

Rapport de l'évaluation conjointe 2017

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.

Pays	Mali
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	complète
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	17 au 21 juillet 2017 Bamako/ Direction Nationale de la Santé
Participants/affiliation¹	
Période couverte par les rapports de résultats	2016 et premier semestre 2017
Période fiscale²	1 ^{er} janvier au 31 décembre
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	2017-2021

1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande du soutien	Cible (population devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
					\$US	\$US
					\$US	\$US

1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin

1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Montant total de la subvention RSS	20,1 Million \$US
Durée de la subvention RSS	2016 à 2020
Année/période pour laquelle le	2018

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)	Montant à compléter après l'avoir validé par le CCIA ...\$US

1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)

Montant total de la subvention POECF	N/A	
Durée de la subvention POECF (de... à...)		
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé		
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF	N/A	
Investissement conjoint du pays	Ressources du pays	\$US
	Ressources partenaires	\$US
	Ressources RSS Gavi ³	\$US

1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁴

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
	SNV: RR	2017	2018

Contexte

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

Réduction de l'espace d'intervention pour la vaccination liée à l'extension des zones d'insécurité (Région de Koulikoro : Banamba ; Région de Ségou : Macina, Niono, Tominian ; Région de Mopti : Douentza, Youwarou, Ténenkou, Badiangara, Djenné ; Koro ; l'ensemble des districts sanitaires des régions de : Kidal, Ménaka, Gao, Tombouctou et Taoudenit.

Dégradation de la situation économique : PIB 780,51USD/habitants en 2016.

Multiplicité des zones d'orpaillage : Districts de Kayes (2), Kénièba (10), Kangaba (15), Ouelessebouougou (4), Kadiolo (10), Selingué (8), Bougouni (13) et Yanfolila (25).

Le mouvement de grève des agents socio-sanitaires pendant 38 jours en mars 2017 a entraîné l'arrêt des activités de vaccination dans les formations sanitaires.

Changement de DRS, opérationnalisation des nouvelles régions (Ménaka et Taoudenit).

3. PERFORMANCES DU SYSTÈME DE VACCINATION PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

³ Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

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

Les données administratives indiquent que le pays a atteint ses objectifs de couverture PEV pour 2016 : BCG 109%, vaccin anti rougeoleux 91%, et fièvre jaune 89%. Les couvertures Penta3 94%, PCV13(3) 94% sont légèrement inférieures à l'objectif de 95%. La couverture VPO3 est inférieure à 95%, mais s'élève cependant à 92%. Seules les couvertures du rota 77% contre 89% et du Td2+67% n'ont pas atteints les résultats escomptés.

Cependant les écarts entre ces couvertures et celles du WUENIC ou des enquêtes sont importants : il est de 17 points pour le BCG (109% contre 92%) ; 26 points pour le DTC3 (94% contre 68%), 25 points pour le VPO3 (92% contre 67%) et de 16 points pour le VAR1 (91% contre 75%). Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2015, les objectifs de taux d'abandon ne seraient pas atteints puisqu'ils sont de 21% pour le Penta1-Penta3 et 20% pour le BCG-VAR.

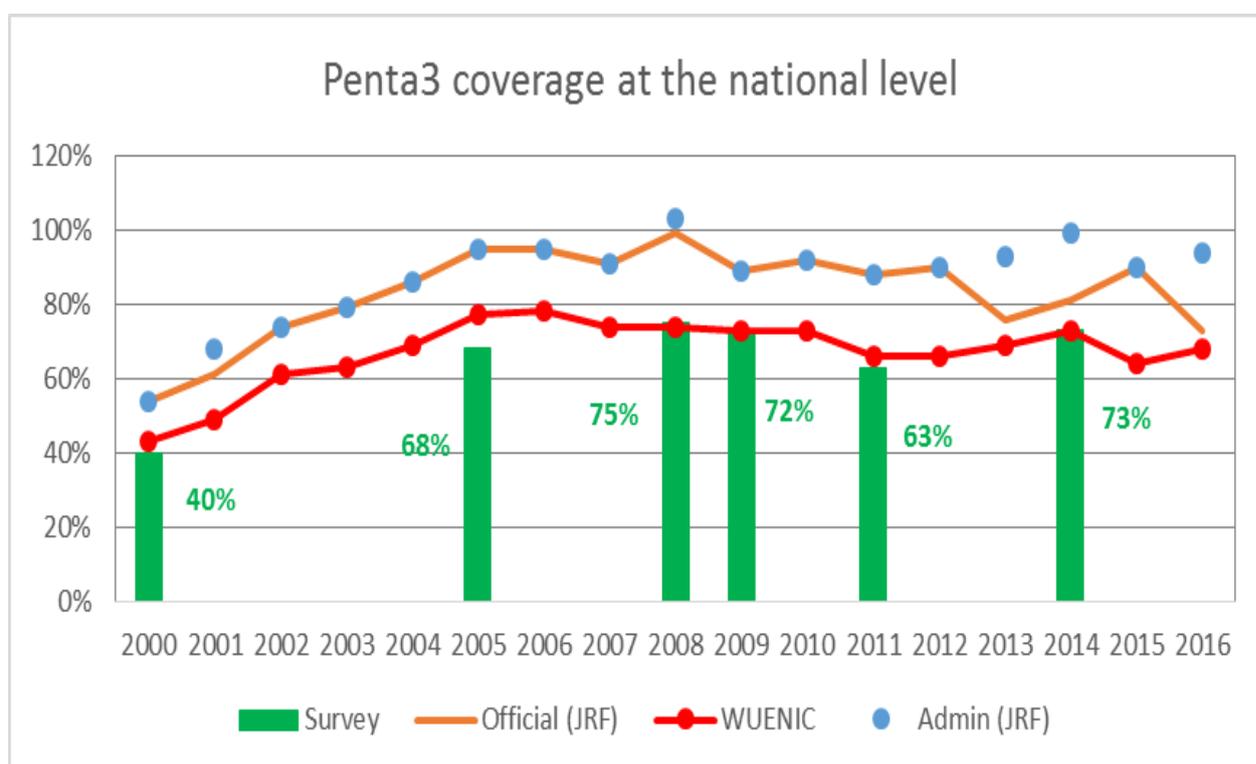
Conformément au plan du projet de démonstration de la vaccination contre le HPV dans les DS de Fana et de la Commune V du District de Bamako, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec GAVI à travers l'OMS- Mali, a réalisé l'évaluation de la couverture vaccinale 03^{1/2} mois après le 2eme passage de l'an I dudit projet. Les couvertures vaccinales obtenues sont :

