



PLAN PLURIANNUEL COMPLET REVISE DE LA VACCINATION

2012 - 2016

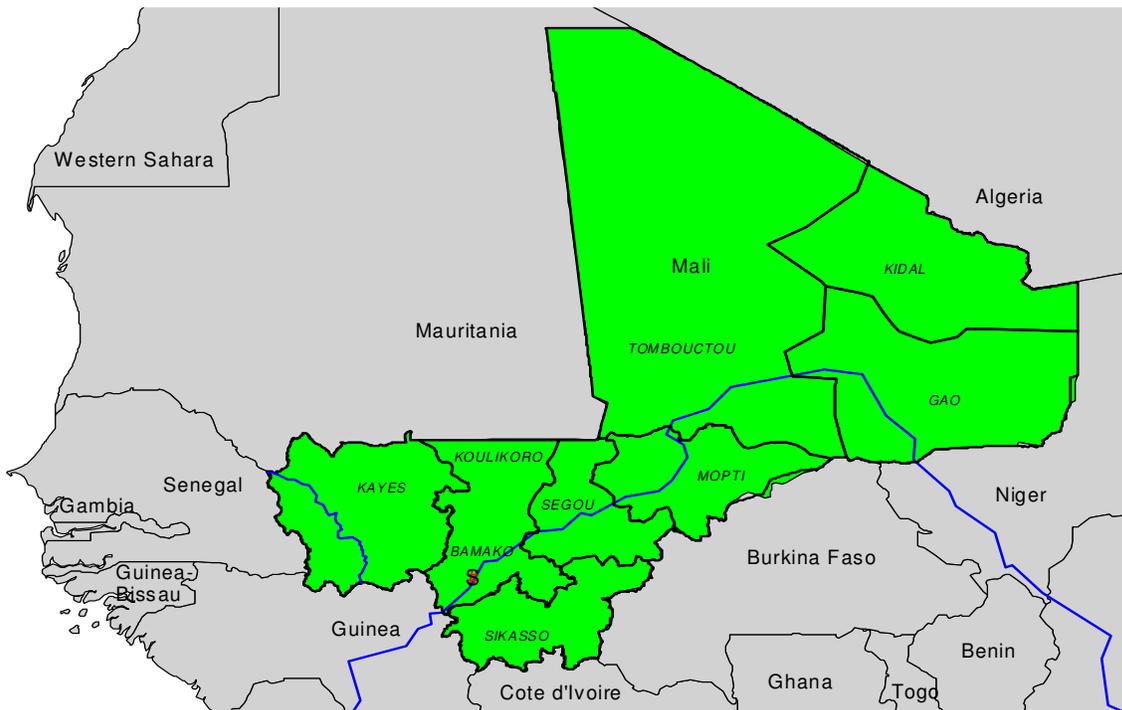


Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
LEXIQUE D'EQUIVALENCE OBJECTIFS STRATEGIQUES GVAP – COMPOSANTES PPAC.....	4
LISTE DE L'EQUIPE DE REVISION DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2012-2016.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
LETTRE D'ENDOSSEMENT	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
RESUME D'ORIENTATION DU PPAC REVISE 2012-2016.....	87
1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	109
1.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES	11
1.2 DONNEES GEOGRAPHIQUES.....	11
1.3 DONNEES ECONOMIQUES.....	13
1.4 ORGANISATION ADMINISTRATIVE.....	13
1.5 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	14
1.6 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	17
1.7 ORGANISATION DE LA VACCINATION.....	17
1.7.1 <i>Rappel historique du PEV</i>	17
1.7.2 <i>Le calendrier vaccinal du Mali</i>	19
2 ANALYSE DE LA SITUATION.....	20
2.1 APPROPRIATION PAR LE PAYS.....	20
2.1.1 <i>Coordination et gestion du programme élargi de vaccination</i>	20
2.1.2 <i>Financement pour l'achat de vaccins</i>	20
2.2 RESPONSABILITE PARTAGEE ET PARTENARIAT.....	24
2.3 EQUITE.....	29
2.3.1 <i>Couvertures vaccinales</i>	29
2.3.2 <i>Analyse forces, faiblesses, opportunités menaces liée à l'équité</i>	45
2.4 INTEGRATION.....	48
2.4.1 <i>Description du système national de surveillance</i>	48
2.4.2 <i>Qualité des données de surveillance</i>	49
2.4.3 <i>Financement</i>	49
2.4.4 <i>Conclusions pertinentes de la revue de surveillance la plus récente</i>	49
2.4.5 <i>Le rôle du réseau national de laboratoire rougeole-fièvre jaune</i>	50
2.4.6 <i>Financement et approvisionnement</i>	50
2.4.7 <i>Système de Surveillance des PFA</i>	50
2.4.8 <i>Système de surveillance de la rougeole et de la fièvre jaune</i>	51
2.4.9 <i>Résultats</i>	53
2.4.10 <i>Performance de la surveillance selon les indicateurs de laboratoire sur trois ans</i>	59
2.4.11 <i>Mécanismes de contrôle de la qualité et le statut d'accréditation</i>	59
2.4.12 <i>Qualité des données et harmonisation avec le programme national de surveillance</i>	60
2.4.13 <i>Changement du profil épidémiologique de la rougeole au Mali :</i>	61
2.4.14 <i>Profil épidémiologique des épidémies de rougeole</i>	66
2.4.15 <i>Documentation des souches virales</i>	67
2.4.16 <i>Profil de la population vulnérable selon l'outil de planification stratégique de la rougeole</i>	68
2.5 PERENNITE	79
2.5.1 <i>Approvisionnement et gestion des vaccins</i>	79
2.5.2 <i>Logistique de la chaîne du froid</i>	82
2.5.3 <i>Logistique transport</i>	83
2.5.4 <i>Sécurité de la vaccination</i>	84
2.5.5 <i>Résumé Analytique des problèmes liés à la perennisation</i>	84
APPLICATION DE LA POLITIQUE DU « BUNDLING ».....	87
2.6 INNOVATION.....	8888
3 PROBLEMES PRIORITAIRES.....	8989
4 OBJECTIFS.....	9292

4.1	OBJECTIFS A LONG TERME	<u>9292</u>
4.2	OBJECTIFS STRATEGIQUES	<u>9292</u>
4.3	OBJECTIFS DE COUVERTURE.....	<u>9292</u>
5	ACTIVITES ET INDICATEURS PAR OBJECTIF STRATEGIQUE	<u>9494</u>
6	BUDGET	<u>112412</u>
6.1	METHODOLOGIE	<u>112412</u>
6.2	ANALYSE FINANCIERE DE L'ANNEE 2009	<u>114414</u>
6.3	BESOINS EN RESSOURCES FUTURES DU PLAN 2012-2016	<u>117417</u>
6.4	BESOINS EN RESSOURCES, FINANCEMENT ET ECART 2012-2016.....	<u>118418</u>
6.5	STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES	<u>125425</u>
6.6	STRATEGIES POUR UNE GESTION EFFICACE DES RESSOURCES FINANCIERES	<u>126426</u>
6.7	MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE ET DU SUIVI EVALUATION	<u>126426</u>
7	PLAN OPERATIONNEL 2014	<u>128428</u>
8	REFERENCES	<u>173473</u>

Liste des abréviations

Lexique d'équivalence objectifs stratégiques GVAP – Composantes PPAC

Objectifs stratégique version révisée	Composantes ancienne version PPAC
Objectif stratégique 1 : Le Mali s'engage en faveur de la vaccination en tant que priorité	Gestion du programme
Objectif stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et réclament les vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité s'articule avec la composante communication	Communication
Objectif stratégique 3 : Les avantages de la vaccination s'appliquent à tous de manière équitable	Prestation de service
Objectif stratégique 4 : Les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé performant	Surveillance intégrée des maladies cibles du PEV Gestion du programme
Objectif stratégique 5 : Les programmes de vaccination ont durablement accès à un financement prévisible, à un approvisionnement de qualité et à des technologies innovantes	Approvisionnement en vaccin, qualité et logistique
Objectif stratégique 6 : Les innovations issues des programmes de recherche et développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les avantages de la vaccination	Gestion du programme

