mobiles constituent une contribution importante de la couverture vaccinale nationale autant sur les enfants vaccinés que les perdus de vue.

L'analyse des vaccins traceurs montrent une véritable pression du Covid-19 sur l'atteinte des enfants à vacciner :

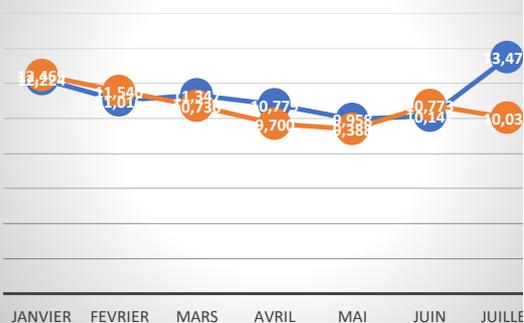
BCG : Comparaison de l'effectif vacciné de janvier à Juillet en 2019 et 2020



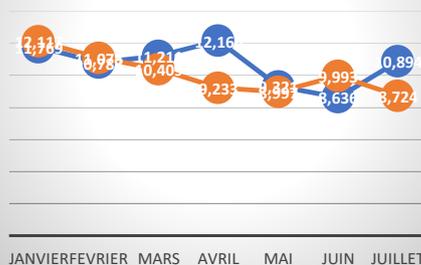
RR: Comparaison de l'effectif vacciné de janvier à juillet 2019_2020



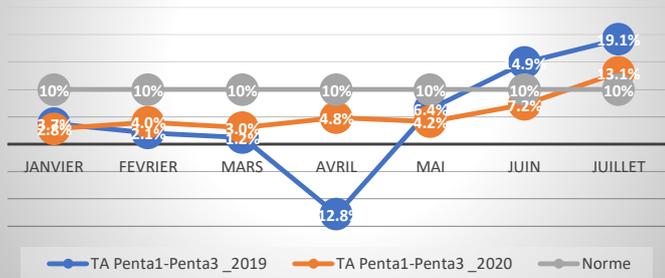
Penta1 : comparaison de l'effectif vacciné de Janvier à Juillet 2019_2020



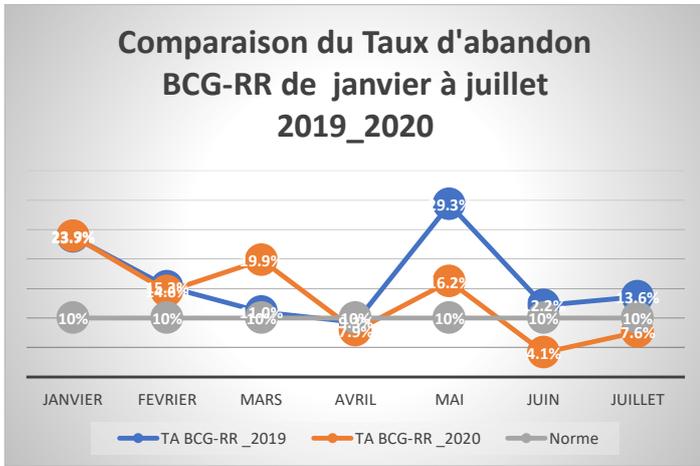
Penta3 : Comparaison de l'effectif vacciné de janvier à juillet 2019_2020



Comparaison du Taux d'abandon Penta1-Penta3 janvier à juillet 2019_2020



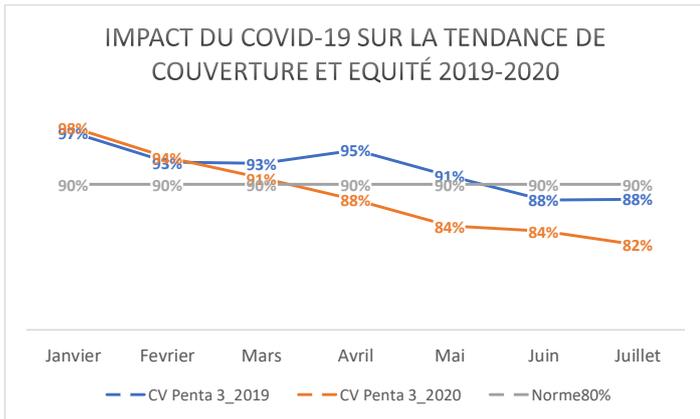
Comparaison du Taux d'abandon BCG-RR de janvier à juillet 2019_2020



Equité et tendance comparative entre janvier à juillet 2019 et 2021

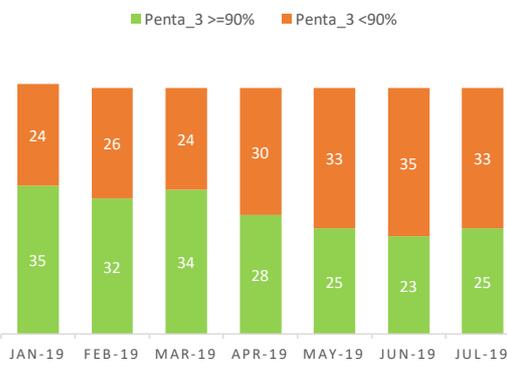
Graphique N° Evolution de couverture vaccinale Penta3 de janvier à Juillet 2019/2020

IMPACT DU COVID-19 SUR LA TENDANCE DE COUVERTURE ET EQUITE 2019-2020



Graphique N°

PENTA_3 : REPARTITION DES MOUGHATAA >= 90% PAR MOIS 2019



COVID-19 : impact sur l'équité Evolution du Nbre de Moughataa avec Penta3>=90% 2020



EQUITE: REPARTITION DES MOUGHATAA/CV PENTA_3 PAR MOIS 2019



EQUITE: REPARTITION DES MOUGHATAA/CV PENTA_3 PAR MOIS 2020



- Diminution de la demande dans quelques structures
- Réorganisation de la vaccination dans certaines structures (fermetures de sites)
- Pas engagement Communautaire
- Refus à la vaccination dans certaines zones dus aux rumeurs

4-Impact sur toutes introductions de nouveaux vaccins

Deux vaccins étaient dans la visée de l'introduction pour 2020 et 2021, l'introduction du HPV pour la première phase dans 5 régions,

- le retard de mobilisation des fonds de communication et le problème de synchronisation avec l'année scolaire
- L'avènement du Covid -19.

Ces deux facteurs ont fait reporter cette introduction en Avril -Mai 2021 cette fois-ci pour tout le pays : cela permettra d'éviter la ségrégation entre les régions, d'éviter la péremption du stock déjà disponible dans les dépôts du PEV depuis fin 2018 et qui périmement en juillet et Septembre 2020

La Mauritanie n'a pas introduit un nouveau vaccin pendant cette période ni réalisée d'AVS, cependant l'introduction du RR2 est prévue au mois de novembre si toutes les conditions sont remplies.