- Pour le VPH1 : 91% à Fana contre 41% en Commune V du District de Bamako selon l'histoire et la carte. Elles sont de 52% à Fana contre 14% en Commune V selon la carte.

- Pour le VPH2 : 71% à Fana contre 29% en commune V du District de Bamako selon l'histoire et la carte. Elles sont de 40% à Fana contre 13% en Commune V selon la carte.

Les raisons de non vaccination des filles étaient essentiellement liées au manque d'information sur la campagne anti-VPH.

Evolution de la couverture vaccinale de la troisième dose de pentavalent de 2000 à 2016



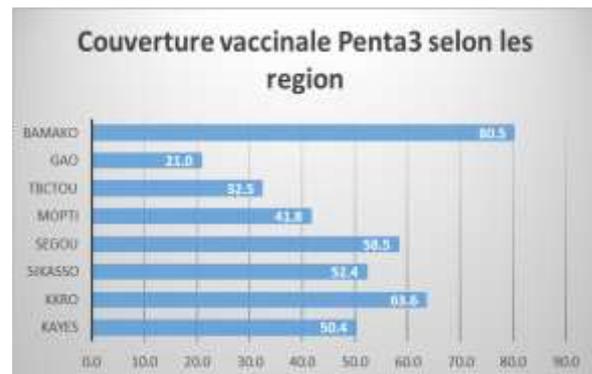
Le pourcentage de districts atteignant 80% de couverture en DTC3 est utilisé comme moyen pour mesurer l'équité dans un pays. L'objectif mis dans le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins en termes d'atteinte d'équité est de 100% des districts atteignant 80% de couverture en DTC3 dans un pays. Au Mali, selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2015 chez les enfants de 12 à 23 mois, seulement 20 districts sur 65 (31%) ont une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% en fin 2016.5

C'est surtout parmi les groupes socialement et économiquement défavorisés que les couvertures sont faibles. La pauvreté est souvent le facteur le plus incriminé mais d'autres facteurs comme les facteurs

⁵La région de Kidal n'a pas été couverte par l'enquête et 4 districts continuent d'avoir une couverture DTC3 inférieur à 80%.

culturels, ethniques, le niveau d'éducation, le genre, le lieu de résidence sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Selon les résultats de l'enquête MICS réalisée en 2015, seulement 55.5% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses du vaccin pentavalent (DTC-Hib-HepB) au Mali. Il existe également des disparités en matière de couverture vaccinale. On constate que c'est dans la région de Bamako qu'elle est la plus élevée (80.5%) et, à l'opposé, dans la région de Gao qu'elle est la plus faible (21%). En outre, la proportion d'enfants vaccinés au penta3 varie avec le niveau d'instruction de la mère, de 51.9% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 59.6% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 79.2% pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le taux de couverture vaccinale varie aussi avec le niveau économique du ménage de l'enfant, de 38.8% dans les ménages classés dans le quintile le plus bas à 74.5 % dans ceux du quintile le plus élevé. Il n'a pas été observé de différence significative de couverture vaccinale selon le sexe de l'enfant.

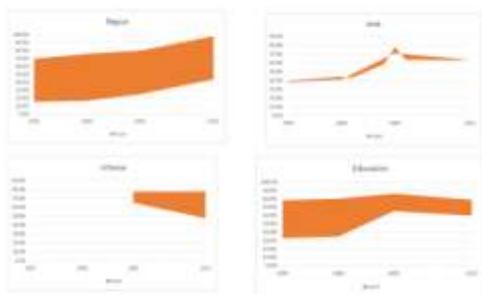


L'analyse des données des différentes enquêtes démographiques et de sante réalisées au Mali depuis 1995 montre que ces écarts de couverture vaccinale sont persistants dans le temps.

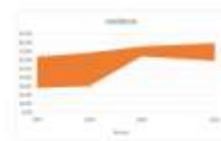
En effet, l'écart de couverture vaccinale selon les régions n'a pas changé sur les vingt dernières années malgré une progression globale de la couverture vaccinale.

Pour les autres déterminants, une réduction des écarts était perceptible entre 2000 et 2005 avec rechute à partir de 2010.

Tendance des écarts (DTC3) EDS II à V



Tendance des écarts (DTC3) EDS II à V



Devant la persistance de la stagnation de la couverture vaccinale dans certaines régions et districts sur une longue période et malgré les efforts déployés, il est apparu opportun d'investiguer les principales causes de cette situation. 11 districts prioritaires (Bafoulabé, Diéma, Kéniéba, Kita, Bougouni, Koutiala, Yorosso, Macina, Niono, Commune1 et Commune 6) ont été sélectionnés sur base du nombre élevé d'enfants non vaccinés, du taux d'abandon et l'incidence de maladies épidémiques évitables par la vaccination (e.g rougeole) pour abriter les ateliers d'analyse des goulots d'étranglement à l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Les principaux goulots d'étranglement identifiés lors des ateliers déjà réalisés dans certains districts sont essentiellement :

- La faible disponibilité des intrants de vaccination dans les formations sanitaires consécutives à des ruptures de stock en vaccins et ruptures de chaîne de froid.
- L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la vaccination
- La faible accessibilité géographique des structures de soins avec faible mise en œuvre des stratégies avancées.
- Une faible utilisation des services de vaccination avec un fort taux de déperditions sur le calendrier vaccinal.