Liste de l'équipe de révision du Plan Pluriannuel Complet 2012-2016

Ministère de la santé :

- Dr Diakité Oumou S MAIGA	DNS
- Dr Nouhoum KONE	DNS
- Dr Alassane B DICKO	DNS/DPLM
- Dr Aguisa MAIGA	DNS/SI
- Dr Fanta NIARE DEMBELE	CNAM/CVD
- Dr Mady KAMISSOKO	DNS/SI
- Mme DIALLO Assa DIAKITE	CNIECS
- M. Bani DIABY	DNS/SI
- Mme DIARRA Hamsatou DICKO	DNS/SI
- Mr Moussa BATHILY	DNS/SI
- Mr Seydou KOUYATE	DNS/SI
- Mme KEITA Fatoumata TOURE	DNS/DSR
- Dr Souleymane SIDIBE	CPS/SSPF
- M Moussa BATHILY	DNS/SI
- Dr TRAORE Sékou	INRSP
- Dr Lamine DIARRA	DNS/SSE
- Dr Nazoum DIARRA	DNS/MNT
- M Youssouf BORE	DFM/Santé
- Mme GOITA Soula FOFANA	DNS/Unité
- Dr Famoussa KONATE	DNS/SI
- M Ladjji Sidi TRAORE	CNIECS
- Pr Flabou BOUGOUDOGO	INRSP
- Dr Ouassa BERTHE	DNS/SSE
- Dr Abdoul Aziz BERTHE	CHU Gabriel TOURE
- Dr DIALLO Alimata NACO	DNS/SI
- Mme COULIBALY Sitan BAGAYOKO	DNS/SI
- M Gaoussou DIARRA	DFM/Santé
- M Dramane TRAORE	DNS/SI
- M Harouna A MAIGA	DNS/SI

Ministère de l'économie et des finances :

- Mr Mahamadou SIDIBE DGB/MEF

Ministère de la Fonction Publique et de l'Action Humanitaire :

- M Abdoulaye Hama MAIGA

Partenaires techniques et financiers :

- Dr Baba TOUNKARA OMS/MALI
- Mr Idrissa YALCOUYE OMS/MALI
- Assetou DIARRA KAMATE OMS/Consultant
- Dr Sylvestre Tiendrebeogo UNICEF/MALI
- Jonas Sabin Vaccine Institute
- Alice Abou Nader Sabin Vaccine Institute

Société civile :

- Dr DOUCOURE Mariam GARANGO Groupe Pivot/Santé Population

Remerciements

Le Ministre de la santé et de l'hygiène publique remercie

MATCL

- Le Ministère de l'administration territoriale et collectivités à travers Gouverneur de la Région de Koulikoro
- Les départements ministériels : Ministère de l'Economie et finance, Travail, du développement social et de l'action humanitaire,
- Les partenaires techniques et financiers : l'OMS, l'UNICEF, Sabin vaccine Institute pour leur assistance technique et financière à la révision du PPAC 2012-2016 ;

- La société civile à travers le Groupe Pivot /Santé Population ;

- A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la révision du présent plan

LETTRE D'ENDOSSEMENT DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DU MALI

Dans le but d'améliorer la qualité de vie des populations maliennes à travers la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement, dans sa stratégie sectorielle de santé s'est fixé l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Il s'agit plus spécifiquement d'atteindre une couverture d'au moins 95% d'ici 2016 et la maintenir élevée chez les différents groupes concernés. Ceci cadre avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins.

Ayant constaté avec satisfaction la nette évolution du taux de couverture vaccinale enregistré par le Programme Elargi de Vaccination(PEV) qui est passé de 89% en 2009 à 90 % en 2012 pour le vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'haemophilus influenzae type b, l'hépatite b, et afin d'assurer la pérennité des financements des activités de vaccination dans le cadre de ce Programme, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui des partenaires au développement du Mali, vient de réviser son Plan Pluriannuel Complet 2012-2016 dans le but de l'harmoniser avec les objectifs stratégiques du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins et les autres documents de références du pays.

En vue d'examiner et de valider ce Plan Pluriannuel Complet, une réunion du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) s'est tenue le sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Fort des décisions de cette réunion, le Gouvernement et les partenaires ont manifesté leur engagement comme suit :

- l'Etat malien s'engage à œuvrer pleinement pour la résorption des gaps financiers du Plan Pluriannuel Complet 2012-2016 et la réalisation des objectifs de son programme élargi de vaccination ;
- les partenaires, malgré les incertitudes liées à la programmation biennale ou quinquennale de leur budget, s'engagent à soutenir le Gouvernement malien pour la réalisation des objectifs du PEV et la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet ;
- le Plan Pluriannuel Complet sera conjointement réajusté chaque année. L'Etat et ses partenaires s'attelleront à trouver les moyens en vue d'atteindre les objectifs fixés

Bamako, le

Le Ministre de la Santé
Et de l'Hygiène Publique

Le Ministre de l'Economie
Et de Finances

Le Ministre de
l'Administration Territoriale et
des Collectivités

Résumé d'orientation du PPAC révisé 2012-2016

La vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale. On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès. La vaccination complète contribue pour 40% dans l'atteinte de l'OMD⁴. Ces avantages sont encore majorés par les vaccinations à l'adolescence et à l'âge adulte.

La vision de la Décennie de la vaccination (2011-2020) conformément aux demandes formulées dans la résolution WHA61.15, est celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les collectivités jouissent de la vie sans craindre les maladies évitables par la vaccination. La mission de cette Stratégie est d'étendre à toutes les personnes, indépendamment de leur origine, de leur identité et de leur lieu de vie, les bénéfices complets de la vaccination d'ici à 2020 et au-delà.

A l'heure de l'introduction des nouveaux vaccins, l'immunisation des enfants est un véritable défi dont le relèvement passe par une planification à long terme et surtout la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées. C'est dans cette optique que le plan stratégique pour la vaccination du Mali qu'est le Plan Pluriannuel Complet 2012-2016 élaboré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de ses partenaires a été révisé et mis en harmonisation avec la vision de la décennie de la vaccination traduite en Plan d'Action Mondial pour les Vaccins.

Cette harmonisation a été faite par une équipe pluridisciplinaire composée des responsables des Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, de l'Economie et des Finances, du Travail des Affaires Sociales et Humanitaires ; des partenaires techniques et financiers et des représentants de la Société civile.

Une analyse de la situation du PPAC 2012-2016 a été faite en adaptant ses différentes composantes avec les orientations globales du plan d'action mondial pour les vaccins. Ce qui a permis d'identifier des problèmes prioritaires en fonction des six objectifs stratégiques du plan mondial d'action pour les vaccins en harmonisation avec le PPAC 2012-2016 et repartis en fonction des domaines ci-après :

➤ **Appropriation par le pays :**

Elle se fait à travers les organes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette appropriation se manifeste aussi à travers la part du budget du Ministère de la Santé consacré à l'achat de vaccins qui a passé de 3% en 2006 à 10% en 2013. Le montant total alloué à l'achat de vaccins pour la période s'élève à **20.255.994.000 F CFA**.

➤ **Responsabilité partagée et Partenariat :**

L'accent est mis sur la compréhension des individus et des communautés sur la valeur des vaccins et la réclamation de la vaccination à la fois comme un droit et comme une

responsabilité. Au Mali, du lancement du programme à nos jours, la situation du PEV a connu une grande évolution sur le plan de la qualité des prestations et de la communication. Ainsi, au regard des résultats de l'enquête de couverture conduite en **2009-2010**, les raisons de non vaccination impliquant le manque d'information ne représentent que **14 %** contre **49,6%** en **2006**.