5-Impact sur les stocks de vaccins

L'Unicef en collaboration avec le Ministère de la santé (PEV) initie au troisième trimestre de chaque année un exercice d'estimation des besoins, de prévision et de quantification des vaccins basé sur la méthode démographique et un plan d'approvisionnement est mis en place afin de livrer de façon séquentielles les besoins annuels du pays. La force ou faiblesse de cette méthode réside sur la qualité et la fiabilité des données démographiques (projections issues du recensement de 2013), pour avoir une meilleure rigueur elle doit être confrontée à une autre méthode de quantification issue des doses réellement administrées aux enfants appelée Méthode de consommations antérieures ou méthode logistique. La force ou faiblesse de cette méthode réside sur la fiabilité des données du système logistique mis en place (stock disponible, taux de consommation et perte et ajustement)

Ce système logistique en Mauritanie n'est pas performant car le rapport de gestion des vaccins est rarement rapporté dans le rapport mensuel d'activité, le SMT (outil de gestion informatisée des stocks) n'est pas correctement utilisé au niveau des régions ni au niveau Moughataa, le système de contrôle Max/ Min n'est pas respecté ni la fréquence des approvisionnements. Pour que cette méthode soit mise œuvre il faut la mise en œuvre d'un système logistique

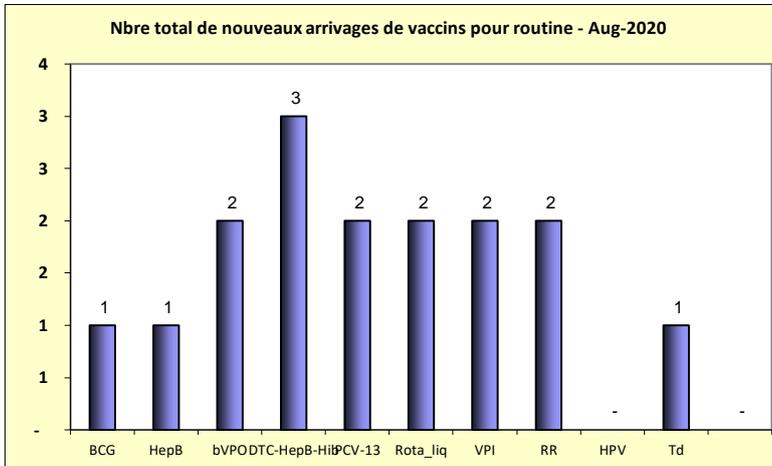
performant afin de rendre disponible le vaccin de qualité, en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment, aux bonnes conditions et au bon prix.

Ce système logistique doit être une priorité pour parer à tout obstacle durant ces temps incertains de covid-19 et pour garantir une disponibilité adéquate des vaccins et constitue également l'une des recommandations prioritaires de GAVI.

Tableau N°01 Comparaison entre les livraisons Prévues et réceptions effectives et stock disponible.

Vaccin	Cost Estimate	N° PO	Date Livraison			Quantité Reçues		Quantité Totale	
			Planifiée	Attendue	Finale	Planifiée	Finale	En stock 28/8/2020	# mois
BCG	10021477	45169008	24/2/20	9/2/20	9/2/20	315000	315000	155000	6
HepB	10021477	45169125	3/4/20	9/6/20	10/6/20	123000	123000	92570	7
VPOb	10021477	45168910	13/1/20	5/2/20	5/2/20	370000	370000	416220	8
VPOb	10021477	45168911	6/2/20	5/8/20	7/8/20	300000	300000		
Td	10021477	45169124	6/7/20	12/7/20	14/7/20	230000	230000	268300	19
DTC-HepB-Hib	10021490	45169351	3/8/20	12/08/20	14/8/20	70000	70000		
DTC-HepB-Hib	10021511	45168547	11/1/20	13/1/20	13/1/20	210000	210000		
DTC-HepB-Hib	GAVI-MRT-20	45169969	5/5/20	3/6/20	10/6/20	208400	208400	252450	6
RR	10021490	45168864	3/6/20	9/6/20	11/6/20	184400	184400	263300	7
RR	GAVI-MRT-20	45168923	10/2/20	9/2/20	9/2/20	146700	146700		
PCV-13	10021490	45168778	1/7/20	5/8/20	7/8/20	49400	49400		
PCV-13	GAVI-MRT-20	45168307	17/2/20	17/2/20	16/2/20	144000	144000	154400	4
PCV-13	GAVI-MRT-20	45171083	1/7/20	5/8/20	7/8/20	64600	64600		
Rota_liq	10021490	45168827	1/10/20			30000			
Rota_liq	GAVI-MRT-20	45168987	30/1/20	27/2/20	27/2/20	82500	82500		
Rota_liq	GAVI-MRT-20	45171459	16/6/20	25/6/20	25/6/20	78000	78000	39450	2
VPI	GAVI-MRT-20	45169555	24/2/20	16/2/20	17/2/20	45000	45000		
VPI	GAVI-MRT-20	45171092	1/6/20	25/6/20	25/6/20	45000	45000	39500	3
HPV	10021490	45172503	15/1/21	Annulée		20800		197600	37

Graphique N°01 : Nombre de réceptions de vaccins de janvier à Aout 2020



Les Livraisons prévues au premier trimestre 2020 sont en concordance avec les livraisons réceptionnées en quantité et en délai. Cependant un grand retard est constaté par la suite au deuxième trimestre et au troisième dû à l'impact du Covid-19 sur le trafic aérien qui est atténué par le système de monitoring des stocks de vaccins mis en exécution par le pays .par exemple le VPOb prévu en juin n'est arrivé qu'en Aout.

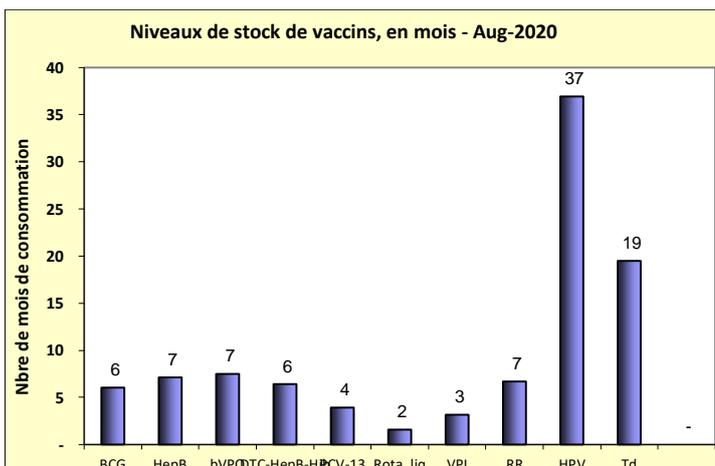
Grace aux efforts conjugués du bureau régional, de la Supply Division, du bureau pays de l'Unicef et sous la coordination du PEV un monitoring des stocks au niveau central et régional a été mené mensuellement afin de connaitre les niveaux de stock et prendre les mesures adéquates pour juguler les obstacles rencontrés.

En effet le monitoring des stocks a permis de connaitre la situation des stocks disponibles évalués en mois de stock disponible (MSD) et de lancer les alertes pour réajuster le plan prévisionnel d'approvisionnement et de faire des commandes groupées.