L'analyse des goulots d'étranglement a permis de relever les principales causes suivantes :

- Absence de microplans des activités de vaccination au niveau des formations sanitaires
- Non maîtrise de la population cible (l'utilisation des données du RGPH n'est pas applicable au niveau des formations sanitaires).
- Méconnaissance des populations difficiles d'accès et absence d'actions orientées vers elles
- Mauvaise planification/analyse des stratégies avancées et non intégration d'autres interventions de SMI.
- Absence de stratégies de recherche des perdus de vue.
- Faible qualité des supervisions formatives.
- Absence d'analyse régulière des performances du PEV (pas de réunion mensuelle de monitoring avec ASACO).
- Faible implication/participation communautaire (absence de cartographie sociale des parties prenantes).

Niveau des indicateurs de la surveillance des PFA

Le taux de PFA non polio a été atteint dans toutes les régions excepté celle de Kidal qui est dans un contexte particulier d'insécurité.

En dehors des régions de Gao et Kidal cet indicateur a été atteint dans toutes les régions.

Pour un nombre de 176 cas de PFA attendus au plan national en 2016 ; 307 cas ont été notifiés, soit un taux de PFA non polio de 3,5.

Le pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés dans les 14 jours est de 89%.

Au niveau régional en 2016 le pays a fait un progrès important, les 2 indicateurs majeurs sont atteints dans 8 régions sur 9 (sauf Kidal) comparativement à 2015 où 4 régions n'avaient pas atteint ces 2 indicateurs (Bamako, Kidal, Tombouctou et Kayes).

Il est à noter que si les deux indicateurs principaux ont été atteints par toutes les régions, que les districts de Kignan, Niéna, Yorosso (région de Sikasso) ; Diré, Goundam (région de Tombouctou) et ceux de la région de Kidal n'ont pas atteint le taux des PFA non polio en 2016. Pour le pourcentage les échantillons de selles prélevés dans les 14 jours, 13 districts sur 65 soit 20 % n'ont pas atteint l'objectif requis de $\geq 80\%$.

Aperçu de la mise en œuvre de la surveillance du TNN, Rougeole Fièvre jaune

Rougeole

Le taux d'éruption fébrile non rougeoleux pour 100 000 habitants par an a été atteint (2,0) en 2016, mais ce taux est variable selon les régions. Les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti n'ont pas atteint l'objectif.

Toutes les régions ont atteint le seuil requis qui est de 80% des districts ayant notifié et prélevé au moins un cas de rougeole en 2016, ce qui est meilleure à l'année précédente ou 4 régions (Kayes, Mopti, Tombouctou et Kidal) n'avaient pas atteint ce seuil.

Fièvre Jaune

Quatre régions (Sikasso, Ségou, Tombouctou et Kidal) n'ont pas atteint le seuil de 80% des districts ayant notifié et prélevé au moins 1 cas suspect de fièvre jaune en 2015 et 2016.

Tétanos Néonatal (TNN)

Au total, huit cas de TNN ont été notifiés en 2016 dont quatre décès soit une létalité de 50%. Tous les cas notifiés ont eu une riposte vaccinale.

Surveillance des maladies infections bactériennes invasives chez les enfants (méningites, Pneumocoques, méningocoques, Haemophilus)

Situation des cas notifiés et positifs de méningite par régions en 2016

Les différents sérotypes retrouvés ont été Neisseriameningitidis A, Neisseriameningitidis C, Neisseriameningitidis X, Neisseriameningitidis W135, Neisseriameningitidis non groupé, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae b, Haemophilus influenzae non b.

Le seul cas de Neisseriameningitidis A a été notifié dans le district sanitaire de Kenieba chez un adolescent non vacciné.

Le seuil d'alerte a été atteint dans le district sanitaire de Ouélessébougou au cours des 8^{ème} et 9^{ème} semaines épidémiologique de 2016 avec la survenue des cas de méningite à Neisseria méningitidis C.

Surveillance des maladies diarrhéiques (rota virus)

La surveillance de routine des diarrhées à rota virus n'est pas encore mise en place depuis l'introduction du vaccin. La surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI), est d'une manière générale timide et n'est active que lors des campagnes de vaccination de masse.

3.2. Facteurs de faible performance/équité

L'insuffisance du personnel qualifié constitue l'un des principaux goulots d'étranglement du système de santé du Mali. En effet, Il a été noté que la plupart des actes de vaccination est effectuée par du personnel non qualifié (aides soignant). Au niveau subrégional ou district sanitaire, les aides-soignants sont utilisés comme des agents vaccinateurs, souvent non formés pour la gestion des données du PEV, ce qui explique des problèmes enregistrés dans la collecte et la gestion des données de vaccination dans beaucoup de districts sanitaires du pays.

- **Chaîne d'approvisionnement : principaux enseignements du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV.**

Le Mali a fait des progrès considérables dans l'amélioration de la capacité de la chaîne de froid. En 2016, cinq (5) chambres froides dont deux (2) pour le dépôt sub-national de Sévaré, deux (2) pour la Section Immunisation et un (1) pour la DRS de Bamako ont été installées, 233 réfrigérateurs solaires et alternatifs ont été installés dans les Cscm principalement (200 acquis sur les fonds Canada et 33 sur les fonds GAVI).

