

## Rapport de l'évaluation conjointe

<b>Pays</b>	Mali
<b>Période considérée</b>	1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014
<b>Période du PPAC</b>	2012 -2016
<b>Exercice financier</b>	Janvier -Décembre 2014
<b>Date de la graduation</b>	Non Applicable

### 1. RÉSUMÉ

#### 1.1. Aperçu du portefeuille de subventions de Gavi

Le PEV observe un cycle de planification quinquennal à travers le PPaC dans lequel s'insère le soutien de Gavi.

En 2014 les dépenses totales de vaccination se sont élevées à **37 678 871\$** dont **17 373 362 \$** sont financés par Gavi soit **46%**. L'appui de Gavi a concerné l'achat de vaccins de routine et le soutien en espèces au SSV,SNV, RSS et renforcement de la chaîne du froid.

Tableau N° I : Evolution des dépenses de vaccination au cours des cinq dernières années

Année	Volume total dépenses en USD	Part de Gavi	Part Etat	Communauté	Autres partenaires
2010	28 527 147	11 441 010	2 817 477		12 043 104
2011	49 623 700	22 284 825	5 752 830		22 042 011
2012	31 121 492	14 964 476	2 281 670		13 875 346
2013	39 053 557	11 502 877	8 872 763		18 677 917
2014	37 678 871	17 373 362	5 543 571	76 561	14 685 377

Les objectifs de couverture pour Penta3, VAR,VAA, VPO3, PCV13\_3 ont été atteints et même dépassés, selon les données administratives. Les couvertures obtenues pour ces antigènes sont respectivement de :

- 99% pour le Penta3 contre 86% ;
- 90% pour le VAR contre 81 ;
- 99% pour le polio3, contre 86% ;
- 97% pour le PCV13 contre 86%.

Pour le BCG, la couverture obtenue est de 95% contre 96% prévu.

Les objectifs de couverture pour le Rota (13% contre 35%), le VAT2+ (68% contre 86%) n'ont pas été atteints

La non atteinte de l'objectif pour du Rota est due au retard accusé dans l'introduction de l'antigène, qui n'a concerné que le District de Bamako.

La non atteinte de l'objectif pour le VAT2+ s'expliquerait entre autres par des difficultés liées au rapportage.

L'Évaluation GEV/EVM a eu lieu en Août 2014 et les résultats du niveau national sont les suivants : seuls 3 (E1 : Procédures d'arrivée et réception des vaccins ; E7 : Distribution ; E8 : Gestion des vaccins) critères sur 9 ont atteint le standard global de la GEV à savoir 80%. 3 critères (E4 : Bâtiments, Equipements et Transport ; E6 : Gestion des stocks et E9 : Système d'information et fonction d'appui à la gestion) ont atteint un score inférieur à 80% à savoir. Les 3 derniers critères (E2 : Température de stockage des vaccins ; E3 : Capacité de stockage et E5 : Maintenance) ont atteints un score inférieur à 70%. Ceci étant, les résultats diffèrent selon le niveau.

L'offre et la demande de services de vaccination à travers les stratégies avancées et mobiles ont permis d'offrir la même chance à tous les enfants du pays d'accéder à la vaccination. Compte tenu de la situation sécuritaire défavorable au nord du pays, une campagne de rattrapage avec tous les antigènes du PEV de routine a été organisée en août 2014 dans les régions du Nord sur le financement de l'UNICEF.

En outre, les régions de Tombouctou et Gao ont bénéficié de l'appui Gavi pour la réalisation des stratégies avancées et mobiles pendant un trimestre.

Ces activités ont permis une nette amélioration de la couverture en Penta3 qui est passée de 61% en 2013 à 90% en 2014 dans la région de Gao.

Contrairement à Gao, l'indicateur en Penta3 n'a pu être amélioré dans la région de Tombouctou pour des raisons d'insécurité dans la plupart des aires de santé.

## **1.2. Résumé de la performance des subventions, défis et principales recommandations**

**Performance des subventions** (gestion programmatique et financière des subventions allouées au titre du SVN et du soutien au RSS)

### **Résultats obtenus**

La mise en œuvre programmatique et financière du soutien aux programmes n'a pas été à la mesure des objectifs initiaux pour le RSS, mais satisfaisante pour l'introduction du Rota. C'est ainsi qu'on note :