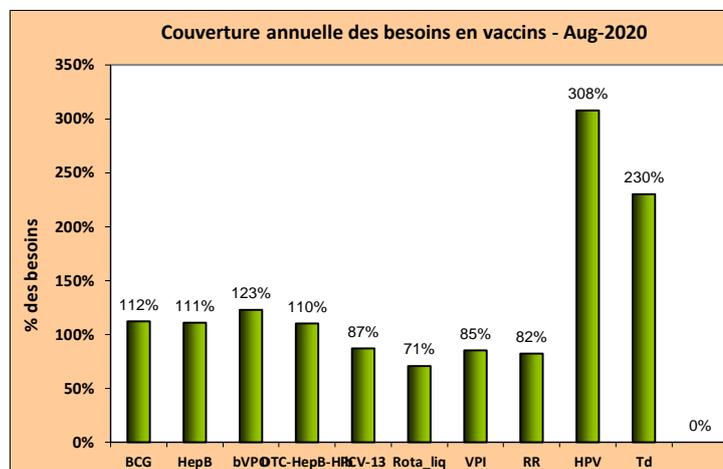
Ainsi les commandes de la période des vaccins provenant de l'inde ont été regroupées en une seule commande. Cependant le cout du Fret est multiplié par 10 entièrement pris en charge par le gouvernement pour éviter les ruptures de stock de vaccins.

Grace à ce système les niveaux de stocks étaient sous-tension mais n'ont pas subi de rupture de vaccins .

Graphique N°02 : Niveaux de stock de vaccins en MSD Aout 2020



Graphique N°03 : couverture annuelle des besoins Aout 2020



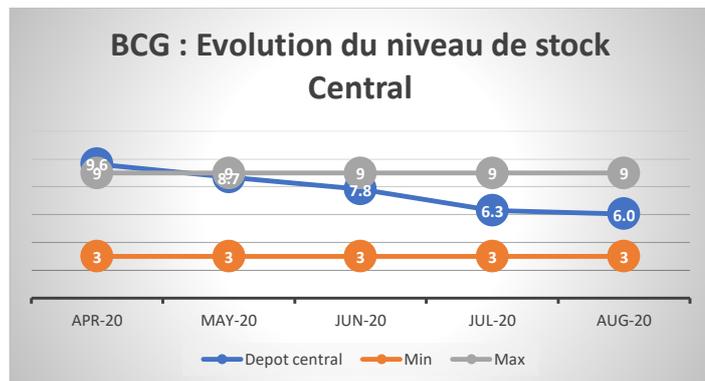
La couverture annuelle des besoins doit couvrir à 100% les besoins annuels en plus d'un stock de réserve de 25% (125%). A l'exception du Td, aucun vaccin n'est couvert adéquatement, le stock de réserve sera entamé à des degrés différents en fin d'année (BCG, HepB, VPOB et Penta) et le stock de réserve sera épuisé en fin d'année voire risque de rupture (PCV13, ROTA, VPI et RR) ; le stock de Td reste très confortable et HPV est réservé pour la campagne d'introduction en 2021.

Le niveau de stock de Trois vaccins traceurs : début du calendrier vaccinal :BCG, monitoring de l'utilisation : Penta et fin du calendrier : RR pour la vaccination de routine .

1. BCG

Les besoins annuels du pays sont commandés en une seule livraison réceptionnée en Février 2020

Graphique N°04 : Evolution du niveau de stock BCG au niveau du dépôt central.



Ce stock couvrira les besoins annuels jusqu'en février 2021 ou les besoins de 2021 doivent être réceptionnés en cette période.

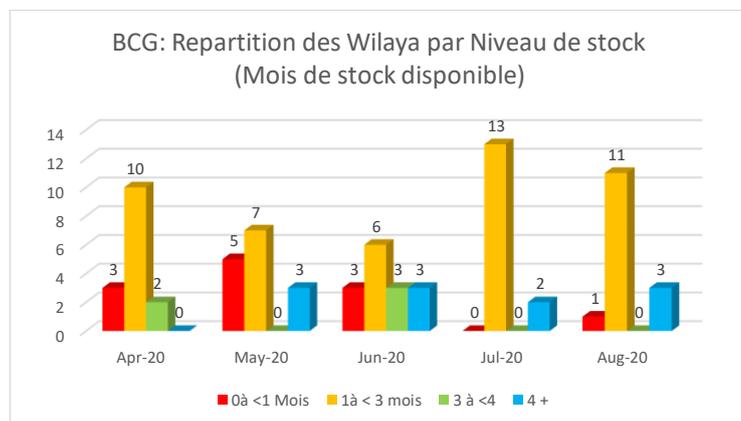
Tableau N°02 : Evolution du niveau de stock du BCG au niveau régional de Avril à Aout 2020

Mois	Apr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Aug-20
------	--------	--------	--------	--------	--------

Dépôt central	9.6	8.7	7.8	6.3	6.0
Stock Régional	1.9	2.3	2.6	2.4	2.3
HEC	0.9	1.3	3.2	1.9	0.5
HEG	2.9	2.8	2.4	2.4	2.4
ASSABA	2.2	1.7	1.5	3.1	1.4
GORGOL	2.1	1.1	0.4	1.8	1.3
BRAKNA	3.3	2.8	2.4	1.9	2.1
TRARZA	0.8	0.4	3.7	2.4	2.2
ADRAR	1.2	0.7	2.1	1.0	2.1
Dakhlet NDB	1.3	6.2	5.5	1.9	2.9
TAGANT	2.3	1.3	0.2	1.4	2.1
GUIDIMAKHA	2.0	0.9	0.8	2.2	1.1
TIRIS	1.4	6.8	5.6	5.3	4.0
ZEMMOUR	2.2	2.1	1.4	5.0	4.3
INCHIRI	2.2	2.1	1.4	5.0	4.3
Nktt Nord	0.9	0.9	1.9	1.5	1.0
Nktt Ouest	3.9	5.4	5.4	2.3	5.4
Nktt Sud	1.5	0.3	3.0	2.1	1.8
Max	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Min	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0

Bien que le stock central soit à son Maximum, le stock régional reste en dessous du stock de réserve durant les 4 mois sans pour autant connaître des ruptures. On peut évoquer un **problème de transport dû aux restrictions de déplacements inter-urbains** mais surtout à **une surcharge du personnel actif orienté sur la prise en charge du COVID-19** notamment à Nouakchott aussi le faible mouvement de stock peut supputer un manque de la demande pour l'activité vaccinale au niveau des formations sanitaires. Cette tension est forte au niveau du HEC, du Trarza, du Guidimagha, Nouakchott-Nord et Nouakchott-Sud.