➤ **Équité :**

Les couvertures vaccinales pour les différents antigènes du PEV de routine ont connu des progressions grâce aux initiatives GAVI ainsi que la mise en œuvre des *approches* novatrices telles que l'approche atteindre chaque district. Toutes les cibles bénéficient des services de vaccination en centre fixe dans les structures de santé, en stratégies avancées dans les villages et hameaux et en équipe mobile simplifiée dans les aires de santé non fonctionnelles sans discrimination de sexe, de religion, ni de race.

➤ **Intégration :**

La Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) prévoit 44 maladies à surveiller dans le pays, classées en maladies à potentiel épidémique (17), maladies à éradiquer (2), maladies à éliminer (5), maladies et événement d'importance publique (20).

➤ **Pérennité :**

Elle prend en compte l'approvisionnement et gestion des vaccins, la logistique de la chaîne de froid et du transport, la sécurité des injections.

Le financement des vaccins et consommables est assuré en grande partie par le budget d'Etat depuis 1996 dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique. Depuis les premières années de son démarrage, le PEV a bénéficié de l'appui de nombreux partenaires pour l'installation, le renouvellement et la maintenance des équipements de la chaîne du froid (CdF) à tous les niveaux. Le dépôt central dispose de : 7 chambres froides positives totalisant une capacité de 55 000 litres, 3 chambres froides négatives de 23 000 litres et 7 réfrigérateurs.

➤ **Innovation :**

Il existe des centres de recherche sur le développement des vaccins : le CVD/CNAM et le MRTC, des laboratoires de référence (l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre Mérieux). Quelques études ont été réalisées sur les études épidémiologiques et essais cliniques et des évaluations après les campagnes de vaccination intégrée contre la rougeole et la campagne de masse contre la méningite à méningocoque A utilisant le vaccin conjugué MenA.

Une analyse de la situation basée sur les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces a permis d'identifier des activités pertinentes en rapport avec chaque objectif stratégique du plan d'action mondial pour les vaccins. Ces nouvelles activités pertinentes et celles déjà existantes dans le PPAC 2012-2016 ont été budgétisées sur la période 2014-2016 pour un montant de **144 670 285 930 FCFA** pour le PPAC révisé. Un plan opérationnel 2014 a été tiré du PPAC révisé pour un montant de **42 677 818 730 FCFA**. L'Etat et ses partenaires constituent les sources de financement du PPAC révisé et du PO 2014.

1 Contexte et justification

La vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale. On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès. À l'abri des maladies évitables par la vaccination, les enfants vaccinés peuvent grandir dans de bonnes conditions et réaliser pleinement leur potentiel. Elle est l'une des interventions les plus efficaces en santé publique, contribue à la réduction de la pauvreté, et fait partie des priorités du gouvernement. La promotion de la vaccination est une forme d'investissement dans le capital humain qui permet d'éviter les externalités négatives de la maladie. La vaccination complète contribue pour 40% dans l'atteinte de l'OMD⁴. Ces avantages sont encore majorés par les vaccinations à l'adolescence et à l'âge adulte.

La reconnaissance collective de cette opportunité a amené la communauté mondiale de la santé à appeler au lancement d'une stratégie appelée « Décennie de la vaccination », conformément aux demandes formulées dans la résolution WHA61.15 sur la Stratégie mondiale de vaccination. La vision de la Décennie de la vaccination (2011-2020) est celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les collectivités jouissent de la vie sans craindre les maladies évitables par la vaccination. La mission de cette Stratégie est d'étendre à toutes les personnes, indépendamment de leur origine, de leur identité et de leur lieu de vie, les bénéfices complets de la vaccination d'ici à 2020 et au-delà.

Dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions pour prévenir et combattre les maladies, les vaccins et la vaccination représentent un investissement essentiel pour l'avenir d'un pays et pour celui de la planète. Cet investissement coûteux nécessite un engagement commun : collectivités, Etat, communauté internationale dont les partenaires techniques et financiers pour assurer sa pérennité.

A l'heure de l'introduction des nouveaux vaccins, l'immunisation des enfants est un véritable défi dont le relèvement passe par une planification à long terme et surtout la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées. A ce titre, le plan stratégique qu'est le PPaC, constitue un outil privilégié pour la pérennisation du PEV à travers l'amélioration de la viabilité financière celui-ci.

L'efficacité de la mise en œuvre du PPaC dépend de l'engagement de toutes les parties à mobiliser les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre.

Le Mali finance l'achat des vaccins traditionnels, du matériel d'injection et cofinance depuis 2003 avec GAVI l'achat des nouveaux vaccins, les vaccins sous-utilisés et la sécurité des injections. Il existe une ligne budgétaire à cet effet.

Après le plan couvrant la période 2007-2011, celui de 2012-2016 a été élaboré en juillet 2011 par une équipe pluridisciplinaire composée des responsables du Ministère de la Santé, de l'Economie et des Finances, des partenaires techniques et financiers. Il a été harmonisé avec les documents de politique sectorielle du PDDSS, du cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté, du Cadre des Dépenses à moyen Terme (CDMT), du Cadre Budgétaire à moyen terme (CBMT) et de la vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS) : 2006-2015.

Cependant compte tenu de l'introduction de nouveaux vaccins (HPV, Vaccin anti rota virus), de l'élaboration du plan stratégique d'élimination de la rougeole d'ici 2020 et de l'existence d'un plan d'action mondial pour les Vaccins (GVAP), une révision du PPaC de 2012-2016 s'avère nécessaire et doit prendre en compte entre autres les orientations globales du GVAP à savoir les stratégies, les indicateurs de suivi/évaluation.

1.1 Données démographiques

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de **1 241 231 km²**, et est limité au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger, au Sud par le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie. Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont Bamako-Abidjan 1115km ; Bamako-Dakar 1 250 km ; Bamako-Conakry 1115 km. Le pays est partagé en trois zones climatiques dont la zone saharienne 50%, la zone sahélienne 25% et la zone soudano-guinéenne 25%. La pluviométrie est faible (200 à 1 300 mm) avec des périodes de sécheresse très variées. Le relief est peu accidenté et le pays est arrosé par deux grands fleuves le Niger et le Sénégal. Tout cet écosystème détermine les conditions difficiles dans lesquelles les populations vivent dans les zones sahélo sahariennes

1.2 Données géographiques

Le Mali compte environ 14 517 176 d'habitants (RGPH, 2009) repartis dans 2 369 866 ménages. La population Malienne a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, ce qui représente un taux de croissance annuelle moyenne de 3,6%. Elle est composée des femmes qui représentent 50,4% contre 49,6% pour les hommes.

Les principaux indicateurs sociodémographiques selon les résultats de l'EDS IV

(2006) sont :

- ❑ Indice de fécondité : 6,6 enfants par femme avec des variations selon les régions Bamako 4,8, zone rurale 7,2.
- ❑ Niveau d'instruction des femmes de 15-49 ans : 20%.
- ❑ Taux de mortalité infantile : 96 pour mille (EDS IV 2006).
- ❑ Taux de mortalité maternelle : 464 pour 100.000 naissances vivantes.
- ❑ La population vit à près de 70% en milieu rural.

- Cette population est essentiellement jeune. La tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 46%, la tranche d'âge de 0 à 5ans représente 20% et celle de 0-11 mois, 4 %.

1.3 Données économiques

La pauvreté est plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain et encore plus chez les femmes que chez les hommes. Tous ces facteurs font que le Mali est parmi les pays les plus pauvres du monde.

Cependant, la réalité ci-dessus ne doit pas cacher les efforts déployés par le Gouvernement du Mali pour résoudre les problèmes économiques. En effet, au cours des dernières années, l'économie du pays a connu une croissance positive qui a eu des conséquences décisives sur les orientations en matière de politique sociale.