15 chambres froides acquies dans le cadre RSS2 ont été installées dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou, Mopti, Tombouctou, Gao et le district de Bamako et les dépôts intermédiaires nouvellement créés au nombre de six (Kita, Kati, Bougouni, Koutiala, San, Bandiagara), 400 réfrigérateurs solaires acquies sur fonds (Canada) sont en cours d'installation et 70 autres (GAVI) sont en attente de réception au niveau pays. 40 réfrigérateurs acquies sur Fonds de l'Etat sont en cours d'installation.

Tous ces équipements sont acquies dans le cadre de la modernisation de la chaîne de froid au Mali et le remplacement progressif de tous les équipements non pré qualifiés et non PQS d'ici fin 2018.

Selon l'inventaire des équipements de chaîne de froid réalisé en décembre 2016, on note une combinaison de matériels homologués et non homologués sur les 1772 équipements inventoriés. Les équipements normalisés PQS sont en expansion dans le parc avec un taux d'effectivité de 49% correspondant à 874 équipements, 670 équipements PIS soit 38% et 204 non PQS soit 11%. Précisons que les chambres froides représentent les 2% du parc.

Répartition des équipements selon par normes



Le niveau central a le plus grand % d'équipements PQS avec 80%, les équipements PIS sont plus présents au niveau aire de santé

Normes en équipements par niveau

	Central	Régional	District	Aire
Norme PQS	80,00%	63,16%	56,04%	40,62%
Norme PIS	20,00%	27,37%	28,02%	34,33%
Equipement domestique : DOM	0,00%	9,47%	15,94%	25,04%

Les réfrigérateurs solaires représentent 32% du parc des équipements soit 558 équipements suivis des réfrigérateurs à absorption qui occupent 27% soit 483 équipements, les réfrigérateurs à gaine réfrigérante 24% soit 425 équipements. Les congélateurs à compression (32) et les congélateurs d'accu (33) représentent chacun 2%, les autres équipements non PQS représentent 12% soit 204 équipements, les chambres froides positives 26, négatives 3 et 1 réfrigérateur compresseur.

En plus des installations des équipements de chaîne de froid, le renforcement des capacités des vaccinateurs et gestionnaires du PEV a été poursuivi avec plus de 600 vaccinateurs formés en gestion efficaces des vaccins et 75 chargés PEV au niveau des districts formés à la maintenance des équipements de chaîne de froid. 6 cadres de la section immunisation ont suivi une formation sur l'installation solaire à Ouidah au Bénin.

Concernant l'état d'exécution des recommandations de la GEV de 2014 :

- Sur 32 recommandations pour le niveau central, 28 ont été exécutées ;
- Sur 25 recommandations pour le niveau régional, 21 ont été réalisées ;
- Sur 19 recommandations pour le niveau district, 17 ont été réalisées ;
- Sur 11 recommandations pour le niveau opérationnel, 9 ont été réalisées.

Principales contraintes/goulots dans la chaîne d'approvisionnement

Le circuit théorique d'approvisionnement en vaccins

La directive nationale dit que la distribution des vaccins et matériel de vaccination se fait du niveau central vers les régions, des régions vers les districts et des districts vers les formations sanitaires. Cependant, ce schéma théorique d'approvisionnement n'a pas été respecté en 2016 ; entraînant une démultiplication des livraisons du niveau central vers les régions (211 au lieu de 36 par année). Les Cscm et les districts s'approvisionnent au niveau supérieur. Le rythme d'approvisionnement n'est pas ainsi été respecté à cause de non disponibilité à temps des ressources de l'Etat.

Les capacités de transport des districts à partir des régions sont insuffisantes à cause du volume du vaccin Rotateq ce qui entraîne des ruptures de stock de Rotateq, expliquant de fait les différences de couvertures entre Rotateq et PCV13.

En conséquence, malgré la disponibilité des stocks de vaccins et consommables au niveau central et régional (à l'exception du VPI pour des raisons de rupture de stock au niveau international), on constate de nombreuses ruptures de stocks au niveau périphérique. Les besoins sont établis à partir des cibles calculées sur la base des données de population peu fiables, ce qui entraîne des sous estimations et des surestimations qui peuvent également expliquer certaines ruptures de stock et également des sur stockages avec pertes de vaccins.

- **Génération de la demande/demande de vaccination** : principaux enseignements liés à la demande de services de vaccination, de calendriers de vaccination, etc.

En 2016, le ministère s'est doté d'un plan national de communication pour le PEV couvrant la période 2016-2019. Les stratégies retenues dans ce plan visent le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement social et de comportement, le renforcement de capacités des acteurs, l'établissement du partenariat et le suivi évaluation. Ces axes stratégiques servent de base à l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action dans les régions et les districts.

Le principal défi note dans ce domaine reste la faible implication communautaire dans le processus de planification et de suivi de la mise en œuvre des services de vaccination.

Pour matérialiser la mise en œuvre de ce plan, les formations sanitaires sont invitées à mettre en place une plateforme communautaire de communication et de promotion de l'utilisation des services de vaccination, ceci dans le cadre de l'application de la stratégie atteindre chaque enfant.

- **Barrières liées à l'inégalité des sexes**⁶ : tous les problèmes spécifiques liés à l'accès au système de santé par des femmes.
- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ou d'autres évaluations, veuillez de décrire les principaux goulets d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination ; ceci inclut la performance des équipes de PEV nationales/régionales (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou les problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Gestion des finances publiques** : la mesure dans laquelle les fonds demandés sont rendus disponibles en temps opportun à tous les niveaux, en faisant ressortir les blocages du processus de décaissement.
- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁷.