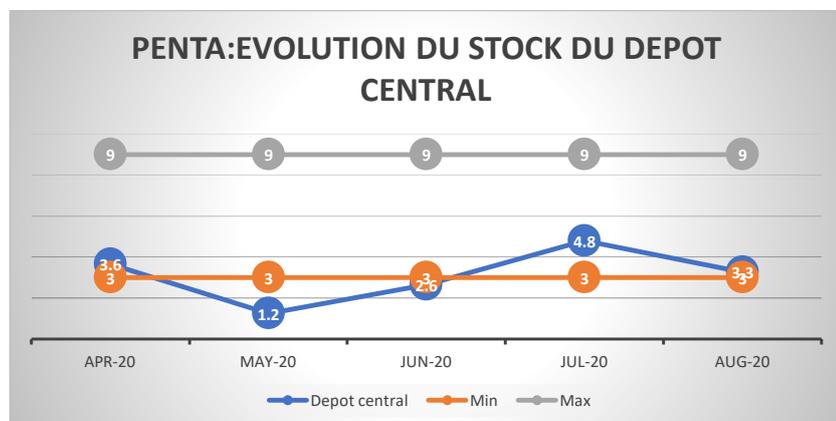
Graphique N°05 : Répartition des régions en fonction du niveau de stock du BCG en MSD



2. LE PENTAVALENT (DTC-HepB-Hib)

Graphique N° 06 : Evolution du stock pentavalent de : Avril à Aout 2020

PENTA:EVOLUTION DU STOCK DU DEPOT CENTRAL



Les besoins annuels du penta sont repartis en 4 livraisons et suivant les co-financements GAVI-Pays. Le stock disponible en Penta est à la limite du stock de réserve et parfois l'entame. **Un véritable problème d'estimation des besoins et de quantification ou de gestion de stock apparait pour cet important vaccin traceur.**

Une sous-tension de stock apparait au mois de Mai à cause des perturbations du trafic aérien jugulée progressivement grâce au mécanisme de monitoring de stock et ajustement du réapprovisionnement des vaccins.

Au niveau régional, les stocks restaient tendus pour certains Wilaya notamment à Nouakchott où l'épidémie sévit violemment et tout le personnel orienté vers le dépistage et la prise en charge du Covid-19 et le personnel vulnérable travaillait à distance ou dispensé sous le confinement, l'approvisionnement et **la vaccination était relégué au second plan.**

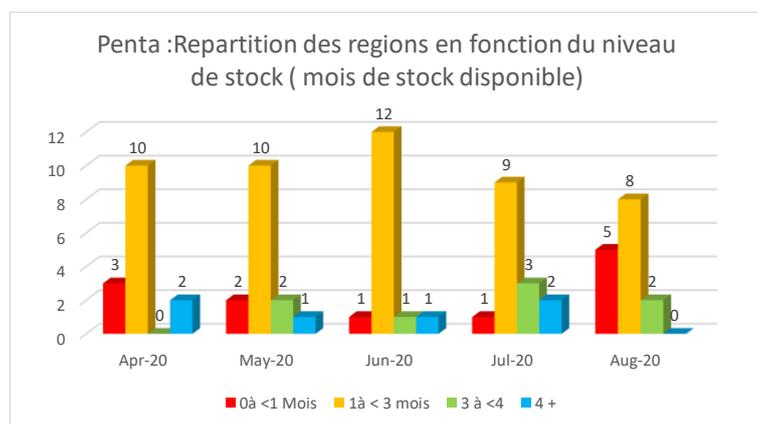
En moyenne le stock régional en Pentavalent bien qu'en dessous du stock de réserve reste constant et stationnaire pour les 4 mois Avril à Aout, cependant cette constance apparente cache en réalité de grandes disparités au niveau des régions par exemple le niveau de stock est inférieur à 1 mois de distribution (sous tension) pour 3 régions en Avril, 2 en Mai, une en juillet et 5 en Aout 2020. Les stocks les plus critiques se trouvent au HEC, GORGOL, TRARZA, NDB, Nouakchott Nord et Sud. (voir tableau 1 et Graphique 2).

Tableau N° 03 : évolution du stock du vaccin Penta au niveau régional de Avril à Aout 2020

Mois	Apr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Aug-20
Dépôt central	3.6	3.0	2.3	1.2	3.9
Stock Régional	2.3	2.2	2.1	2.4	1.7
HEC	0.8	1.6	2.8	1.3	0.1
HEG	2.6	2.6	2.4	3.7	3.7
ASSABA	1.6	1.2	1.0	1.7	1.0
GORGOL	1.8	2.0	0.7	1.8	1.2
BRAKNA	2.2	2.0	1.8	2.1	1.8
TRARZA	0.8	0.7	3.5	3.6	2.3
ADRAR	2.2	1.8	1.9	1.3	2.4
Dakhlet NDB	1.5	3.1	2.4	0.8	0.8
TAGANT	7.7	6.3	5.4	4.0	0.7
GUIDIMAKHA	2.3	1.7	1.2	2.7	0.8
TIRIS ZEMMOUR	2.4	2.6	1.4	3.4	2.6
INCHIRI	2.3	1.7	1.1	4.0	3.4
Nktt Nord	1.1	0.7	1.6	2.3	0.7
Nktt Ouest	4.4	3.0	2.6	1.6	2.6
Nktt Sud	0.9	2.7	1.8	1.6	1.4

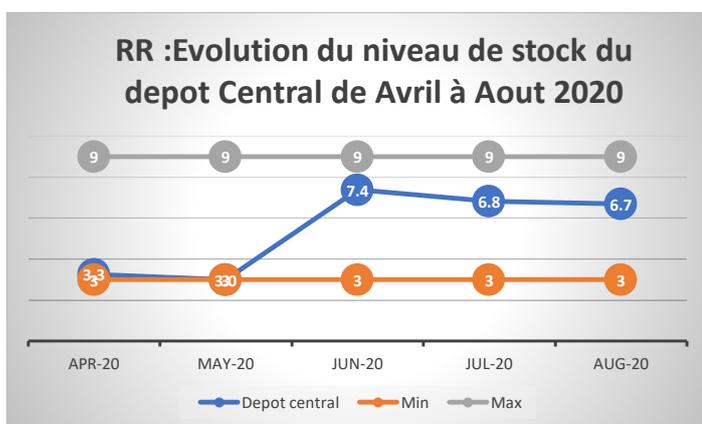
Max	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Min	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0

Graphique N° 07 : Répartition des régions par rapport au niveau de stock de Penta



3. Rougeole/ Rubeole

Graphique N°08 : Evolution du niveau de stock RR au niveau du dépôt central.



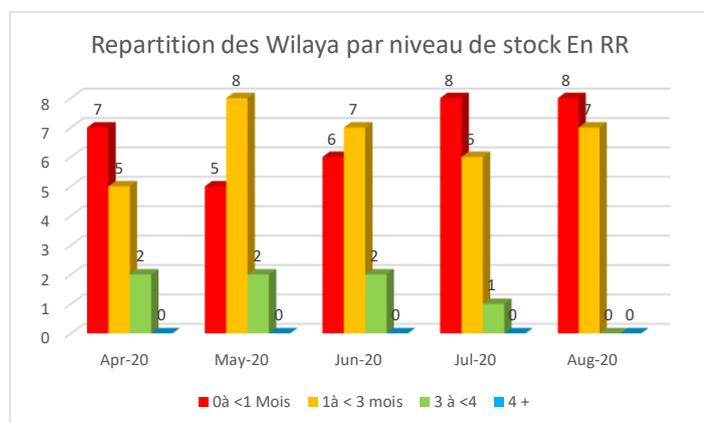
La première livraison est réceptionnée en Février 2020 et le stock de réserve n'a pas été entamé pour atteindre 7 mois de disponibilité en juin et décroît faiblement jusqu'en Aout.