Le CSCR 2007-2011, Cadre fédérateur des politiques sectorielles du Gouvernement, s'est référé aux projections du FMI et à des hypothèses spécifiques relatives à l'économie nationale. Il montre qu'un taux de croissance annuel moyen du PIB de 7 % durant la période 2007-2011 doit réduire le taux de pauvreté monétaire de 6 points de pourcentage à l'horizon 2011, soit une baisse annuelle de 1,2 point de pourcentage. Ce scénario a été retenu avec l'hypothèse de politiques volontaristes de l'État pour soutenir les secteurs porteurs de l'économie et augmenter ses recettes. Ce scénario est réaliste, compte tenu des taux déjà observés par le passé alors qu'aucune stratégie de renforcement n'était mise en œuvre. Pourtant, depuis 2007, chaque année, la croissance du PIB malien est inférieure aux prévisions.

De multiples causes peuvent rendre compte de l'écart par rapport aux objectifs ciblés, notamment les chocs exogènes (crises alimentaire, énergétique et financières)

Le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) a atteint 4,9 % en 2009. Si ce résultat est inférieur à l'objectif de 6,5 %, il est encourageant de constater que, dans un contexte mondial de repli, la croissance malienne s'est maintenue à un niveau plus élevé que celui observé à l'échelle de l'UEMOA.

L'inflation est passée de 9,2 % en 2008 à 2,2 % en 2009. Ce net ralentissement est du même ordre que celui observé à l'échelle de l'UEMOA : de 7,4 % en 2008 à 1,1 % en 2009. Au Mali, le principal facteur de ce ralentissement de l'inflation est la hausse de la production agricole vivrière grâce à une pluviométrie abondante et aux soutiens financiers et fiscaux de l'État pour atténuer l'impact de la crise internationale sur les produits et services dont les prix affectent particulièrement les plus pauvres.

1.4 Organisation administrative

Le territoire du Mali est divisé en :

- 8 Régions plus le District de Bamako.
- 49 Cercles et les 6 Communes de Bamako
- 703 Communes
- 13 604 Villages et fractions.

Les communes sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le renforcement du processus de décentralisation administrative est en cours.

1.5 Situation Epidémiologique

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant. Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent les déterminants qui sont à la base du bas niveau de santé de la population. En plus, les infections sexuellement transmissibles persistent, notamment la pandémie du VIH/SIDA. On constate l'émergence de maladies non transmissibles dites de génération (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux, les affections respiratoires chroniques, les violences, les catastrophes etc...).

Les maladies émergentes et réémergences d'envergure mondiale comme le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme demandent une lutte concertée contre ces fléaux. Certaines maladies sont en voie d'éradication au Mali et dans la sous région telles que la dracunculose et la poliomyélite, malgré une recrudescence de la polio et le ver de Guinée ces deux dernières années. D'autres demeurent latentes dans la sous région après des opérations visant à leur contrôle (onchocercose, trypanosomiase, lèpre, fièvre jaune).

Les épidémies de choléra, de méningite et de rougeole deviennent de plus en plus fréquentes au Mali et constituent une réelle source d'inquiétude. Au nombre de ces épidémies, on peut retenir :

- Méningite : La plus grande épidémie de méningite de ces dernières années a été enregistrée au Mali en 1997 (11.228 cas suspects dont 1.126 décès). **La dernière date de 2006 (11.228 cas suspects ; 1.126 décès).**
- Rougeole : Au cours de l'année 1998, 10.240 cas suspects dont 35 décès. Après quelques années d'accalmie, les épidémies de rougeole ont refait surface avec : 3.394 cas suspects dont 7 décès en 2009, 1.945 cas suspects dont 5 décès en 2010 et 741 cas suspects dont 56 décès en 2005.
- Choléra : 7 151 cas suspects dont 819 décès en 1996 et 4 298 cas suspects dont 324 décès en 2003/2004, 51 cas confirmés avec 3 décès en 2008 à Kayes.
- Fièvre jaune : 305 cas dont 145 décès en 1987 et 50 cas dont 21 décès en 2005.
- **Dengue : 109 cas dont 4 décès en 2008.**
- Grippe A (H1N1) : 41 cas confirmés non suivis de décès en 2010.
- Fièvre de Lassa : 2 cas suivis de décès dans le district de Bougouni en 2009

Donner source des données

Etat nutritionnel :

L'analyse PROFILES indique que 51% de la mortalité infanto juvénile est attribuable à la malnutrition.

Les carences protéino-caloriques constituent la forme de malnutrition la plus répandue, particulièrement chez l'enfant.

La sous-alimentation, la malnutrition et les maladies infectieuses sont des problèmes majeurs qui affectent la situation socio-économique du pays.

Le facteur essentiel pour la consommation alimentaire est la réalisation de la sécurité alimentaire par la maîtrise de l'approvisionnement et la gestion des stocks qui assure la disponibilité permanente en produits alimentaires.

L'interaction entre nutrition et infection explique, d'une part, la sévérité de nombreuses infections et le taux élevé de la mortalité associée aux maladies infectieuses de l'enfant, et d'autre part, le fait que les maladies infectieuses sont un des principaux facteurs responsables de la malnutrition infantile. Les pauvres (surtout les mères et les enfants) sont désavantagés devant les infections et payent de ce fait, un lourd tribut à cause de leur état nutritionnel déficient (sous-nutrition chronique ou aiguë) qui les rend vulnérables aux infections. Ils n'ont pas les ressources et l'éducation nécessaires pour s'alimenter correctement et pour se faire soigner. Cette situation est aggravée par les difficultés d'accès à des services de santé de proximité de qualité.

Les déficiences en micronutriments concernent le fer qui occasionne l'anémie, la vitamine A qui affectent essentiellement la vision et la croissance.

Maladies liées à l'eau :

L'eau est à la fois source de santé et source directe et indirecte de transmission de maladies (salmonelloses, diarrhées, paludisme, choléra, schistosomiases, dracunculose etc.). L'eau potable est source de vie et de santé en tant que facteur préventif (eau de boisson) et curatif (solution de réhydratation orale, solutés...). La situation en matière d'eau potable au Mali est caractérisée, selon le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau, par de grands progrès réalisés depuis l'indépendance du pays jusqu'en 2003 ~~en la~~ matière. En milieu urbain, 61% des besoins en eau potable sont satisfaits.

Autres déterminants de l'état de santé :

Le manque d'information et l'ignorance dus au faible niveau d'instruction sont parmi les principales causes du mauvais état de santé et de bien-être de l'enfant.

Selon les données statistiques du Ministère de l'Education (CPS), entre 2004-2008, le taux brut de scolarisation est passé de 72,2% à 80% pour le 1er cycle du fondamental et de 38,4% à 46,8% pour le second cycle. Au niveau du secondaire il est passé de 10% (7, 1% en considérant à la fois le secondaire général et l'ETP) à 14, 8% (22,9% en considérant à la fois secondaire général et l'ETP).

Le Taux brut de scolarisation des filles est passé de 65,6% en 2006 à 68% en 2007, alors que celui des garçons est passé 81,5% à 97,5% sur les mêmes périodes. Le taux d'achèvement du primaire (TAP) qui était de 43,2% en 2005 est passé à 53,2% en 2007, et à 54% en 2008.

Le nombre d'étudiants pour 100 000 habitants est 406 en 2007-2008 avec un fort accroissement sur les deux dernières années (+50%)¹. Le taux d'alphabétisation des adultes est de 21,3%.