Dans le cadre du leadership, gestion du programme et la coordination, les principales forces, faiblesses et actions de redressement notées sont les suivantes :

Forces :

- Appui technique en Ressources Humaines par GAVI (01 expert AEDES qualité de données, 01 logisticienne) ;

⁶ 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 tendance à être les premières à prendre soin des enfants mais elles manquent parfois de pouvoir quant à la prise de décision et de ressources pour avoir accès ou utiliser les services de santé disponibles.

⁷ Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, le 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).

- Formation de deux cadres de la Section Immunisation en logistique de la santé ;
- Formation d'un cadre de la Section Immunisation, d'un cadre de la DRS de Mopti et d'un cadre du district de Bla en logistique du PEV ;
- Formation des équipes cadres DRS, districts et de certains vaccinateurs dans les régions de Kayes et une partie Koulikoro sur la GEV ;
- Formation des 02 cadres du niveau central sur le Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;
- Augmentation de la capacité de stockage ;
- Renforcement du parc logistique ;
- Mise en place du groupe qualité de données ;
- Formation d'un cadre de la Section Immunisation et deux cadres du SEPAUMAT sur la maintenance en Chaîne de froid solaire ;
- Elaboration et visibilité du PPAC ;
 - Elaboration du plan amélioration de la qualité des données, élaboration du plan de maintenance.

Faiblesses :

- Insuffisance qualitative et quantitative de formations et supervisions formatives ;
- Insuffisance de compétences des acteurs chargés de la vaccination (utilisation de personnel non qualifié) ;
- Absence de descriptions des tâches au niveau de la SI ;
- Manque d'un outil de suivi- évaluation du PPAC ;
- Insuffisance de réunion du comité technique ;
- Insuffisance dans l'analyse et l'interprétation des données pour une décision ;
- Faible complétude et promptitude des rapports ;
- Insuffisance de réunion bilan performance PEV, surveillance des données ;
- Irrégularité dans la tenue des sessions de monitoring des activités de vaccination ;
- Insuffisance dans la planification et la coordination opérationnelle des activités ;
- Difficulté de mobilisation des ressources (lourdeur dans le processus de décaissement, faible capacité des collectivités à mobiliser les ressources disponibles auprès du trésor et allocation des ressources aux aires de santé) ;
- Absence de ligne spécifique d'approvisionnement de vaccins dans le budget de l'Etat du niveau régional aux districts et aires de santé ;
- Insuffisance de la cartographie des structures privées intervenant dans la vaccination.

Suggestions/actions :

- Renforcer la capacité des collectivités pour la mobilisation des ressources ;
- Suivre l'utilisation des ressources transférées aux collectivités pour la santé (utilisation des tableaux de bord) ;
- Renforcer la planification et la coordination opérationnelle des activités ;
- Organiser des réunions bilans de performances du PEV et de la surveillance ;
- Initier un mécanisme de mise en œuvre-suivi-évaluation du PPAC et du Plan d'Action Opérationnelle ;
- Formaliser les réunions du comité technique ;
- Renforcer le mécanisme de suivi de la transmission rapports, et de retro information ;
- Réduire le circuit administratif des requêtes ;
- Intégrer la fluidification des requêtes dans le manuel de procédures pendant la phase transitoire ;

Mettre en œuvre et opérationnaliser d'ici fin 2018, pendant la phase transitoire, le mécanisme de gestion et de coordination des programmes en phase avec les exigences en matière de gestion de subvention et en cohérence avec la restructuration en cours du Ministère de la santé.

3.3. Données

Principaux problèmes par rapport à la qualité des données :

- Depuis plus d'une quinzaine d'années, on note l'existence d'un important écart entre les données administratives et les Estimations OMS/UNICEF avec une différence de plus de 10%. Les trois dernières années, l'écart s'est creusé et a atteint 26 points en 2016 pour le DTC3 (94% contre 68%). Le même constat est observé entre les données administratives et celles des différentes enquêtes menées entre 2000 et 2015 et dont les données sont superposables au WUENIC.
- Ainsi, suite à l'évaluation spécifique de la qualité des données de vaccination en 2015, un plan stratégique national d'amélioration couvrant la période 2016-2020 a été élaboré avec l'appui des principaux partenaires (Gavi, OMS et UNICEF) en 2016. Les principales activités dont la mise en œuvre devrait à échéance aboutir à des données administratives proches des estimations WUENIC et des enquêtes sont entre autres : les ateliers de validation des données par niveau dont les premières sessions ont déjà été tenues, le déploiement effectif du DHIS2 sur toute l'étendue du territoire et l'intégration en cours du DVD-MT, la réalisation régulière et par niveau des supervisions formatives, la réalisation régulière de DQS.

Solutions proposées :

Données de cible :

- Le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil est d'environ 90% au Mali ce qui est très haut. Des actions simples comme un renforcement de la communication/coordination entre le district sanitaire et les instances en charge de l'état civil permettraient de régler le problème de dénominateur. Il s'agira de recenser les enfants cibles de PEV, à travers différentes sources d'information, p.ex. les déclarants / mairies / registres de naissance / accoucheuses traditionnelles

Discordances dans les données :

- Renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux à travers les supervisions formatives de qualité, surtout sur le remplissage des outils de monitoring et instauration de monitoring semestriels dans toutes les aires de santé, l'information par rapport à DHIS2 et DVD/MT, et à mener les analyses sur les données (revue trimestrielle des données PEV au niveau de chaque région, suivi régulier du plan de renforcement de la qualité des données, DQS systématique par les DS).