- **Soutien à l'introduction du Rota (SVN) :**
  - Un taux d'exécution programmatique 70% ;
  - Un taux d'exécution financière 67%.
- **Soutien aux Services de Vaccination (SSV) :**
  - Un taux d'exécution programmatique % : 72%
  - Un taux d'exécution financière % : 76%
- **RSS**
  - Un taux d'exécution programmatique 34% ;
  - Un taux d'exécution financière 19%.
- **Défis**
  - Renforcement de la vaccination de routine dans les régions du nord et en direction des communautés telles que les nomades, orpailleurs, riverains afin d'atteindre les objectifs de couverture et d'équité ;
  - Renforcement des capacités de stockage à tous les niveaux avec un accent particulier sur les niveaux périphériques et mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins ;
  - Création d'une Direction du PEV au Mali à l'instar des autres pays de la sous région ;
  - Renforcement des capacités de gestion et de suivi évaluation des subventions Gavi ;
  - Mise en place d'un Comité consultatif sur la vaccination pour identifier les moyens d'atteindre les objectifs d'équité ;
- **Principales actions recommandées pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité** (énumérez les 3 à 5 actions les plus importantes)
  - Documenter les couvertures vaccinales par rapport à l'équité à l'échelle nationale/ réaliser une étude sur l'analyse de l'équité ;
  - Planifier et mettre en œuvre des actions visant à atteindre les populations cibles dans les régions du nord, les zones d'orpillage, les zones d'accès difficile du sud, les communautés de Nomades et Pêcheurs et tout autre population faiblement couverte par la vaccination ;
  - Renforcer l'initiative atteindre chaque cible à travers : la planification gestion des ressources, l'atteinte des populations cibles, les liens entre les services et les communautés, la supervision formative et le monitoring pour action ;

- Réviser le plan intégré pour renforcer la communication auprès des ménages à travers les acteurs communautaires (relais communautaires, associations œuvrant dans l'amélioration de la santé et les membres de la plateforme de la société civile en vaccins et vaccination).

### 1.3. Recommandations pour le Panel de haut niveau pour la revue du soutien (Panel de Gavi)

#### ➤ Renouvellement des subventions

##### Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

- *Antipneumococcique (VPC13), 1 dose par flacon LIQUIDE 2016-2021 ;*
- *DTC-HepB-Hib, 10 doses par flacon, LIQUIDE 2016-2021 ;*
- *Antitrotavirus, 3 calendrier-doses 2017-2021 (1 dose par flacon de 2 ml) ;*
- *Antiamaril, 10 doses par flacon, LYOPHILISE 2016-2021 ;*
- *VPI, 10 doses par flacon, LIQUIDE 2019-2021.*

#### ➤ Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

Au vu du retard accusé dans la mise en œuvre de la subvention en cours :

- procéder à une prolongation sans financement jusqu'au 31 décembre 2015, avec une réallocation de certains fonds à d'autres activités ;
- décaisser la première tranche 2015 de financement du nouveau RSS dont la mise en œuvre pourrait commencer à partir du mois d'octobre 2015. Il s'agit de la somme de 4 800 000 US\$.

### 1.4. Description succincte du processus de l'évaluation conjointe

Le processus de l'évaluation conjointe a été participatif avec l'implication de toutes les parties prenantes (Services techniques de l'État, Société civile et Partenaires techniques et financiers). L'évaluation a été conduite selon les étapes suivantes:

- La mise en place d'une commission chargée de l'évaluation conjointe ;
- L'élaboration d'un calendrier et prise en compte des observations du Secrétariat de Gavi;
- Partage des TDR entre les membres de la commission élaboration des présentations ;
- La désignation des personnes pour l'élaboration du rapport ;
- La présentation sur les réalisations, points forts et contraintes dans la mise en œuvre des programmes en 2014 et discussions en plénière ;
- Les travaux de groupe sur les thèmes : chaîne d'approvisionnement, couverture vaccinale et équité, état de mise en œuvre des programmes ;
- La visite de terrain dans le district sanitaire de Kalaban Coro cercle de Kati, région de Koulikoro ;
- La réunion de restitution des résultats aux membres du CCIA, présidée par SE. M. le Ministre de la santé et de l'Hygiène Publique ;
- La réunion de synthèse pour déterminer les prochaines étapes.

## 2. CONTEXTE NATIONAL

### 2.1 Veuillez décrire les principaux facteurs contextuels qui affectent directement la performance des subventions de Gavi.

Les facteurs ayant un impact direct sur les subventions de Gavi se résument comme suit :

#### ➤ Leadership, gouvernance et gestion des programmes

- Le niveau d'ancrage institutionnel inadapté de la Section Immunisation ;
- L'insuffisance de coordination entre les acteurs (OMS-CPS-DNS/SI) ;

- Le retard dans la mise en place de l'équipe de gestion OMS (trois mois de retard) ;
- L'irrégularité des réunions de planification et de coordination et de la présence des chefs d'agences aux réunions du CCIA.

