

**Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2019**

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

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

**Les évaluations conjointes nécessitent une préparation minutieuse. Il s'agit notamment :**

- **Au 31 mars : Présentation du rapport de stock de fin d'année**
- **Au 15 mai : Présentation de la demande de renouvellement** des vaccins sur le portail pays (comprenant la présentation des objectifs actualisés, des taux de perte, des demandes de changements, le cas échéant, etc.)
- **4 semaines avant l'évaluation conjointe :**
  - **Soumission** sur le portail pays **de tous les documents de rapport requis à des fins de renouvellement**, notamment :
    - **Mise à jour du cadre de performance de la subvention (GPF)**
    - **Rapports financiers, états financiers annuels et rapports d'audit** (pour tous les types de soutien financier direct) ;
    - **Rapports sur toutes les campagnes/ activités de vaccination supplémentaires menées** (le cas échéant) ;
  - **Soumission de la demande de renouvellement RSS et POECF** (si une nouvelle tranche est requise) sur le portail pays, notamment du budget de RSS pour la tranche demandée ;
  - **Les partenaires de Gavi (OMS, UNICEF et autres)** remettent un rapport d'avancement au regard de leurs étapes et des fonctions du PEF sur le portail partenaire.

Parmi les **autres informations de rapport** qui doivent être publiées sur le portail pays quatre semaines en amont de l'évaluation conjointe, on trouve :

- Les informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination (requis pour tous les pays) ;
- Les exigences relatives aux données et aux enquêtes (requis pour tous les pays) ;
- La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) (requis pour tous les pays) ;
- L'inventaire mis à jour des ECF (requis uniquement pour les pays qui reçoivent un soutien POECF) ;
- Le rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant) ;
- L'évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant) ;
- Les rapports d'évaluation post-introduction (le cas échéant) ;
- Les plans de transition Gavi et/ ou anti-poliomyélite ou informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant) ;
- Les examens du Programme élargi de vaccination (PEV)/ rapport de mise en œuvre du plan d'action (le cas échéant) ;
- Le rapport de l'enquête de couverture post-campagne (le cas échéant) ;
- Toute autre information, telle que des engagements supplémentaires pris par une partie tierce dans le secteur privé.

**Remarque : Si les demandes de renouvellement et les rapports requis ne sont pas soumis sur le portail pays quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe (à l'exception de la demande de renouvellement des vaccins qui doit être soumise au 15 mai), cela pourrait avoir un impact sur la décision de Gavi de renouveler son soutien, notamment un éventuel report et/ ou la décision de ne pas renouveler ou de ne pas décaisser le soutien.**

## Évaluation conjointe (JA complète)

<b>Pays</b>	Mali
<b>JA complète ou JA mise à jour<sup>1</sup></b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>JA complète</b> <input type="checkbox"/> JA mise à jour
<b>Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe</b>	15 au 19 juillet 2019 dans la salle de réunion de la DGS-HP
<b>Participants / affiliation<sup>2</sup></b>	Voir liste en annexe
<b>Fréquence des rapports de résultats</b>	Annuelle
<b>Période fiscale<sup>3</sup></b>	1er Janvier-31 Décembre 2018
<b>Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)</b>	2017-2021
<b>Groupe de transition Gavi/de cofinancement</b>	par ex. autofinancement initial or transition préparatoire...

### 1. DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

<b>Demande de renouvellement de vaccin (SVN)</b> (Au plus tard le 15 mai)	Oui x	Non <input type="checkbox"/>	
<b>Est-ce que la demande de renouvellement de vaccins contient une demande de changement?</b>	Oui x	Non <input type="checkbox"/>	S/O <input type="checkbox"/>
<b>Demande de renouvellement de soutien au RSS</b>	Oui x	Non <input type="checkbox"/>	S/O <input type="checkbox"/>
<b>Demande de renouvellement de soutien à la POECF</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	S/O x

### 2. PORTEFEUILLE DE SUBVENTIONS DE GAVI

**Soutien aux vaccins existants** (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Introduit / Campagne	Date	Couverture 2017 (WUENIC) par dose	Objectif 2018		Valeur approx. USD	Observation
			%	Enfants		
Insérer						
Insérer						

**Soutien financier existant** (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Subvention	Canal	Période	Premier versement	Statut du financement cumulé à juin 2018				Observance	
				Engag.	Appr.	Versé	Util.	Fin.	Audit
Insérer									
Insérer									
<b>Observations</b>									

**Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Des informations sur la différence entre JA complète et JA mise à jour sont disponibles dans le document *Directives sur le reporting et les renouvellements du soutien de Gavi*, <https://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>

<sup>2</sup> Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

<sup>3</sup> Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

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

## Évaluation conjointe (JA complète)

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
	HPV		2020

**Cadre de performance des subventions - rapports récents pour 2018** (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

Indicateur de résultats intermédiaires	Objectif	Réalisés
Insérer		
Insérer		
Observations		

**Assistance ciblée par pays du PEF: Partenaires principaux et partenaires élargis au [insérer la date]** (à pré-remplir par le secrétariat de Gavi)

	Année	Financement (USD x 1000)			Personnel en place	Jalons atteints	Observations
		Appr.	Versé	Util.			
<u>Insérer</u>							
<u>Insérer</u>							
<u>Insérer</u>							
<u>Insérer</u>							

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

Commenter les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe, le cas échéant, au niveau des **facteurs contextuels clés** qui affectent directement les performances du programme de vaccination et les subventions de Gavi (tels que les catastrophes naturelles, l'instabilité politique, les conflits, les populations déplacées, les régions inaccessibles, etc., ou les tendances macroéconomiques, les actions industrielles des travailleurs sanitaires, les épidémies ou les manifestations adverses post-immunisation graves et inattendues, etc.).

Pour les **pays confrontés à de la fragilité, touchés par des situations d'urgence et accueillant des réfugiés**<sup>5</sup> : Veuillez indiquer si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée et spécifier si les demandes de renouvellement du RSS ou de vaccins ont été ajustées.

Pour les pays en transition après avoir bénéficié de l'**Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite**: Veuillez décrire brièvement l'impact de la vaccination et des soins de santé primaires et indiquer si le pays a mis en place un plan de transition pour la poliomyélite. Si un plan de transition existe, veuillez fournir une brève description de ce plan, en insistant sur le personnel de santé et la surveillance. En l'absence d'un plan de transition, veuillez décrire les mesures prises en vue de se préparer à la transition de la poliomyélite. Veuillez également indiquer si les investissements de Gavi sont alloués/devraient être alloués aux fins de la transition de la poliomyélite.

Du côté politique, l'année 2018 a été marquée par la réélection du Président de la République et la mise en place d'un nouveau Gouvernement. Au premier semestre 2019, à la suite d'une contestation populaire, le premier ministre a démissionné et un nouveau a été nommé pour constituer un nouveau gouvernement.

Les pays sont encouragés à mettre en évidence dans les sections qui suivent, notamment dans le Plan d'action de la section 7, les principales activités et l'assistance technique potentiellement requise, la préparation de demandes d'investissement, les demandes et introductions de vaccins, selon le cas.

<sup>5</sup> Pour de plus amples informations, veuillez consulter <http://www.gavi.org/about/programme-policies/fragility-emergencies-and-refugees-policy/>

Du côté sécuritaire, l'année 2018 et le premier semestre de l'année 2019 ont été marqués par l'intensification des conflits armés dans les régions du nord et le centre du pays et plus particulièrement la région de Mopti devenue l'épicentre de violences intercommunautaires ayant fait plusieurs morts et entraîné un nombre important de déplacés internes. Ceci a eu comme conséquence la réduction de l'espace d'intervention pour la prestation des services de santé orientés vers les populations notamment la vaccination. Les districts les plus touchés sont entre autres situés dans la région de Koulikoro : Banamba, Nara ; Région de Ségou : Macina, Niono, Tominian ; Région de Mopti : Douentza, Youwarou, Ténenkou, Badiangara, Djenné ; Koro ; Bankass et Mopti l'ensemble des districts sanitaires des régions de : Kidal, Ménaka, Gao, Tombouctou et Taoudenit). Les conséquences sanitaires ont été notamment

la fermeture de certains centres de santé, la fuite des personnels soignants, l'interdiction de circulation des motos (couramment utilisés par les terroristes), le déplacement des populations vers les grands centres urbains (Bamako, Ségou, Koulikoro).

Un autre événement sanitaire important qu'il convient de signaler est la déclaration par le Président de la République au mois de Février 2019, de la réforme de la santé qui ambitionne de sauver un million de vies d'ici 2030 à travers la gratuité des soins de santé primaires pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements y compris les césariennes et les soins post-natals, l'intégration des agents de santé communautaires dans les ressources humaines de la santé, l'engagement de l'Etat à accroître le budget de la santé, la gratuité des urgences et les soins pour les personnes âgées (plus de 70 ans). Sur le volet économique, on notera une égradation de la situation économique : PIB 846,34USD/habitants en 2018, la multiplicité des zones d'orpaillage : Districts de Kayes (22), Kéniéba (11), Kangaba (20), Ouelésébougou (8), Kadiolo (9), Selingué (10), Bougouni (14) et Yanfolila (21). Il s'agit de populations venant de divers horizons du pays et des pays frontaliers. Les services de vaccination qui leur sont offerts sont organisés par les centres de santé qui les abritent en collaboration avec les responsables de ces sites.

### Problèmes (risques) futurs potentiels

Veillez adopter une approche prospective sur les autres événements qui pourraient se dérouler l'année suivante (compte tenu de la situation actuelle, des vulnérabilités, des dépendances, des tendances, des changements prévus et des besoins à anticiper). P. ex. les défis potentiels en matière de sécurité dus à de prochaines élections, les risques de réticence à la vaccination, les ruptures de stock ou l'expiration de vaccins, ou des risques pour un retrait viable du soutien de Gavi.

Sur la base des évaluations actuelles des risques du pays, veuillez établir une liste des cinq risques les plus importants, au maximum (à savoir, des risques dont la probabilité est élevée et/ou dont l'incidence serait importante). Tenir compte du besoin de prendre des mesures proactives pour empêcher ces risques de se concrétiser ou les détecter rapidement lorsqu'ils surviennent afin de réagir efficacement. Par ailleurs, indiquer clairement si ces mesures d'atténuation des risques sont hiérarchisées dans le plan d'action (cf. section 7 ci-dessous).

1. Extension de l'insécurité collective et individuelle pouvant entraîner l'insuffisance de la couverture sanitaire de base et le détournement de l'attention des acteurs au détriment des services sociaux de base dont la santé
2. La dégradation de la situation économique avec faible allocation de ressources au secteur de la santé
3. L'insuffisance de financement du secteur de la santé pour la mise en place de la réforme annoncée avec risque de perte de confiance des usagers aux responsables politiques et sanitaires
4. Risque de résurgences des épidémies liée à la faiblesse du système de santé.
5. Les aléas climatiques.

## 4. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

La présente section doit principalement décrire les **changements apportés depuis la dernière évaluation conjointe**. Elle doit fournir une analyse succincte des performances du programme de vaccination, en se penchant plus particulièrement sur l'évolution/ les tendances observées lors des deux ou trois années passées, et contenir une analyse de la couverture et de l'équité vaccinales et un examen des principaux facteurs de faiblesse de la couverture.

Les informations contenues dans cette section seront essentiellement issues de l'analyse recommandée en matière de couverture et d'équité et de tous les aspects pertinents du programme/ de la fourniture de services, qui peuvent être trouvés dans les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe (<http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>). Par ailleurs, l'exercice annuel de revue

documentaire de la qualité est considéré comme une source importante d'analyses et peut servir à documenter le rapport de l'évaluation conjointe.

Il est recommandé aux pays de présenter les informations dans des tableaux, graphiques et cartes et d'indiquer en référence les sources des données.

### 4.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Veillez fournir une **analyse nationale et infranationale** de la situation relative à la couverture et à l'équité en matière de vaccination dans le pays, **en vous axant sur les nouvelles données et analyses, les tendances et les changements, notamment les épidémies et les réponses aux épidémies observées depuis la dernière évaluation conjointe.**

- Fournir une analyse des tendances en matière de **couverture et d'équité** au sein des différentes zones géographiques, des statuts socioéconomiques, dont les barrières sexospécifiques, des populations et des communautés, notamment **des bidonvilles, des populations rurales isolées et des zones de conflit** (prendre en compte les groupes de populations sous-desservis par les systèmes de santé, tels que les habitants de bidonvilles, les nomades, les minorités religieuses ou ethniques, les réfugiés, les déplacés au sein du pays ou d'autres groupes mobiles ou migrants).
- Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/ communautés qui présentent les taux de couverture les plus faibles et le nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, les taux d'abandon les plus importants ou ceux qui sont touchés par la charge de morbidité : nombre de cas et incidence de maladies à prévention vaccinale observés dans les systèmes de surveillance des régions/ districts, etc.
- Les **réalisations vis-à-vis des cibles convenues** dans le cadre national de suivi-évaluation (M&E) (et qui figurent dans le Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)). Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performance, les goulots d'étranglement et les risques.

**Couverture:**DTC3, VAR1, etc.

Selon les résultats de la 6<sup>e</sup> enquête Démographique et de Santé réalisée en 2018 (EDSMVI), 71% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses de penta au Mali. Cette couverture a progressé de 08 points par rapport à la précédente EDSM de 2012-2013 où on a enregistré 63%. Aussi, 45% des enfants de 12-23 mois avaient reçu tous les vaccins en 2018 contre 39% en 2012-2013. Quatorze pour cent d'enfants n'avaient reçu aucune dose d'aucun vaccin en 2018 contre 12% en 2012-2013 selon les mêmes enquêtes (figures 1 et 2).

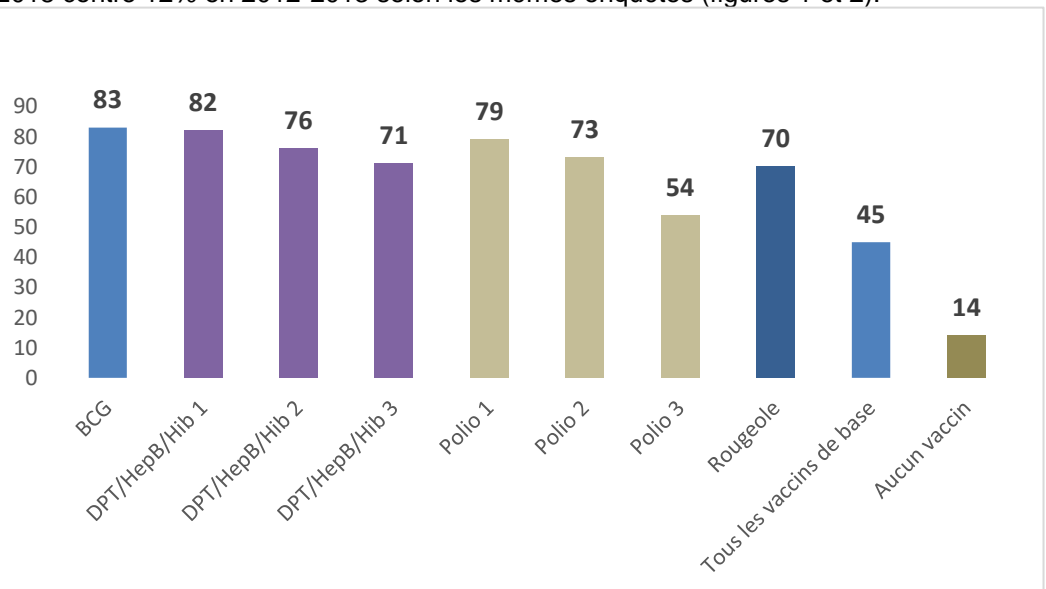


Figure 1 : Couverture vaccinale par antigène au Mali en 2018 (source EDS VI)

## Évaluation conjointe (JA complète)

**Au niveau infranational: 34 districts sur 75 ont une couverture du DTC3 inférieure à 95%**

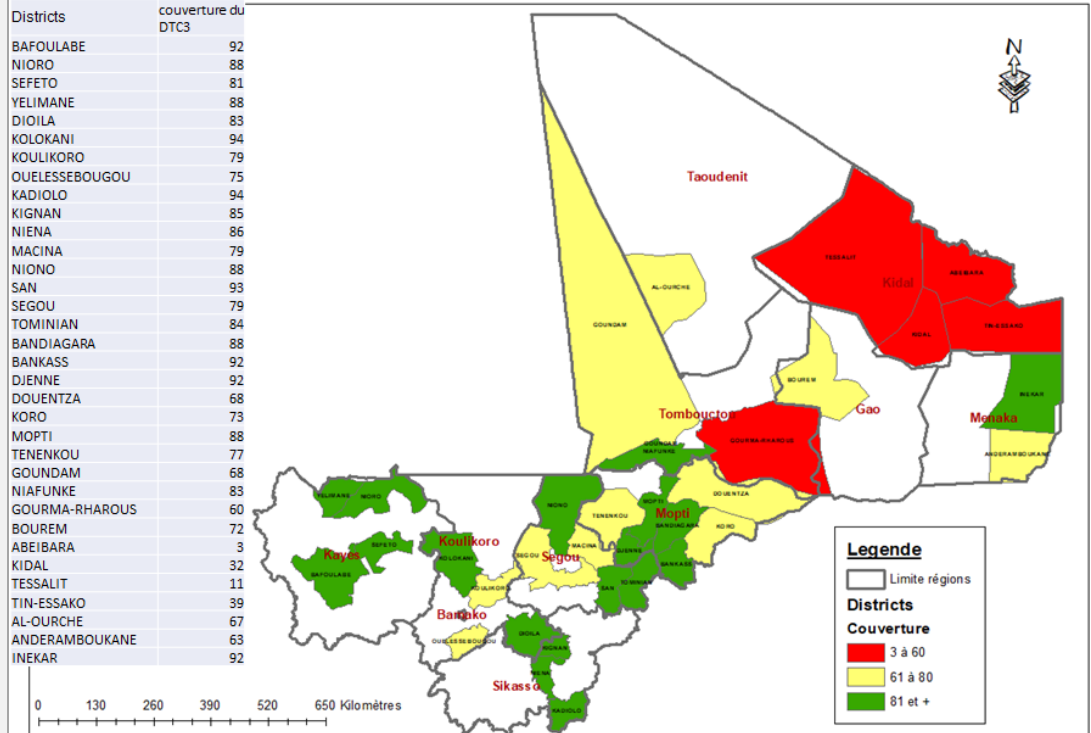


Figure N°1 ; Districts couverture Penta 3 < 95% (source DVD-MT)

Le taux de couverture en DTC3 était inférieur à 95% dans 34 districts sur les 75 que compte le Mali. Les plus faibles taux de couverture en DTC3 ont été enregistrés dans les districts de Gourma-Rharous (60%), Abeibara (3%), Kidal (32%), Tessalit (11%) et Tin-Essako (39%).