Malgré le niveau de stock élevé pour ce vaccin traceur (RR) au niveau du dépôt central, le stock du niveau régional montre une forte exacerbation en moyenne au cours des 4 mois et cette exacerbation est fortement prononcée au niveau de 7 régions de forte densité populationnelle (HEC, ASSABA, GORGOL, BRAKNA, TRARZA, Nouakchott-Nord et Nouakchott -Sud) avec un mouvement de stock extrêmement faible ce qui dénote sans doute d'une forte récession des activités vaccinales ,sans doute à cause du COVID.

Tableau N°04 : Evolution du niveau de stock du RR au niveau régional de Avril à Aout 2020

Mois	Apr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Aug-20
Dépôt central	3.3	3.0	7.4	6.8	6.7
Stock Régional	1.5	1.4	1.3	1.1	1.1
HEC	0.3	1.0	1.1	0.9	0.1
HEG	1.5	1.5	1.3	1.5	1.5
ASSABA	0.7	0.4	0.3	0.8	0.3
GORGOL	0.8	0.7	0.4	0.9	0.6
BRAKNA	0.9	0.9	0.3	0.3	0.1
TRARZA	0.5	0.2	1.9	0.8	0.6
ADRAR	1.2	1.0	1.4	1.2	1.4
Dakhlet NDB	2.9	2.9	2.4	0.8	1.8
TAGANT	3.0	3.0	3.0	2.3	1.8
GUIDIMAKHA	1.6	1.4	1.0	1.2	0.6
TIRIS					
ZEMMOUR	1.3	1.1	0.5	0.5	1.9
INCHIRI	3.4	3.5	3.2	3.1	2.6
Nktt Nord	0.6	0.3	0.4	0.3	0.0
Nktt Ouest	3.2	2.2	1.9	1.4	2.4
Nktt Sud	0.4	1.2	0.7	1.0	0.8
Max	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Min	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0

Graphique N°09 : Répartition des régions en fonction du niveau de stock du RR en MSD



Selon les paramètres du système d'information logistique (SIGL) du PEV, la chaîne d'approvisionnement comprend 4 niveaux (niveau central, régional, District et formation sanitaire).

Tableau N° 05 : Périodicité des livraisons et système de contrôle Max/Min

Niveau	Période d'approvisionnement (En mois)	Stock de réserve (mois)	Délai de commande	Stock Max (en mois)
Niveau National	6	3	3	9
Niveau Wilaya	3	1	1	4

Niveau Moughataa	2	1	0,5	3
Niveau CS/PS	1	1	0,25	2

Ainsi le niveau régional doit commander tous les 3 mois, le niveau Moughataa tous les deux Mois et le niveau formations sanitaires une commande mensuelle doit être effectuée à la suite de l'inventaire et du rapport mensuel d'activité.

Un plan de livraison doit être établi sur cette base pour approvisionner les régions, un camion frigorifique est disponible pour alimenter les axes de grande densité de population (les régions du fleuve et de l'Est) et les régions du nord en troisième position.

Une chambre froide a été installée à Kiffa en 2020 (si elle est fonctionnelle : problème groupe électrogène) peut servir de stockage intermédiaire pour les urgences de l'axe de l'est.

Ce plan d'approvisionnement n'est pas régulière et anarchique en plus exacerbée par les mesures de restriction de déplacement et la surcharge de travail du personnel.

Tableau N° 06 : Monitoring des distributions effectives janvier -Aout 2020

	Population	Jan-20	Feb-20	Mar-20	Apr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Aug-20	Total livraisons - vaccins
régions sanitaires	4,173,077	12	9	11	7	8	9	10	6	72
DRAS HEC	515,139	1	2			1	1		1	6
DRAS HEG	329,555		1	1	1			1		4
DRAS ASSABA	386,693	1	1	1				1		4
DRAS GORGOL	375,991	1		1				1		3
DRAS BRAKNA	328,956		1		1			1		3
DRAS TRARZA	306,125	1	2	1	2	1	2	1	1	11
DRAS ADRAR	60,984	1		1			1		1	4
DRAS Dakhlet NDB	149,800	1		1	1	1				4
DRAS TAGANT	84,635	1		-	1			1		3
DRAS GUIDIMAKHA	315,694	1		1			1			3
DRAS TIRIS ZEMMOUR	57,026	1		1		1		1	1	5
DRAS INCHIRI	25,263			1				1		2
DRAS Nktt Nord	473,654	1		1			1	1		4
DRAS Nktt Ouest	214,053	1	1		1	3	3		1	10
DRAS Nktt Sud	549,510	1	1	1		1		1	1	6

L'exemple le plus frappant de cette anarchie est le cas de Nouakchott Ouest : à proximité du dépôt central et dispose d'une chambre de grande capacité a fait 10 approvisionnements dont 6 en deux mois consécutifs au cours de la période de janvier à Aout 2020 au lieu de 1 approvisionnement par trimestre.

Pour prendre les mesures adéquates et juguler ces obstacles rencontrés qui sont déjà été signalé par l'audit réalisé par GAVI en 2018 qui a révélé l'absence d'un système de suivi et de rapportage des données des stocks aux différents niveaux, la non maîtrise des mouvements des stocks et la faible utilisation des outils de gestion du stock aussi bien sur le plan manuel qu'électronique à amener le PEV en partenariat avec l'Unicef à réaliser des activités correctrices suivantes :

- Apporter une assistance technique aux PEV central, DRAS, Médecin chef de Moughataa et les points focaux du PEV dans l'identification, la planification, la mise en œuvre et la gestion d'approches et de stratégies pénétrantes de la vaccination pour améliorer la couverture et l'équité de la vaccination..
- Installation d'une chambre froide à Kiffa en Assaba pour servir les Wilayas de l'est
- Réalisation d'une évaluation de la GEV au niveau de la région de l'Assaba (Wilaya ACD)
- Instauration d'un système de rapportage mensuel des stocks de vaccins à tous les niveaux

- Suivi régulier des arrivages des vaccins et le niveau de stocks national par niveau.
- Rapportage mensuel de la situation des stocks de vaccins dans le pays au bureau régional(WCARO).
- Mise en place de l'outil de gestion de stock de vaccins informatisé (SMT) au niveau des dépôts régionaux
- Missions de supervision formative à tous les niveaux

Comme perspective 2020 le programme compte créer un comité logistique pour améliorer tous les aspects qui intéressent la gestion des vaccins à tous les niveaux.