Malgré cet effort, l'offre d'éducation reste faible. Cet état de fait a un impact négatif sur le niveau de santé de la population, particulièrement celui des femmes. Le niveau d'éducation sanitaire qui favorise l'adoption de comportements favorables à la santé demeure lui aussi très bas et est un facteur décisif dans la persistance de déterminants qui ont un impact négatif sur la santé tels que la prévention et l'hygiène, la planification familiale. L'expérience de collaboration entre la santé et l'éducation en matière d'Education à la vie familiale et l'éducation en matière de population (EVF/EMP) et les activités préventives et promotionnelles développées au sein des établissements scolaires n'ont été ni évaluées ni capitalisées.

L'insalubrité de l'environnement expose aux maladies infectieuses. Le niveau d'éducation sanitaire peu élevé favorise l'adoption de comportements défavorables à l'instauration de pratiques préventives et promotionnelles de vie saine. L'amélioration des conditions d'hygiène alimentaire et environnementale, notamment en matière d'hygiène du milieu, d'habitat décent, de nutrition et de prophylaxie des maladies transmissibles, constitue des domaines d'action susceptibles de contribuer grandement à l'amélioration de la situation sanitaire globale.

Selon l'EDSM-IV, le taux de mortalité maternelle est estimé à 464 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui apparaît toujours élevé.

L'analyse des résultats de l'EDSM-IV montre que le comportement procréateur constitue un risque important car la fécondité reste extrêmement élevée (l'indice synthétique de fécondité est de 6,6). Il existe également un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle inter gènesique court.

La surveillance intégrée des maladies cibles du PEV

La surveillance de la maladie est une composante essentielle des programmes de lutte et sert de moyen de monitoring du succès des programmes. Sur le plan mondial et régional, la surveillance intégrée fait référence aux Objectifs du Millénaire pour le Développement 1990-2015 (OMD4 et 5), à la Vaccination dans le monde : Vision et Stratégie de 2006-2015 (les stratégies 16 et 17), au cadre mondial de suivi et de surveillance pour la vaccination (GFIMS), au Plan Stratégique Régional pour la Région Africaine 2006-2007 et à son outil de mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC).

¹ CPS Education /RESEN août 2009.

1.6 Organisation du Système de Sante

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics, privés et communautaires dont l'action contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population à tous les niveaux (aires de santé, cercles, régions et national).

Le système de santé suit un découpage selon une structure pyramidale comportant :

- Un niveau central constitué par les services centraux ;
- Un niveau intermédiaire constitué par 9 régions sanitaires ;
- Un niveau opérationnel constitué par ~~60-62~~ ? districts sanitaires
- Un niveau de première ligne constitué de ~~1-0501136~~ ? CSCOMS.

La participation des structures privées, communautaires et les ONG à la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) a augmenté de façon considérable la disponibilité des ressources humaines du secteur de la santé. Environ plus des 2/3 des structures de première ligne offrent le Paquet Minimum d'Activités complet.

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement et les partenaires, les indicateurs restent encore faibles.

1.7 Organisation de la Vaccination

1.7.1 Rappel historique du PEV

Le PEV du Mali, lancé en décembre 1986, concernait les maladies suivantes : la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

Sa mise en œuvre a été faite suivant trois phases :

- Phase «**coup de balai**» (1986-1991) : les cibles étaient constituées par les enfants de 0 à 6 ans et les femmes enceintes. Les activités étaient menées dans les formations sanitaires (centres fixes) et par les équipes mobiles dans les villages.
- «**Phase d'entretien**» (1992-1996) : la cible des enfants a été réduite à la tranche d'âge de 0 – 23 mois, celle des femmes élargie à toutes les femmes en âge de procréer. Les stratégies antérieures ont été renforcées par la stratégie avancée à travers les CSCOM, et les associations de santé communautaire ont commencé à contribuer aux coûts opérationnels du PEV.
- «**Phase de consolidation**» à partir de 1997 : la cible des enfants a été ramenée aux 0-11mois. Les efforts conjugués de l'état et de l'ensemble de ses partenaires du PEV ont permis une amélioration notable de la couverture vaccinale des cibles et l'introduction de nouveaux vaccins.

L'avènement de l'initiative de l'indépendance vaccinale à travers l'achat des vaccins et consommables sur le budget d'Etat permet de pérenniser les activités de vaccination à travers les trois stratégies de vaccination.

Des approches novatrices telles que l'approche atteindre chaque district (ACD) est en cours pour renforcer les activités de vaccination en y intégrant d'autres interventions préventives (distribution de vitamine A, de Moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée : MIILD, CPN etc.).

Les structures privées, confessionnelles, les infirmeries de garnison et les infirmeries parapubliques (INPS) offrent également les services de vaccination.

1.7.2 Le calendrier vaccinal du Mali

Tableau I : calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11mois

Age	Antigènes
Naissance	BCG + Polio0
6 semaines	Penta 1*+ Polio1+Pneumo1+Rotateq 1
10 semaines	Penta 2+ Polio2 + Pneumo2+ Rotateq 2
14 semaines	Penta 3 + Polio3 + Pneumo3+ Rotateq 3
9 à 11 mois	Rougeole + Fièvre jaune

*Remarque : Vaccin pentavalent = DTC- HepB-Hib

Le vaccin pentavalent a été progressivement introduit dans le PEV de routine du Mali : Bamako en 2005, les capitales régionales en 2006. La généralisation de l'extension à l'ensemble du pays a été réalisée en 2007.

Tableau II : calendrier vaccinal des femmes en âge de procréer

Femmes en âge de procréer	Séries VAT
1 ^{er} Contact	1
2 ^{ème} dose : 4 semaines après la 1 ^{ère}	2
3 ^{ème} dose : 6 mois après la 2 ^{ème}	3
4 ^{ème} dose : 1 an après la 3 ^{ème} dose	4
5 ^{ème} dose : 1 an après la 4 ^{ème} dose	5

2 Analyse de la situation

2.1 Appropriation par le pays

2.1.1 Coordination et gestion du programme élargi de vaccination

La coordination des activités de vaccination est assurée à différents niveaux.

- Niveau central

Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) a été créé par le décret n° 0824/MS-SG du 29 novembre 2002.

Il joue un rôle pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources. L'intervention ou la participation des partenaires dans le financement du PEV se fait à travers le CCIA qui canalise toutes les ressources et les met à la disposition de son Comité Technique pour l'élaboration des stratégies vaccinales et leur mise en œuvre sous la supervision directe du CCIA.

Le comité technique, en application de l'accord et de l'engagement pour la participation du pays à la planification et à l'organisation des activités de vaccination, conduit le processus pour la mobilisation.

La Direction Nationale de la Santé à travers la Section Immunisation assure le rôle de secrétariat dans le comité de coordination inter-agences.

Le comité de Pilotage National des JNV polio créé par décret n°305/PM-RM du 22 octobre 1997 assure la coordination des campagnes de vaccination supplémentaires.

- Niveau régional et district

Il existe aussi au niveau régional et district le comité de pilotage des JNV qui mobilisent les ressources additionnelles pour les campagnes de vaccination de masse.

Les partenaires jouent également un rôle essentiel dans la mise en œuvre du plan d'action. Ils assurent un appui technique en fournissant la documentation nécessaire pour les orientations stratégiques et la formation des agents. Ailleurs ils assurent un appui matériel et financier notamment dans le cadre de la surveillance et des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ainsi que leur évaluation.

2.1.2 Financement pour l'achat de vaccins

Le financement des vaccins et consommables est assuré en partie par le budget d'Etat depuis 1996 dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique. A cet effet, une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, a été inscrite au budget national. Chaque année, l'Etat achète des vaccins traditionnels (VPO, VAR, VAT, BCG) et contribue au cofinancement des vaccins sous utilisés (VAA, Penta) et nouveaux (PCV) à travers la ligne budgétaire achat de vaccin et part de cofinancement. Un protocole d'accord signé depuis 1996 lie l'Etat à l'UNICEF pour la fourniture de vaccins, consommables et équipements connexes. Au niveau central, une prévision pluriannuelle des besoins en vaccins et matériels d'injection est disponible.