**Au niveau infranational: 22 districts sur 75 ont une couverture du VAR inférieure à 90%**

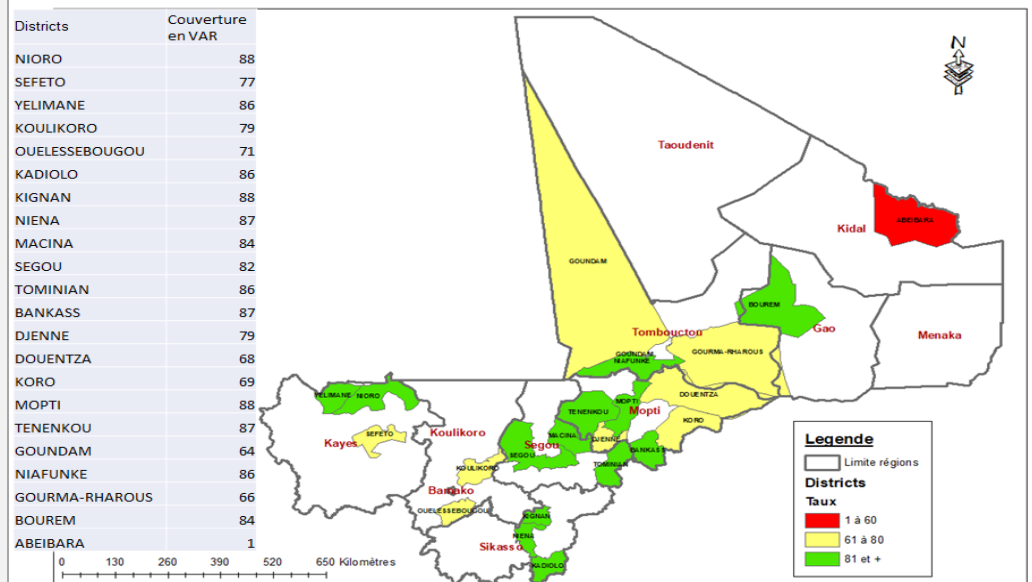


Figure N°2 ; Districts couverture VAR < 90% (source DVD-MT)

Le taux de couverture en VAR était inférieur à 90% dans 22 districts sur 75. Le taux de couverture du VAR le plus faible a été enregistré dans le district d'Abeibara (1%).

Dix-sept districts sur 75 avaient un nombre élevé d'enfants non vaccinés ; ils sont présentés sur la figure 7. Jusqu'à 74 districts sur 75 avaient un nombre élevé d'enfants sous-vaccinés au vaccin DTC-Hib-HepB (Penta) 1 à 3 ; ils sont présentés sur la figure 8.

## Évaluation conjointe (JA complète)

**Couverture:**  
Nombre absolu d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés

Au niveau infranational: Enfants non vaccinés : 17 districts sur 75 ont un nombre élevé d'enfants non vaccinés

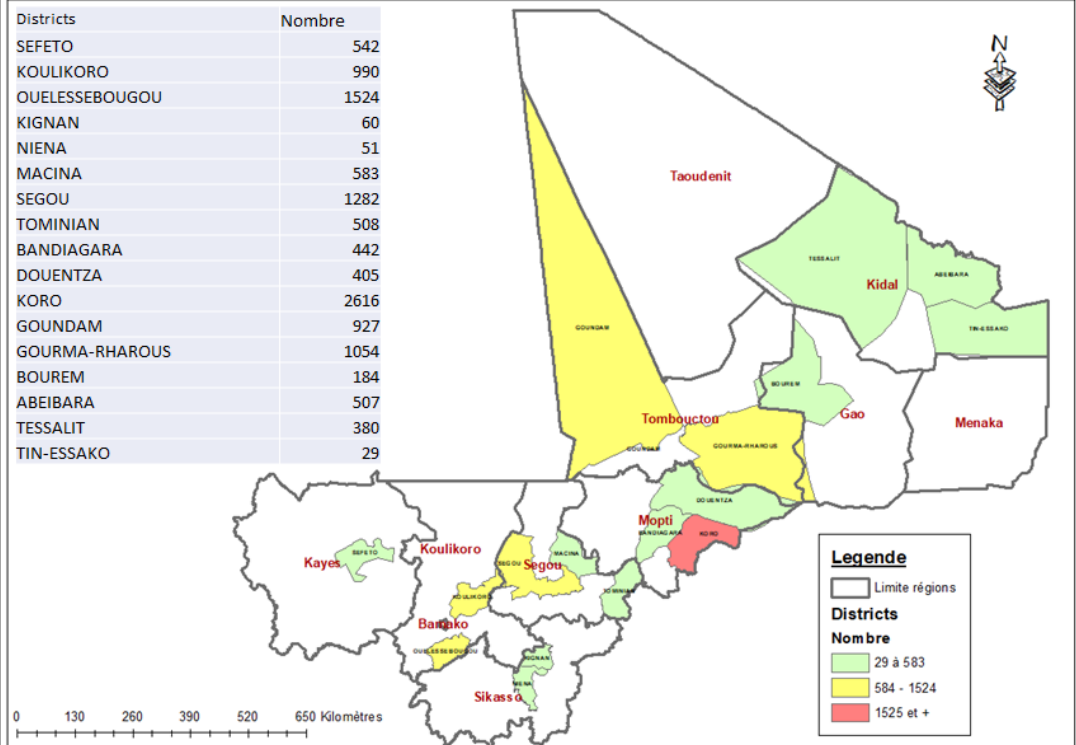


Figure N°3 : nombre d'enfants non vaccinés (source DVD-MT)

Enfants sous vaccinés Penta1-3 : 74 districts sur 75 ont un nombre élevé d'enfants non vaccinés

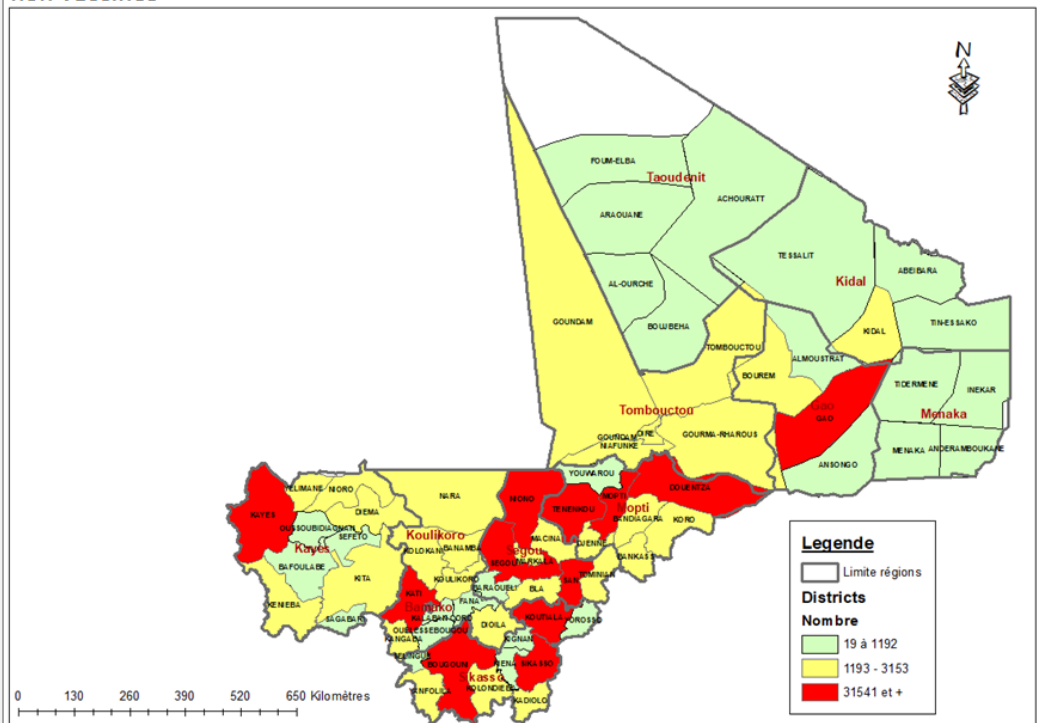


Figure N°4 : nombre d'enfants non vaccinés (source DVD-MT)

**Equité:**  
• Richesse (p. Ex. quintiles supérieurs/inférieurs)

Analyse de la couverture vaccinale selon les données de l'enquête EDSVI, 2018.

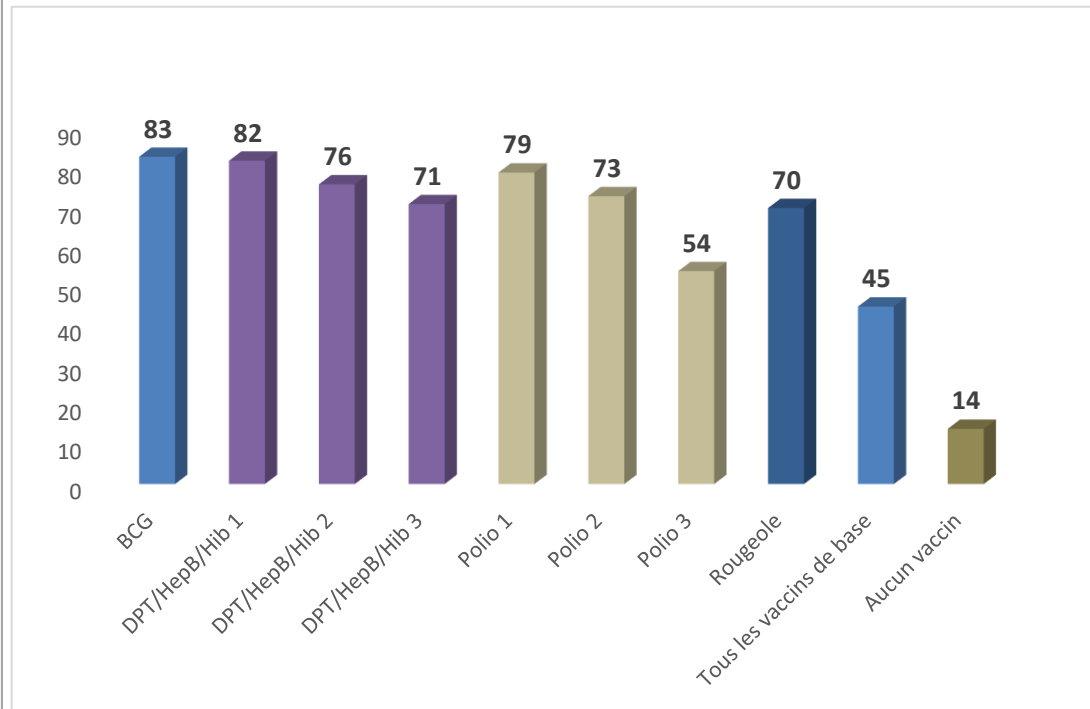
Selon les résultats de la 6ème enquête Démographique et de Santé réalisée au cours du mois d'août 2018 (EDSMVI), à porté sur la cohorte des enfants âgés de 12 à 23 mois soit les enfants nés d'Aout 2016 à Juillet 2017. Selon cette enquête, 71% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses du vaccin pentavalent (DTC-Hib-HepB) au Mali. Cette couverture a



## Évaluation conjointe (JA complète)

- Education (p. Ex. instruits/non instruits)
- Hommes-femmes
- Urbain-rural
- Culture, autres groupes ou communautés systématiquement marginalisés, p. ex. de minorités ethniques et religieuses, enfants ou femmes dispensateurs de soins avec un statut socioéconomique faible, etc.

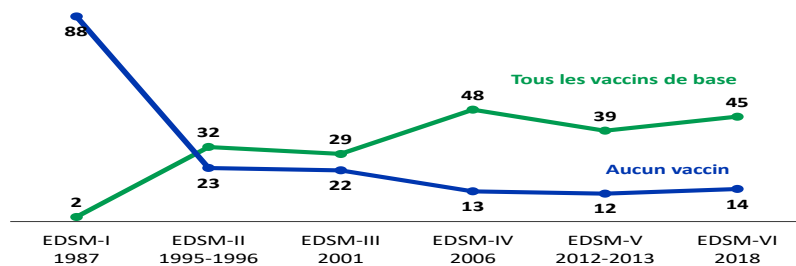
progressé de 08 points par rapport à la précédente EDSM de 2012-2013 où on avait enregistré 63%. De même, 45% des enfants de 12-23 mois avaient reçu tous les vaccins de base en 2018 contre 39% en 2012-2013. Cependant, le nombre d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a tendance à la hausse. 14% des enfants n'avaient reçu aucune dose de quelconque vaccin contre 12% en 2012-2013 selon les mêmes enquêtes.



Graphique N°1 : couverture vaccinale (source EDS VI)

## Tendances de la couverture vaccinale

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base



Graphique N°2 : Tendances de la couverture vaccinale d'enfants ayant reçu tous les antigènes et ceux n'ayant reçu aucun vaccin (source EDS VI)

Selon les données de l'EDSVI, 2018, l'analyse des déterminants de couvertures vaccinales montre la persistance de disparités selon les régions, le milieu de résidence (rural/urbain), le niveau d'instruction de la mère ou gardienne d'enfant, et selon le statut socio-économique. Par ailleurs, la dernière EDS n'a pas noté de disparité selon le sexe de l'enfant, les filles étant au même niveau de vaccination que les garçons.

### 1. Disparité de couverture vaccinale selon les régions

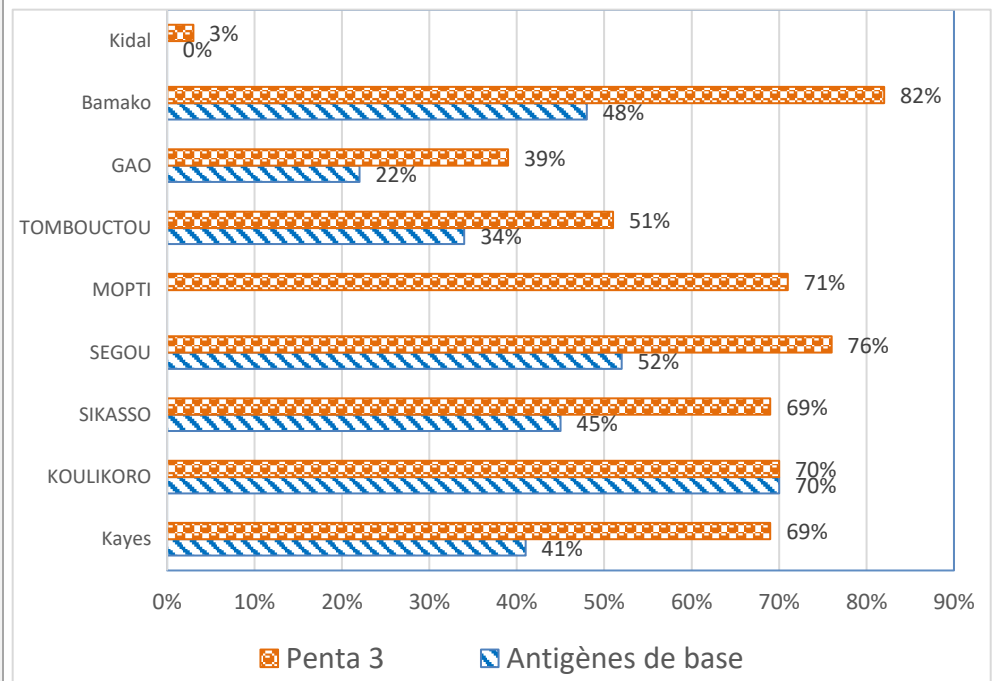
Le taux de couverture des différents antigènes varie considérablement entre les différentes régions sanitaires. Les données de l'enquête montrent que le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base était très faible dans les régions de Gao (22%), de



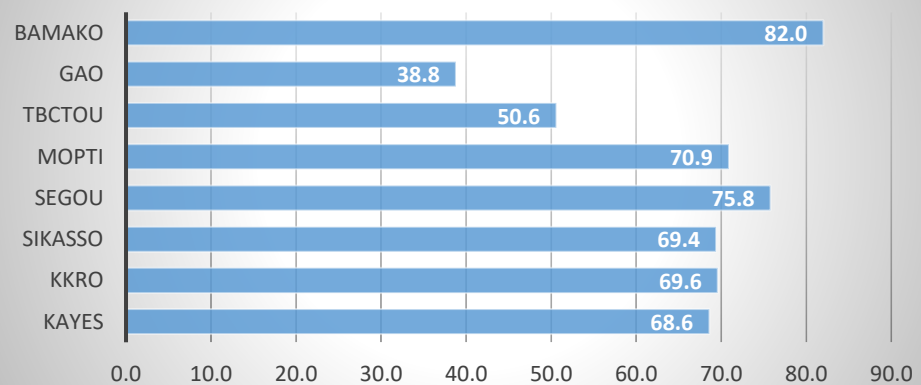
## Évaluation conjointe (JA complète)

Tombouctou (34%) et faible dans les régions de Kayes (41%), Sikasso (45%), Bamako (48%) et Koulikoro (48%). Seule la région de Ségou a atteint 1 enfant sur 2 avec tous les vaccins de base (52%).

Lorsqu'il s'agit du Penta3, Bamako a la meilleure couverture avec 82%, suivi successivement par les régions de Ségou (76%), Mopti (71%), Koulikoro (70%), Sikasso (69%) et Kayes (69%). Les régions du Nord ont atteint pour le Penta3 les plus faibles taux: Tombouctou (51%), Gao (39%). La région de Kidal n'a pas pu être enquêtée en raison d'insécurité. De même, les nouvelles régions récemment créées telle la région de Taoudéni et la région de Ménaka n'ayant pas encore leurs propres aires de dénombrement ont été enquêtées dans les régions-mères notamment la région de Tombouctou et la région de Gao..



### Couverture vaccinale Penta3 selon les regions



Graphique N°3 : Couverture vaccinale Penta 3 selon les régions (source EDS VI)

#### 2. Disparités de couverture selon le sexe

L'analyse de la couverture vaccinale par sexe et par antigène à travers les données de l'EDS de 2018 ne montre pas de disparités significatives entre garçons et filles. Par exemple, le taux de couverture vaccinale chez les enfants ayant reçu tous les vaccins de base était de 44,9% chez les filles contre 44,2% chez les garçons. Pour le pentavalent3, le taux de couverture vaccinale était de 71% chez les garçons contre 70,4% chez les filles.

L'absence d'obstacle sexo-spécifique à l'utilisation des services de vaccination au Mali est évidente depuis la création du PEV.

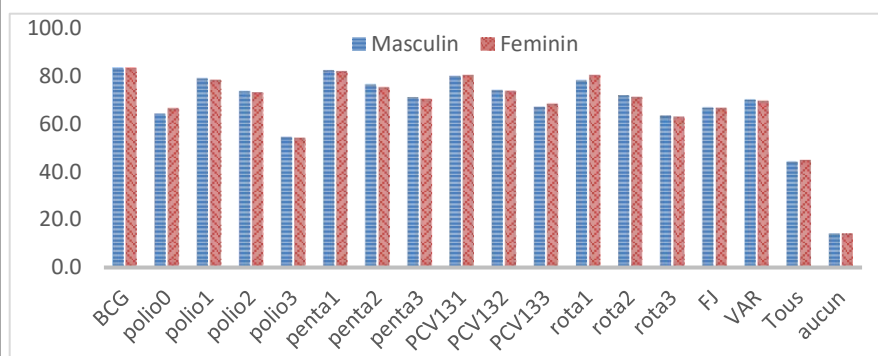


Figure 3 : Couverture vaccinale par antigènes selon le sexe au Mali en 2018 (source DVD-MT)

### 3. Disparités de couverture vaccinale selon la résidence (milieu rural ou urbain)

L'écart de couverture vaccinale entre le milieu urbain et rural persiste. En effet, selon les résultats de l'EDSM VI, 48% des enfants vivant dans les villes ont reçu tous les vaccins de base contre 44% de ceux vivant en milieu rural. Par ailleurs, les enfants des autres villes (50%) ont presque la même chance d'être vaccinés par tous les vaccins de base que ceux résidant à Bamako (49%).