➤ **Coût et financement**

- L'insuffisance de financement du PEV par l'Etat ;
- Le retard dans le décaissement des fonds de certaines requêtes (par exemple formation des formateurs des districts des régions de Sikasso, Tombouctou et Gao sur l'introduction du vaccin anti rota, financement des stratégies avancées et mobiles dans la région de Kayes) ;
- L'insuffisance d'information au niveau de la Section Immunisation sur le financement direct Gavi de certains PTF (UNICEF), et ONG (Catholic Relief Service "CRS").

**Tableau 5.3a:** Dépenses globales et financement de la vaccination, toutes sources confondues (Gouvernement et donateurs) en \$US

Catégories	Dépenses 2014 \$US	Source de financement					
		Pays	GAVI	UNICEF	OMS	HKI	Comm / Collectivité
Vaccins traditionnels*	3 850 054	1 571 032	0	2 279 002	0	0	0
Vaccins nouveaux ou sous-utilisés**	17 546 444	2 398 889	14 945 494	202 061	0	0	0
Matériel d'injection	1 302 933	900 891	220 071	181 971	0	0	0
Équipement de la chaîne du froid	1 936 751	396 288	951 667	588 796	0	0	0
Personnel	583 381	80 911	407 732	0	94 738	0	0
Autres coûts récurrents	742 209	15 128	724 445	2 636	0	0	0
Autres coûts équipements	836 270	180 432	123 953	531 885	0	0	0
Coûts des campagnes	10 880 829	0	0	5 508 233	5 219 619	76 416	76 561
<b>Dépenses totales pour la vaccination</b>	<b>37 678 871</b>	<b>5 543 569</b>	<b>17 373 362</b>	<b>9 294 584</b>	<b>5 314 357</b>	<b>76 416</b>	<b>76 561</b>
<b>Dépenses publiques totales de santé</b>		<b>225 016 623</b>					

Taux d'échange utilisé 1\$US = 470

➤ **Gestion des ressources humaines, chaîne du froid et logistique, la fourniture des services de vaccination, la surveillance et la communication des résultats, la gestion de la demande de vaccination et la communication.**

- L'insuffisance de capacité de stockage de la Chaîne de froid à tous les niveaux ;
- L'insuffisance du suivi continu de la température de la chaîne du froid ;
- La réparation tardive des équipements de la chaîne du froid ;
- La vétusté de la logistique roulante (10 ans) ;
- L'insuffisance de personnel qualifié à tous les niveaux ;
- L'inaccessibilité de la population cible dans les régions du Nord en raison de l'insécurité ;
- La sous/surestimation de la population cible du fait de la mobilité de certaines communautés, la non maîtrise du dénominateur mais aussi l'attrait des exploitations aurifères, ... ;

- L'irrégularité des séances de vaccination, surtout des stratégies avancées et mobiles dans certaines localités ;
- L'insuffisance de communication entre les acteurs de la mise en œuvre ;
- L'insuffisance de financement des activités de mobilisation sociale pour le PEV de routine prévues dans le PPAC ;
- Les problèmes de qualité des données : discordance des données entre les outils DSAM et le DVD-MT à différents niveaux. Ecart important (22 points de % pour le Penta3) entre les données de couverture administrative et les enquêtes, discordance entre les données de vaccination notifiées et rapportées (Cf enquête de qualité des données 2014)

➤ **Autres facteurs :**

- L'introduction de nouveaux vaccins : VPI, HPV et MenAfriVac et la mise à l'échelle nationale du Rotateq ;
- La multiplication des sites de regroupement de personnes dans le Pays (par exemple les sites d'orpillage traditionnel) ;
- L'insécurité dans le Nord du pays.

### **3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS, DEFIS ET DEMANDES DE RENOUELEMENT DU SOUTIEN**

#### **3.1. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)**

##### **3.1.1. Performance des subventions et difficultés rencontrées**

L'introduction du vaccin antirotavirus était prévue pour une période de 3 ans en trois phases due à un manque de capacité de stockage en chaîne du froid adéquat à tous les niveaux :

- 1<sup>ère</sup> phase : introduction à Bamako ;
- 2<sup>ème</sup> phase dans les districts sanitaires des capitales régionales ;
- 3<sup>ème</sup> phase sur l'ensemble du pays.

La 1<sup>ère</sup> phase, prévue en 2013 avec la signature du Mémoire d'Entente entre le Ministère de la Santé et l'OMS a pris du retard. Ainsi le lancement de l'introduction du vaccin anti rotavirus a lieu en janvier 2014 au niveau du District de Bamako. Ce retard a entraîné une modification dans la mise en œuvre du plan d'introduction.