Tableau III : Evolution du montant alloué à l'achat des vaccins dans le budget du Ministère de la Santé (millier de FCFA) de 2006-2013

Années	Budget Ministère Santé	Montant alloué à l'achat vaccins	%
2006	49 785 000	1 269 515	3%
2007	32 125 099	1 764 502	5%
2008	43 738 031	1 829 955	4%
2009	51 282 784	1 791 706	3%
2010	53 547 282	3 330 066	6%
2011	73 145 858	3 425 416	5%
2012	29 015 791	3 418 749	12%
2013	35 328 791	3 426 085	10%

La part du budget du Ministère de la Santé consacré à l'achat de vaccins a passé de 3% en 2006 à 10% en 2013. Le montant total alloué à l'achat de vaccins pour la période s'élève à **20.255.994.000 F CFA**.

Malgré la réduction du budget alloué à la santé due à la crise politico-institutionnelle et sécuritaire de 2012 - 2013, le budget alloué à la vaccination est resté constant voire augmenté.

Tableau IV : **Analyse FFOM de l'appropriation par le pays**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Existence d'une planification sanitaire décentralisée (plan opérationnel).	Faible capacité des ASACO à financer les activités de vaccination dans la plupart des CSCom	Engagement des plus hautes autorités du pays à travers le financement des vaccins et consommables	Instabilité politique et crise sécuritaire
Existence des outils SMT et DVD_MT pour la gestion des stocks des vaccins et consommables et le monitoring de la vaccination au niveau central, régions et districts.	Faible ancrage institutionnel du programme de vaccination		
L'existence à tous les niveaux de comités intersectoriels de lutte contre les épidémies et catastrophes.	Absence de loi sur le financement durable de la vaccination		
Existence de Points Focaux surveillance à tous les niveaux.	Absence d'un comité consultatif indépendant		
Existence de plusieurs centres de surveillance épidémiologique (63) avec des agents de santé formés en épidémiologie.	Non représentativité du CCIA		
Existence de cadre fonctionnel d'harmonisation des données de surveillance.	Insuffisance de financement des activités de vaccination par les collectivités décentralisées		

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Existence d'un mécanisme de coordination à travers le CCIA, Comité Technique et Comités de Pilotage des JNV (National, Régional et Local)			
Existence d'un projet de loi sur la vaccination			
Transfert des ressources financières de la vaccination aux collectivités locales			
Existence d'un réseau national de laboratoire coordonné par le Laboratoire National de Référence avec des démembrements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.			
Capacité de réaliser un paquet minimum de laboratoire dans certains CSCom			
Tenue des réunions décentralisées trimestrielles avec points focaux surveillance, PEV, labo			

2.2 Responsabilité partagée et partenariat

Au Mali, du lancement du programme à nos jours, la situation du PEV a connu une grande évolution sur le plan de la qualité des prestations et de la communication.

Ce volet vient en appui au programme dans son ensemble. Il a pour objectif principal d'accroître la demande des services de vaccination à travers le renforcement de l'information et de la sensibilisation de la population en faveur de la vaccination.

La mise en œuvre du plan pluri annuel complet (PPAC) **2007-2011** a permis d'atteindre des résultats satisfaisants, notamment en matière de changement de comportement et d'éveil de conscience pour l'adhésion de la communauté à la vaccination.

Ainsi, au regard des résultats de l'enquête de couverture conduite en **2009-2010**, les raisons de non vaccination impliquant le manque d'information ne représentent que **14 %** contre **49,6%** en **2006**.

2 % de raisons de non vaccination, sont attribuables à la peur des effets secondaires dus aux manifestations post-vaccinale indésirables.

Parallèlement à cette évolution, il a été noté des insuffisances comme la disparité des activités de communication, due au manque de cadre de référence ou de guide d'orientation, pouvant permettre aux acteurs de terrain de concevoir des plans de communication opérationnels et des outils fiables.

A cela pourrait s'ajouter :

- l'insuffisance des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre des activités de terrain en faveur des populations ;
- L'insuffisance de coordination entre les acteurs de mise en œuvre des activités de communication
- l'insuffisance d'interventions en communication pour les groupes spéciaux (nomades, populations zones inondées, sectes **religieuses** etc..) ;
- la non – appropriation des activités de vaccination de routine par les communautés et les décideurs politiques ;
- l'insuffisance de formation du personnel de santé en matière de communication.

Il faut également noter qu'il est important de renforcer les capacités de ces acteurs clés, en vue de susciter la demande et améliorer l'offre des services, car l'enquête de couverture indique que 12 % des raisons de non vaccination sont imputables aux absences des vaccinateurs le jour du rendez vous des séances de vaccination. Aussi, parmi les raisons liées aux obstacles de la vaccination, les déplacements (voyages,) et les raisons socio culturelles représentent respectivement 22 et 24 % ~~de causes de non vaccination.~~

Dans le cadre des campagnes de masse, des activités de communication et de mobilisation sociale sont mis en œuvre sur le terrain afin d'informer et de motiver la communauté pour l'acceptation de la vaccination. Mais, on note des cas de réticences

voire refus de certaines populations à la vaccination notamment celle de la Polio et du tétanos chez les femmes en âge de procréer. Ces cas de réticences, de refus de la vaccination ou d'abandon sont souvent liés à une insuffisance d'information, un manque de compréhension des bienfaits de la vaccination et/ou des raisons pour lesquelles plusieurs doses sont nécessaires.

En matière de surveillance des maladies, il est important de noter que la recherche active des cas par les membres de la communauté est insuffisante. L'implication de la communauté à la surveillance est particulièrement utile notamment dans les zones affectées par les maladies à potentiel épidémique.

L'environnement communicationnel au Mali dispose actuellement d'un répertoire assez fourni en matière de canaux et supports de communication. Ce sont :

- La télévision et la radio publique (ORTM) qui couvre environ 75% du territoire nationale ;
- Les radios privées, confessionnelles et communautaires (326);
- Les relais mobilisateurs et les crieurs publics ;
- Les journaux
- Les affiches et les banderoles ;
- Les boîtes à images ;
- Les leaders communautaires et les chefs religieux ;
- Les communicateurs traditionnels ;

A cela, il faut ajouter les associations et groupements féminins qui constituent des atouts dans le renforcement de la communication au niveau communautaire.

Tous ces canaux accompagnent les activités de communication relatives à la vaccination de routine et des campagnes de masse. Il faut reconnaître que ces activités de communication ne sont réellement conduites que lors des campagnes de vaccination. Elles ne sont donc que ponctuelles et il est difficile dans ce contexte d'obtenir des résultats significatifs en terme de compréhension et d'adhésion à la vaccination.

Cependant un programme de santé ne sera efficace à long terme que si ses objectifs sont bien compris par les populations auxquelles il est destiné ; il y a donc lieu pour les responsables du programme aux différents niveaux, de mettre un accent particulier sur le plaidoyer, le partenariat/ mobilisation sociale, la communication pour le changement sociale et de comportement indispensable au maintien des acquis et à l'accroissement du taux de couverture vaccinale.