S'agissant de la vaccination par le Penta3, Bamako a atteint 82% de couverture des enfants de 12-23 mois contre 74 % pour les enfants résidant dans les autres villes, 68% des enfants résidant en milieu rural ont été vaccinés au Penta3 contre 80% pour les enfants résidant en milieu urbain de façon générale.

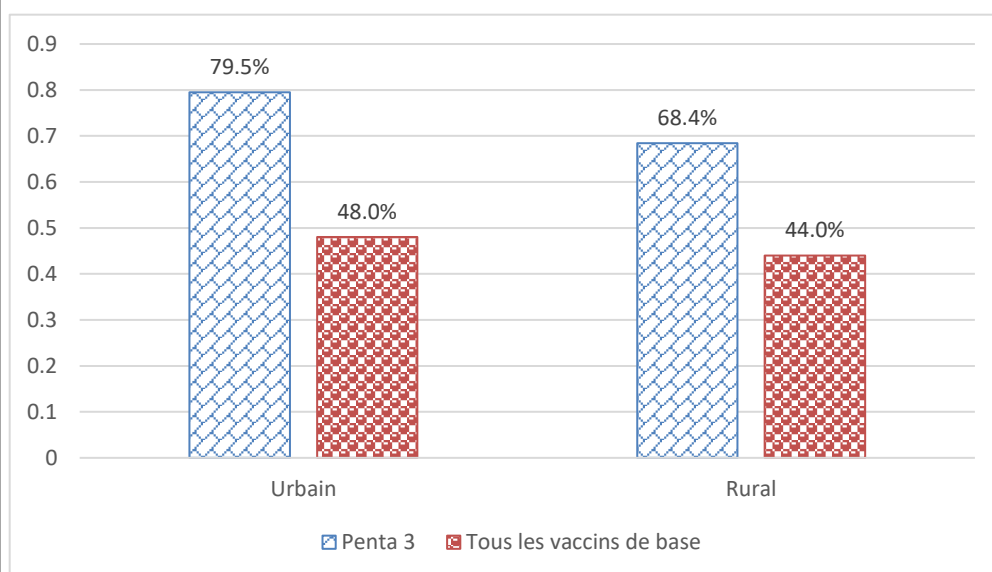
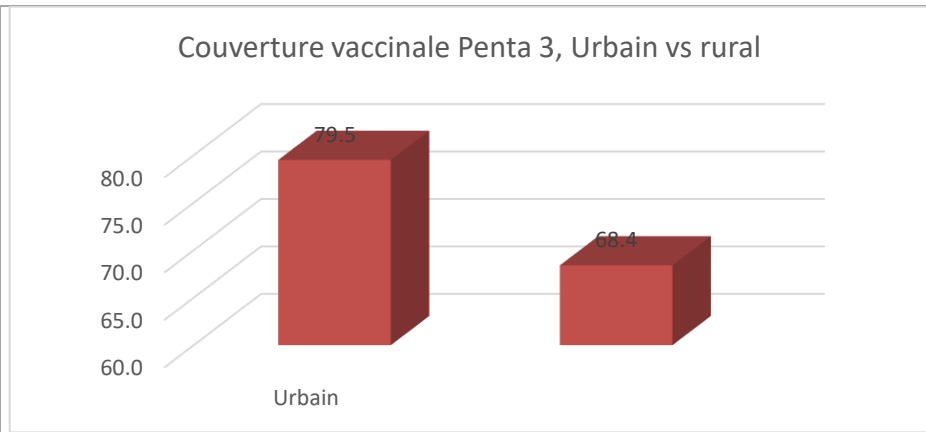


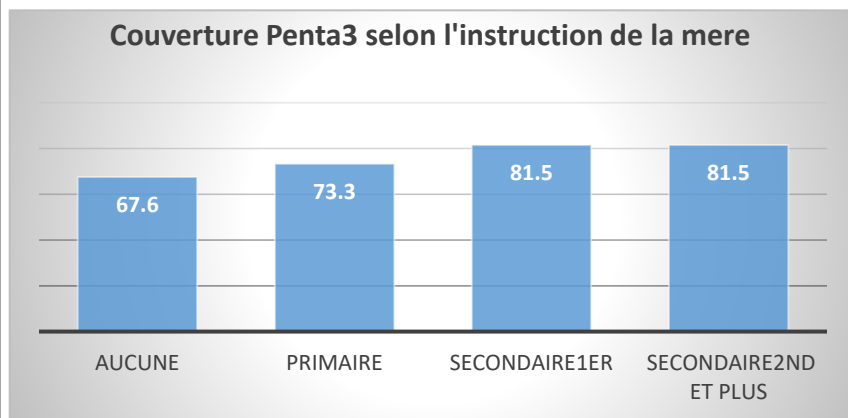
Figure 4 : Couverture vaccinale (tous les vaccins et Penta 3) selon les régions (source EDS VI)



Graphique N°5 : Couverture vaccinale Penta 3 selon le milieu de résidence (EDS VI)

#### 4. Disparités de couverture vaccinale selon l'Education de la mère ou gardien de l'enfant

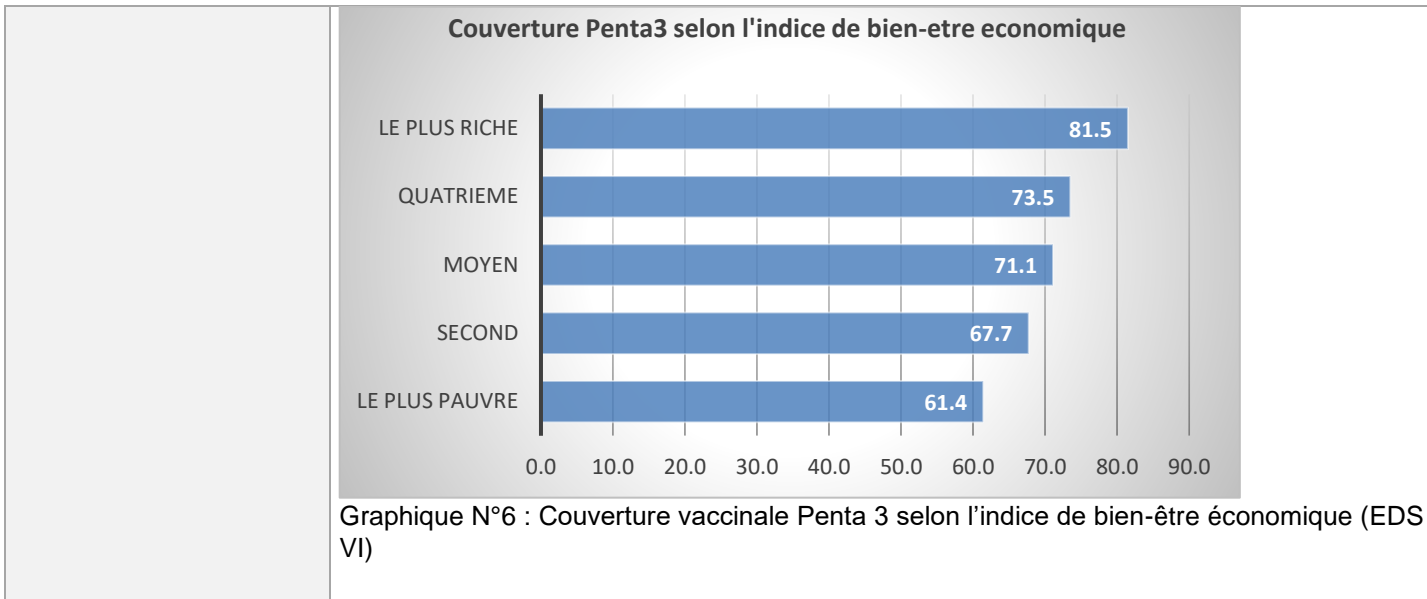
L'éducation de la mère, comme par le passé, reste un facteur déterminant de l'inégalité d'accès à la vaccination., 49% des enfants nés de mères avec un niveau d'enseignement primaire ou secondaire/supérieur ont reçu tous les antigènes de base contre 43% des enfants lorsque la mère n'avait jamais été scolarisée. Lorsqu'il s'agit de la couverture vaccinale au Penta3, l'écart se creuse davantage entre la proportion (82%) des enfants nés de mère/gardien d'enfant instruit au niveau secondaire et plus et celle de ceux dont la maman a un niveau d'instruction secondaire (73%). Il en est de même entre la proportion des enfants dont la maman a un niveau d'instruction primaire (73%) et celle de ceux dont la maman n'a aucune instruction (68%).



Graphique N°5 : Couverture vaccinale Penta 3 selon le niveau d'instruction de la mère (EDS VI)

#### 5. Disparités de couverture vaccinale selon le statut socio-économique des parents ou gardiens d'enfant

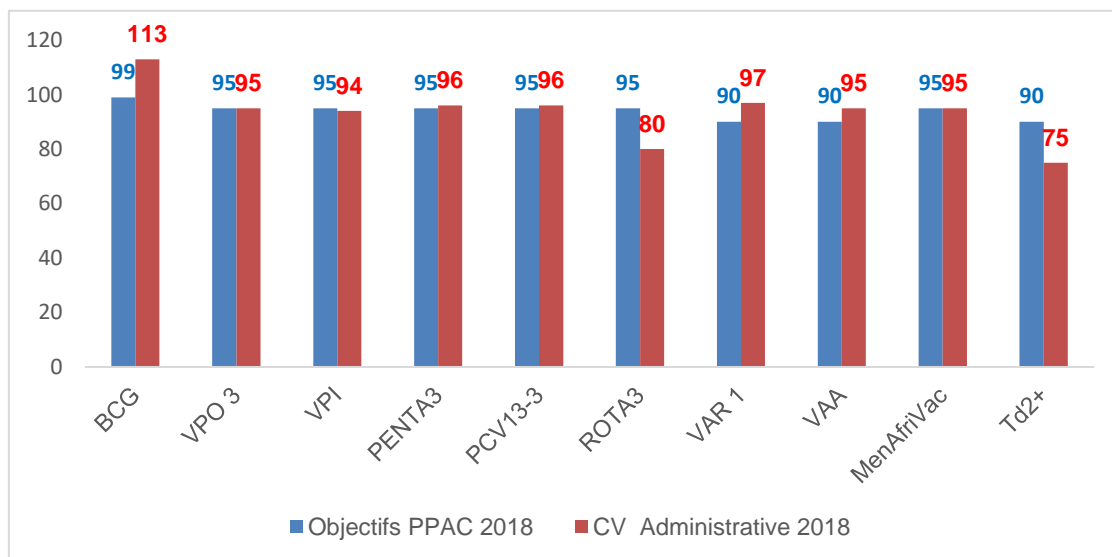
La richesse est un facteur très important d'inégalité au Mali, la seconde après l'emplacement géographique (région). Selon l'EDSVI,, près de 1 enfant sur 2 (53%) des ménages les plus riches étaient vaccinés avec tous les antigènes de base contre 1 enfant sur 3 (37%) des ménages les plus pauvres. On retrouve la même différence lorsqu'il s'agit de la couverture par le Penta 3 : 82% d'enfants issus des ménages les plus riches sont vaccinés contre 61% lorsque les enfants sont issus des ménages les plus pauvres. D'un niveau de quintile de bien être supérieur au suivant, l'écart de couverture vaccinale se creuse : la couverture vaccinale est de 74% pour le quatrième quintile contre 71% pour le moyen et 68% pour le second.



Veillez indiquer brièvement si les objectifs du programme, selon le plan pluriannuel national (comme le PPAC) ont été atteints au cours de l'année examinée. Pour détailler les données fournies, les pays sont fortement encouragés à inclure les **cartes thermiques** ou équivalents pour indiquer les tendances de couverture en matière de vaccination dans le temps. Des exemples de telles analyses sont disponibles dans les directives d'analyse pour l'évaluation conjointe (disponibles sur <http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>)

Les objectifs de couverture nationale ont été atteints par antigènes sauf pour le ROTA3 et le Td2+ conformément aux prévisions PPAC 2017-2021 selon les données administratives.

Cependant, comme dit plus haut, ces niveaux de couverture cachent le plus grand nombre d'enfants non vaccinés en raison de la non maîtrise de la population cible (basée sur le RGPH de 2009) et la faible qualité des données. En témoigne les données de l'EDSVI qui montrent une couverture vaccinale en Penta3 de 71% soit un écart de plus 20% compare à la couverture par les données administratives.



Graphique N° 7 : couverture nationale atteinte par antigène selon les prévisions du PPAC (Sources PPAC 2017-2021 et DVD-MT)

Les objectifs de couverture nationale ont été atteints par antigènes conformément aux prévisions PPAC 2017-2021 selon les données administratives.

#### 4.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

Veillez résumer brièvement les systèmes et programmes de santé qui déterminent les niveaux de couverture et d'équité, sur la base des principaux domaines indiqués ci-dessous, **en vous axant sur les évolutions et**

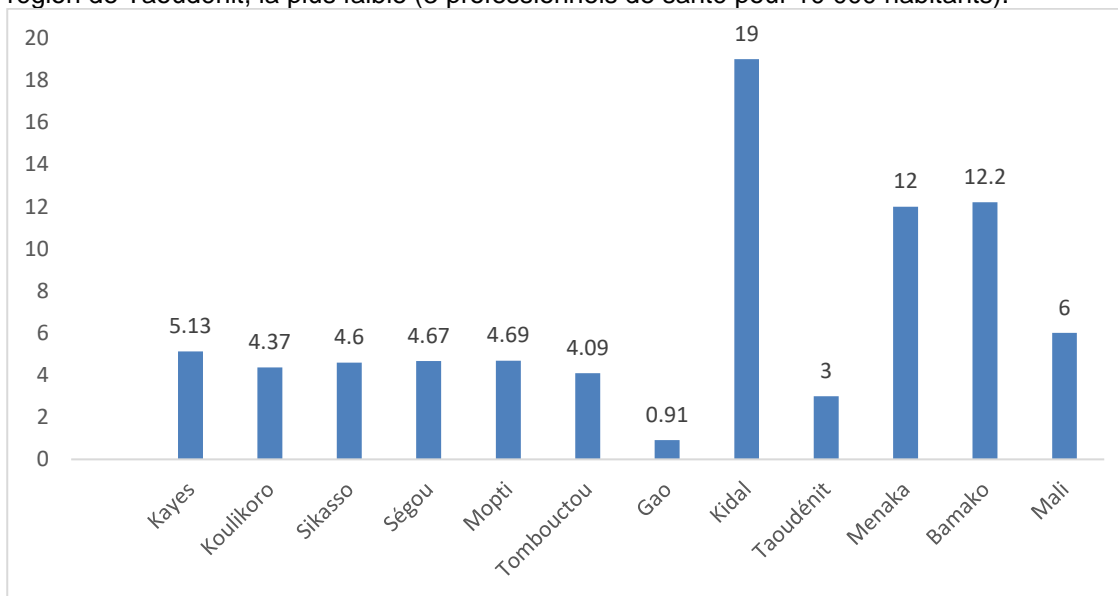
**les changements survenus depuis la dernière évaluation conjointe.** Pour les districts/ communautés identifiés comme ayant une faible performance, expliquer l'évolution des principales barrières à l'amélioration de la couverture et à l'amélioration de la viabilité des programmes<sup>6</sup>. S'il n'y a pas de mises à jour, veuillez en indiquer la raison.

- **Personnel sanitaire** : disponibilité, compétences et répartition du personnel sanitaire.

- **Densité de personnel de santé**

Le graphique 1 présente les données sur les ressources humaines disponibles pour le système de santé, notamment les médecins, les infirmiers (es), les sages-femmes et d'autres personnels qualifiés de la santé. Selon l'OMS, la norme de l'indicateur "densité de personnels médicaux de base" pour 10 000 habitants est de 23. Au Mali, globalement, il y a 6 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants. Ce chiffre est considérablement inférieur à l'objectif de l'OMS.

La région de Kidal enregistre la plus grande valeur (19 professionnels de santé pour 10 000 habitants) et la région de Taoudénit, la plus faible (3 professionnels de santé pour 10 000 habitants).



Graphique N° 8 : Ration personnel de santé par région (Sources anuaire SNIS 2018)

- **Indice de disponibilité du personnel**

L'indice de disponibilité du personnel de santé est de l'ordre de 6 % au niveau national. Toutes les régions à l'exception de la région de Kidal (29,1%) et du District de Bamako (12,2%) présentent un indice en dessous de la moyenne nationale. Cela nécessite un gros effort à fournir afin de rehausser cet indice à hauteur de souhait.

- **Chaîne d'approvisionnement** : intégration, planification et prévisions de l'approvisionnement, principaux résultats du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV, ainsi que les avancées sur les cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement<sup>7</sup>. Cette section pourrait être documentée par les tableaux de bord et les outils disponibles, par exemple le tableau de bord de gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, qui relie la Carte de score de maturité de la GEV et les indicateurs DISC (Tableau de bord de la chaîne d'approvisionnement en vaccins).

<sup>6</sup> Vous pourrez trouver des sujets de discussions pertinentes sur certains domaines stratégiques dans les Conseils pour la programmation, disponibles sur le site Web Gavi à l'adresse : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>

<sup>7</sup> Vous trouverez plus d'informations à cette adresse : <http://www.gavi.org/support/hss/immunisation-supply-chain/>

**INTEGRATION, PLANIFICATION ET PREVISION DE L'APPROVISIONNEMENT**

L'approvisionnement en vaccins et consommables est vertical, non intégré à l'approvisionnement des autres produits de santé sauf lors des AVS couplées aux activités de nutrition. Le système d'approvisionnement actuel combine les stratégies push et pull. La stratégie push s'arrête aux dépôts régionaux et intermédiaires qui sont ravitaillés à un rythme trimestriel par le dépôt central. Les districts à leur tour viennent se ravitailler à leur charge auprès des régions et des dépôts intermédiaires, et les CSCOM également auprès des districts. La planification de l'approvisionnement repose sur l'estimation des besoins à travers les données prévisionnelles générées par l'outil de gestion de stocks (SMT).

Un plan trimestriel de distribution est élaboré et disponible pour l'ensemble des dépôts régionaux et des dépôts intermédiaires. Ce plan trimestriel de ravitaillement des différents dépôts n'a pas été respecté du fait d'un retard de financement et de l'insuffisance de la logistique roulante (tableau I).