La couverture vaccinale qui en a résulté est de 13% en 2014 seulement à Bamako, contre un objectif initial de 35% dans le plan d'introduction incluant les capitales régionales.

Suite à l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola qui a affecté notre pays à partir du quatrième trimestre jusqu'au 15 janvier 2015, le pays a décidé de faire une extension générale en 2015 en cumulant les deux dernières phases.

En ce qui concerne la démonstration du HPV dans deux districts sanitaires (Fana et la Commune 5) les activités préparatoires avaient commencé par le recensement des fillettes. Cette démonstration aussi a été reportée en octobre 2015 consécutive à l'épidémie d'Ebola et sur recommandation de Gavi et de l'OMS.

Il n'y pas eu de changement de cibles et/ou d'objectifs de couverture selon le rapport de situation annuel. Cependant le pays a proposé un recensement sanitaire eu égard à la sous-estimation/surestimation de la cible qui est calculée sur la base du Recensement Général de Population et de l'Habitat de 2009. Ce recensement pourrait entraîner des changements de cibles.

Le pays a envoyé une lettre de manifestation d'intérêt pour l'introduction du vaccin MenAfriVac dans le PEV de routine. Cette introduction sera précédée d'une campagne de vaccination de la cohorte d'enfants nés après 2010.

L'introduction du VPI dans le PEV de routine se fera à partir de 2016 (retard dû à la disponibilité des vaccins).

La démonstration d'introduction du vaccin HPV aura lieu dans deux districts sanitaires en octobre 2015.

Les nouvelles priorités du programme seront :

- l'inventaire de la chaîne du froid, d'ici à fin octobre 2015;
- la revue du PEV prévue au 4<sup>ème</sup> trimestre 2016, aboutira à l'élaboration du nouveau PPAC (2017-2021) ;
- la mise à jour et en œuvre du plan d'amélioration de la GEV, en cours de réalisation jusqu'en décembre 2015 ;
- le renforcement de la capacité de la chaîne du froid à tous les niveaux (extension de la couverture en réfrigérateur solaire et chambre froide) en cours jusqu'en 2018 ;
- l'étude spécifique sur l'équité dans la vaccination en 2017;
- la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données à partir du premier trimestre 2016.

### **3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)**

#### **3.2.1. Performance des subventions et défis**

- **La subvention mise à la disposition du Mali en 2009 a permis :**
  - de médicaliser des CSCom de la zone 2 de pauvreté (Région du nord) jusqu'à l'avènement de la crise sécuritaire de ces régions en janvier 2012. 86 autres CSCom furent médicalisés en 2014 sur 172 CSCom prévus dans la reprogrammation faite après signature d'un MOU entre le gouvernement et l'OMS.
  - de fidéliser à leur poste 166/308 agents prévus dans la zone 1 de pauvreté du pays après reprogrammation suite à la signature d'un MOU entre le gouvernement et l'OMS ;
  - d'engager les discussions afin d'accréditation des CSRéf de la région de Kayes.
  - de réaliser l'enquête sur la qualité des données de vaccination, qui a été préférée à la signature de contrat de performance avec le privé (initialement prévue)
- **Les actions correctives pour lever les goulots d'étranglement à la mise en œuvre des subventions Gavi**
  - Elaboration et diffusion d'un manuel de procédures et formation des acteurs de mise en œuvre ;
  - Élaboration d'un tableau de bord trimestriel d'exécution programmatique des subventions GAVI à soumettre au CCIA ;
  - Mise en place d'un mécanisme pour alléger le circuit de signature des requêtes au MSHP ;
  - Formalisation et opérationnalisation du cadre de concertation des acteurs de mise en œuvre des programmes financés par Gavi ;

#### **3.2.2. Orientation stratégique des subventions de RSS :**

Il s'agira de poursuivre les efforts afin d'atteindre les objectifs qui étaient fixés.

- La médicalisation de certains CSCom et l'octroi de la prime d'enclavement/motivation dans les régions de la zone de pauvreté, aux sages-femmes/infirmières obstétriciennes, ont conduit à des résultats intéressants à travers l'augmentation de l'offre des services par les populations et une tendance vers l'augmentation du taux de couverture en Penta3. Aussi le nombre de districts sanitaires ayant une couverture en Penta3 supérieur ou égal à 80% a augmenté ;
- La disponibilité du personnel qualifié est un atout pour une meilleure gestion des vaccins et une bonne organisation des services notamment dans les zones pauvres et d'accès difficile ;
- Le renforcement des capacités des leaders communautaires, en particulier les membres de l'ASACOet de leur fédération, améliore la gestion communautaire des CSCom ;

- L'engagement communautaire garantit une bonne mobilisation sociale, une appropriation de la vaccination et un suivi régulier des résultats. Le suivi/supervision régulier des interventions permet de corriger les insuffisances des services de vaccination.

