

1. Brève description du processus

Le rapport de situation annuel a été préparé par l'équipe PEV/MdS, l'équipe Planification de la santé et Statistiques/MdS, le point focal PEV/OMS et le point focal PEV/UNICEF.

Une réunion commune du HCSS et du CCIA a été tenue en vue d'adopter le rapport annuel de situation 2013. Le ministre de la Santé n'y a pas participé.

L'évaluation interne a été menée par la Responsable pays de GAVI pour le Mali, Dörte Petit, avec le soutien d'une consultante indépendante, Solange Kouo Epa, et s'appuie sur le RSA et les documents remis par le pays en même temps que le RSA 2013. Elle a ensuite été distribuée au sein du secrétariat GAVI et parmi des partenaires au niveau du siège et des régions, pour commentaire.

2. Réalisations et contraintes

Tendances de la couverture

Réalisations :

Les données administratives indiquent que le pays a atteint ses objectifs de couverture PEV pour 2013 : BCG 100%, Penta 3 93%, vaccin antirougeoleux 90%, VPO3 92% et fièvre jaune 89%. La couverture PCV est inférieure à l'objectif de 93%, mais s'élève cependant à 92%. Tous les autres taux sont supérieurs aux objectifs, excepté le VAT2, qui est de 75%, inférieur à l'objectif de 83%. Cet échec pour le VAT est dû à l'insuffisance de comptes-rendus auprès des centres de santé concernant le statut vaccinal des femmes enceintes, qui ont en réalité reçu plusieurs vaccins au cours de grossesses antérieures. Il n'y a pas de changement du nombre total d'enfants survivants et du taux d'abandon annuel. En 2015, le Mali devrait introduire le vaccin antiméningococcique conjugué A dans le PEV de routine, complété par de mini-campagnes de rattrapage pour couvrir le groupe non vacciné. GAVI a soutenu l'introduction de campagnes massives en faveur du vaccin antiméningococcique A en 2010. Des analyses des données de surveillance provenant du système de surveillance des cas de méningite au Burkina Faso, au Mali et au Niger suggèrent que l'introduction du MenAfriVac a substantiellement réduit le nombre de NmA signalés. Pour la période 2008 – 2010, le Mali a signalé un total de 68 cas de NmA. Pour 2011-2012, aucun cas de NmA n'a été rapporté dans les zones vaccinées¹.

Il convient de noter l'existence d'un important écart entre les données administratives et les estimations OMS/UNICEF au cours des 15 dernières années, avec une différence de plus de 10%. Par ailleurs, une enquête DTC3 auprès des ménages, réalisée en 2013, a révélé une couverture de 63% seulement.

Contraintes

Les principales difficultés rencontrées par le PEV sont les faiblesses de l'utilisation des outils de collecte de données au niveau des centres de santé et l'entreposage des registres qui, conjointement, sont source de problèmes de qualité des données. En général, on note une sous-estimation de la population et une faible qualité des données collectées, ce qui explique la différence entre les estimations et le taux de couverture administrative.

Les limitations de la chaîne d'approvisionnement constituent d'autres contraintes.

Ces deux contraintes principales, la qualité des données et la chaîne d'approvisionnement, sont pris en compte par GAVI: une auto-évaluation de la qualité des données de vaccination (IDQA) à réaliser avec l'aide d'un consultant indépendant est prévue au T3 de 2014 et le

¹ Rapport de situation commun OMS/UNICEF, janvier - décembre 2012

Mali vient de recevoir l'approbation d'un financement supplémentaire de 1 million d'USD de la chaîne du froid de la part du fonds pour la chaîne d'approvisionnement de GAVI.

En 2013, les activités PEV n'ont pu être entièrement déployées dans le Nord du Mali à cause de la crise politique. Kidal, Gao et Tombouctou étaient difficiles à accéder, la chaîne du froid a été détruite ou vandalisée, et le personnel avait fui la région. Toutefois, le cluster santé, sous la conduite de l'OMS, a été en mesure de mener des missions de vaccination pendant la crise. Après la libération de la région, les activités PEV ont été renforcées et intensifiées grâce à des équipes "Halte à la transmission de la poliomyélite" et des volontaires, ainsi qu'un plan de rénovation de la chaîne du froid. Des activités de rattrapage de la vaccination ont été organisées au même moment dans le Sud du Mali.