Tableau N° I: des livraisons de Juin 2018 à Décembre 2018

<b>Arrivages pour la période du 1er juin au 31 décembre 2018 en doses de vaccins</b>									
Vaccin	Période	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
BCG	Planifiée	-	-	305,320	-	-	-	-	<b>305,320</b>
	Reçue	-	-	-	305,400	-	-	-	<b>305,400</b>
BVPO	Planifiée	-	-	2,720,000	-	-	-	-	<b>2,720,000</b>
	Reçue	-	-	3,523,360	-	-	-	-	<b>3,523,360</b>
VPI	Planifiée	-	-	-	-	-	-	-	-
	Reçue	202,600	-	-	-	200,000	-	221,100	<b>623,700</b>
DTC-Hb-Hib	Planifiée	-	1,188,250	-	-	-	-	-	<b>1,188,250</b>
	Reçue	-	-	-	-	-	-	-	-
PCV-13	Planifiée	-	1,101,100	-	-	-	-	130,600	<b>1,231,700</b>
	Reçue	-	-	770,400	-	-	-	-	<b>770,400</b>
Rotateq	Planifiée	-	-	-	372,250	-	-	-	<b>372,250</b>
	Reçue	-	150,000	-	-	-	-	185,575	<b>335,575</b>
VAR	Planifiée	-	-	-	-	-	-	-	-
	Reçue	-	-	477,800	734,000	-	-	-	<b>1,211,800</b>
VAA	Planifiée	-	-	-	-	-	-	-	-
	Reçue	164,200	-	-	-	-	-	-	<b>164,200</b>
MenA	Planifiée	481,900	397,000	-	-	-	-	-	<b>878,900</b>
	Reçue	-	-	-	-	-	-	-	-
Td	Planifiée	-	-	550,200	-	-	-	-	<b>550,200</b>
	Reçue	-	-	520,200	-	-	-	-	<b>520,200</b>

Tableau N° II : livraisons du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2019

<b>Arrivages pour la période du 1er janvier au 30 juin 2019 en doses de vaccins</b>								
Vaccin	Période	Jan	Fév.	Mars	Apr	May	June	TOTAL
BCG	Planifiée	-	-	-	-	-	-	-
	Reçue	-	-	-	122,700	-	-	<b>122,700</b>
BVPO	Planifiée	-	178,260	-	868,000	-	-	<b>1,046,260</b>
	Reçue	-	178,260	-	868,000	-	-	<b>1,046,260</b>

## Évaluation conjointe (JA complète)

VPI	Planifiée	-	-	221,100	-	-	246,900	<b>468,000</b>
	Reçue	-	-	221,100	-	-	246,900	<b>468,000</b>
DTC-Hb-Hib	Planifiée	-	-	612,000	900,000	-	885,000	<b>2,397,000</b>
	Reçue	-	-	612,000	900,000	-	885,000	<b>2,397,000</b>
PCV-13	Planifiée	-	-	1,000,600	130,600	-	-	<b>1,131,200</b>
	Reçue	-	-	1,000,600	130,600	-	-	<b>1,131,200</b>
Rotateq	Planifiée	-	384,575	78,300	-	420,000	-	<b>882,875</b>
	Reçue	-	384,575	78,300	-	420,000	-	<b>882,875</b>
VAR	Planifiée	-	2,990,500	811,500	688,100	-	-	<b>4,490,100</b>
	Reçue	-	2,990,500	811,500	688,100	-	-	<b>4,490,100</b>
VAA	Planifiée	356,200	139,700	-	-	-	-	<b>495,900</b>
	Reçue	356,200	139,700	-	-	-	-	<b>495,900</b>
MenA	Planifiée	-	397,000	-	-	248,000	-	<b>645,000</b>
	Reçue	-	397,000	-	-	248,000	-	<b>645,000</b>
Td	Planifiée	-	-	-	-	-	-	-
	Reçue	-	-	-	-	-	1,385,000	<b>1,385,000</b>

**NB : Les arrivages des vaccins BCG, Td et BVPO du mois d'avril sont les commandes d'urgence non planifiées pour la période indiquée.**

### LES PINCIPAUX RESULTATS DE LA GEV 2018

Tableau II : Résultats comparatifs par critère GEV entre 2014 et 2018

Niveau	Année	E1: Arrivage/Réception vaccin	E2: Température	E3: Capacité de stockage	E4: Bâtiments, équipement, transport	E5: Maintenance	E6: Gestion de stock	E7: Distribution	E8: Gestion des vaccins	E9: SIG, fonctions d'appui
<b>National (PR)</b>	2014	98%	56%	69%	71%	63%	79%	86%	88%	74%
	2018	63%	81%	88%	85%	87%	79%	70%	93%	83%
	<b>Ecart</b>	<b>-35%</b>	<b>25%</b>	<b>19%</b>	<b>14%</b>	<b>24%</b>	<b>0%</b>	<b>-16%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>
<b>Régional (SN)</b>	2014		59%	76%	67%	73%	81%	57%	96%	83%
	2018		76%	83%	81%	75%	79%	69%	97%	76%
	<b>Ecart</b>		<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>2%</b>	<b>-2%</b>	<b>12%</b>	<b>1%</b>	<b>-7%</b>
<b>District (LD)</b>	2014		81%	75%	69%	69%	74%	64%	94%	65%
	2018		83%	89%	90%	71%	77%	66%	95%	75%
	<b>Ecart</b>		<b>2%</b>	<b>14%</b>	<b>21%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>10%</b>
<b>CSCOM (SP)</b>	2014		76%	58%	64%	58%	55%	72%	80%	50%
	2018		84%	90%	95%	74%	73%	52%	90%	86%



## Évaluation conjointe (JA complète)

Ecart	8%	32%	31%	16%	18%	-20%	10%	36%
-------	----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----

Entre 2014 et 2018, on note globalement un progrès dans le score des critères. Au niveau des districts, il y'a eu une amélioration de tous les critères entre 2014 et 2018. Au niveau des CSCOM, on note la même amélioration sauf pour le critère E7.

En 2018, le score des critères E3, E4 et E8 était supérieur à 80% à tous les niveaux. Le critère E2 avait un score supérieur à 80% sauf au niveau des dépôts régionaux (76%). Le critère E6 était proche du score de performance de 80%. Seuls les critères E1 et E7 avaient des scores inférieurs à 70%. Cette situation s'explique par les actions menées avec les partenaires techniques et financiers pour le renforcement de capacité des ressources humaines, l'amélioration des équipements de la chaîne de froid et l'amélioration du suivi de la température des équipements de la chaîne de froid.

Tableau N° III: Résultats par catégorie GEV 2018

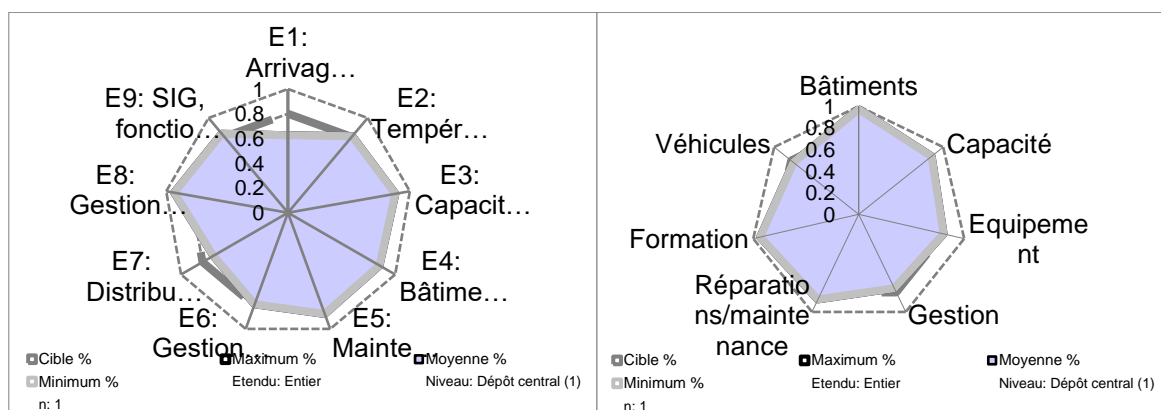
Catégories / niveau	Moyenne pays	Central	Région	District	CSCOM
<b>Bâtiments</b>	91%	97%	88%	91%	92%
<b>Capacité</b>	89%	86%	81%	88%	94%
<b>Equipement</b>	90%	81%	77%	90%	96%
<b>Gestion</b>	75%	76%	76%	75%	73%
<b>Réparations/maintenance</b>	73%	87%	75%	71%	74%
<b>Formation</b>	98%	93%	99%	97%	99%
<b>Véhicules</b>	41%	77%	81%	64%	

Les catégories « bâtiments », « Capacité », et « Formation » ont atteint le seuil moyen de 80% fixé à tous les niveaux. Les catégories de gestion, réparations/maintenance et véhicules n'ont pas atteint le seuil de 80% à tous les niveaux.

### Niveau principal : Section Immunisation (SI)

Au niveau central, le score des critères varie de 63% (E1) à 93% (E8). Seuls les critères E2 (81%), E3 (88%), E4 (85%), E5 (87%), E8 (93%) et E9 (83%) ont atteint le seuil moyen de 80%.

Le score des catégories varie de 76% (Gestion) à 97% (Bâtiment). Les catégories « Bâtiment », « Capacité », « Equipement », « Réparation/Maintenance » et « Formation » ont atteint le score moyen de 80%.



Graphique N° 8 : Résultats par critères et catégorie du niveau national (Source GEV 2018)

### ETAT DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA GEV AU MALI

- ⇒ Au total le plan comporte 54 activités et chacune de ses activités a fait l'objet d'élaboration de budget macro et de budget détaillé par rapport à certaines activités critiques.
- ⇒ Certaines activités critiques ont été versées dans le POA 2019 pour être financées dans le cadre du renforcement du système de santé (RSS) en cours de validation ;

- **Prestation de services et génération de la demande**<sup>8</sup> : principaux résultats liés à l'amélioration de la qualité des services et aux stratégies d'engagement communautaire, à l'accès, disponibilité et état de préparation des soins de santé primaires/ des services de vaccination, aux stratégies d'intégration et de rentabilisation, aux stratégies de génération de la demande de services de vaccination, aux calendriers de vaccination, etc.
- **Prestation de services**

La stratégie de mise en œuvre des opérations du PEV a été contextualisée en tenant compte du contexte de chaque région et district.

Dans les districts avec le plus grand nombre d'enfants non vaccinés (11 districts prioritaires), l'accent a été mis sur la programmation des stratégies avancées et les cliniques mobiles suivant l'approche optimisée.

Dans les zones urbaines ou lieux de forte concentration, des stratégies adaptées ont été mises en œuvre telle la vaccination dans les marchés, les gares, devant les mosquées, les bidons villes et sur les axes de passage vers la ville. Classiquement, les formations sanitaires des milieux urbains ne faisaient pas de sorties avancées pour offrir les services de vaccination. Avec cette nouvelle approche, sur une période de 4 mois de mise en œuvre dans la ville de Bamako (Janvier- Avril 2019), 934 nouveaux- nés ont été vaccinés contre la tuberculose, 826 enfants de moins d'un an ont reçu leur troisième dose de vaccin pentavalent tandis que 2553 enfants ont été vaccinés contre la rougeole.

Les services de vaccination couvrent régulièrement les populations déplacées, le long du fleuve dans le district de Macina et les sites d'orpaillages.

Intensification de la vaccination de routine dans les zones ayant subies des attaques dans la région de Mopti. 7 régions ont réalisé la supervision trimestrielle formative PEV des régions vers les districts sanitaires et des districts vers les aires de santé.

Dans les zones en situation d'insécurité comme le centre et le nord du pays, le choix des vaccinateurs acceptés par les groupes communautaires a été mis en avant. L'utilisation des moyens de transport traditionnels comme les charrettes à traction animale a permis de combler le gap créé par la restriction de circulation des engins motorisés dans les zones de conflits.

Toutes les régions et districts du pays ont bénéficié du financement des fonds de la subvention RSS2 pour la mise en œuvre de ces stratégies alternatives de vaccination et des missions de supervision de juillet à décembre 2018.

La mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque Enfant (ACE)/Equité en immunisation a abouti à la réactualisation des plans d'action dans les 11 districts prioritaires entre janvier et mars 2019.

Cette évaluation à mi-parcours (réactualisation) réalisée dans les 11 districts prioritaires, a mis l'accent sur des activités clés notamment :

- Le renforcement des stratégies avancées et des équipes mobiles
- La supervision des aires de santé par les districts sanitaires ;
- La revue trimestrielle des données PEV
- Le dénombrement dans les villages/hameaux dans les districts
- Le renforcement de la participation communautaire
- Le développement de la stratégie urbaine de vaccination

---

<sup>8</sup> Pour des conseils liés à la génération de la demande, consultez la page <https://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/programming-guidance---demand-generation/>

### Points forts

Mise à jour des plans d'action des 11 districts prioritaires à travers une évaluation à mi-parcours  
Organisation des revues trimestrielles des données PEV et la validation des données de dénombrement  
Réduction du nombre d'enfants non ou incomplètement vaccinés.

Réalisation d'étude pilote de la stratégie urbaine de vaccination en communes I et VI du District de Bamako.

Existence de quelques initiatives en milieu urbain :

- ✓ Réorganisation des services de vaccination pour les rendre disponibles tous les jours ouvrables comme ce fut le cas en commune VI du District de Bamako;
- ✓ Installation des postes de vaccination au niveau des sites de regroupement (cas du camp de Yirimadio en commune VI)
- ✓ Installation des postes de vaccination sur les itinéraires des mamans marchandes (marchés, gares routières, jours de foire...). Ceci a été observé dans le district sanitaire de Kayes

### Points à améliorer

Existence d'enfants non couverts du fait de l'insécurité entraînant des déplacements internes

Insuffisance de réalisation de stratégies avancées, équipe mobiles et supervision des aires de santé liés à l'application de nouveau barème des partenaires à partir de janvier 2019.

### Génération de la demande en matière de vaccination

Les interventions de la génération de la demande ont pour objectifs de (i) Renforcer la connaissance des autorités administratives, politiques, religieuses et communautaires sur les activités de la vaccination de routine, les performances de la couverture vaccinale, les goulots d'étranglements liés à la demande de vaccination, (ii) Engager les différents acteurs influents pour la promotion et l'amélioration des performances de la vaccination (iii) mobiliser les associations féminines et des jeunes (de la CAFO, CFU, CLJ) pour la promotion de la demande de vaccination et la recherche des enfants perdus de vue (iv) mettre en place des plateformes de redevabilité, solide et durable en vue de l'amélioration de la performance de la Couverture vaccinale du PEV de routine.

Les principaux résultats obtenus sont :

Plus de 750 leaders, membres de la société civile (femmes et jeunes), des représentants de medias ont renforcé leur connaissance sur les maladies évitables par la vaccination, l'importance du calendrier vaccinal, les performances de la couverture vaccinale dans leurs aires de santé. Ces leaders ont décidé de faire des déclarations d'engagement, assorties des plans d'action communautaire, par groupe d'acteurs (ASACOs, Chefs de quartiers, Mairies, DTC, Société civiles, Media.), en vue de booster la demande de la vaccination et de recherche des enfants perdus de vue dans leur district sanitaire. 13 cadres de redevabilité dans les 13 districts sanitaires ont été mis en place, constatés par les décisions préfectorales et/ou communales créant les comités de suivi de ces engagements. En plus de cela, 290 femmes et jeunes des DS de Bamako 1 et 6 sont déjà en action pour rechercher les enfants perdus de vue et faire la promotion de la vaccination, à travers les visites à domicile et les causeries éducatives, touchant à la date, plus de 10.000 ménages. Ces femmes et jeunes utilisent la plateforme Whatsapp (regroupant les CSCOM, CSRef, Femmes et jeunes), avec l'appui de la Direction Régionale du Développement Social de Bamako, pour faciliter les échanges, collecter les témoignages et présenter les difficultés (accès aux services) et partager les solutions identifiées.

### ôle et soutien aux OSC

Le soutien des OSC n'a pas été remarquable. Aucune de leurs activités n'a été menée sur le terrain pour soutenir la vaccination. Le cadre de performance est clairement établi mais le contrat de prestation demeure toujours non signé par l'UNICEF.

- **Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants<sup>9</sup>** : Veuillez indiquer les barrières auxquelles sont confrontés les soignants pour faire vacciner les enfants et planifier ou mettre en œuvre

<sup>9</sup> Pour d'autres conseils liés aux programmes, consultez la page <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#gender>. Les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont souvent un accès limité aux services sanitaires, et sont donc dans l'incapacité de faire vacciner leurs enfants. Elles peuvent être confrontées à certains obstacles, notamment le manque d'éducation ou de pouvoir décisionnel, un faible statut socioéconomique, l'incapacité à sortir librement de chez elles, l'absence d'accès aux établissements médicaux, des échanges négatifs avec les professionnels de la santé, un manque d'implication de la part du père dans les questions de santé, etc.

les interventions (par l'intermédiaire de Gavi ou d'autres fonds), pour faciliter l'accès aux services de vaccination des femmes au bénéfice de leurs enfants (par exemple : la flexibilité des services de vaccination pour que ceux-ci s'adaptent aux horaires de travail des femmes, l'éducation sanitaire des femmes sur l'importance de la vaccination et la mobilisation sociale des pères, le nombre croissant de femmes travaillant dans le secteur de la santé, etc.). NA

- **Système de données/ d'information** : Forces et difficultés relatives aux données vaccinales (système de collecte et rapportage des données de routine, intégration au système d'information sanitaire, enquêtes régulières, enquêtes ciblées, qualité des données, utilisation des données, Liens avec les systèmes de surveillance) aux niveaux national et infranational.

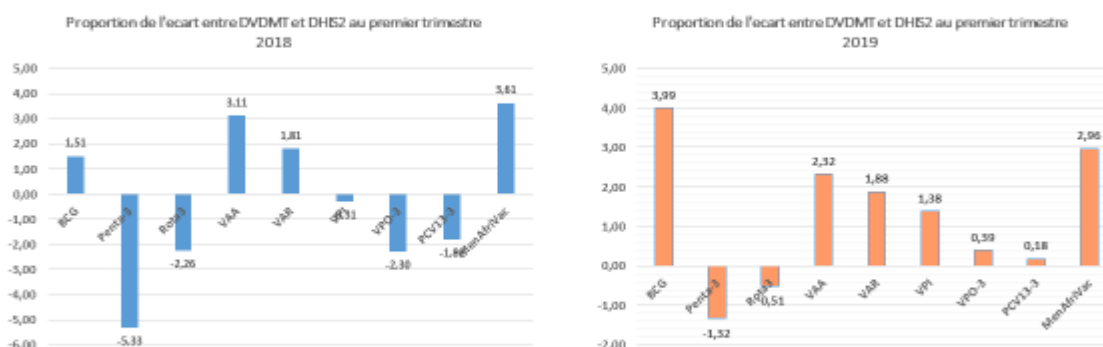
### Points forts

Le système de collecte, rapportage des données de vaccination a connu beaucoup d'améliorations à travers la mise en œuvre des actions suivantes :

- Révision et actualisation des supports de collecte des données en intégrant les nouveaux vaccins
- Le paramétrage des éléments de données et indicateurs du PEV dans la base nationale de données sanitaire DHIS2,
- La saisie des rapports de vaccination par les DTC au niveau aire de santé dont 98% ont été formés de nos jours et dotés d'ordinateurs et clé de connexion,
- La tenue des ateliers périodiques de revue des données de vaccination saisies dans le DHIS2 au niveau district avec les DTC, agents vaccinateurs, ASACO,
- La répartition des régions entre les administrateurs DHIS2 formalisée par une note technique signée par le Directeur National de la santé pour le suivi des données
- Le suivi spécifique par les gestionnaires de données du niveau central des données de vaccination avec feed back pour les insuffisances constatées (complétude des données, valeurs aberrantes)
- Le processus de migration du DVD dans le DHIS2 à travers le développement par l'OMS de deux applications dans le DHIS2 (WHO Data Quality Tool et Immunisation Analysis) pour l'analyse des données de vaccination et leur extraction vers le RIM.
- Dotation en ordinateurs portables de tous les CSCOM formés dans le cadre du déploiement du DHIS2(98%);
- Dotation des responsables des bureaux régionaux PEV en ordinateurs portables
- Formation de tous les chargés SIS sur le DHIS2(au minimum 4 par district sanitaire);
- Dotation des Chargés SIS des CS Réf en ordinateurs portables;
- Création de la Commission Qualité des données par décision n°913/MSHP/SG du 29/04/2019 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- Rétrécissement de l'écart par antigène entre données du DVD-MT et du DHIS2 des premiers trimestres 2018 et 2019

## Réduction des Discordances entre les données de différentes sources 1/3

### Evolution des écarts entre données du DVDMT et du DHIS2 aux premiers trimestres 2018 et 2019



9

Graphique N° 9 : Proportion de l'écart entre DVD-MT et DHIS2 au 1<sup>er</sup> trimestre 2018

### Points à améliorer

Malgré ces efforts remarquables, la collecte et le rapportage des données PEV connaissent certaines difficultés entre autres :

L'existence de multiples plusieurs supports de collecte (RMA et rapport mensuel PEV) pour la même activité, et de source de compilation des données (DVD-MT, DHIS2)

L'utilisation de population différente entraînant une différence d'indicateurs pour les mêmes antigènes.