3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

Forces :

- Existence d'une décision pour la création du GTCV ;
- Tenue de réunions du CCIA ;
- Existence d'un comité de pilotage des JNV/Polio à tous les niveaux (régional, districts et aires de santé) ;
- Contribution des comités de gestion des ASACO pour le financement de la vaccination au Mali à travers l'achat de carburant pour les stratégies avancées, le paiement de certains vaccinateurs, l'achat de pétrole et paiement de facture d'électricité pour le fonctionnement de la chaîne de froid.
- Existence d'un réseau parlementaire pour la vaccination.

Faiblesses :

- Insuffisance de l'implication d'autres services techniques dans le CCIA ;
- Non fonctionnalité du GTCV ;
- Faible implication du secteur privé dans la vaccination ;
- Faible implication de la société civile dans la gestion des soins de santé ; essentiel/PEV et dans la génération de la demande.

Suggestions/Actions :

- Réviser les textes régissant le CCIA (composition/représentativité, fonctionnement du secrétariat, fonctionnement du comité) ;
- Rendre fonctionnel, avec l'appui de l'OMS, le GTCV (nommer les membres et allouer les fonds pour le fonctionnement) ;
- Sensibiliser le parlementaire sur les besoins de revoir à la hausse le budget alloué à la vaccination par rapport à celui de la santé.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PÉRIODE DE RAPPORTS

4.1. Performance programmatique

Le taux d'exécution financière varie en fonction du type de soutien.

Volet RSS1 : il est de 44%. Ce taux s'explique par le fait que le plus gros montant du reliquat de ce Grant est alloué à la réhabilitation de la SI et le dossier est suffisamment avancé. Le Dossier d'Appel d'Offre (DAO) se trouve au niveau de l'UNICEF. Le déblocage de ce dossier conduira à un fort taux d'exécution. Il faut également préciser que d'autres requêtes sont en cours pour le RSS1.

Volet RSS2 : le taux d'exécution financière est de 54% pour les deux ans du programme. Ce qui n'est pas mauvais en soit car le programme a débuté avec un léger retard de 4 mois. Il faut par ailleurs tenir compte des salaires des médecins (6 derniers mois de l'année) et la charge patronale (2ans) dont les requêtes seront traitées avant la fin de l'année. Beaucoup de requêtes sont aussi en cours entre les régions et l'UNICEF : il s'agit des formations GEV, de la supervision, du monitoring et les stratégies avancées et mobiles. Il a été constaté également que les stratégies avancées et les équipes mobiles sont financées sur le fond Canada par l'UNICEF. Ceci aussi justifie le faible taux d'exécution de l'appui pour les stratégies avancées et les équipes mobiles.

Pour ce qui est du taux d'exécution programmatique, au niveau du RSS 1, 100% des activités ont été

exécutés ou sont en cours d'exécution. Pour le RSS 2, hormis les aspects liés au fonctionnement et à la gestion, sur 44 activités prévues dont 9 ont été suspendues et réallouées au renforcement d'autres activités, toutes ont connu un début d'exécution.

Enfin, un certain nombre d'indicateurs ou de cibles devraient être revus. Il s'agit :

√ **IRT 8** : Appui OSC en tenant compte des zones d'intervention des OSC

√ **OIC 6.1.1** : Pas de cible et rapportage annuel

√ **OIC 6.1.3** : Pas de cible (voir JREF)

√ **IRT 1** : Cible atteinte par la stratégie avancée (6 derniers mois)

√ **IRT 2** : Stratégie mobile

(Combiner IRT 1 et IRT 2)

√ **IRT 9** : A remplacer ou supprimer

√ **IRT 10** : Comparer données d'enquête et de couverture vaccinale

√ **PRC 2.0** : Dépenses effectuées par les OSC – Rapportage semestriel

4.2. Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

Nous avons un taux d'exécution financière de 44% pour le reliquat RSS1. Cela peut s'expliquer par le fait que le montant le plus élevé est affecté à la réhabilitation de la Section Immunisation dont le DAO est en cours.

Le taux d'exécution financière pour le RSS2 est de 54% pour les deux années.

Pour le SNV il est de 88%. Cependant le montant alloué pour le 2^{ème} passage de l'ANII du projet de démonstration HPV dans le district de Fana et de la Commune V n'est pas encore mobilisé.

4.3. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

En 2016 le montant mobilisé dans l'achat des vaccins traditionnels, nouveaux et sous utilisés par le gouvernement du Mali est de 3 180 350,19 Dollars US représentant environ 12% du financement total des vaccins du pays. Le Mali a régulièrement honoré, même pendant la période de forte crise politico-sécuritaire, ses engagements relatifs au co-financement des nouveaux vaccins et sous-utilisés. Il faut cependant reconnaître que le Pays est fortement dépendant de l'aide de Gavi dont la part en 2016 est de 23 389 350,19 Dollars US pour le cofinancement des NV et sous utilisés soit 88% du financement des vaccins.

Quand aux dépenses globales pour la vaccination le montant total à 40 985 575, 67 Dollars US.

4.4. Assistance technique

AT/UNICEF en 2016 : Appui logistique

AT/OMS : Appui à la réalisation de la revue externe du PEV (2012-2016)

AT/AEDES en début 2017 : Appui au renforcement technique du PEV, appui stratégique et programmatique.