Equipement des chaines de froid :

Dans le cadre de la plateforme d'optimisation des équipements de chaines de froid (CCEOP), l'offre de service de vaccination est renforcée par la mise en œuvre du plan d'installation des équipements de chaines de froid homologués et performants et adaptés aux conditions spécifiques de la Mauritanie afin de remplacer les équipements vétustes, en panne ou à Gaz et faire l'expansion et l'extension du service de vaccination à de nouvelles structures sanitaires.

Le plan d'installation des équipements a commencé juste après la détection des premiers cas hexogènes de Covid-19 au pays, ce qui a fortement ralenti le rythme d'installations à cause des mesures de prévention du Covid-19 instaurées par le pays notamment la restriction des déplacements inter-urbains.

Grace à une forte coordination du PMT (comité de gestion du projet) comprenant entre autres le PEV, le représentant de HAIR, l'UNICEF, les DRAS...ce plan d'installation a atteint ses objectifs en évitant les problèmes liés aux aléas climatiques notamment les enclavements liés à la saison des pluies.

Ce plan d'installation comprend 4 axes prioritaires :

1. **Axe prioritaire 1** : Confinement et limitation des déplacements inter-régions : 4 régions (84 Equipements de chaine de froid installés), Dakhlett Nouadhibou (12 /12 ECDF), Nouakchott- Nord (28/28), Nouakchott-Ouest (19/19) et Nouakchott- Sud (25/25) pré et post-confinement (Mars et Mai 2020) Mission terminée, Sans déviation
2. **Axe prioritaire 2** : région du fleuve risque d'enclavement de certains sites à cause des pluies : 4 régions (156/160 Equipements de chaine de froid installés), GORGOL (36/36), GUIDIMAGHA (32/32), TRARZA (39/39), Brakna (53/53) Mission terminée, Sans déviation.
3. **Axe prioritaire 3** : 4 régions de l'Est, risque d'enclavement de certains sites à cause des pluies : 4 régions (142/147 soit 97% Equipements de chaine de froid installés) , ASSABA(40/40 =100%),HODH EL GHARBI (41/42 soit 98% une déviation Moughataa de Tamchekett PS Neichane), HODH EL CHARGHI (52/56 soit 93% 4 déviations Moughataa de Nema Ps Eidghour, moughataa de Timbedra : Ps D'keine, Ps Khoudra, Ps Nbeikett Ness) , TAGANT (9/9 soit 100% Misson Terminée 97% avec 5 déviations qui demandent une décision du comité de pilotage.
4. **Axe prioritaire 4** : 3 régions du Nord : (11/13 Equipements de chaine de froid installés soit 85%) INCHIRI (3/5 Ps Lemhajratt, Ps Lweibde non installés pour cause du local), ADRAR (5/5 soit 100% et TIRIS ZEMOUR (3/3 soit 100%) 85% La Mission est terminée avec 2 déviations.

Le nombre total de CdF livré dans le cadre de la CCEOP est de 404 équipements de CDF repartis sur 15 régions du pays, les 404 équipements sont livrés sur le terrain.

Parmi les 404 équipements 397 sont déjà installés et il reste 7 à installer soit 2% apres décision du comité de pilotage.

Tableau N°07 : Répartition des Equipements de CDF installés par région et par modèle

REGIONS	Congélateur		Réfrigérateur			Total
MODELE	HBD-116	HBD-286	HBC-80	HBC-260	HTC-40 SDD2	

Capacité (litre)	≥90, <120L	≥120L	≥60, <90L	≥120L	<30		
HEC	3	4	5	9	31	52	
HEG	2	1	11	6	21	41	
ASSABA	4	2	10	8	16	40	
GORGOL	0	3	4	9	20	36	
BRAKNA	0	3	14	7	29	53	
TRARZA	3	0	20	7	9	39	
ADRAR	1	0	3	1	0	5	
Dakhlet NDB	0	2	7	3	0	12	
TAGANT	0	3	2	2	2	9	
GUIDIMAKHA	0	3	4	2	23	32	
TIRIS ZEMMOUR	0	0	2	1	0	3	
INCHIRI	0	0	3	0	0	3	
Nktt Nord	1	1	14	12	0	28	
Nktt Ouest	2	0	15	2	0	19	
Nktt Sud	1	2	11	11	0	25	
Total	17	24	125	80	151	397	

En plus de la chambre froide de Kiffa, cet apport des équipements de chaîne de froid améliore considérablement la capacité de stockage des vaccins au niveau de toute la chaîne d'approvisionnement du pays et offre une opportunité pour la gestion future du vaccin du COVID-19 dans l'application du COVAX/ GAVI où le pays a adhéré cependant cela poserait également le problème de population -cible, les enfants étant moins vulnérable que les adultes. la tutelle de la gestion de ce vaccin (PEV, INRSP..) capacité de stockage.

En conclusion, il ressort de cette analyse les points suivants :

	Problème identifié	Solution proposée	Recommandations	Domaine
1	Absence d'un système logistique performant qui peut amortir l'impact des crises y compris la pandémie du COVID-19 sur les niveaux adéquats des stocks	Revue et revitalisation du système logistique existant	Etude et mise en œuvre d'un plan pour la mise en œuvre d'un système logistique performant comprenant la chaîne d'approvisionnement (bâtiment, transport, formation, SIGL, quantification ...) et son exécution Création d'un comité logistique	1. Assistance technique RSS/OMS/Unicef Consultant 2. GEV 3. Plan de mise en œuvre des recommandations de la GEV
2	Faiblesse du système d'information en gestion logistique afin de faire remonter les données logistiques essentielles (stock disponible, taux de	Directive de rapportage des données logistiques et outils de gestion de stock	Forte implication du DRAS et du Médecin chef Formation et supervision du personnel sur la gestion logistique	Formation /supervision et vulgarisation des outils informatisés de gestion de stocks (DVD-MT, SMT, DHIS2 ...)

	consommation et perte et ajustement)	(DVD-MT, SMT, DHIS2	(gestion de stock, inventaire, conditions de stockage, monitoring de température. ;	Mettre en place en pool de formateurs/superviseurs.
3	Faiblesse de l'utilisation des outils informatiques de gestion de stock a tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement (SMT)			
4	Faiblesse des estimations des besoins, de prévision et de quantifications : la méthode démographique doit être comparée à la méthode logistique	Toujours vérifier les données logistiques et Remontées de données validées Comparer les données issues des consommations antérieures aux données démographiques utilisées dans le forecast afin de faire des prévisions fiables	Monitoring pour action : triangulation des données et analyse à tous les niveaux et feedback. Responsable Médecins chefs de Moughataa, chef de poste et responsable de site.	Supervision formative
	Insuffisance de la qualité et quantité des ressources humaines	Méthode de Gestion des postes, emploi et compétences des RH	Former plusieurs personnels sur la vaccination et la gestion de stock de vaccins pour assurer la polyvalence et la relève	RSS/OMS/Unicef
	Insuffisance de la formation du personnel sur la gestion des vaccins à tous le niveaux			
	Plan de réapprovisionnement non fonctionnel (rythme de commande)	Mettre en œuvre un plan de distribution trimestriel basé sur les inventaires et l'estimation des besoins avec tous les moyens nécessaires (Transport, carburant et suivi)	Financement du plan de réapprovisionnement avec formation des PFR sur la gestion du PEV	RSS/budget Etat /Unicef
	Insuffisance d'application des procédures opérationnelles normalisées	Plan d'action pour les recommandations de la GEV y compris les Procédures opérationnelles normalisées	Plan d'exécution des recommandations de la GEV	PEV/RSS/GEV : Comité de pilotage de la GEV/comité logistique