La discordance de données dans les deux sources pour certaines formations sanitaires, La non formation de tous les gestionnaires de données de vaccination au niveau central, région et district pour un suivi et feed back,

L'instabilité de la connexion et la couverture en réseau internet de certaines structures sanitaires,

Le manque de source d'alimentation pour le chargement des ordinateurs.

- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ ou d'autres évaluations, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination. Cela inclut la performance des équipes de PEV nationales/ régionales/ de district et des équipes de santé chargées de gérer la vaccination (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités) : utilisation des données pour les analyses, gestion et supervision des services de vaccination ; coordination de la planification, prévision et budgétisation, coordination relative aux aspects réglementaires, et problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation de la couverture et de l'équité, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles<sup>10</sup>.

La Coordination technique de la mise en œuvre du soutien au RSSII est assurée par la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SSDSPF). Cette coordination est appuyée par un comité de suivi de la mise en œuvre du Programme RSSII mis en place par décision N° 2016 - 0035/MSHP-SG du 27 janvier 2016. Ce comité regroupe les structures directement impliquées dans la mise en œuvre à savoir CPS, DGS-HP, DRH, DFM, FENASCOM, Groupe Pivot SP, UNICEF, OMS, USAID.

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du soutien et notamment du plan de travail, se fait à travers :

- le Comité de Suivi ;
- le cadre de performance correspondant validé avec le secrétariat technique de Gavi ;
- le Comité de Coordination Inter-Agence ;
- les missions conjointes de suivi de la mise en œuvre de RSS II ;
- les missions et évaluations conjointes.

L'Évaluation de la capacité de gestion du programme (ECP) permet de mieux évaluer les systèmes de gestion financière et programmatique des entités de mise en œuvre du RSS.

En attendant le renforcement des capacités technique du Mali à gérer convenablement la subvention Gavi, l'UNICEF a été choisi pour administrer les fonds RSSII.

Face aux insuffisances constatées au niveau du fonctionnement du CCIA, avec l'appui technique de l'AEDES, un projet de règlement dudit comité a fait l'objet d'une validation technique au niveau du Cabinet. Une réunion du CCIA a été tenue le 21 juin 2019 pour la validation politique du nouveau format du CCIA (intégration des nouveaux membres, tenue semestrielle des réunions de haut niveau, mise en place d'un secrétariat permanent).

En ce qui concerne le Groupe Consultatif pour la Vaccination les membres ont été nommés par décision N° 2018\_001159 MSHP-SG du 08 aout 2018 Ils ont été orientés sur leurs rôles et responsabilités et se sont penchés sur le dossier relatif au remplacement du Rotateq. Une note de recommandation a été soumise au cabinet.

### 4.3. Financement de la vaccination<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, la Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

<sup>11</sup> D'autres informations et conseils sur le financement de la vaccination sont disponibles sur le site de Gavi: <https://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#financing>

Veillez fournir un bref aperçu des principales questions touchant à la planification, budgétisation, allocation, décaissement et exécution des fonds de santé et vaccination. Veillez prendre en compte les aspects suivants:

- **Disponibilité d'informations opportunes et exactes pour la planification/ la budgétisation (p. ex. la quantification des besoins en vaccins et données de prix), disponibilité de plans et budgets opérationnels de vaccination annuels et à moyen terme**, indiquant s'ils s'intègrent au plan/ budget national plus global, leur lien avec les processus de micro-planification et comment ils sont reflétés dans les cadres nationaux de financement de la santé publique.
- **Allocation de ressources suffisantes dans les budgets de santé nationaux au profit des programmes/ services de vaccination**, que ce soit pour les vaccins Gavi ou autres, ainsi que des frais opérationnels et des frais de fourniture de services. Expliquer dans quelle mesure le plan/ budget national de santé intègre ces coûts, quels partenaires pourraient fournir du financement pour les vaccins traditionnels et toute mesure prise pour augmenter les ressources nationales allouées à la vaccination. En cas de manquement lié au cofinancement dans les trois années passées, décrire les mesures d'atténuation mises en œuvre pour éviter tout autre manquement de ce type à l'avenir.
- **Décaissement et exécution des ressources dans les délais** : dans quelle mesure les fonds alloués aux activités de vaccination (notamment les frais de vaccination ou autres) sont mis à disposition et alloués dans les délais, à toutes les échelles (par ex. celle du pays, de la province, du district) ?
- **Rapports adéquats** sur le financement de la santé et de la vaccination et informations fiables sur le financement disponibles en temps opportun pour améliorer la prise de décisions.

### 1. Disponibilité et exactitude d'une planification et budgétisation opérationnelle:

#### ▪ plans et budgets opérationnels et intégration au niveau national

- Existence du document opérationnel POA 2019 (plan opérationnel annuel) et document stratégique PPAC 2017-2021 (plan pluri annuel sur la vaccination à 5 ans).
- La planification opérationnelle POA est inscrite dans le plan pluriannuel PPAC, qui lui-même s'intègre aux axes stratégiques du PRODESS 3, et plan décennal de la Santé.
- Les processus encadrant la mise en œuvre et le suivi de l'exécution du POA, ne sont pas systématisés et coordonnés en l'absence d'une équipe dédiée au suivi programmatique pour le moment.

#### ▪ les liens entre plans opérationnels et processus de micro-planification:

- le processus national de micro-planification décentralisé n'est pas directement lié au PPAC.
- les processus de mise en œuvre d'une micro planification spécifiquement axée sur le renforcement des couvertures et de l'équité vaccinale déployés en Districts prioritaires depuis 2017, sont liés et s'intègrent aux activités des plans opérationnels annuels POA.

### 2. Allocation des ressources a la vaccination et nouveaux partenaires:

- Le pays a toujours assuré le financement des vaccins traditionnels et jusque la fin d'année 2018. En date du 30/6/19, le pays n'a pas encore mobilisé ses ressources, il en est de même pour le co-financement des nouveaux vaccins.

En rappel sur l'estimation du coût global pour l'année 2019 (vaccins et matériels de vaccination), la part Gavi (nouveaux vaccins) s'élevant à 14.6 millions \$, la part Etat en attente s'élevant à 3.9 millions \$ (intégrant vaccins traditionnels et nouveaux vaccins).

- En ce qui concerne le financement de frais opérationnels envoyés par l'Etat aux collectivités locales (communes) pour la vaccination, le programme n'a pas de visibilité sur ces décaissements.
- Dans le cadre de son appui budgétaire, la Banque Mondiale pourrait être un partenaire cible pour prétendre à fournir un financement aux vaccins.

### 3. Décaissement et exécution des ressources dans les délais:

- Pour rappel le partenaire UNICEF est en charge de la gestion des fonds Gavi au Mali. Le processus de décaissement de ces fonds s'effectue selon 2 niveaux d'opération: sur le niveau central pour les activités de vaccination centrales, l'UNICEF mettant à disposition du compte DGS (Direction Générale de la Santé) les fonds destinés, ces fonds seront ensuite décaissés par la DGS vers le programme de vaccination.

Sur le niveau régional le processus est opéré directement via les bureaux de zone UNICEF, répartis dans le pays selon les 5 bureaux (Gao – Tombouctou – Mopti – Sikasso – et Kayes), qui assurent une mise à disposition des fonds directement vers l'entité bénéficiaire de l'activité.

- Sur ce processus de décaissement, le délai moyen transmis par UNICEF entre la réception d'une requête et la mise à disposition effectives des fonds, s'étend de 1 semaine à 10 jours en moyenne.
- Il ressort que le décaissement des fonds du niveau central depuis la DGS vers le programme de vaccination, peut représenter un délai parfois d'une semaine de mise à disposition de ces fonds.

#### 4. Rapports adéquats

- Des rapports annuels du PRODESS existent et de son financement sur l'ensemble du programme de développement sanitaire et social, et néanmoins ne tiennent compte que des financements du niveau central sans produire suffisamment de visibilité des financements des pays partenaires vers le niveau régional.
- Nous n'avons pas connaissance de rapports dédiés spécifiquement au financement de la vaccination.

- **Quantification des besoins : Section Immunisation ;**

- Il existe un chapitre budgétaire dans la loi de finances du pays, dédié au financement de la vaccination. Ce chapitre prend en compte les différentes lignes de dépenses. Il s'agit : du salaire du personnel, matériel/fonctionnement, fournitures techniques, achat de vaccins, frais de transport. Ces lignes sont dotées chaque année en fonction de l'évolution du budget de l'Etat.

En 2019, le budget d'Etat a alloué un montant de **9 292 852 000 de Francs CFA** au financement de la vaccination dont **3 110 802 000 de Francs CFA** pour l'achat des vaccins. L'Etat malien a toujours honoré à ses engagements dans le cadre du cofinancement des nouveaux vaccins avec GAVI. Souvent les cotations peuvent arriver en retard pour le paiement, pour remédier à cela, il serait préférable de mettre les cotations à la disposition du Département, dès le mois de janvier de l'année budgétaire concernée.

- Les ressources du budget d'Etat, peuvent être mobilisées dès l'ouverture des crédits du premier semestre (janvier-février) et à la réception des expressions de besoins des administrateurs de crédits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au Mali.

Le budget de la fonction santé en 2019 dans la loi de finances est de 124 489 595 000 Francs CFA dont 104 292 148 000 Francs CFA pour le Ministère de la Santé. Toutes ces informations financières sont tirées de la loi des finances 2019 qui est accessible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances.

## 5. PERFORMANCE DU SOUTIEN DE GAVI

### 5.1. Performances du soutien RSS de Gavi (pour les pays concernés)

Fournir une analyse succincte des performances du soutien Gavi pour le RSS pendant la période d'établissement des rapports.

- **Avancement de la mise en œuvre de la subvention de RSS** au regard des objectifs, du budget et du plan de travail, et écarts importants par rapport aux plans (par ex. retards de mise en œuvre, faibles taux de dépenses, etc.), **à l'aide du tableau ci-dessous.**

Objectif 1 Renforcer l'offre et la demande des soins de base de qualité et de la vaccination en particulier	
<b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Les interventions de la génération de la demande ont pour objectifs de (i) Renforcer la connaissance des autorités administratives, politiques, religieuses et communautaires sur les activités de la vaccination de routine, les performances de la couverture vaccinale, les goulots d'étranglements liés à la demande de vaccination, (ii) Engager les différents acteurs influents pour la promotion et l'amélioration des performances de la vaccination (iii) mobiliser les associations féminines et des jeunes (de la CAFO, CFU, CLJ) pour la promotion de la demande de vaccination et la recherche des enfants perdus de vue (iv) mettre en place des plateformes de redevabilité, solide et durable en vue de l'amélioration de la performance de la Couverture vaccinale du PEV de routine. Les principaux résultats obtenus sont :



## Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>Plus de 750 leaders, membres de la société civile (femmes et jeunes), des représentants de media ont renforcés leur connaissance sur les maladies évitables par la vaccination, l'importance du calendrier vaccinal, les performances de la couverture vaccinale dans leurs aires de santé. Ces leaders ont décidé de faire des déclarations d'engagement, assorties des plans d'action communautaire, par groupe d'acteurs (ASACOs, Chefs de quartiers, Mairies, DTC, Société civiles, Media.), en vue de booster la demande de la vaccination et de recherche des enfants perdus de vue dans leur district sanitaire. 13 cadres de redevabilité dans les 13 districts sanitaires ont été mis en place, constatés par les décisions préfectorales et/ou communales créant les comités de suivi de ces engagements. En plus de cela, 290 femmes et jeunes des DS de Bamako 1 et 6 sont déjà en action pour rechercher les enfants perdus de vue et faire la promotion de la vaccination, à travers les visites à domicile et les causeries éducatives, touchant à la date, plus de 10.000 ménages. Ces femmes et jeunes utilisent la plateforme Whatsapp (regroupant les CSCOM, CSReF, Femmes et jeunes), avec l'appui de la Direction Régionale du Développement Socia de Bamako, pour faciliter les échanges, collecter les témoignages et présenter les difficultés (accès aux services) et partager les solutions identifiées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuie de la stratégie avancée dans 1 110 CSCOM et équipe mobile dans 57 districts sanitaires</li> <li>- Appuie à la supervision formative trimestrielle dans 7 régions sur 11 vers les districts et des districts vers les aires de santé.</li> <li>- Réalisation des séances de vaccination postes fixes de vaccination au niveau des marchés et des zones périurbaines les (stratégies urbaines de vaccination)</li> <li>- Dans la commune 6 du District de Bamako la vaccination est effective dans l'aire de santé de ASCOYIR les Week-ends. De la période de janvier à juin 2019, on a enregistré 354 enfants vaccinés en PNTA3 et 241 enfants en VAR.</li> <li>- Intégration des cartes de vaccination dans l'expression des besoins supports PEV au niveau National.</li> <li>- Révision des contrats des OSC avec intégration d'indicateurs de performance.</li> <li>- 11 revues des données réalisées dans les 11 districts prioritaires en 2018.</li> <li>- Formation de 114 relais pour le dénombrement et la recherche active des perdus de vue</li> </ul>
<p><b>Groupes géographiques/ de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b></p>	<p>Vaccination dans les centres d'accueils, des sites d'orpillage.</p>
<p><b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b></p>	<p>Taux d'utilisation est de 51% à la date du 30 juin 2019. Le reste des activités sont programme dans la réallocation du budget RSS2.</p>
<p><b>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</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100% des 11 districts prioritaires disposent de microplan ACE</li> <li>▪ Renforcement des capacités des agents de santé, des Maires, et des membres des ASACO en planification</li> <li>▪ Mise en place du cadre de redevabilité dans 9 des DS prioritaires et les 4 autres communes de Bamako.</li> <li>▪ Renforcement des capacités de 750 leaders,             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ membres de la société civile (femmes et jeunes), pour la sensibilisation et la recherche des enfants non vaccines.</li> <li>▪ des représentants de media sur la communication pour la vaccination</li> </ul> </li> </ul> <p>31 districts sanitaires ont été appuyés en équipe mobile dans les régions du centre et du Nord du Mali  Réalisation de la stratégie urbaine dans les communes 1 et 6 (2/6).  Les indicateurs de performance des OSC sont pris en compte dans les contrats en cours de finalisation.</p>

	<p>Poursuite de la médicalisation des CSCOM 75 Médecins sont aux postes dans les régions de : Koulikoro (15), Ségou (7), Mopti (22), Tombouctou (13) et Gao (13).</p> <p>11 revues des données ont été réalisées dans les 11 districts prioritaires. On enregistre une non réalisation de la supervision dans 4 régions vers les districts sanitaires et des districts vers les aires de santé et du niveau central vers les régions.</p>
<p><b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements connexes de l'assistance technique</b>)<sup>12</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>OSC :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation des activités de vaccination dans les 55 aires de santé dans les régions de Tombouctou et Taoudénit par la diligence de la signature des contrats des OSC.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Adhésion de la communauté dans les activités de vaccination</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en œuvre d'un cadre de redevabilité</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Équité et stratégies urbaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capitalisation et documentation des bonnes pratiques dans les 11 districts prioritaires et la stratégie urbaine</li> <li>▪ Validation de la stratégie urbaine et la mise en œuvre</li> </ul> </li> </ul> <p>Application de l'approche ACE/équité dans les 12 nouveaux districts prioritaires</p> <p>La médicalisation des CSCOM a permis de réduire les évacuations, augmentation du taux de fréquentation, organisation des services de vaccination.</p>
<p><b>Objectif 2 : Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services de vaccination dans 100 % des districts prioritaires</b></p>	
<p><b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	
<p><b>Groupes géographiques/ de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b></p>	<p>Les OSC n'ont pas réalisé d'activité faute de contrat.</p>
<p><b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b></p>	<p>0% faute de signature de contrat.</p>
<p><b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b>, notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/ absorption financière</p>	
<p><b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements connexes de l'assistance technique</b>)<sup>12</sup></p>	<p>Signature de contrat entre l'UNICEF et les OSCs.</p>
<p><b>Objectif 3 : Renforcer le système de suivi/évaluation y compris le système d'information sanitaire</b></p>	
<p><b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signature de la décision de la création de la commission qualité des données PEV/Surveillance ;</li> <li>- Elaboration de la feuille de route de la commission qualité des données</li> <li>- Validation des données de l'annuaire statistique dans toutes les régions et au niveau national</li> <li>- Tenue des réunions (2 ordinaires et 1 extraordinaire) de la commission qualité des données PEV/Surveillance ;</li> </ul>

## Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la collecte des données, leur analyse et l'utilisation des résultats pour la prise de précision</li> <li>- Elaboration du bulletin du premier trimestre 2019;</li> <li>- Analyse mensuelle régulière des données du DVDMT et du DHIS2 par l'équipe de la section renforcée par les assistants techniques;</li> <li>- Feedbacks réguliers aux régions, districts et aires des problèmes constatés pour correction</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences du personnel : deux cadres du niveau central (1 de la CPS et 1 de la section Immunisation) ont bénéficié de la formation sur la gestion axée sur les résultats et le management des performances du programme.</li> <li>- Pour renforcer les compétences en gestion logistique de la vaccination, 17 responsables PEV dont 6 du niveau central et 11 des régions ont suivi un stage de perfectionnement d'un mois à l'Institut Régional de sante publique au Benin (LOGIVAC).;</li> <li>- Réalisation de 07 supervisions des équipes cadres des DRS vers les districts et des districts vers les aires de santé</li> </ul> <p>Le processus de la réalisation de l'évaluation post campagne rougeole est très avancé avec la sélection l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Le protocole, le budget et les outils de collecte des données ont été validés par le comité technique composé de la Section Immunisation, de l'UPFIS, de l'OMS, de l'UNICEF et de l'AEDES.</p> <p>Dans le cadre du renforcement du Système National d'Information Sanitaire, la CPS/SDSPF, la section immunisation et les responsables PEV des régions sanitaires ont été équipés en matériel informatique pour l'analyse des données et à l'utilisation des résultats pour une planification efficiente des interventions d'amélioration de la couverture et de l'équité. En effet, ces équipements informatiques servent à la saisie des données du système national d'information sanitaire qui alimentent le DHIS2.</p> <p>Les districts, les régions et le niveau central ont reçu des fonds pour organiser des revues trimestrielles et revues annuelles des données du PEV. Des monitorages du paquet minimum des activités (PMA) ont été appuyés dans les régions du nord pour identifier les goulots d'étranglement et des interventions de solutions ont été proposées.</p>
<b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b>	
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	52% du taux d'utilisation le reste des activités ont été programmées dans la réallocation 2019-2020.
<b>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</b>	
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les changements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation des supervisions à tous les niveaux (central, régional et district)</li> <li>- La validation des données de l'annuaire statistique dans certaines régions</li> <li>- L'évaluation du plan qualité des données du PEV et du SNIS,</li> <li>- L'élaboration du plan qualité des données PEV et du SNIS</li> </ul>