### **3.2.3. Demande d'une nouvelle tranche, d'une prolongation sans financement, d'une réaffectation ou d'une reprogrammation des fonds alloués au RSS / Demandes futures**

- Au vu du retard accusé dans la mise en œuvre de la subvention en cours, le pays sollicite une prolongation sans financement du RSS1 jusqu'au mois de Décembre 2015 afin de permettre la réalisation de certaines activités qui ont accusé du retard et une réaffectation du reliquat de fonds à certaines activités.
- Le pays sollicite également le décaissement de la tranche 2015 du nouveau RSS dont la mise en œuvre pourrait commencer à partir du mois d'octobre 2015. Il s'agit de la somme de 4 800 000 US\$. Un plan de mise en œuvre actualisé sera soumis au gestionnaire des programmes.

### **3.3. Mise en œuvre du plan de sortie de l'éligibilité (le cas échéant)**

***Non applicable***

### **3.4. Gestion financière des subventions en espèces**

- **Performance de l'utilisation des subventions en espèces et insuffisance des ressources financières.**

Les subventions de Gavi accordées au Mali sont de quatre ordres en 2014. Il s'agit du financement du Soutien aux Services de Vaccination (SSV), de l'introduction du vaccin anti rotavirus et du Renforcement du Système de Santé (RSS). Après une année de mise en œuvre, il convient de ressortir les taux de réalisation des différents volets

- **Volet SSV :**

Sur une somme totale de **565 826 033 FCFA** il a été dépensé **430 872 628 FCFA** soit **76,15%** avec un taux de réalisation des activités égal à **72%**.

- **Volet RSS**

Pour un montant total de **1 616 280 856 FCFA**, il a été dépensé **306 201 380 FCFA** soit un taux d'exécution financière de **18,94%** avec un taux de réalisation des activités de **34%**.

- **Volet SNV (ROTA)**

Pour un montant total alloué de **298 601 127 FCFA**, il a été dépensé **200 423 725 FCFA** soit un taux d'exécution financière de **67,12%** avec un taux de réalisation des activités de **70%**.

- **Volet renforcement de la chaîne du froid (fonds ELMA).**

Sur une somme de **951 666,67 USD**, il a été dépensé **926 916,25 USD** soit un taux d'exécution financière de **97,40%**.

- **Modifications (le cas échéant) apportées aux dispositions de gestion financière**

Les fonds Gavi étaient initialement gérés par l'Etat, mais suite au gel des fonds, la gestion financière a été confiée à l'OMS dans le cadre d'un Mémoire d'entente entre le Ministère de la Santé et l'Organisation mondiale de la Santé signé en juillet 2013 pour une durée de 15 mois (fin octobre 2014).

- **Principales questions découlant des audits de programmes en espèces et des évaluations du suivi**

- **Niveau de conformité avec les exigences en matière de gestion financière** (Annexe 6 de l'Accord-cadre de partenariat de Gavi) et questions en suspens.

Toutes les dépenses ont été faites en conformité aux budgets approuvés par le CCIA et le Secrétariat de Gavi

### 3.5. Actions recommandées :

Actions	Responsabilités (Gouvernement, OMS, UNICEF, OSC, autres partenaires, Secrétariat de Gavi)	Calendrier	Ressources financières potentiellement nécessaires et source(s) de financement
Élaborer un tableau de bord trimestriel d'exécution programmatique et financière des subventions Gavi à soumettre au CCIA	DNS/CPS/OMS	Septembre 2015	
Elaborer et disséminer le plan de maintenance national	SEPAUMAT	Mi- Octobre 2015	
Renforcer les capacités des gestionnaires en MLM et vaccinologie pour les niveaux centraux et régionaux (trois cadres du niveau central et 1 cadre pour chacune des 9 régions)	ETAT/OMS/UNICEF	Octobre Nov 2015	
Recruter un logisticien national qualifié	OMS	Octobre 2015	
Renforcer la vaccination de routine dans les trois régions du nord à travers les stratégies avancées, mobiles et des campagnes de rattrapages et chez certaines communautés telles que les nomades, orpailleurs, riverains, etc	UNICEF/OMS	Décembre 2015	
Elaborer et diffuser un manuel de procédures et formation des acteurs de mise en œuvre du programme Gavi	DNS/CPS	Décembre 2015	
Créer une Direction du PEV au Mali à l'instar des autres pays de la sous région	Gouvernement	Janvier 2016	
Renforcer la communication auprès des ménages à travers les acteurs communautaires (relais communautaires, associations œuvrant dans l'amélioration de la santé et les membres de la plateforme de la société civile).	Gouvernement /FENASCOM	Janvier 2016	
Établir un protocole d'accord entre ASACO, la FENASCOM, le Ministère de la santé par rapport à la communication /mobilisation sociale au niveau communautaire et la prise en charge du personnel qualifié, recruté pour la vaccination.	Gouvernement		
Signer des contrats de performance entre le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et les ONG pour la communication, la mobilisation sociale et la recherche action au niveau communautaire	Gouvernement		