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

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
1. Accélérer la restructuration de la SI en direction	- En cours les textes réagissant la création de la DGS sont très avancés
2. Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la qualité des données (y inclus l'intégration des données de vaccination au DHIS2)	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de 53 cadres dans les 10 régions et Bamako - 353 cadres dans les CSRef, - 35 cadres dans les Hôpitaux, 1102 agents dans les CSComs. - Détail : - Formation de : - 100% des régions avec au moins deux agents par région - 100% des districts avec au minimum quatre agents par district - 78% des DTC du pays avec dotation en ordinateur portable et clé de connexion pour chaque cscm, 1 dans chaque district sanitaire pour les chargés SIS. Les régions de de Kayes, Sikasso, Ségou, Bamako sont à 100% de formation des DTC, Koulikoro 70%, Mopti 75%, Kidal 12 agents formés au niveau district et cscm, Tombouctou et Gao des DTC formé.
3. Elaborer le PPAC 2017-2021	- Élaboration d'un PPAC 2017-2021 validé par le CCIA et diffusé à l'ensemble des PTF
4. Instaurer un système de recensement communautaire des naissances et décès dans les aires de santé	- Non réalisé
5. Remplir et soumettre à Gavi le formulaire de switch une dose à 4 doses du PCV13.	- Réalisé
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel

5. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

Principales activités retenues pour la période 2017-2018

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante : 2017- 2018

- ✓ Renforcer les mécanismes de gouvernance (révision des textes régissant le CCIA, redynamisation du GTCV avec l'appui de l'OMS...) et de la redevabilité à tous les niveaux.
- ✓ Renforcer la GEV (plan d'approvisionnement des vaccins et consommables, plan de maintenance, évaluation GEV et mise en œuvre du plan d'amélioration) ;
- ✓ Développer et mettre en œuvre des micro-plans ACD/Equité dans les 11 districts prioritaires à faible performance (TA élevé , NENV et incidence rougeole), revoir les champs d'intervention et définir un cadre de performance des OSC (FENASCOM et GP/SP) et assurer la mise en œuvre de plan stratégique de communication pour le PEV
- ✓ Assurer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV (revue de la qualité des données, intégration DVD MT dans le DHIS2, enquête SARA)
- ✓ Accroître la participation de l'Etat au financement du PEV (plaidoyer, financement innovant...).

Principal résultat 1	Renforcer les mécanismes de gouvernance (révision des textes régissant le CCIA, redynamisation du GTCV avec l'appui de l'OMS...) et de la redevabilité à tous les niveaux.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser les textes régissant le CCIA (composition/représentativité, fonctionnement du secrétariat, fonctionnement du comité). ✓ Rendre fonctionnel avec l'appui de l'OMS le GTCV (nommer les membres et allouer les fonds pour le fonctionnement). ✓ Mettre en place et former le personnel de l'UGP (niveau central et régional).
Calendrier associé	2017-2018
Besoins en assistance technique	AEDES OMS DALBERG
Principal résultat 2	Renforcer la GEV (plan d'approvisionnement des vaccins et consommables, plan de maintenance, évaluation GEV et mise en œuvre du plan d'amélioration).
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doter les régions de Kayes, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao en camion sec ✓ Disponibiliser le plan de ravitaillement des vaccins et intrants à tous les niveaux ✓ Mobiliser les ressources nécessaires pour assurer la mise en œuvre du plan d'approvisionnement push à tous les niveaux (ligne budgétaire MS, plaidoyer) ✓ Rendre disponible les vaccins et intrants de façon ininterrompue à tous les niveaux (régions, districts et Cscm) ✓ Conduire l'évaluation GEV en 2017 et actualiser plan d'amélioration GEV ✓ Poursuivre le renforcement de la capacité de stockage à tous les niveaux ✓ Opérationnaliser le plan de la maintenance de la CDF ✓ Réaliser des supervisions systématiques de la GEV par le niveau central et régional ✓ Réaliser une analyse mensuelle SMT niveau central et régional et suivre la mise en œuvre recommandations.
Calendrier associé	2017-2018
Besoins en assistance technique	UNICEF OMS
Principal résultat 3	Développer et mettre en œuvre des micro-plans ACD/Equité dans les 11 districts prioritaires à faible performance (TA élevé , NENV et incidence rougeole), revoir les champs d'intervention des OSC (FENASCOM et GP/SP) et assurer la mise en œuvre de plan stratégique de communication pour le PEV.

Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> √ Faire une micro-planification de qualité dans les 11 districts prioritaires. √ Mise à jour de la cible à travers un dénombrement à l'aide des sources d'informations locales. √ Assurer le suivi de la mise en œuvre des actions définies dans la micro-planification dans les 11 districts, à travers une supervision de qualité. √ Développer un partenariat communautaire pour renforcer la recherche des abandons dans les 11 districts (faire un mapping des intervenants, utilisation des registres communautaires, organisation des dialogues et assises communautaires, parrainage des enfants, ...). √ Mettre en œuvre le plan stratégique de communication pour le PEV. √ Redéfinir les champs d'intervention des OSC. √ Etendre l'approche ACE sur d'autres districts prioritaires (identifier après l'analyse basée sur l'équité).
Calendrier associé	2017-2018
Besoins en assistance technique	
Principal résultat 4	Assurer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV (revue de la qualité des données, intégration DVD MT dans le DHIS2, enquête SARA).
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> √ Renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux à travers les supervisions formatives de qualité. √ Faire les revues périodiques des données du PEV et feed back (mensuelle au niveau district, trimestrielle au niveau région, semestrielle au niveau national). √ Réaliser l'enquête SARA en 2017. √ Faire les réunions de monitoring et évaluation.
Calendrier associé	2017-2018
Besoins en assistance technique	AEDES UNICEF OMS
Principal résultat 5	Accroître la participation de l'Etat au financement du PEV (plaidoyer, financement innovant...)
Actions convenues du pays	√ Sensibiliser le parlementaire sur les besoins de revoir à la hausse le budget alloué à la vaccination par rapport à celui de la santé.
Calendrier associé	2017-2018
Besoins en assistance technique	Sabin vaccine Institute

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

L'évaluation conjointe a débuté par la revue documentaire de la partie nationale et envoyé à tous les participants une semaine avant l'arrivée de la mission. Au cours de l'évaluation nous avons procédé par :

- ✓ Rencontre introductive avec les autorités du MSHP ;
- ✓ Présentations sur l'état de mise en œuvre des différentes subventions de GAVI: le PEV, RSSII, OSC suivies de discussions en plénière;
- ✓ Présentation sur la mise en place d'une unité de coordination et de gestion (UCG) suivie de

discussions

- ✓ Visite de terrain au Csref de Kati et au Cscm de Safo.