<p>connexes de l'assistance technique)<sup>12</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La tenue des réunions de la commission qualité des données PEV/surveillance</li> <li>- La réalisation du DQR annuel</li> <li>- La mise en place des groupes qualité des données au niveau régional et district</li> <li>- La réalisation de l'enquête de couverture post campagne,</li> <li>- La réalisation de l'enquête de couverture vaccinale PEV de routine</li> </ul>
<p><b>Objectif 4 : Renforcer la capacité de la chaîne du froid et la gestion efficace des vaccins</b></p>	
<p><b>Objectif de la subvention de RSS</b> (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Dans le cadre du renforcement de la chaîne de froid et la logistique de la vaccination, en complémentarité avec le financement du Canada, 10 groupes électrogènes d'une puissance de 40 KVA ont été commandés pour pallier aux ruptures fréquentes de courant électrique et garantir un fonctionnement continu des chambres froides installées dans les régions. En accompagnement aux stratégies mobiles de vaccination dans les vastes régions du nord, 40 glacières de longue durée d'action ont été achetées. En plus, 600 portes vaccins ont été commandés en renouvellement des équipements de chaîne de froid pour les stratégies avancées et cliniques mobiles. On peut également noter les acquis suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'installation de 10 chambres froides de 40m3 au niveau de la Section Immunisation.</li> <li>- La poursuite de l'installation des réfrigérateurs dans les régions</li> <li>- La formation de 16 responsables PEV des régions et du niveau central en LOGIVAC au Benin</li> <li>- Le déploiement des techniciens de maintenance dans les régions</li> <li>- La dotation en pièces de rechange des chambres froides.</li> <li>- L'installation de 754 Réfrigérateurs solaires dans les régions et 10 chambres froides de 40m3 au niveau central</li> <li>- La tenue d'une réunion du groupe logistique</li> </ul> <p>On peut noter les acquis suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'achat des extincteurs au profit des chambres froides régionales, des dépôts intermédiaires et du niveau central</li> <li>- Le renforcement de la capacité de stockage au niveau central notamment l'installation de 10 chambres froides de 40m3 chacune et d'un groupe électrogène de secours de 350 KVA acquis sur financement GAVI</li> </ul>
<p><b>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</b></p>	<p>Installation des réfrigérateurs solaires dans toutes les régions</p>

<sup>12</sup> Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance ciblée au pays (TCA). La planification de la TCA sera documentée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	Le taux d'utilisation est de 115%. Ce taux élevé s'explique par la sous-estimation des coûts des groupes électrogènes.
<b>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre</b> , notamment principaux succès et résultats/ activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	
<b>Principales activités planifiées pour la période à venir</b> (indiquer les changements significatifs/ réallocations du budget et les <b>changements connexes de l'assistance technique</b> ) <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dotation en 6 camions utilitaires pour le ravitaillement des vaccins et consommables</li> <li>- La fonctionnalité des nouveaux magasins et des nouvelles chambres froides au niveau central</li> <li>- La construction du niveau 2 de la Section Immunisation</li> <li>- La poursuite des installations de réfrigérateurs et chambres froides</li> </ul>
<b>% d'activités menées/ utilisation du budget</b>	

Décrivez brièvement, dans le cadre ci-dessous:

- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et les résultats clés. Par ex. en comparant le nombre d'enfants vaccinés supplémentaires et d'enfants sous-vaccinés dans les districts recevant l'appui de la subvention de RSS aux autres districts non bénéficiaires du soutien ou cibles nationales. Quels indicateurs dans le GPF ont été atteints/ affectés par les activités mises en œuvre ?
- Comment le soutien de Gavi permet d'atténuer les principaux facteurs à l'origine des faibles taux de vaccination ?
- Est-ce que la **sélection des activités reste pertinente**, réaliste et correctement hiérarchisée à la lumière de l'analyse de la situation qui a été menée et des taux d'absorption financière et de mise en œuvre ?
- **Réallocations planifiées du budget** (veuillez joindre le budget révisé, en utilisant le modèle de budget de Gavi ).
- Le cas échéant, décrire brièvement la manière dont a été utilisé le **financement basé sur la performance** dont le pays a bénéficié, et ses résultats. Quels indicateurs du Cadre de performance des subventions (GPF) seront utilisés pour suivre les progrès ?
- **Complémentarité et synergies avec le soutien d'autres donateurs** (p. ex. Fonds mondial, Facilité mondiale de financement).
- **Rôle des partenariats public-privé**, y compris les initiatives INFUSE et la contribution à la résolution des principaux facteurs qui régissent la couverture et l'équité. Veuillez relever la source (p. ex. RSS de Gavi, PEF et autres donateurs) et le montant du financement.
- **Partenariats avec le secteur privé et INFUSE** ainsi que les résultats clés (par exemple, augmenter le renforcement des capacités et le demande, améliorer les prestations de services et la gestion des données). Veuillez renseigner les sources (contribution du secteur privé, fonds de contrepartie Gavi, financement principal Gavi – RSS/ PEF) et le montant du financement.
- **Participation des organisations de la société civile (OSC)** à la prestation de services et à la modalité de financement (c'est-à-dire si le soutien est apporté par le RSS de Gavi ou financé par d'autres donateurs).

<sup>13</sup> Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance ciblée au pays (TCA). La planification de la TCA sera documentée par les besoins indiqués dans la JA. Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Il est rappelé aux équipes de JA d'adopter une approche rétrospective (assistance technique qui n'a pas été fournie en intégralité ou qui était inefficace par le passé) et prospective (prochaines introductions de vaccins, campagnes, grandes activités de RSS, etc.), en renseignant les priorités en matière d'assistance technique pour l'année à venir. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

Le plan d'action a été élaboré mais n'a pu être financé pendant la période. Toutefois, les OSC ont participé aux ateliers de redevabilité dans les onze districts prioritaires. Elles ont également participé à la coordination des activités du RSS2 et aux ateliers de micro planification.

### 5.2. Performance du soutien au vaccin

Fournir une analyse succincte des performances des subventions Gavi, en vous axant sur les **vaccins introduits récemment (les deux dernières années)** ou qui devraient être introduits, les campagnes, les activités de vaccination supplémentaires, les programmes de démonstration, les MAC et les changements de présentation des vaccins. La présente section devra présenter les informations suivantes :

- **Les problèmes liés aux vaccins qui ont pu être mis en évidence lors des renouvellements de vaccins**, tels que les problèmes de gestion des stocks (surstock, ruptures de stock, variations importantes de la consommation, etc.), les taux de perte, les hypothèses cibles, la tendance annuelle de la consommation, la triangulation des données de quantification, etc. et les **plans pour y remédier**.
- **Introductions et changements de SVN** : si le pays a récemment introduit ou changé de produit ou la présentation d'un vaccin existant, il est demandé de mettre en évidence la performance (couverture) et les leçons à tirer des introductions/ changements, les principaux problèmes de mise-en-œuvre et les prochaines actions pour y répondre.

**Campagnes/ AVS** : fournir des informations sur les campagnes récentes (depuis la dernière JA) et les principaux résultats de l'enquête post-campagne, notamment la couverture atteinte. Si la couverture atteinte était faible, en indiquer les raisons. Présenter les autres principales leçons apprises et les prochaines actions pour y répondre. Si aucune enquête post-campagne n'a été menée, mettre en évidence les raisons du retard et les échéanciers prévus. Y a-t-il des remarques importantes concernant la manière dont le soutien aux frais opérationnels a été dépensé ? Expliquer dans quelle mesure la campagne a contribué à renforcer la vaccination de routine, par ex. en identifiant les enfants n'ayant reçu aucune dose et les enseignements tirés.

Le Mali a élaboré un plan d'introduction de la 2<sup>ème</sup> dose du vaccin anti-rougeoleux dans le PEV de routine, dans un contexte de recrudescence des cas de rougeole au Mali et dans le monde. Ce plan a été validé par le Comité de Coordination Inter-agence (CCIA) en sa réunion du 23 février 2018. Les objectifs principaux de ce plan sont : la lutte efficace contre la rougeole et l'atteinte de couverture de 95% pour la première dose du VAR. Le Secrétariat de Gavi a accepté ce plan après les différentes réponses aux éclaircissements. L'introduction doit se faire 3 mois après la campagne de suivi de la rougeole qui a été conduite du 07 au 13 mai 2019. Dans cette optique, les activités suivantes ont été conduites : i) L'actualisation des supports du PEV de routine en prenant en compte la 2<sup>ème</sup> dose ; ii) l'expression des besoins pour la multiplication des supports du PEV ; iii) L'élaboration d'un plan de communication. Enfin, il est prévu la formation à tous les niveaux en cascade et l'introduction est prévue vers le 15 septembre 2019.

Le ministre de la santé et de l'Hygiène Publique a été informé par le gestionnaire pays par correspondance du 18 septembre 2018, de contraintes d'approvisionnement concernant le vaccin Rotateq affectant les pays soutenus par Gavi. Dans la correspondance il est indiqué que le Mali devra changer de vaccin antirotavirus.

Après avoir reçu cette information, les autorités sanitaires du pays ont instruit au comité technique de faire la situation du Rotateq à tous les niveaux (central, régions, districts et point de prestations).

Les membres Groupe Consultatif pour la Vaccination ont travaillé sur le dossier relatif au remplacement du Rotateq. Une note de recommandation a été soumise au cabinet, le choix du pays sera notifié au secrétariat de Gavi au plus tard le 31 juillet 2019.

Le Mali a organisé avec succès la campagne nationale de vaccination contre la rougeole du 07 au 13 mai sur l'ensemble des régions du Mali. Cette campagne a été préparée par une équipe de coordination composée de cinq sous-commissions: technique, logistique, communication mobilisation sociale, pharmacovigilance et finance. Chaque sous-commission est composée des cadres des Ministères de la Santé, des finances et du Développement sociale, des partenaires technique et financiers en fonction de leurs domaines de compétences.

Chaque sous-commission était organisée en son sein avec un président et un rapporteur. La grande commission se réunissait une fois par semaine (jeudi) pour faire le point des préparatifs de chaque sous-commission, qui à l'issue de ses réunions donne des orientations pour la bonne conduite des activités. Les mêmes sous-commissions étaient mises aux niveaux de toutes les régions et des districts sanitaires.

Les ateliers de microplanifications ont été organisés dans tous les districts avec l'appui de quelques régions.

Le niveau central a organisé un certain nombre d'activités : la formation des formateurs nationaux et régionaux, la multiplication des supports de la campagne, la mise en place des vaccins et consommables, le briefing des

## Évaluation conjointe (JA complète)

superviseurs nationaux, la mise en route des équipes de supervision sur le terrain et la coordination des activités avec feedback aux régions chaque jour.

Au niveau de chaque région il y eu la formation des formateurs régionaux et districts sanitaires, des réunions de coordinations présidées par les autorités administratives et la supervision des activités de vaccination au niveau des districts et aires de santé.

A niveau de chaque district sanitaire du pays, il y a eu la formation des Directeurs technique des centres (DTC), des vaccinateurs et volontaires. Le ravitaillement des aires de santé en vaccins et intrants, la supervision et les réunions de coordination.

Diffusion des messages à la télévision, sur les radios de proximités, les crieurs publics, les volontaires et les religieux dans les lieux des cultes (mosquées et églises), les chefs coutumiers, les enseignants.

Supervision spécifique des activités de communication dans la région de Mopti.

Forte implication des plus hautes autorités du pays témoin le lancement national sous la présidence du premier ministre avec la participation de quatre ministres, des Directeurs des services centraux du Ministère de la santé et des Affaires Sociale, des partenaires techniques et financier (UNICEF, OMS).

Les lancements au niveau des régions ont été présidés par les Gouverneurs et celui des districts par les Préfets des cercles.

Confection des supports de communication (imprimés : affiches et banderoles en bâche).

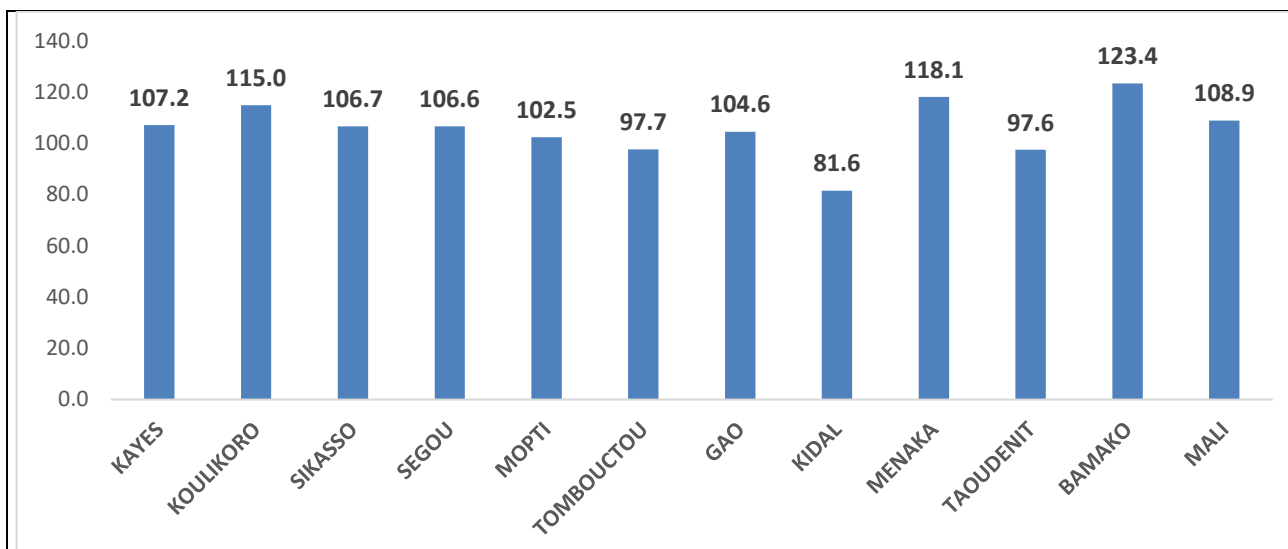
Forte implication des communautés aux activités de la campagne témoin une contribution locale des ASACO, Mairie, ONGs locales et personnes de bonnes volontés de **26 117 100 FCFA**.

Certaines insuffisances ont été signalées : i) le financement des coûts opérationnels n'a pas été effectué sur la base des travaux des ateliers de microplanification au niveau des districts ; ii) la non-participation de certaines DRS aux ateliers de microplanification dans les districts ; iii) l'application du nouveau barème qui a limité le déplacement des équipes de supervision.

Tableau N°VI : Résultats administratifs : nombre d'enfants vaccinés par région

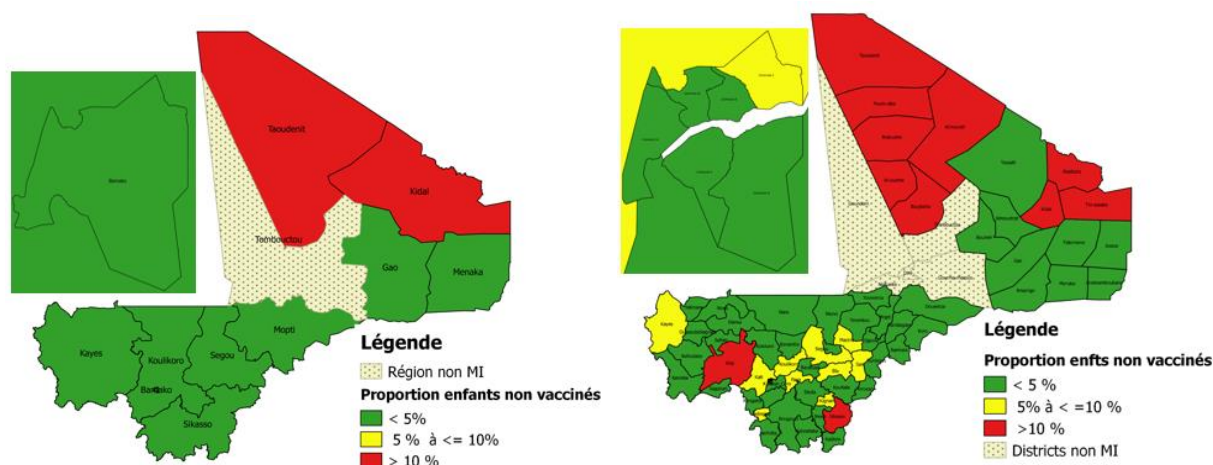
Régions	Cible : 9- 59 mois	Total Enfants Vaccinés			MAPI	Doses
		1 dose et plus	0 dose	9-59 mois	Grave	Utilisées
Kayes	493 844	519 294	10 088	529 382	0	538 609
Koulikoro	605 910	688 307	8 265	696 572	0	710 069
Sikasso	671 449	706 485	9 697	716 182	0	723 183
Ségou	576 579	608 107	6 734	614 841	0	629 668
Mopti	503 820	502 093	14 209	516 302	0	526 267
Tombouctou	167 411	157 074	6 515	163 589	0	167 874
Gao	127 611	130 913	2 566	133 479	0	135 059
Kidal	16 741	13 458	194	13 652	0	14 210
Ménaka	13 927	15 843	610	16 453	0	16 570
Taoudenit	34 167	31 266	2 064	33 330	0	35 460
Bamako	448 385	550 361	3 123	553 484	0	566 606
<b>Mali</b>	<b>3 659 844</b>	<b>3 923 201</b>	<b>64 065</b>	<b>3 987 266</b>	<b>0</b>	<b>4 063 575</b>





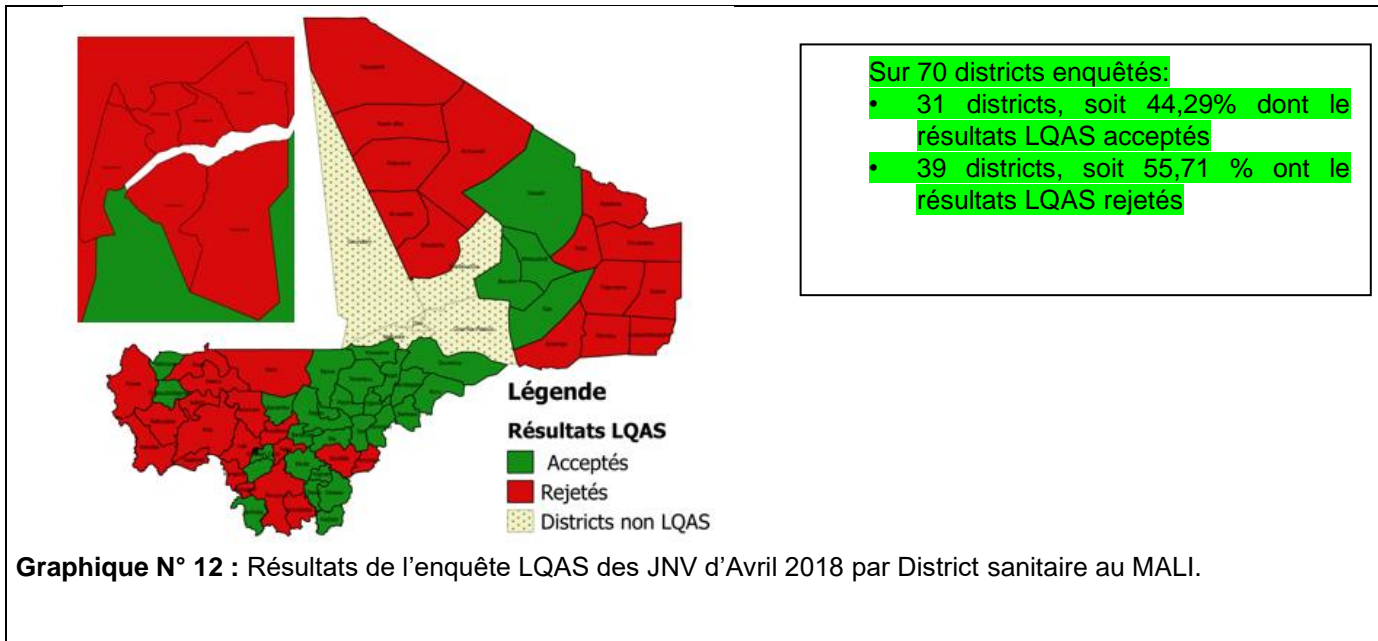
**Graphique N° 10 : Couverture administrative par région campagne de vaccination contre la rougeole mai 2019.**

Une campagne nationale de vaccination a été réalisée en Avril 2018, avec 7 904 694 enfants vaccinés soit une CV de 106%.