Réviser la stratégie intégrée de communication, en partenariat avec la Société civile pour améliorer les objectifs d'équité et l'atteinte des objectifs escomptés dans les régions/districts qui le requièrent.	Gouvernement		
Renforcer les capacités de stockage du niveau central par cinq chambres positives de 40 m3 chacune	Gouvernement /UNICEF	Juin 2016	PM
Doter toutes les régions en chambre froide positive 30m3	UNICEF	Juin 2016	
Doter 500 CSComs en réfrigérateurs homologués par l'OMS (PQS)	Gouvernement /PTF	Decembre 2016	
Doter les districts en caisses isothermes homologuées par l'OMS (PQS) en quantité suffisante au moins 4 (par district )	Gouvernement /UNICEF	Decembre 2016	
Doter tous les 1363 CSCom d'au moins 2 porte vaccins homologuées par l'OMS (PQS)	Gouvernement /UNICEF	Decembre 2016	
Instaurer un système de recensement communautaire des naissances et décès	Gouvernement	Decembre 2016	
Renforcer la compétence des ONG sur la vaccination	Gouvernement		

#### 4. ASSISTANCE TECHNIQUE

*Les principaux problèmes que le PEV a connus en 2014 concernent la logistique roulante, les capacités de stockage en chaîne du froid, la gestion des vaccins (perte de 90 000 doses de vaccin Rotateq) et la qualité des données de vaccination de routine ainsi que la mobilisation des fonds. Face à ces préoccupations et pour une meilleure mise en œuvre optimale du PEV l'assistance technique s'avère nécessaire.*

##### 4.1. Domaines d'activités actuels et responsabilités des différents organismes

- Dans le cadre du soutien à la chaîne du froid : l'UNICEF a appuyé le PEV du Mali à travers un consultant international (installation des chambres froides, mise en place du mécanisme de suivi de température au niveau central, installation des réfrigérateurs solaire et électrique dans les districts et aires de santé) ;
- Dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins : l'OMS et l'UNICEF ont appuyé le pays à travers l'élaboration du document de soumission pour l'introduction du VIP, le plan d'introduction du HPV ;
- Concernant l'évaluation de la qualité des données (DQS) le pays a été appuyé par Gavi à travers un consultant international pour l'élaboration du protocole et la revue par les pairs du RSA 2013 ;
- Dans le domaine de la gestion efficace des vaccins l'OMS a appuyé le Mali à travers un consultant international pour l'évaluation de la GEV 2014 ;
- Dans le cadre de la soumission du nouveau RSS le pays a bénéficié de l'appui de l'IST/Bureau sous régional de l'OMS à Ouagadougou.

## 4.2. Besoins futurs

### **Assistance technique :**

Compte tenu des insuffisances constatés dans certaines domaines il sera nécessaire de :

- Réaliser une étude spécifique sur l'équité dans la vaccination;
- Appuyer le pays dans la phase de transition de VPO Trivalent (VPOt) par VPO Bivalent (VPOb) et par le VIP ;
- élaborer/ disséminer/ des manuels de procédures de gestion des fonds mis à la disposition des programmes financés par Gavi ;
- appuyer la mise en œuvre et le suivi des recommandations de la GEV ainsi que d'autres activités liées à la logistique et à la chaîne d'approvisionnement (l'évaluation des performances, inventaire, revue du PEV, planification des actions, plan d'amélioration, plan de réhabilitation de la chaîne de froid, plan de maintenance, étude de suivi de la température, recrutement d'un logisticien qualifié par l'OMS) ;
- réviser/disséminer les directives sur la qualité des données ;
- appuyer la révision et la mise en œuvre du plan stratégique de communication pour la promotion et une meilleure équité de la vaccination (PEV).