Égalité entre hommes et femmes

Les données ventilées par sexe sont disponibles dans le rapport préliminaire 2012 de l'EDS. Selon les résultats de cette enquête, il n'existe pas de différence entre filles et garçons en termes de couverture DTC3. Cependant, l'enquête a été réalisée uniquement dans le Sud du Mali en raison de la crise politique dans le Nord et les chiffres semblent surestimer la couverture vaccinale (garçons : 63,3%, filles : 62,8%).

Le pays envisage de collecter systématiquement les données ventilées par sexe mais n'indique aucun calendrier.

3. Gouvernance

Le CCIA s'est réuni à trois reprises en 2013 avec la participation d'un grand nombre d'agences (MdS, MdF, OMS, UNICEF, USAID, Rotary, Lions, Plan Mali et autres). 4 CSO sont membres du CCIA et participent entièrement : Groupe Pivot/ Santé Population, Plan Mali, Rotary et Lion's Club. Il convient de noter que la Plateforme des CSO qui bénéficie d'un soutien de GAVI à travers le CRS, FENASCOM, n'est pas membre du CCIA. Cette question est toutefois en train d'être discutée, comme l'indiquent les comptes-rendus.

Autres thèmes discutés au cours de ces trois réunions :

Augmentation du cofinancement; validation du Plan stratégique en faveur de l'éradication de la rougeole 2013-2020; validation de la proposition de projet de démonstration VPH.

Le CCIA et le CCSS ont des membres communs. Selon le rapport, le CCIA et le CCSS jouent leur rôle, soulèvent des questions pertinentes et rédigent des recommandations qui sont suivies par des stratégies et des activités planifiées.

Aux termes du compte-rendu de la réunion qui a adopté le RSA, des questions pertinentes ont été posées par les participants, qui ont également proposé des actions correctives, comme définir avec plus de précision le rôle de la Pharmacie populaire du Mali (PPM) dans l'achat des vaccins, tenir compte lors de la reprogrammation du renforcement régulier en formant le personnel aux activités GEV et à la logistique, revoir le contrat des 37 médecins recrutés initialement grâce à la subvention GAVI et ouvrir le CCIA à la société civile.

4. Gestion des programmes

Il existe un plan PEV annuel, dont les objectifs sont : intensifier la sensibilisation en vue d'augmenter les fonds destinés à la vaccination et au financement pérenne du PEV, augmenter la demande de vaccins, améliorer la chaîne d'approvisionnement et renforcer le système de santé en général. Les indicateurs de base pour les subventions GAVI sont spécifiés et rapport est fait. Les objectifs à atteindre sont clairement indiqués et motivés. Des activités sont mises en place au sein du PEV.

En ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins au Mali, le vaccin antirotavirus était prévu pour 2013, mais a été reporté en raison de la signature tardive du protocole d'accord entre le ministère de la santé et l'OMS pour la gestion des fonds GAVI. La vaccin a été lancé en janvier 2014 à Bamako et sera diffusé dans les capitales régionales en 2015 et dans tout

le pays en 2016. La principale raison de cette introduction progressive est la capacité limitée de la chaîne du froid pour les vaccins Rotateq.

Le pays a reçu plus de doses de vaccins en 2013 que prévu par l'administration parce qu'un envoi de Penta et de PCV 13 planifié pour 2012 n'a eu lieu qu'en 2013. Les vaccins antirotavirus avaient déjà été envoyés au pays fin 2013, même si l'introduction n'a eu lieu qu'en janvier 2014. En règle générale, aucune rupture de stock des vaccins n'a été signalée en 2013.

La dernière évaluation GEV a été réalisée en 2011, suivie par un plan d'amélioration avec rapport sur la mise en œuvre de ses conclusions.

Les subventions GAVI passent actuellement par l'OMS. En ce qui concerne la gestion de la subvention GAVI par l'OMS/Mali, la procédure budgétaire de l'OMS a entraîné un paiement tardif de l'OMS/siège à OMS/pays. C'est pourquoi le Mali n'a pas déployé d'activités RSS en 2013, la finalisation de la subvention RSS actuelle étant prévue pour décembre 2014.