Insuffisance des inventaires des vaccins et des équipements	Avoir la situation des ECDF	Inventaire annuel des ECDF	Comité logistique
---	-----------------------------	----------------------------	-------------------

6-Impact sur le financement de la santé et de la vaccination

- L'avènement de la Covid 19 a mobilisé beaucoup de financement pour la santé jamais égalé dans le temps par le gouvernement, les pays amis de la Mauritanie et les PTF, cependant ces financements étaient plus orientés vers des activités spécifiques de la prise en charge de la pandémie y compris la Surveillance des maladies épidémiques, des mesures de préventions et atténuations des effets collatéraux de la pandémie sur les populations vulnérables et les groupes sociaux les plus touchés.
- Les effets de confinement et les mesures de prévention de la pandémie ont fortement impacté la mise en œuvre du plan d'action opérationnel du Ministère de la santé relatif à la vaccination et plusieurs activités financées par les partenaires n'ont pu être réalisées à temps.
- La vaccination, acte préventif est relégué au second plan à cause de l'état d'urgence mais surtout l'état émotionnel des administrateurs : ainsi le virement des fonds destinés au cofinancement des nouveaux vaccins et à l'achat des vaccins traditionnels ont pris un retard considérable par rapport à l'accoutumé et le solde de ce compte au niveau de la Supply Division a atteint un solde jamais atteint dans les annales historiques de la Mauritanie : 74932,98 \$ la livraison du dernier trimestre 2020 de penta et de RR n'a pu être livrée à cause du manque des fonds de co-financement pays.

Un retard de décaissement des fonds pour la réalisation des activités planifiées dans le PAO a eu lieu spécifiquement pour certains partenaires

2.4 Réaffectations budgétaires déjà convenues de la subvention de RSS vers les mesures COVID-19(CPC) Non réalisée NA

[Veuillez compléter le tableau pour indiquer toute réaffectation budgétaire déjà approuvée - exemple ci-dessous]

	Activité COVID-19	Montant réaffecté	État d'avancement de la mise en œuvre
Activité 1	Évaluation de la communication des risques liés à la vaccination		
Activité 2	Prévention et lutte contre l'infection		
Activité 3	Surveillance PEV, coordination, points d'entrée		
Activité 4	Appui aux services de laboratoire de la COVID-19		

2.5 Modifications déjà convenues dans l'assistance technique (le cas échéant)

[Il s'agit des modifications déjà convenues dans le cadre de l'intervention d'urgence COVID-19]

OMS/UNICEF

2.6 Fonds non dépensés et économies réalisées grâce au soutien de Gavi, disponibles pour réaffectation

[Brève description et/ou tableau. Considérant que certaines activités ont été annulées, retardées ou modifiées, il s'agit d'une vue d'ensemble des fonds disponibles pour réaffectation.]

3. Discussions sur les priorités, le plan d'action et les besoins d'assistance technique ; Feuille de route pour nouvelle réaffectation/planification (Nouveau Plan RSS2, Plan de relance vaccination)

Sur la base de l'analyse de l'état actuel du programme et du financement de votre programme de vaccination (présentée aux sections 1 et 2), les questions ci-dessous fournissent des orientations pour un dialogue multipartite.

Il s'agit d'obtenir un aperçu de vos plans de renforcement/rétablissement des activités de vaccination systématique, le rattrapage des enfants manqués et éventuellement la réactivation de certaines des nouvelles introductions et/ou campagnes prévues, dans le cadre des plans nationaux de riposte aux épidémies/de récupération, tout en tenant compte des orientations fournies par l'Alliance.

Le pays est prié de:

- définir des activités à court/moyen terme pour maintenir/rétablir la vaccination systématique et, si nécessaire, rattraper la couverture. Un plan de travail et un budget seront requis pour ce faire.

Un plan de relance basé sur la situation vaccinale au cours des 8 mois de l'année 2020 sera élaboré par l'équipe du PEV. Il inclura les districts à faibles couvertures, ceux avec des données incohérentes et ceux avec des taux d'abandon élevés. Les activités et les recommandations ainsi que le budget seront axés sur le dernier trimestre de l'année 2020 et le premier trimestre de l'année 2021.

- définir une feuille de route pour la réaffectation/planification d'activités non mentionnées dans le plan de relance à moyen et long terme du pays, les ressources nationales et celles disponibles auprès d'autres partenaires de développement, les enseignements tirés et les approches novatrices utilisées pour faire face à l'épidémie, ainsi que les synergies avec toutes les parties prenantes concernées, y compris les OSC, avec la vision de "mieux reconstruire".

Le dialogue multipartite peut examiner les questions suivantes, en tenant compte des dernières orientations programmatiques fournies par l'Alliance:

Activités à court/moyen terme pour maintenir/rétablir la vaccination systématique (PEV)

- Plan de relance COVID-19: le pays dispose-t-il d'un plan de relance qui prévoit la restauration des services de santé essentiels, y compris la vaccination?
 - En cas de réponse négative, le plan de relance est-il en cours d'élaboration? Veuillez donner un bref aperçu du processus et des délais d'achèvement prévus.
- Prestations vaccinales: quelles stratégies ont été mises en œuvre au niveau des points de prestation de services pour réactiver les services de vaccination et combler les lacunes de vaccination résultant de la COVID-19?
 - 1-Stratégie de réouverture des postes vaccinales qui étaient fermées pendant la pandémie
 - 2-Sensibilisation et mobilisation des mères afin qu'elles reviennent pour vacciner leurs enfants
 - 3-Motivation du personnel qui vaccine à travers les fonds de la Covid -19
 - 4 Supervision des sites de vaccination surtout à Nouakchott
 - Des stratégies/mécanismes de prestation supplémentaires sont-ils prévus (par ex. stratégies de demande mises à jour, approche communautaire, IPV/R, nouvelles campagnes, etc.)? Non
 - En cas de réponse affirmative, comment ces mesures sont-elles intégrées dans des considérations plus larges en matière de soins de santé primaires et sont-elles conformes aux directives de l'OMS?
 - Quels plans existent en ce qui concerne la communication des risques et l'engagement de la communauté dans la reprise? Tout ce qui est communication destinée au Covid-19 est inclus dans le plan de communication élaboré par l'EPS, la vaccination est une composante de ce plan
 - Quels enseignements et/ou approches innovantes de la prestation de services de vaccination utilisées pour faire face à l'épidémie méritent une adoption et une mise à l'échelle plus larges? Les mesures d'hygiène, distance à respecter entre les mères sont des mesures qui doivent être adoptées pour toujours en dehors des épidémies
- Approche équitable: Quels sont les plans pour s'assurer que les communautés mal desservies et oubliées, y compris les enfants zéro dose, sont prioritaires dans le plan de relance du pays?