## 5. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS

A l'issue des présentations, les discussions ont essentiellement porté sur :

- La capacité et les conditions de stockage des vaccins à tous les niveaux, afin de s'assurer de la qualité du vaccin administré aux populations cibles;
- La supervision/formation du personnel en charge de la vaccination ;
- La sous estimation de la cible ;
- L'harmonisation des résultats de l'évaluation de la qualité des données de vaccination avec ceux de l'évaluation de l'USAID afin de produire un plan consolidé d'amélioration des données ;
- La tenue régulière et la sous participation des réunions du comité technique du CCIA ;
- L'importance de la participation des coopérations bilatérales et autres PTFs aux réunions du CCIA.
- Rôle des acteurs de la société civile et la communication ;
- Le recrutement des médecins sur la base de contrats de performance de moyen et long termes;
- L'implication effective des ASACO, ONG santé et les organisations communautaires de base dans la communication/mobilisation sociale ;
- L'importance du CCIA car il permet d'engager les chefs de file des partenaires.

### **Commentaires additionnels**

- Ministère de la Santé :  
Le Ministre de la santé a donné l'assurance de garantir la qualité des vaccins de l'aéroport jusqu'à l'administration aux cibles. A cet effet, Il a instruit à la Direction Nationale de la santé d'élaborer une note technique. En outre pour pallier aux problèmes de sous estimation de la cible il a demandé de documenter la pertinence d'un recensement sanitaire ;
- Les partenaires  
Le représentant de l'UNICEF a fait le point des commandes de matériels chaîne de froid en cours et à venir dans les trois prochaines années. Il ressort que outre l'appui de Gavi,) d'autres partenaires tels que la Coopération Canadienne vont apporter un appui financier pour l'acquisition de 800 réfrigérateurs solaires dont 400 sont attendus en fin 2015. Cinq chambres froides de 30 m3 sont prévues par ACIDI à travers l'UNICEF, de même que l'acquisition de 600 motos pour la réalisation de la stratégie avancée. Cependant, un mécanisme doit être mis en place pour démontrer l'impact de cet investissement sur les résultats de la vaccination. Le processus de décentralisation, à

travers la responsabilisation des autorités administratives par niveau (Gouverneurs, préfets et sous préfets) doit être mis à profit pour le suivi de la vaccination. Par ailleurs, il a souhaité que la SI présente au CCIA un plan détaillé de travail annuel pour permettre aux partenaires techniques et financiers de s'inscrire pour financer les gaps.

A tous ces questionnements, des éclaircissements ont été apportés par les participants.

- Le Gestionnaire Programmes Pays de Gavi : a remercié les deux Directeurs et les partenaires de l'Alliance pour le travail accompli. Il a rappelé que l'évaluation étant un exercice conjoint et participatif, elle a permis d'identifier ensemble et de façon collégiale (Etat et partenaires) les goulots d'étranglement et de formuler les recommandations en vue de les aplanir. Un rapport plus détaillé et mieux élaboré est attendu et sera soumis au Panel de Haut niveau.

## 6. ANNEXES

- **Annexe A. Données essentielles** (fournies par le Secrétariat de Gavi)
- **Annexe B. État d'avancement de la mise en œuvre des principales mesures formulées lors la dernière évaluation conjointe et des recommandations additionnelles du Panel**

Principales mesures formulées lors la dernière évaluation conjointe et des recommandations additionnelles du Panel	État d'avancement de la mise en œuvre
Enquête sur la qualité des données (DQS)	Réalisée avec retard du fait de la survenue de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola. Plan de renforcement de la qualité des données à élaborer
Passage à l'échelle du Rota	Reporté en 2015 en raison de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE)
Démonstration de HPV dans les districts de Fana et la Commune 5	Reprogrammée pour octobre 2015 sur conseil de l'OMS et Gavi
Introduction VPI dans le PEV	Reportée en 2016 pour retard dans la disponibilité du vaccin
Lettre d'expression d'intérêt pour l'introduction du vaccin MenAfriVac	Lettre envoyée et la proposition sera soumise au Panel en septembre 2015

- **Annexe C. Description du processus de l'évaluation conjointe**

Lors de la mission de suivi de GAVI et ses partenaires en février 2015, le pays a été informé de l'introduction de la nouvelle approche de suivi de la mise en œuvre des programmes de l'évaluation conjointe.