**Graphique N° 11 : Résultats du monitoring indépendant des JNV d’Avril 2018 par District sanitaire au MALI.**

- Sur 10 régions ayant réalisé l’activité, 8 régions, soit 80 % ont moins de 5 % d’enfants non vaccinés, 2 régions, soit 20 % ont une proportion d’enfants non vaccinés supérieur à 10%.
- Sur les 70 DS monitorés, 48 soit 60,57% ont moins de 5 % d’enfants non vaccinés ; 11 districts, soit 15,72 % ont une proportion d’enfants non vaccinés comprise entre 5 % et 10% ; 11 districts soit 15,71 % ont plus de 10 % d’enfants non vaccinés.



- Mettre à jour l'analyse de la situation pour la rougeole et la rubéole (en utilisant les données les plus récentes de surveillance et de couverture vaccinale pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale aux niveaux national et infranational<sup>14</sup>) et mettre à jour le plan pour la rougeole et la rubéole sur 5 ans (par ex. en indiquant les prochaines dates d'introduction du RR et du VVR2, les campagnes de suivi, etc.).

**Tableau VII : Tableau de suivi des principaux indicateurs de la surveillance rougeole de janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2019 (S 27).**

Régions Sanitaires	Population totale 2017	Nbre de districts	Nbre de cas notifiés (cas par cas)	Cas avec éch. Sanguin.		Cas avec résultats		Districts ayant investigués		IgM+ Rougeole		Confirmé par lien épid.	Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse / 100000 (≥2)	Incidence /10exp6	Nbre Cas Investigués 48heures	% Cas Investigués dans 48heures (≥80%)	IgM+ Rubéole
				Nbre	%	Nbre	% (≥ 80)	Nbre	% (≥80%)	Nbre	%						
KAYES	2,741,000	10	111	111	100.0%	58	52.3%	10	100.0%	34	58.6%	0	0.9	23.9	111	100%	0
KOULIKORO	3,330,000	10	309	309	100.0%	160	51.8%	10	100.0%	96	60.0%	0	1.9	55.5	309	100%	1
SIKASSO	3,633,000	10	149	149	100.0%	70	47.0%	9	90.0%	34	48.6%	0	1.0	18.0	148	99%	0
SEGOU	3,214,000	8	78	78	100.0%	56	71.8%	8	100.0%	38	67.9%	0	0.6	22.8	78	100%	4
MOPTI	2,799,000	8	59	59	100.0%	17	28.8%	8	100.0%	15	88.2%	0	0.1	10.3	59	100%	0
TOMBOUCTOU	866,582	5	16	16	100.0%	1	6.3%	3	60.0%	0	0.0%	0	0.1	0.0	16	100%	1
TAOUDENIT	51,018	6	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0	0.0	0	#DIV/0!	0
GAO	487,170	4	45	45	100.0%	24	53.3%	3	75.0%	6	25.0%	0	3.7	24	45	100%	1
MENAKA	76,817	4	9	9	100.0%	1	11.1%	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0	25.1	9	100%	0
KIDAL	93,000	4	16	16	100.0%	16	100.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	17.2	0.0	16	100%	0
BAMAKO	2,489,000	6	92	92	100.0%	39	42.4%	5	83.3%	30	76.9%	0	0.4	23.2	92	100%	0
<b>MALI</b>	<b>19,780,587</b>	<b>75</b>	<b>884</b>	<b>884</b>	<b>100.0%</b>	<b>442</b>	<b>50.0%</b>	<b>59</b>	<b>78.7%</b>	<b>254</b>	<b>57.5%</b>	<b>0</b>	<b>1.0</b>	<b>24.7</b>	<b>883</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>

A la semaine 27, sur 884 cas suspects notifiés, tous ont été investigués et prélevés et 50% des résultats sont disponibles. L'IgM rougeole était positive pour 254 cas (57,5%) et l'IgM rubéole était positive pour 7 cas (1,6%). Aucun cas n'était confirmé par lien épidémiologique. Le taux d'éruption fébrile non rougeoleuse n'est atteint que par deux régions et pas par le niveau national (1/100000). Sur les 75 districts, 59 (78,7%) ont notifié au moins un cas avec prélèvement.

- Décrire les principales actions en matière de soutien aux vaccins de Gavi dans l'année à venir (par ex. la prise de décisions sur l'introduction de vaccins, les prochaines demandes, la planification et la mise en œuvre de mesures d'introduction/ de campagnes ou les décisions de changer de produit vaccinal, de présentation ou de programme) et les changements connexes en matière d'assistance technique<sup>12</sup>.

Le Mali se propose de faire la soumission à l'introduction du vaccin HPV dans le PEV en 2020 et l'introduire en 2021 conformément à l'objectif assigné dans son PPAC 2017-2021.

<sup>14</sup> Pour plus d'informations sur les analyses escomptées relatives à la rougeole et à la rubéole, vous pouvez consulter le document d'orientation et d'analyse de la JA.

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

Si votre pays reçoit un soutien à la POECF de Gavi, apporter une rapide mise à jour des informations relatives aux éléments suivants :

- **Performance** par rapport à cinq indicateurs obligatoires de la POECF et autres résultats intermédiaires s'y rapportant - réalisations vis-à-vis des cibles convenues, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), en analysant les réussites, les problèmes et les solutions permettant d'atteindre les objectifs.
- **Statut de la mise en œuvre** (nombre d'équipements installés/ installations en attente, commentaires des utilisateurs sur la formation en entretien préventif, efficacité du réfrigérateur, etc.) y compris tous problèmes/ enseignements tirés ;
- **Contribution** de la POECF aux performances du système de vaccination (p. ex. comment la POECF contribue à l'amélioration de la couverture et de l'équité) ;
- **Changements d'assistance technique** lors de la mise-en-œuvre du soutien à la POECF<sup>12</sup>.

Remarque : un inventaire des ECF doit accompagner la demande de renouvellement de soutien à la POECF.

NA
----

### 5.4. Performances de gestion financière

Fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en espèces de Gavi (pour toutes les subventions en espèces, telles que le RSS, le financement basé sur la performance, les subventions d'introduction des vaccins, les subventions des coûts opérationnels de campagne, les subventions de changement, les subventions de transition, etc.). Veuillez prendre en compte les aspects suivants :

- **Absorption** financière et taux d'utilisation de toutes les subventions de soutien en espèces de Gavi listées séparément<sup>15</sup>.
- **Conformité** aux rapports financiers et aux exigences en matière d'audits pour chaque subvention (en indiquant dans une liste séparée la conformité à chaque subvention de soutien en espèces, tel qu'indiqué ci-dessus) ;
- État d'avancement des actions "show stopper" hautement prioritaires découlant des Impératifs de gestion des subventions et d'autres questions (telles que l'utilisation abusive des fonds et l'état du remboursement) découlant des missions d'examen (par exemple, les audits de programmes en espèces de Gavi, les audits annuels externes, les audits internes, etc.);

- **Systemes** de gestion financière<sup>16</sup>.

<p><b>Tableau N° VIII: Details of Expenditures by Activity - Office: Mali</b></p>
---

<sup>15</sup> Si, dans votre pays, des montants significatifs de subventions de Gavi sont gérés par des partenaires (par ex., UNICEF et OMS), il est également recommandé d'examiner l'utilisation des fonds par ces agences.

<sup>16</sup> Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.

Évaluation conjointe (JA complète)

Outcome / Output / Activity Description	Incurred Expense		Cash Advances and Prepayments	Cumulative Expenditure	Commitments*
	2018	2019			
<b>Outcome 001 OUTCOME [HEALTH]</b>	<b>95,890.54</b>	<b>611,706.28</b>	<b>549,051.97</b>	<b>1,256,648.79</b>	<b>142,911.47</b>
<b>Output 002 OUPUT 2 - IMMUNIZATION</b>	<b>95,890.54</b>	<b>331,298.13</b>	<b>417,837.30</b>	<b>845,025.97</b>	<b>142,911.47</b>
<b>Activity 038 2018-19 BKO 2.23. DEMANDE POUR LA VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>75,824.24</b>	<b>75,824.24</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	75,824.24	75,824.24	0.00
<b>Activity 039 2018-19 BKO 2.24. C</b>	<b>11,520.00</b>	<b>37,908.03</b>	<b>0.00</b>	<b>49,428.03</b>	<b>108,441.87</b>
Supplies and Commodities	0.00	37,906.64	0.00	37,906.64	108,441.87
Transfers and Grants to Counterparts	11,520.00	0.00	0.00	11,520.00	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	1.39	0.00	1.39	0.00
<b>Activity 040 2018-19 BKO 2.25. GÉNÉRATION DE PREUVES ET PLAIDOYER POLITIQUE POUR LA VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>54,773.73</b>	<b>5,670.54</b>	<b>60,444.27</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	54,773.73	5,670.54	60,444.27	0.00
<b>Activity 041 2018-19 BKO 2.26. OPÉRATIONS DE VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>7,147.88</b>	<b>88,863.46</b>	<b>96,011.34</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	7,147.88	88,863.46	96,011.34	0.00
<b>Activity 044 2018-19 BKO 2.29. ASSISTANCE TECHNIQUE - IMMUNISATION (À L'EXCLUSION DE L'ASSISTANCE)</b>	<b>891.87</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>891.87</b>	<b>34,469.60</b>
Contractual Services	0.00	0.00	0.00	0.00	34,469.60
Travel	891.86	0.00	0.00	891.86	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00
<b>Activity 045 2018-19 BKO 2.30. COÛTS SUPPORT OPERATIONNELS (MISSIONS, LOGISTIQUE,...)</b>	<b>81,685.79</b>	<b>98,521.68</b>	<b>0.00</b>	<b>180,207.47</b>	<b>0.00</b>
Travel	2,020.61	(1,168.92)	0.00	851.69	0.00
Transfers and Grants to Counterparts	79,665.18	99,690.54	0.00	179,355.72	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	0.06	0.00	0.06	0.00
<b>Activity 046 2018-19 SIK 2.31. DEMANDE POUR LA VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>14,662.77</b>	<b>14,662.77</b>	<b>0.00</b>

**Évaluation conjointe (JA complète)**

Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	14,662.77	14,662.77	0.00
<b>Activity 048 2018-19 SIK 2.33. GÉNÉRATION DE PREUVES ET PLAIDOYER POLITIQUE POUR LA VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>35,466.38</b>	<b>20,755.69</b>	<b>56,222.07</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	35,466.38	20,755.69	56,222.07	0.00
<b>Activity 049 2018-19 SIK 2.34. OPÉRATIONS DE VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>12,690.98</b>	<b>12,690.98</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	12,690.98	12,690.98	0.00
<b>Activity 050 2018-19 SIK 2.35. ACTIVITÉS DE VACCINATION SUPPLÉMENTAIRES CONTRE LA ROUGEOLE ET</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>33,305.65</b>	<b>33,305.65</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	33,305.65	33,305.65	0.00
<b>Activity 053 2018-19 SIK 2.38. COÛTS SUPPORT OPERATIONNELS (MISSIONS, LOGISTIQUE,...)</b>	<b>1,792.88</b>	<b>87.77</b>	<b>0.00</b>	<b>1,880.65</b>	<b>0.00</b>
Travel	1,793.33	87.77	0.00	1,881.10	0.00
General Operating + Other Direct Costs	(0.45)	0.00	0.00	(0.45)	0.00
<b>Activity 060 2018-19 MPTI 2.45. ASSISTANCE TECHNIQUE - IMMUNISATION (À L'EXCLUSION DE L'ASSIST</b>	<b>0.00</b>	<b>44,946.70</b>	<b>0.00</b>	<b>44,946.70</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	44,946.70	0.00	44,946.70	0.00
<b>Activity 063 2018-19 NORD 2.48. C 'ION, Y COMPRIS LA CHA</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>19,579.48</b>	<b>19,579.48</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	19,579.48	19,579.48	0.00
<b>Activity 064 2018-19 NORD 2.49. GÉNÉRATION DE PREUVES ET PLAIDOYER POLITIQUE POUR LA VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>52,445.96</b>	<b>20,774.39</b>	<b>73,220.35</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	52,445.96	20,774.39	73,220.35	0.00
<b>Activity 065 2018-19 NORD 2.50. OPÉRATIONS DE VACCINATION</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>125,710.10</b>	<b>125,710.10</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	125,710.10	125,710.10	0.00
<b>Output 003 OUTPUT 3 - CHILD HEALTH</b>	<b>0.00</b>	<b>280,408.15</b>	<b>131,214.67</b>	<b>411,622.82</b>	<b>0.00</b>

Évaluation conjointe (JA complète)

<b>Activity 046 2018-19 BKO 3.31. RSS - SYSTÈME DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b>	<b>0.00</b>	<b>21,327.05</b>	<b>0.00</b>	<b>21,327.05</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	21,327.05	0.00	21,327.05	0.00
<b>Activity 047 2018-19 BKO 3.32. RSS - POLITIQUES, PLANIFICATION ET GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA</b>	<b>0.00</b>	<b>104,320.96</b>	<b>30,926.16</b>	<b>135,247.12</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	104,320.96	30,926.16	135,247.12	0.00
<b>Activity 048 2018-19 BKO 3.33. RSS - SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>9,886.74</b>	<b>9,886.74</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	9,886.74	9,886.74	0.00
<b>Activity 071 2018-19 MPTI 3.58. RSS - POLITIQUES, PLANIFICATION ET GOUVERNANCE DU SECTEUR DE L</b>	<b>0.00</b>	<b>72,105.49</b>	<b>0.00</b>	<b>72,105.49</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	72,105.49	0.00	72,105.49	0.00
<b>Activity 078 2018-19 NORD 3.71. RSS - POLITIQUES, PLANIFICATION ET GOUVERNANCE DU SECTEUR DE L</b>	<b>0.00</b>	<b>82,654.65</b>	<b>76,935.70</b>	<b>159,590.35</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	82,654.65	76,935.70	159,590.35	0.00
<b>Activity 080 2018-19 NORD 3.73. RSS - SURVEILLANCE EN TEMPS RÉEL DE LA SANTÉ</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>13,466.07</b>	<b>13,466.07</b>	<b>0.00</b>
Transfers and Grants to Counterparts	0.00	0.00	13,466.07	13,466.07	0.00
<b>Outcome 880 DEVELOPMENT EFFECTIVENESS AND CROSS SECT</b>	<b>0.00</b>	<b>219,538.27</b>	<b>0.00</b>	<b>219,538.27</b>	<b>0.00</b>
<b>Output 003 PME</b>	<b>0.00</b>	<b>49,776.28</b>	<b>0.00</b>	<b>49,776.28</b>	<b>0.00</b>
<b>Activity 039 2018-19 - HACT</b>	<b>0.00</b>	<b>27,457.00</b>	<b>0.00</b>	<b>27,457.00</b>	<b>0.00</b>
Contractual Services	0.00	13,030.00	0.00	13,030.00	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	14,427.00	0.00	14,427.00	0.00
<b>Activity 041 2018-19 - TECHNICAL ASSISTANCE</b>	<b>0.00</b>	<b>22,319.28</b>	<b>0.00</b>	<b>22,319.28</b>	<b>0.00</b>
Staff and Other Personnel Costs	0.00	20,842.90	0.00	20,842.90	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	1,476.38	0.00	1,476.38	0.00

<b>Output 008 OPERATIONS SUPPORT TO PROGRAMME DELIVERY</b>	<b>0.00</b>	<b>169,761.99</b>	<b>0.00</b>	<b>169,761.99</b>	<b>0.00</b>
<b>Activity 002 [2018-19] BKO POST COST OPERATIONS SUPPORT TO PROGRAMME DELIVERY</b>	<b>0.00</b>	<b>124,740.58</b>	<b>0.00</b>	<b>124,740.58</b>	<b>0.00</b>
Staff and Other Personnel Costs	0.00	121,898.77	0.00	121,898.77	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	2,841.81	0.00	2,841.81	0.00
<b>Activity 003 [2018-19] BZ POST COST - OPERATIONS SUPPORT TO PROGRAMME DELIVERY</b>	<b>0.00</b>	<b>45,021.41</b>	<b>0.00</b>	<b>45,021.41</b>	<b>0.00</b>
Staff and Other Personnel Costs	0.00	41,272.26	0.00	41,272.26	0.00
General Operating + Other Direct Costs	0.00	3,749.15	0.00	3,749.15	0.00
<b>Total Programmable Cost</b>	<b>95,890.54</b>	<b>831,244.55</b>	<b>549,051.97</b>	<b>1,476,187.06</b>	<b>142,911.47</b>
Indirect support cost 5%	4,794.53	41,562.23	27,452.60	73,809.35	
<b>Total</b>	<b>100,685.07</b>	<b>872,806.78</b>	<b>576,504.57</b>	<b>1,549,996.41</b>	

#### 5.5. Suivi du plan de transition (s'applique si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

Si votre pays est en cours de transition pour mettre fin au soutien de Gavi, veuillez spécifier s'il a mis en place un plan de transition. En l'absence de plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition.

- Si un plan de transition a été mis en place, veuillez fournir un bref aperçu des éléments suivants :
  - Progression de la mise en œuvre des activités planifiées ;
  - Goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives ;
  - Respect du calendrier : les activités sont-elles menées dans les délais ou reportées et, en cas de report, veuillez indiquer la date de réalisation prévue ;
  - Subvention de transition : veuillez spécifier et expliquer les changements importants proposés pour les activités financées par Gavi à travers la subvention de transition (par ex., abandon d'une activité, ajout d'une nouvelle activité ou modification du contenu/budget d'une activité) ;
  - Si des changements sont requis, soumettre une version révisée consolidée du plan de transition.

NA

#### 5.6. Assistance technique (AT) (Progrès réalisés dans l'actuel plan d'aide ciblée au pays)

- Décrire l'approche stratégique à adopter pour la fourniture d'une assistance technique permettant d'améliorer la couverture et l'équité, dans le but d'atteindre les enfants sous-vaccinés et non vaccinés. (par ex. soutien intégré, soutien infranational, soutien des partenaires élargis, etc.)
- Sur la base des rapports relatifs aux étapes et aux fonctions du PEF, fournir un résumé des progrès des partenaires dans la fourniture de l'assistance technique.
- Souligner les progrès et difficultés liés à la mise en œuvre du plan d'aide ciblée au pays.
- Indiquer tout amendement/ changement apporté à l'assistance technique que vous prévoyez actuellement pour le reste de l'année.