Un plan basé sur l'équité au cours des sorties mobiles de vaccination est en cours d'élaboration par le programme pour l'atteinte des zéro doses surtout à Nouakchott Sud et Nouakchott Nord où les CV sont basses ainsi que les zones enclavées ou difficiles d'accès.

- Le plan envisage-t-il une cohorte supplémentaire d'enfants ou de nouvelles communautés qui auraient pu manquer la vaccination en raison de la COVID-19 et contient-il des stratégies pour y remédier?
Oui le plan visera de nouvelles communautés qui auraient manqué la vaccination en raison du Covid 19 basé sur les stratégies avancées et mobiles
- Le plan envisage-t-il les impacts disproportionnés de la pandémie sur les femmes et les filles ou d'autres groupes vulnérables (y compris les migrants, les handicapés, les communautés VIH+, LGBTQI) et propose-t-il des stratégies sexospécifiques et transformatives pour les atténuer?
Le plan visera tous les enfants de sexe masculin ou féminin sans distinction ainsi que toutes les autres communautés² sans oublier les groupes vulnérables
- Le plan envisage-t-il des partenariats nouveaux ou renforcés, dont des OSC, pour atteindre les communautés mal desservies? Oui les MCM utiliseront des relais ou OSC pour la détection des enfants non vaccinés au cours de ces sorties
- Quelles sont les lacunes dans les données et informations de vaccination qui limiteront la capacité à identifier les enfants manqués, à suivre la prise en compte de ces enfants et à surveiller l'effet des stratégies de relance/mécanismes de prestation de services ? ce sont surtout les insuffisances dans les enregistrements dans les structures qui vaccinent (qualité) ainsi que la remontée des informations pour une bonne prise de décision.
- Le plan de relance comprend-il des activités pour améliorer les lacunes connues dans les données de vaccination? Oui
- Financement de la vaccination: A-t-on obtenu un financement suffisant pour assurer la disponibilité des vaccins, y compris la part de cofinancement, et pour permettre une prestation continue des services de vaccination à l'avenir? Veuillez donner un bref aperçu du financement du programme de vaccination³ et mettre en évidence les lacunes du soutien. Décrivez les efforts en cours pour combler les éventuels déficits de financement. Pour le cofinancement le gouvernement a débloqué des fonds pour les vaccins comme pour l'année 2019 il y'a un retard mais le déblocage a été fait. De même que pour le budget de fonctionnement du service. Certaines activités du plan d'action 2020 n'ont pas été réalisées suite à la pandémie particulièrement pour les partenaires locaux(OMS).

Quel soutien est requis de la part de Gavi pour les actions de riposte prévues à court/moyen terme?

- Quelle assistance technique essentielle doit être financée par l'aide ciblée aux pays dans le cadre du PEF?⁴ Le pays aura toujours besoin de soutien que ce soit financier ou une assistance technique. Financement du plan de relance avec une assistance technique.
- Le pays prévoit-il d'avoir besoin d'une plus grande flexibilité ou d'un soutien supplémentaire au RSS?
- Des introductions de nouveaux vaccins ou des campagnes planifiées doivent-elles être adaptées à la situation actuelle? (Veuillez confirmer ou indiquer tout changement dans les hypothèses de la section 1.1) Oui le pays a besoin d'une grande flexibilité et sûrement d'un soutien supplémentaire au RSS. Le pays prévoit l'introduction du RR2 à la fin de l'année 2020 ainsi que le HPV à la fin du premier trimestre de l'année 2021. Une campagne RR est programmée au début de l'année 2022

² La politique révisée de Gavi sur l'égalité entre hommes et femmes a été introduite le 1er juillet 2020 et peut être téléchargée ici: <https://www.gavi.org/programs-impact/programmatic-policies/gender-policy>

³ Y compris les sources de financement.

⁴ Les besoins en AT mentionnés dans le présent rapport sont une contribution essentielle au processus de classification du soutien de Gavi à l'AT (aide ciblée aux pays dans le cadre du PEF). Le plan d'AT fera toutefois l'objet de discussions de suivi et d'un processus d'approbation distinct, qui peut nécessiter la prestation d'informations supplémentaires.

- Le pays pré voit-il de demander un soutien aux nouveaux vaccins ou un changement de produit/présentation⁵ au cours des 6 à 24 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez indiquer quels vaccins et quel soutien. Pour le moment Non
- Le pays est-il intéressé par les initiatives d'innovation⁶ du catalogue d'innovations⁷ à disposition des pays? Oui le pays est intéressé par les initiatives d'innovation et du catalogue

Feuille de route pour une nouvelle planification à moyen et long terme

Veuillez décrire brièvement votre feuille de route pour élaborer un plan de relance à moyen et long terme plus détaillé afin de rétablir les services de vaccination et combler les lacunes d'immunité créées par la pandémie de COVID-19. Dans votre réponse, vous pouvez tenir compte des points suivants :

L'équipe du PEV travaille sur l'élaboration d'un plan de relance à court et moyen terme avec comme objectif l'amélioration des indicateurs de la vaccination après la pandémie. Il sera basé sur les CV, l'incohérence des données, les taux d'abandon, la formation, la gestion des stocks, la supervision

- Est-il nécessaire de mener une évaluation de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de vaccination afin de faciliter l'élaboration d'un plan de riposte à long terme? Oui pour un plan à long terme
- Quel est le processus de planification envisagé, y compris les mesures pour impliquer les communautés dans l'élaboration des plans, s'associer aux exercices de planification du secteur de la santé au sens large et assurer l'harmonisation du soutien avec tous les partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux pertinents? Ce sont les ateliers de planification régionaux organisés par la CPC du MS dont tout le monde est impliqué. Ils sont en préparation actuellement sur le RSS
- Un plan d'assistance technique sera-t-il élaboré parallèlement au plan de relance? Sera-t-il global et garantira-t-il l'harmonisation du soutien de tous les partenaires d'AT? Oui, global avec tous les partenaires
- Enfin, veuillez noter si la planification a déjà commencé pour une éventuelle introduction d'un vaccin contre la COVID-19 si/ quand ce vaccin devient disponible? RSA

⁵ Pour de plus amples informations sur les produits et présentations disponibles, veuillez consulter: <https://www.gavi.org/news/document-library/detailed-product-profiles>

⁶ Définition de l'innovation: de nouveaux produits, pratiques ou services qui permettent de trouver des moyens plus efficaces et plus efficaces d'accélérer la mission de Gavi.

⁷ Un catalogue d'innovations sera mis à la disposition des pays dans les semaines à venir.