À cet effet, des échanges ont été faits entre les différents responsables RSS et SSV par conférences téléphoniques avec Gestionnaire Programmes Pays de Gavi (Genève) et par mail. L'équipe a ainsi donné à GAVI la période comprise entre le 29 juin et le 12 juillet 2015 pour la tenue de l'évaluation. La confirmation de la date du 06 au 10 juillet 2015 a été retenue lors d'une deuxième téléconférence après prise en compte de l'agenda des participants surtout des facilitateurs. C'est ainsi, qu'une équipe nationale chargée de la conduite de l'évaluation conjointe a été mise en place. Cette équipe s'est attelée à la préparation de l'exercice, avec l'élaboration d'un calendrier prenant en compte les observations de GAVI. Les TDR : pour leur meilleure compréhension des différents

acteurs les TDR ont été partagés lors d'une réunion de concertation. Aussi, les personnes suivantes ont été identifiées pour la rédaction du rapport de l'évaluation :

- Dr DIALLOFanta SIBY;
- Dr DIALLOAlimata NACO;
- Dr Fatogoma TOGOLA;
- Dr AlphaMahamoud TOURÉ;
- M. Bani DIABY;
- Mme DIALLO DjabaAminata TRAORÉ;
- M. Charles AHOUANTO.

Les membres de la commission nationale chargés de la conduite de l'évaluation ont produit les différentes présentations qui portaient sur : l'aperçu sur le PEV du Mali (historique, performance, chaîne d'approvisionnement) ; l'état de mise en œuvre programmatique du soutien ; l'état de mise en œuvre financière du soutien et l'évaluation de la qualité des données .Ces différentes présentations ont suscité des discussions en plénière.

Ensuite, des travaux de groupes ont été organisés sur : la chaîne d'approvisionnement, la couverture vaccinale et équité, l'état de mise en œuvre des programmes.

Les mandats des différents groupes étaient de:dégager les goulots d'étranglement à la mise en œuvre des activités ; faire des recommandations pour résoudre les contraintes et les difficultés, exprimer les besoins d'assistance technique.

Une visite de terrain a été effectuée dans le district sanitaire de Kalaban Coro. La chambre froide de la Direction régionale de la santé de Bamako et celles du niveau central ont été visitées, afin d'avoir un aperçu des programmes financés par GAVI.

Les résultats des différents travaux de groupe ont été restitués en plénière, suivis de discussion. La majorité des participants a évoqué leur impression sur l'évaluation. Par la suite un groupe restreint a été constitué pour préparer la présentation sur les résultats préliminaires de l'évaluation.

Une réunion de restitution des résultats de l'évaluation conjointe a été faite en date du ... aux membres du CCIA sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

• **Annexe D. Aperçu des subventions allouées au RSS**

<b>Informations générales sur les subventions RSS</b>							
1.1	Date d'approbation de la subvention RSS		2008				
1.2	Date de reprogrammation approuvée par le CEI, le cas échéant		2013				
1.3	Montant total de la subvention (US\$)		4 764 000				
1.4	Durée de la subvention		3 ans (2009 à 2011)				
1.5	Année de mise en œuvre		mois/année – mois/année (2009-2011)				
(en millions US\$)	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>

1.6 Subvention approuvée, conformément à la lettre de décision	4 764 000						
1.7 Décaissement des tranches	1 373 000		1 544 988			1 846 340	
1.8 Dépenses annuelles		1 020 129	80 787	274 419	38 042		
1.9 Retards de mise en œuvre (oui/non); Veuillez justifier :	Suspension du décaissement des fonds suite à la crise institutionnel et sécuritaire du pays en 2012						
1.10 Subventions RSS précédentes (durée et montants approuvés)							

### 1.11 Liste des objectifs d'une subvention RSS

**Objectif 1 :** Rendre disponible d'ici 2011, dans la zone 1 de pauvreté, 28 infirmiers et 70 sages-femmes par an pour couvrir 80% des CSCom

**Objectif 2 :** Améliorer d'ici 2011, dans au moins 60% des CSCom et 65% des CSRef, la qualité des services\* de santé sur l'ensemble du pays

**Objectif 3 :** Renforcer les CT, d'ici fin 2011, afin qu'au moins 80% de celles auxquelles le MS aura transféré une partie de ses compétences techniques et financières suivant le décret 02-314, participent aux organes de gestion des structures de santé

**Objectif 4 :** Rendre effectif d'ici fin 2011, dans 80% des districts, le système de monitorages /évaluation.

**Objectif 5 :** Renforcer d'ici fin 2011, dans 70% des districts, la Recherche opérationnelle sur :

i) le système de motivation du personnel sur la performance du système ;

ii) la problématique de l'accréditation des districts sanitaires sur la performance des structures et services, les contrats de performance à travers le partenariat public privé, les cadres locaux de concertation, les conventions d'assistance mutuelle entre les collectivités et les ASACO sur la performance des ASACO ;

iii) les interventions des DRS sur l'amélioration des services de santé des districtssanitaires

1.12 Montant et objet de la reprogrammation (selon la pertinence)

Reprogrammation de 1 338 115 US\$ face à la situation sécuritaire et institutionnelle du pays

- **Annexe E. Meilleures pratiques (OPTIONNEL)**