Les besoins non couverts par la vaccination augmentent de plus en plus ces dernières années surtout dans un contexte d'insécurité dans le pays. Pour pallier à cette situation, une approche dénommée « Atteindre Chaque Enfant/équité en immunisation a été développée en 2018 dans 11 districts prioritaires puis dans douze autres districts du pays en 2019. Une assistance technique décentralisée dans ces 23 districts prioritaires doit être de mise et devra permettre d'atteindre les enfants sous-vaccinés et non vaccinés.

- En 2018, l'assistance technique décentralisée à travers l'UNICEF dans 11 districts prioritaire, cela a contribué à un gain de 8% d'enfants vaccinés entre 2017 et 2018
- Dans le domaine de la logistique chaîne de froids, le PEV a bénéficié d'une assistance technique de la part de l'OMS dans la réalisation de l'enquête sur la Gestion Efficace des Vaccins (GEV).
- Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données, un appui de l'OMS a permis la mise en place du Groupe qualité des données
- Dans le domaine de la gestion du programme, une assistance technique de AEDES a permis la restructuration du CCIA
- Une assistance technique a été fournie par l'OMS pour l'orientation et la mise en place du bureau du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV).
- Dans le domaine de la coordination avec les partenaires et le renforcement institutionnel de la Section Immunisation, le PEV a bénéficié d'un appui du cabinet Dalberg
- Dans le domaine de la communication et mobilisation sociale, des ateliers de redevabilité sont en cours dans les districts prioritaires grâce à l'assistance technique C4D de l'UNICEF

Des insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre de ce plan d'aide ciblée au pays. Il s'agit entre autres :

- La faible réunion de coordination avec les AT nationaux d'une part et l'absence de réunions de coordination avec les AT décentralisée ;
- L'absence de plan de transfert de compétences des AT décentralisées ;
- L'absence de clarté dans les Tdrs de certains AT
- La non implication du PEV dans le processus de sélection des AT
- L'absence de suivi/supervision des AT

Dans le souci d'améliorer la couverture vaccinale tout réduisant le nombre d'enfants non ou sous vaccinés, le PEV suggère la continuité de certaines assistances techniques dans les domaines ci-après

- Couverture et équité : une assistance technique décentralisée dans chacun des 23 districts prioritaires
- Amélioration de la qualité des données
- OSC : une AT pour continuer le renforcement de leur capacité
- GTCV : une assistance technique ponctuelle s'avère nécessaire pour renforcer leur capacité
- Dans le cadre de la réforme du système de santé en cours surtout avec l'érection de la section immunisation en Centre National d'Immunisation, une assistance technique doit être orientée principalement vers le renforcement institutionnel du CNI, le leadership et le Management.

Pour une visibilité de cet appui au PEV, des actions concrètes doivent être menées entre autres : la mise en place d'un mécanisme de coordination entre le PEV et les AT par des réunions mensuelles pour les AT nationaux et trimestrielles pour les AT décentralisées

La fourniture d'un plan de transfert de compétence pour toutes les AT

L'implication du PEV dans le processus de sélection des AT

Le suivi/supervision des AT décentralisées

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

Fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe<sup>17</sup> et toute autre recommandation significative du Comité d'examen indépendant ou du Panel d'examen de haut niveau (le cas échéant).

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel

<sup>17</sup> Veuillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

## Évaluation conjointe (JA complète)

1. Mettre en œuvre de l'approche ACE/Équité dans 11 districts prioritaires et la mise à échelle dans 12 nouveaux districts ;	L'approche ACE/Équité est en cours dans les 11 districts prioritaires, les 12 nouveaux districts ont été sélectionnés
2. Réorganiser les services de vaccination pour les rendre disponibles tous les jours ouvrables.	La vaccination se fait tous les jours ouvrables avec l'ensemble des antigènes dans toutes les Communes du District de Bamako avec la particularité de l'aire de santé ASACOYIR (Commune 6) qui vaccine tous les jours même les week-end.
3. Elaborer et mettre en œuvre la stratégie urbaine d'immunisation	Un document de la stratégie urbaine d'immunisation est disponible, il reste la validation qui est prévue à la 2 <sup>ème</sup> semaine du mois d'août 2019.
4. Poursuivre le partenariat avec les OSC et les ONG locales pour mener les activités de vaccination.	La mise à jour des indicateurs a été faite, le processus de signature contrat entre les OSC et l'UNICEF est en voie d'être achevé.
5. Rendre opérationnel le plan de transition DHIS2 pour le PEV.	Un groupe qualité des données est créé par décision N°000913 MSHP/SG du 24 avril 2019, la requête pour la formation des chargés PEV est en cours de traitement à l'UNICEF. Une feuille de route du groupe qualité des données a été élaboré. Tous les responsables des bureaux régionaux PEV ont reçu un ordinateur portable.
<b>Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)</b>	<b>Statut actuel</b>

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (voir section 7 ci-dessous).

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

Résumer brièvement les **principales activités à mettre en œuvre l'année prochaine** grâce à la subvention de Gavi, notamment, le cas échéant, toute **introduction** de vaccins dont la demande a déjà été approuvée, la préparation de **nouvelles demandes**, la préparation de **demandes d'investissement** pour d'autres vaccins et/ou des plans relatifs aux subventions du RSS et de la POECF, etc.

Dans le cadre de ces activités planifiées, et en vous fondant sur les analyses fournies aux sections précédentes, veuillez décrire les cinq **principales constatations prioritaires et actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi ou d'atténuer les risques futurs pouvant toucher les performances du programme et des subventions**.

Veuillez indiquer si des **modifications** au soutien de Gavi seront nécessaires (en indiquant la justification et les principaux changements), telles que :

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

**Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année prochaine et modifications au soutien de Gavi nécessaires:**  
**Axe1 : offre de service et génération de la demande, couverture et équité communication et mobilisation sociale :**

- Former les agents responsables de la gestion efficace des vaccins

- Mettre en place un mécanisme de remontée des rapports d'activités du niveau opérationnel au niveau national (Dropbox, email, )
- Mettre en place et animer les groupes de soutien à la vaccination au niveau communautaire (intégré au GSAN et enregistrement des naissances)

### Stratégie en zones d'insécurité

- Négocier avec les personnes influentes dans les zones d'insécurité pour la mise en œuvre des activités de vaccination et des soins de santé primaires
- Impliquer les chefs de villages/tribus/fractions dans les activités de vaccination ;
- Renforcer le partenariat avec les OSC et les ONG locales et internationales pour mener les activités de vaccination
- Adapter le calendrier de sortie des équipes de vaccination aux mouvements migratoires des populations.
- Poursuite de l'analyse approfondie de l'équité dans les districts non prioritaires
- Consolider les acquis en termes de performance pour les districts

### **Axe2 : Couverture et équité: amélioration des données. Production de toutes les analyses, statut système d'information immunisation (incluant transition DHIS2), mise en œuvre plan amélioration des données, statut mise en œuvre des 11 micro plans.**

#### **Points sur les 12 nouveaux districts prioritaires**

- Mettre en place des comités qualité des données à tous les niveaux
- Tenir régulièrement des comités de coordination et partager les décisions
- Envoyer les rapports des réunions à différents niveaux
- Elaborer un référentiel du dénombrement
- Organiser le dénombrement des cibles du PEV dans les districts prioritaires
- Diffuser le bulletin une semaine après sa validation par la commission Qualité des données
- Renforcer la dotation en supports de collecte
- Réaliser une évaluation du plan stratégique d'amélioration qualité des données du PEV.
- Elaborer un nouveau plan qualité des données
- Mettre en œuvre l'approche ACE/Equité dans les 12 nouveaux districts prioritaires

### **Axe3 : Vaccins : Transports, Distribution, Gestion des stocks, mise en œuvre GEV, Gestion de l'information (SIGL)**

- Plaidoyer de haut niveau au respects des engagements de l'Etat
- Engagement au plus haut niveau pour mobilisation des fonds de la ligne approvisionnement
- Optimisation et remodelage de la chaine d'approvisionnement
- Doter la section Immunisation (2) et 4 régions en camion utilitaires,
- Prendre en charge le financement du 2<sup>ème</sup> niveau de la Section Immunisation
- Faire une étude sur l'optimisation de la chaine de froid
- Organiser un atelier d'élaboration et de validation des procédures opératoires normalisées couvrant les 9 critères de la GEV
- Mettre en place un dispositif d'approvisionnement des regions du nor den vaccin.
- Assurer la maintenance régulière des véhicules
- Impliquer la société civile, les collectivités et l'administration dans le suivi de l'approvisionnement en vaccins
- Diligenter la mobilisation des fonds pour la maintenance des ECDF
- Réviser les outils de supervision
- Former les agents sur la supervision formative
- Développer et mettre en place un plan de formation des agents
- Assurer régulièrement la supervision à tous les niveaux
- Sélectionner un outil et développer un plan de mise en œuvre de SIGL
- Formaliser la création du groupe logistique au niveau central;

### **Axe4: Gouvernance Financement :**

- Fournir tout le package (proposition de loi, de décret et de l'arrêté d'application aux administrateurs en même temps accompagnés de note d'orientation),
- Renforcement des ressources humaines
- Accélérer le processus de création du Centre National d'Immunisation au niveau du MSAS
- Tenir mensuellement les réunions de coordination avec les PTF
- Proposer un plan de sortir de crise au nouveau barème

## Évaluation conjointe (JA complète)

- Tenir une réunion de coordination trimestrielle avec les DRS au tours des composantes du PEV
- Répondre à Gavi sur la note de recommandation au remplacement du Rotateq,
- Rappeler le Secrétariat de Gavi sur les problèmes qui sont sur le remplissage du cdf
- Signer le contrat avec les OSC
- Codifier l'outil de planification par activité et par PTF

Ce tableau s'inspire des sections précédentes de l'évaluation conjointe et résume les principales conclusions et actions convenues, ainsi que les ressources et le soutien nécessaires, tels que les besoins connexes à l'assistance technique<sup>18</sup>.

<b>Principal résultat/ action 1</b>	Renforcer le partenariat avec les OSC et les ONG locales et internationales pour mener les activités de vaccination
Réaction actuelle	- La mise à jour des indicateurs a été faite - Le processus de signature contrat entre les OSC et l'UNICEF est en voie d'être achevé.
Actions convenues du pays	- La signature des contrats avec les OSC - L'utilisation des clusters santé au niveau régional pour améliorer la coordination des activités de vaccination.
Produits/ résultats escomptés	57679 personnes sont touchées à travers les activités de sensibilisation dans les 55 aires de santé concernées. Les enfants de 0- 23 mois et les femmes enceintes des 55 aires de santé des régions de Tombouctou et Taoudéni reçoivent les antigènes du PEV de routine
Calendrier associé	Juin 2020
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	UNICEF, soutien de GAVI
<b>Principal résultat/ action 2</b>	- Mettre en œuvre l'approche ACE/Équité dans les 12 nouveaux districts prioritaires
Réaction actuelle	Identification des 12 districts prioritaires
Actions convenues du pays	- La capitalisation et documentation les bonnes pratiques dans les 11 districts prioritaires - L'organisation des ateliers de micro planification - L'élaboration des plans d'action - La mise en œuvre des plans d'action
Produits/ résultats escomptés	- Au moins 80% des activités planifiées des 12 districts prioritaires sont mises en oeuvre. - La documentation et la capitalisation des bonnes dans les 11 districts prioritaires sont réalisées.

En vous basant sur le plan d'actions ci-dessus, veuillez renseigner toute demande concernant une innovation ou une technologie spécifique qui peut être satisfaite par des entités du secteur privé ou des nouveaux entrepreneurs innovants.

<sup>18</sup> Les besoins indiqués dans l'évaluation conjointe documenteront la planification de l'aide ciblée au pays. Toutefois, lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, il est inutile d'inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance ciblée au pays (TCA). Les besoins en assistance technique devraient cependant décrire, dans la mesure alors connue, le type d'assistance requise (personnel, consultants, formations, etc.), le prestataire de l'assistance technique (partenaire principal/élargi), une mesure de l'assistance requise en quantité/durée, ses modalités (intégrée, infranationale, encadrement, etc.) et toute échéance ou calendrier pertinents. Le menu relatif au soutien en matière d'assistance technique est consultable à titre de référence.

## Évaluation conjointe (JA complète)

Calendrier associé	Juin 2020
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Ressources des ASACO, Collectivités, les ONG, soutien de GAVI, UNICEF
<b>Principal résultat/ action 3</b>	Réaliser une évaluation du plan stratégique d'amélioration qualité des données du PEV.
Réaction actuelle	Existence d'un plan stratégique d'amélioration de la qualité des données qui expire en fin 2019.
Actions convenues du pays	Evaluation du plan stratégique d'amélioration de la qualité des données 2016-2019 Elaboration du nouveau plan 2021-2023.
Produits/ résultats escomptés	- Le rapport d'évaluation du plan stratégique d'amélioration de la qualité des données est disponible. - Le nouveau 2020-2023 est disponible
Calendrier associé	Juin 2020
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Etat, OMS, UNICEF, AEDES, soutien de GAVI
<b>Principal résultat/ action 4</b>	Accélérer le processus de création du Centre National d'Immunisation au niveau du MSAS
Réaction actuelle	Validation des textes en réunion élargie du cabinet Transmission des textes au CDI
Actions convenues du pays	Adoption des textes de creation par les députes.
Produits/ résultats escomptés	La creation du CNI.
Calendrier associé	Juin 2020.
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Etat/GAVI
<b>Principal résultat/ action 5</b>	Mettre en place un dispositif d'approvisionnement des régions du nord en vaccin et consommables.
Réaction actuelle	Existence d'un circuit informel (tiers personnes proposes par les DRS).
Actions convenues du pays	Faire un plaidoyer des DRS au niveau des clusters de coordination des actions humanitaires pour le ravitaillement en vaccins et consommables.
Produits/ résultats escomptés	Disponibilité de tous les antigènes et consommables dans les régions du nord den plein temps.
Calendrier associé	Juin 2020
Ressources/ soutien et assistance technique nécessaires	Etat/OMS/UNICEF/Humanitaires

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

- Le Forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) répond-il aux exigences de Gavi (veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/coordination/> pour les exigences) ?
- Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée pour le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, joindre le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.
- Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.

L'évaluation conjointe a débuté par la revue documentaire, la rédaction du draff de rapport et l'élaboration de l'agenda de la mission par la partie nationale. Tous ces éléments ont été envoyés à tous les participants une semaine avant l'arrivée de la mission. Au cours de l'évaluation nous avons procédé par :

- ✓ Visites de courtoisies à l'UNICEF dès l'arrivée de la mission lundi après-midi ;
- ✓ L'introduction de la mission auprès du Directeur Général de la Santé et de l'Hygiène Publique

- ✓ Visite de courtoisie au Représentant de l’OMS

Présentations sur la revue des performances et attentes pour cette évaluation conjointe, exposé sur le PEV (résultats/acquis, contraintes et perspectives, avancées sur les 11 districts prioritaires) présentation des GAP de la chaîne de froid et mise en œuvre du plan d’amélioration de la GEV 2018 et pertinence application CCEOP brève exposé des OSC sur la non signature de leur contrat, état de mise en œuvre programmatique et financière (reliquats RSSII), y compris point sur mise en œuvre micro plans équité et stratégie urbaine, présentation des différentes assistances techniques (AEDES, Dalberg, OMS et UNICEF), présentation par Gavi du nouveau format TCA, constitution des travaux de groupe selon les axes ci-dessus évoqués, tenue de séances plénières. Au cours de la visite de courtoisie chez le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et des Affaires Sociale ont été discutées à savoir :

- ✓ Retard Financement des vaccins (co-financement et achat vaccins traditionnels)
- ✓ Faible niveau d'exécution financière lié au nouveau barème du Groupe des PTF
- ✓ Notification du choix pour le remplacement du Rotateq
- ✓ Erection de la SI en Direction du PEV (CNI)

En réponse, Monsieur le Secrétaire Général a donné l’assurance que des dispositions urgentes seront prises pour accélérer le processus de paiement de la quote part de l’Etat au niveau du Trésor public. En qui concerne le nouveau barème, le Secrétaire Général Ministère de la Santé et des Affaires Sociale a souhaité l’implication personnelle du ministre.

Le Projet de texte de création de la Direction du PEV a été validé en conseil de cabinet élargi puis transmis au CDI pour Visa.

La restitution des résultats au Cabinet sous la présidence du SEGAL et la finalisation du rapport ont été les dernières étapes de ce processus.

Tableau N° IX : Besoins en AT/futurs juillet 2020 juin 2021

Domaine programmatique nécessitant un soutien	Activités nécessitant un soutien en 2020	Partenaire en charge
<b>Appui couverture &amp; équité</b>	_Soutien C&E au niveau décentralisé au niveau des districts prioritaires _Soutien stratégie urbaine _Documentation des bonnes pratiques _Soutien stratégie zones de conflits?	_UNICEF
<b>Qualité des données et surveillance</b>	_Renforcement de la qualité des données au niveau central _Besoin AT pharmacovigilance	_OMS _CDC
<b>Appui aux vaccins spécifiques</b>	_Evaluation l’introduction 2eme dose de VAR	_OMS
<b>Chaîne d’approvisionnement/ Logistique</b>	_Soutien a la logistique (SIGL; auto evaluation GEV)	_UNICEF
<b>Génération de la demande</b>	_Engagement communautaire _Soutien a la gouvernance des ASACO	_UNICEF _OMS
<b>Gestion de programme – Appui général</b>	Un assistant technique en charge de: _Soutien a la préparation de la revue externe du PEV _Elaboration nouveau PPAC _Soutien a l’application RSS (JSP)	_OMS
<b>Gestion de programme- Appui financier</b>	_Soutien au renforcement des capacités en gestion financière dans le cadre de la reforme du PEV	_UNICEF _AUTRE

## Évaluation conjointe (JA complète)

<b>Leadership, Management et coordination</b>	_Renforcement institutionnel dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme __Soutien a la coordination des partenaires / avec le PEV	_OMS
---	---	------

**9. 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
<b>Rapport de niveau de stock de fin d'année</b> (à remettre au 31 mars)*			
<b>Cadre de performance des subventions</b> (GPF – Grant Performance Framework)* Rapports sur tous les indicateurs obligatoires			
<b>Rapports financiers*</b>			
Rapports financiers périodiques			
État financier annuel			
Rapport d'audit financier annuel			
<b>Rapports de campagne*</b>			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			
<b>Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination</b>			
<b>Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes</b>			
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)			
<b>La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)</b>			
<b>(POECF) : inventaire mis à jour des ECF</b>			
<b>Évaluation post-introduction (EPI) (spécifier les vaccins)</b>			
<b>Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans</b>			
<b>Plan opérationnel pour le programme de vaccination</b>			
<b>Rapport d'évaluation de fin de subvention de RSS</b>			
<b>Résultat du programme de démonstration du vaccin anti-VPH</b>			
Enquête de couverture			
Analyse des coûts			
Rapport d'évaluation de la santé adolescente			
<b>Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF</b>			



## Évaluation conjointe (JA complète)

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

--