5. Réalisation des programmes

La dernière GEV a été menée en 2011 et a identifié en particulier des faiblesses dans la capacité de stockage des vaccins et dans les transports. Le dernier rapport de mise en œuvre du plan d'amélioration a été réalisé en avril 2014 et indique qu'un grand nombre d'activités d'amélioration ne sont pas encore terminées ou ne le sont que partiellement, en particulier dans le domaine de la construction, de l'équipement et des transports.

De plus, depuis la dernière GEV, des parties de la chaîne d'approvisionnement ont été détruites ou vandalisées pendant le conflit. Il y sera partiellement remédié grâce à un financement supplémentaire de 1 million d'USD de la part du fonds de chaîne d'approvisionnement de GAVI. En général, les activités d'amélioration GEV sont mises en œuvre et la chaîne du froid est améliorée grâce au soutien de partenaires.

La prochaine GEV est prévue pour 2014.

La gestion des stocks de vaccins par l'utilisation de SMT et DVD-MT est satisfaisante et l'introduction de vaccins est prévue dans le PPAc 2012-2016. Le coût du PPAc actuel est établi, les lacunes financières sont clairement identifiées et les stratégies de mobilisation des ressources sont décrites. Le plan tient compte de la performance de l'an dernier et des tendances émergentes, les lignes de base et les indicateurs de performance sont spécifiés et font l'objet d'un rapport. Les objectifs futurs ont été révisés. Le pays travaille pour l'instant à une actualisation du PPAc.

Le Mali avait initialement prévu d'introduire le vaccin antirotavirus fin 2013 mais cette introduction a été reportée de quelques mois jusqu'en janvier 2014 en raison du retard dans la signature du protocole d'accord entre le ministère de la Santé et l'OMS.

6. Qualité des données

La qualité des données est un souci pour le pays et les parties prenantes. Le pays affiche une différence de plus de 10 points de pourcentage entre les données administratives et les données WUENIC, et présente un faible indice de confiance pour les estimations DTC3 de WUENIC en 2012.

Une enquête EDS a été effectuée en 2012/13 mais le rapport n'a pas encore été publié. Le site web de l'EDS indique qu'elle est toujours en cours. Une MICS est planifiée/en cours en 2014.

Les faiblesses qui ont été identifiées comprennent la sous-estimation de la population cible et des lacunes générales dans la collecte des données. La dernière enquête de couverture disponible a été réalisée en janvier 2010. Aucune évaluation de la production de données n'a été effectuée en 2012. Les estimations OMS/ UNICEF seront disponibles en juillet 2014, mais au cours des dix dernières années, il y a eu un écart de plus de 10% entre les données administratives et les estimations OMS/UNICEF. Les mesures prises depuis 2011 en vue

d'améliorer la qualité des données et les activités d'amélioration des données elles-mêmes comprennent la formation à DVD_MT et la supervision. En outre, le pays réalisera une IDQA avec l'aide de GAVI en 2014. Cette IDQA sera menée en collaboration avec un consultant extérieur. Ses recommandations de cette IDQA devraient être incluses dans la prochaine proposition RSS.

7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Le Mali est l'un des pays de la "ceinture d'importation sauvage du poliovirus" – une série de pays qui s'étendent de l'Afrique occidentale à l'Afrique centrale et à la Corne de l'Afrique et qui sont réinfectés régulièrement par le poliovirus originaire du Nord du Nigéria. Le dernier cas de poliomyélite au Mali a été signalé en 2004. La vaccination antipoliomyélitique est une vaccination de routine, mais il y a aussi eu des campagnes antipoliomyélitiques pendant la crise politique.

8. Renforcement des systèmes de santé

Les objectifs de la subvention RSS consistent à :

1. Améliorer la qualité des ressources humaines qualifiées dans les services de santé, avec un accent sur les services en périphérie
2. Améliorer la qualité des services de soins
3. Renforcer les capacités institutionnelles et
4. Renforcer et institutionnaliser un système de suivi et d'évaluation.