Au cours de l'audience avec Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique certaines préoccupations de la mission et des Partenaires Techniques et Financiers de l'ALLIANCE ont été discutées à savoir :

- ✓ Le problème de qualité des données notamment la non maîtrise des cibles dans le district visité du fait de sa proximité avec Bamako et dont la solution peut être l'enregistrement des naissances ;
- ✓ Rupture de stocks de vaccins et d'intrants due en partie au rythme et aux moyens de distribution ;
- ✓ Insuffisance de supervision formative et ciblée ;
- ✓ Insuffisance dans la planification des activités ;
- ✓ Lourdeur administrative pour le déblocage des fonds ;
- ✓ Lenteur dans l'acquisition des incinérateurs ;
- ✓ Lenteur dans la mise en œuvre du chantier de réhabilitation de la section immunisation et l'urgence d'avoir un interlocuteur approprié pour faire avancer ce dossier ;
- ✓ Lenteur dans la mise à disposition des contrats révisés pour la prise en charge des charges sociales des médecins ;
- ✓ Lenteur dans la réalisation de l'enquête SARA qui nécessite également d'avoir un interlocuteur désigné pour faire avancer le processus ;
- ✓ les aspects communautaires de l'équité tout en rappelant que les populations pauvres en milieu urbains ne doivent pas être oubliées ;
- ✓ la redevabilité qui doit rentrer dans les habitudes à tous les niveaux ;
- ✓ le long processus des requêtes et aussi le long retour des justificatifs des fonds.

En réponse, Monsieur le Ministre a donné l'assurance que tout sera mis en œuvre pour faciliter l'exécution du soutien de Gavi. Il a dit avoir pris note des faibles taux de couverture puis a répondu point par point aux préoccupations soulevées.

S'agissant du problème de qualité de données, Monsieur le Ministre a proposé d'explorer la solution IDC telles les registre et cartes électroniques. Il a donné les exemples d'enquêtes que son équipe a réalisé dans deux quartiers de Bamako et qui montrent que les populations administratives sont largement sous estimées.

Pour ce qui concerne les ruptures d'intrants, le Ministre dit ne pas comprendre cette situation et a donc instruit au Directeur National de la Santé de lui soumettre un plan de distribution dans les brefs délais. Ce plan sera partagé avec les PTF et diffusé à tous les niveaux concernés. Il a souligné la nécessité de faire des SOP (Standards Operating Process) pour le personnel, les pièces justificatives, la distribution des intrants et le suivi des stocks.

Pour ce qui est des supervisions et des justificatifs de fonds, Monsieur le Ministre a instruit au DNS d'adresser rapidement une lettre d'instruction aux Directeurs Régionaux de la Santé pour la réalisation urgente des activités de supervision et la transmissions sans délai des justificatifs en cours.

Par rapport aux incinérateurs, Monsieur le Ministre a instruit de démarrer rapidement les travaux de construction des incinérateurs et a promis de visiter ces chantiers lors de sa sorties très prochaine sur le terrain.

En ce qui concerne la construction de la section immunisation, Monsieur le Ministre a instruit au Directeur National de la Santé de tout mettre en œuvre pour la pose des premières pierres avant la fête du 22 septembre et a proposé le 15 août prochain.

S'agissant de la signature des contrats pour la prise en charges des charges sociales des médecins, Monsieur le Ministre a instruit au Directeur des Ressources Humaines de rappeler le CMIE sur l'urgence de la signature de ces contrats et de lui rendre compte en cas de blocage.

Visite de terrain au Csref de Kati et au Cscm de Safo

Dans le cadre de l'évaluation conjointe tenue à Bamako du 17 au 21 juillet 2017, une équipe de l'évaluation a réalisé une visite dans le district de Kati le mardi 18 juillet. L'objet de cette visite était

d'échanger avec des acteurs du terrain sur les aspects liés à l'opérationnalisation du RSS.

Le Médecin chef du district à présenter sa zone d'intervention, l'organisation du service et les taux de couverture vaccinale. Les points saillants sont les suivants :

Difficultés

Faible niveau de la cible
Population sous-estimée
Glissement des cibles
Migration des populations
Faible financement des activités de suivi/évaluation
Lenteur au niveau du traitement des requêtes

Quelques recommandations

Réaliser une revue trimestrielle sur la qualité des données
Appliquer l'approche ACE/équité dans le district afin
Autonomiser les districts au niveau de la demande des requêtes

ANNEXE

Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework) Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus			
Rapports financiers			
Rapports financiers périodiques	X		
État financier annuel	X		
Rapport d'audit financier annuel			X
Rapport de niveau de stock de fin d'année			
Rapport de campagne			
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination	X		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes			
Revue documentaire annuelle	X		
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)	X		
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement			
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)			
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)			
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)			
Évaluation post-introduction (EPI)			X
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans	X		
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation	X		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS			X
Rapports spécifiques au VPH	X		
Plan de transition			X