La subvention RSS actuelle a été approuvée en 2008 pour 2008-2010. Toutefois, on a noté d'importants retards dans la mise en œuvre de la subvention : après la découverte de mauvaise gestion de fonds RSS au cours de l'évaluation de la gestion financière, le financement a été suspendu entre août 2010 et novembre 2011. En raison de la situation politique, elle a été suspendue à nouveau de mars 2012 à juillet 2013. En juillet 2013, un protocole d'accord a été signé entre le Mali et l'OMS par lequel l'OMS reprend la gestion de la subvention RSS. La dernière tranche du RSS a été versée en septembre 2013. Le total des fonds engagés et payés au titre du RSS est de 4 575 800 d'USD. En ce qui concerne la gestion de la subvention GAVI par l'OMS/Mali, la procédure budgétaire interne de l'OMS a donné lieu à un paiement tardif au niveau du pays. Une équipe a été mise en place en décembre 2013 au bureau local de l'OMS en vue de gérer le programme.

Depuis l'arrivée tardive des fonds RSS, le pays n'a signalé aucun progrès des activités planifiées pour 2013. C'est pourquoi le pays ne fait pas rapport dans le cadre du M&E. Des activités n'ont pas pu être mises en place à cause de la suspension du financement et de la crise sociale, politique, institutionnelle et de sécurité au Mali entre mars 2012 et juillet 2013. La majeure partie de la subvention RSS est allouée au recrutement de médecins ainsi qu'au paiement d'un bonus aux infirmières et sages-femmes dans des régions reculées. Le processus de recrutement a été entamé fin 2013. Le paiement des bonus a nécessité une nouvelle évaluation du personnel en place et a dû être reporté à 2014. C'est pourquoi le Mali n'a pas encore déployé d'activités RSS en 2013, la finalisation de la subvention RSS actuelle étant prévue pour décembre 2014.

Les OSC s'engagent généralement au Mali de manière concrète mais aucune activité RSS n'a été réalisée en 2013.

Le report de l'année précédente (2012) est de 1 334 523 d'USD (rapport financier) et des fonds supplémentaires de 1 846 500 d'USD ont été versés au pays en 2013, de sorte qu'un montant total de 3 181 023 d'USD est disponible pour 2014.

En 2014, le Mali entend utiliser les fonds RSS pour poursuivre les objectifs initiaux du programme RSS, à savoir le recrutement de plus de médecins et des incitants financiers aux infirmières et sages-femmes.

Le pays prévoit de déposer une nouvelle proposition RSS en septembre 2014. Le plafond pour sa prochaine subvention RSS est de 5 ans maximum; le montant à budgéter est de 20,16 millions d'USD. Le Mali a l'intention de faire part de son intérêt pour le RSS en septembre 2014.

9. Utilisation des subventions en espèces autres que pour le RSS de GAVI

La situation en termes de subventions au Soutien des services de vaccination (SSV) est similaire à celle du RSS: le pays dispose toujours de fonds reportés de 2012, qui ont été transférés à l'OMS pendant la crise. Toutefois, le fait que les fonds ont été gérés par l'OMS a provoqué certains retards car l'équipe de gestion des fonds n'a été recrutée qu'à la fin 2013. Pour cette raison, aucune activité SSV n'a été organisée en 2013 et les fonds sont reportés à 2014.

Le Mali n'a pas reçu de subventions OSC en 2013.

La somme forfait d'introduction de vaccin de 593 500 d'USD a été approuvée en vue de l'introduction du vaccin antirotavirus initialement prévue en 2013. Le pays a utilisé 85 225 USD (RSA) en 2013 en formation de formateurs au niveau national ainsi qu'en distribution de vaccins à Bamako (rapport financier: dépense de 74 885 USD; différence de 10 340 USD entre le RSA et RF à expliquer). Le vaccin étant introduit en trois phases, la VIG sera utilisée au cours de cette période pour la poursuite des formations, la mobilisation sociale, la distribution de vaccins et la supervision.

10. Gestion financière

Les subventions GAVI pour le Mali passent aujourd'hui par l'OMS dans leur totalité, ce qui a donné lieu à des retards de mise en œuvre des activités SSV et RSS en 2012. Il semble toutefois que ces délais ont été résorbés et que les activités seront mises en place comme prévu à partir de maintenant. Le pays a affirmé vouloir poursuivre cette manière de percevoir les subventions GAVI par l'intermédiaire de l'OMS.

Des rapports d'audit ne sont pas nécessaires pour 2013 car les fonds transitent par l'OMS.

11. Objectifs du SVN

Le pays envisage de vacciner 639 739 enfants avec une troisième dose de DTC-HépB-Hib en 2015, soit un taux de couverture 89%. Le taux de perte prévu est de 5%. Alors que les résultats de 2013 pour la 1^e et la 3^e dose sont respectivement de 720 872 et 621 670, le pays a revu ses objectifs pour 2014 à la baisse, soit respectivement 680 231 et 596 694, ce qui équivaut à une réduction de la couverture, avant de l'augmenter à nouveau en 2015. Les objectifs coïncident ainsi avec le PPAc, ceux de 2013 ayant été surestimés. Le pays envisage de vacciner le même nombre d'enfants avec la troisième dose de PCV13 (taux de perte 5%, flacon à dose unique, objectif 89%), 625 262 enfants avec le vaccin VPO3 (objectif 87%), 603 798 enfants avec le vaccin antiamaril (84%) et 287 523 enfants avec l'antirotavirus3, ce qui correspond à un objectif de 40% (étant entendu que le vaccin n'a pas encore été déployé dans l'ensemble du pays).

Toutes les estimations fournies dans le RSA correspondent aux estimations du PPAc et sont conformes aux performances antérieures; les objectifs pour 2015 semblent réalistes et restent dans les 10% des résultats de 2013.

La méthodologie VIPA pour estimer le stock à partir de janvier 2015 a été utilisée pour tous les programmes. Selon cette méthodologie, il existe un stock à déduire pour les programmes Penta, Rota et antiamaril (stock calculé au 1^{er} janvier 2015 de 947 425, 818 274 et 341 862 respectivement) en 2015.

12. Financement et viabilité du PEV

Le gouvernement a contribué à hauteur de 20% au budget du PEV en 2013 et de 7% en 2012. Sa part a donc sensiblement augmenté au cours de cette période. Le pays finance totalement ses besoins en vaccins traditionnels. Le financement par l'UNICEF a également augmenté considérablement en raison d'un important investissement dans l'équipement de la chaîne du froid, alors que la contribution de l'OMS a légèrement crû par rapport à 2012.

Le Mali a respecté à temps ses obligations de cofinancement. Le cofinancement du vaccin antirotavirus, qui a déjà été expédié en 2013, sera ajouté aux obligations de cofinancement de 2014.

Le Mali fait actuellement partie du groupe des pays à faible revenu.

13. Recommandations de renouvellement

Thème	Recommandation
SVN 2015	Approuver le renouvellement du soutien SVN pour les vaccins PCV, antirotavirus, antiamaril et Pentavalent en 2015, en fonction des objectifs imposés au pays.

14. Autres actions recommandées

Thème	Point d'action	Responsable	Calendrier
<i>Qualité des données</i>	AQDV avec le soutien d'un consultant extérieur pour inclusion dans la prochaine proposition RSS	Comité IDQA Mali	Septembre 2014
<i>Gestion financière</i>	SNV : pays doit expliquer la différence de 10 340 USD entre les dépenses du RSA 2013 (85 225 USD) et le rapport financier 2013 (74 885 USD).	PEV/OMS	Septembre 2014
	SSV : pays/OMS doit fournir le rapport financier 2013 avec bilan d'ouverture, fonds reçus, dépenses effectuées et bilan de clôture.	PEV/OMS	Septembre 2014
<i>Qualité des données</i>	Fournir le rapport EDS à GAVI aussi rapidement que possible	Directeur de la planification	Dès que le rapport est disponible
SVN 2015	Le pays devrait introduire le vaccin antiméningococcique A dans la vaccination systématique, ainsi que de petits rattrapages pour couvrir la cohorte non vaccinée. Le pays devra collaborer étroitement avec l'OMS pour comprendre la procédure et le calendrier d'une éventuelle demande SVN à GAVI.	OMS pays et directeur de la planification avec AFRO	Octobre – décembre 2014
<i>RSSII</i>	Soumettre une nouvelle proposition RSS en septembre 2014	SCP/PEV avec partenaires (GAVI/chaîne d'approvisionnement, OMS, UNICEF)	Septembre 2014