Tableau V : Résumé Analytique des problèmes liés à la responsabilité partagée et partenariat

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
---------------	-------------------	---------------------	----------------

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Existence d'un cadre de programmation de coordination et de financement des activités (CROCEP, comité technique PPAC)	Absence de plan opérationnel de communication/mobilisation sociale en matière de vaccination au niveau des Districts sanitaires	L'engagement et la disponibilité de certains partenaires (UNICEF, ROTARY, LION'S, USAID) à financer les activités de communication en matière de vaccination	Fonds limités Retard dans la mise à disposition des fonds par les partenaires
	Plan intégré de communication (PIC/PEV) non exploité Absence de données comportementales vis-à-vis du PEV	Existence de nouvelle vision en matière de communication (Communication pour le développement : C4D)	Conflit d'appropriation
	Faible collaboration entre les agents sanitaires et sociaux dans le cadre des activités de Communication sur le PEV.	Appui des partenaires communs au système	Ancrage institutionnel inapproprié
Implication des autorités administratives, politiques, locales et des ONG dans la mobilisation sociale lors des campagnes	Faible participation des collectivités et des ASACO aux activités de routine du PEV	Existence de la convention d'assistance mutuelle (CAM) entre ASACO et mairie dans le financement et la gestion des activités de santé	Désengagement des communautés et partenaires Non pérennisation des actions par les ONG internationales et les Fondations
Attitudes favorable de certaines mères d'enfants de 12 à 23 mois à la vaccination	Insuffisance d'information sur l'importance de la complétude (respect du calendrier vaccinal)	Existence des Médias tels que les radios de proximité, les presses écrites, les chaînes de télévisions, les	Persistance des rumeurs et des cas de réticences Considérations

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		communicateurs traditionnels.....	socioculturelles défavorables
Existence d'outils et de matériels de communication / mobilisation sociale en faveur de la vaccination	Insuffisance de suivi, supervision et évaluation des activités de communication /mobilisation sociale en faveur du PEV.	Disponibilité des partenaires à appuyer la conception, production des outils et à financer des activités de suivi supervision / évaluation	Problème de priorisation des interventions des partenaires
Utilisation des relais communautaires, réseaux sociaux, pour la mise en œuvre des activités du PEV	Absence de coordination et de motivation Faible impact des interventions de communications de proximité	Adhésion des partenaires et de la communauté à la stratégie présence d'ONG internationales ou du secteur privé pouvant appuyer les activités de vaccination	Déviations professionnelles des relais Persistance du statut de bénévolat des relais (instabilité du système)
Utilisation des radios de proximité pour la mise en œuvre des activités du PEV	Insuffisance dans le suivi des radios Insuffisance de professionnalisme des radios en matière de vaccination	Existence et disponibilité des radios de proximité et leur organisation en réseau (URTEL) Disponibilité de partenaires (UNICEF) à financer les radios	Nuisance provenant des radios non sollicitées pour les activités de communication

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Appui technique et financier de l'Etat pour la communication et mobilisation sociale en faveur de la vaccination	Faible mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des plans opérationnels de communication.	Existence d'une ligne dans le budget de l'Etat sur la vaccination y compris la communication	Instabilité des financements
Existence de structures (CНИЕCS, Développement Social) et de compétences au niveau national, Régional et local	Insuffisance de formation des agents socio-sanitaires en CIP et mobilisation sociale en faveur de la vaccination.	La disponibilité des partenaires à appuyer les activités de formation en communication	Non disponibilité des fonds
	Absence de répondant du CНИЕCS au niveau régional et opérationnel	Existence d'un commissariat au développement institutionnel	

2.3 Equité

2.3.1 Couvertures vaccinales

2.3.1.1 Administratives (données de routine)

Tableau VI: **Evolution en pourcentage de la couverture vaccinale administrative au niveau national.**

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012
Penta 3	88	89	92	88	90
VAA	88	85	88	81	84
VAR	87	86	89	82	85
VAT2 et plus	69	61	59	60	66
% de districts avec une couverture Penta 3 > 80%	68	32	71	72	84
% de districts avec une couverture Penta 3 entre 50% et 80%	29	14	22	23	8
% de districts avec une couverture Penta 3 < 50%	10	5	7	5	8
% de districts avec une couverture VAR > 80%	61	27	76	55	76
% de districts avec une couverture VAA > 80%	22	27	76	50	76
% de districts avec une couverture VAT2 > 80%	20	12	7	8	55
% de districts avec un taux d'abandon Penta 1-Penta 3 <10%	16	15	13	14	12
% de district avec un taux d'abandon Penta1-Penta3 >10%	78	81	80	77	62
Taux d'abandon BCG-VAR	22	4	17	26	28

Source : Rapport DVD_MT

Les couvertures vaccinales ont évolué en dent de scie de 2008 à 2012. Les initiatives GAVI ainsi que la mise en œuvre des approches novatrices telles que l'ACD, Services à grand impact ont contribué à l'atteinte du niveau actuel des taux de couvertures vaccinales. Il faut noter que le changement de dénominateurs suite au recensement général de la population et de l'habitat de 2009 a influencé sur l'évolution de ces indicateurs.

2.3.1.2 Les données de l'enquête (Evaluation de la couverture vaccinale de routine du PEV, Décembre 2009 à Janvier 2010)

Le Mali a organisé une évaluation de la couverture vaccinale dans l'ensemble des régions du pays.

Les taux de couvertures vaccinales chez les enfants de 12 à 23 mois obtenues au cours de cette enquête ont été respectivement : Penta 3 : **75%**, BCG : 86%, VAR : **71%**, **VAA 74%**.

Tableau VII: **Taux de couverture vaccinale par antigènes.**

Antigènes	Doses brutes cartes + histoire	Doses brutes cartes	Doses brutes Histoire
BCG	86	54	32
Polio3	76	46	30
Penta 3	75	47	28
VAR	71	46	26
VAA	74	43	30
VAT2	77	27	50

Source : Rapport de l'enquête de couverture vaccinale de 2010

L'analyse de ce tableau montre que les couvertures vaccinales des enfants de 12- 23 mois selon l'histoire et la carte pour le VAR est **71%**.

2.3.1.3 Appréciation de la couverture vaccinale selon les caractéristiques socio – démographiques

Le tableau ci-dessus des résultats préliminaires de l'EDS V donne la situation de la couverture vaccinale selon le sexe, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

Tableau VIII: Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Mali 2012-2013

Caractéristique sociodémographique	DTC ¹			Polio			Rougeole	Tous les vaccins ³	Pourcentage ayant un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
	BC	1	2	3	0 ²	1				
G										

Sexe

Masculin	34,5	30,8	74,8	33,3	35,3	34,4	76,4	50,8	71,9	38,5	10,9	39,5	330
Féminin	32,7	79,8	74,1	32,8	33,4	32,9	75,2	49,2	71,5	39,3	12,8	36,5	316

Milieu de résidence

Urbain	35,4	31,2	35,5	78,5	34,1	32,7	35,7	59,2	31,5	47,7	2,7	46,9	378
Rural	30,6	77,5	71,6	59,1	59,3	31,3	73,3	47,7	39,2	36,6	14,2	35,7	1 469

Région

Kayes	33,5	30,2	73,7	32,0	35,7	36,6	79,2	50,3	35,8	37,9	3,9	39,9	218
Koulikoro	36,5	36,4	30,7	70,5	39,5	35,8	30,9	52,4	74,8	43,3	10,4	38,4	388
Sikasso	36,8	33,0	76,8	33,8	33,9	30,2	78,3	53,8	74,1	42,1	3,0	48,1	474
Ségou	32,4	77,9	71,4	30,9	59,8	78,8	73,3	47,7	75,9	37,7	13,6	27,6	337
Mopti	33,9	59,6	55,9	43,6	44,3	33,7	55,9	34,6	54,2	21,5	29,1	22,9	229
Bamako	35,0	39,7	33,7	74,1	34,9	31,8	33,4	57,8	79,6	45,7	3,5	45,9	200

Niveau d'instruction

Aucun	31,6	77,8	71,7	59,8	30,9	31,6	73,4	47,2	39,1	35,7	13,7	34,5	1 494
Primaire	30,5	39,4	35,2	75,5	75,6	31,3	34,3	59,8	31,4	51,5	4,7	49,9	287
Secondaire ou +	38,1	36,9	30,8	32,8	34,5	36,7	33,6	71,4	39,0	57,0	1,9	35,3	35

Ensemble ⁴	33,6	30,3	74,4	33,1	34,4	33,6	75,8	50,0	71,7	38,9	11,9	38,0	1 846
-----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

¹ DTC ou Penta.

² Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

³ BCG, rougeole, les trois doses de DTC(ou Penta) et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

⁴ Y compris 2 cas d'enfants de 12-23 mois, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

Ces résultats de l'EDS V, montrent que la couverture vaccinale varie selon le sexe, le milieu de résidence et le niveau d'instruction

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Selon la région, Koulikoro (43 %), Sikasso (42 %) et le district de Bamako (46 %) ont les taux de couverture complètement vaccinés les plus élevés. À l'opposé, la couverture complètement vaccinée est de 38 % dans les régions de Kayes et de Ségou, et 21 % à Mopti. C'est aussi dans la région de Mopti (29 %) que l'on trouve la proportion la plus élevée d'enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucun vaccin. L'instruction de la mère a aussi un effet positif sur la vaccination des enfants : le taux de couverture vaccinale complète passe de 36 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 57 % chez ceux dont la mère a au moins un niveau secondaire.

Aussi le tableau ci-dessous montre une évolution de la couverture vaccinale en DTC issue de l'estimation conjointe OMS/UNICEF.

Tableau IX: **Evolution de la couverture vaccinale en DTC3 selon l'estimation OMS/UNICEF de 2001 à 2012**

Couverture vaccinale	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estimation	49	61	63	69	77	78	74	74	73	76	72	74
Officielle	61	74	79	86	95	95	91	103	89	92	88	90
Administrative	61	74	79	86	95	95	91	103	89	92	88	90
Enquête	NA	NA	NA	NA	*	NA	NA	75	NA	NA	NA	NA

2.3.1.4 Catégorisation des régions en 2012

Tableau X : catégorisation des régions selon l'accessibilité et utilisation des services

Régions	Penta 1	Penta3	Taux d'abandon	Catégorisation
Bamako	116	104	11	cat_2
Kayes	104	88	16	cat_1
Koulikoro	109	97	11	cat_1
Sikasso	120	106	12	cat_2
Ségou	107	98	8	cat_2
Mopti	101	87	14	cat_2
Tombouctou	44	28	36	cat_4
Gao	29	22	25	cat_3
Kidal	0	0	0	cat_4
Mali	103	90	12	cat_2

Source DVD_MT 2012

Légende :

Catégorie 1 : Bonne accessibilité et bonne utilisation des services

Catégorie 2 : Bonne accessibilité et mauvaise utilisation des services

Catégorie 3 : Mauvaise accessibilité et bonne utilisation des services

Catégorie 4 : Mauvaise accessibilité et mauvaise utilisation des services

Il ressort de l'analyse du tableau que toutes les régions sont en catégorie 1 ou 2 sauf les régions du nord (Kidal, Gao et Tombouctou) ayant une mauvaise accessibilité et une mauvaise utilisation

2.3.1.5 comparaison entre les couvertures de la revue externe du PEV 2006 et celles l'enquête de couverture PEV 2010

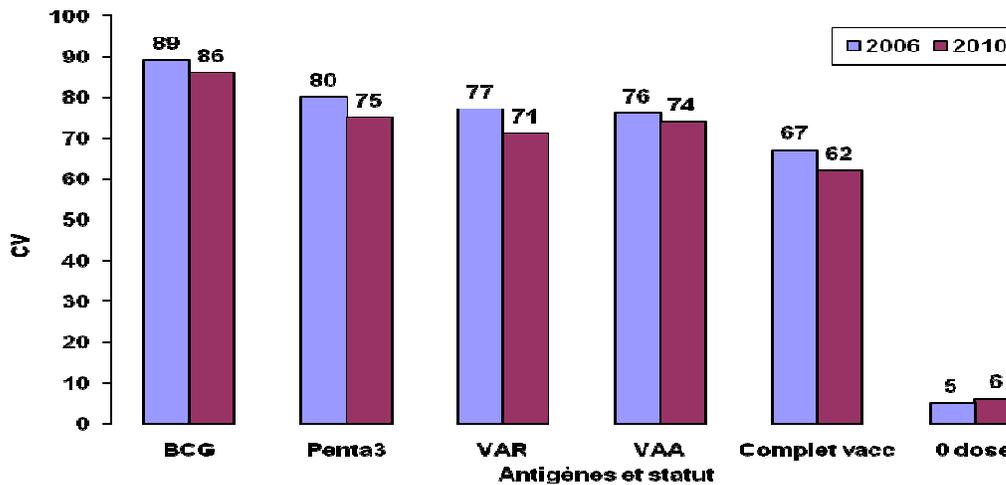


Figure 1 : comparaison des couvertures vaccinales selon les données de l'enquête de couverture PEV 2006 et celles de l'enquête de couverture PEV 2010 (en%).

Cette figure montre une légère diminution de la CV de l'ensemble des antigènes pris pour la comparaison de 2006 à 2010. La proportion d'enfants complètement vaccinés a également légèrement diminué. Cependant, la proportion des enfants n'ayant jamais reçu une dose d'antigènes est passée de 5% en 2006 à 6% en 2010.

2.3.1.6 Résultats des campagnes supplémentaires :

Les JNV polio ont été organisées en 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012 suite à la notification de cas de PVS au Mali (importé des pays voisins). Face à cette situation, 17 passages ont été organisés (local, ~~sous-national~~, sous regional et national). Les campagnes de vaccination contre le TMN ciblant les femmes en âge de procréer dans les districts à haut risque identifiés ont été organisées entre 2008 et 2010, ceci a permis de mettre en œuvre deux campagnes de vaccination dans les districts suivants : Gao, Abeïbara, Kita, Keniéba, Banamba, Kati, Koulikoro et Niafunké.

Une campagne de vaccination préventive contre la fièvre jaune a été organisée dans les districts des régions sud et centre (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Bamako en 2008).

Les principaux résultats de ces campagnes figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau XI : couvertures vaccinales des activités supplémentaires de vaccination en 2008

Activités	Dates	Zone géographique	Cibles	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
Campagne de vaccination contre la fièvre jaune	12 au 18 avril 2008	Sous-national	9 mois et plus sans les femmes enceintes	5943804	5865651	99 %				
Ratissage polio	13-15 juin 2008	Local (Gao)	0-59 mois	100 775	130 150	129,2%				
Vaccination contre le tétanos MN	05-11 juillet 2008	Sous national	15-49 ans	-	-	-	144710	277762	204267	214505
Ratissage Polio	18-20 juillet 2008	local	0-59 mois							
Ratissage Polio	24-26 oct 2008	local	0-59 mois	183 462	189 504	103,3%				
Ratissage polio	12-15 déc 2008	Sous-national	0-59 mois	1 929 174	1 953 717	101,2%				

Source : données DNS/SI et JRF 2008

Tableau XII : couvertures vaccinales des activités supplémentaires de vaccination en 2009

Activités	Dates	Zone géographique	Cibles	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
2ème tour Ratissage	16-19 janvier	Sous-national	0-59 mois	1 746 596	1 814 508	104%				
1er tour JNV	27 fév-02 mars	National	0-59 mois	3 471 363	4 638 382	102%				
2ème tour JNV	27-30 mars	National	0-59 mois	4 530 038	4 799 357	106%				
3ème tour JNV	29 mai-01 juin	National	0-59 mois	4 529 434	4 941 768	109%				
1er tour Ratissage	11-14 septembre	Sous-national	0-59 mois	3 471 363	3 735 116	108%				
2ème tour Ratissage	02-05 octobre	Sous-national	0-59 mois	3 471 363	3 774 108	109%				
3ème tour Ratissage	04-07 décembre	Sous-national	0-59 mois	3 471 363	3 829 342	110%				
Ratissage Gao et Abéïbara	14-20 août	Sous-national	15-49 ans	46 389	49 363	106%	9 489	14 809	9 318	15 747

Source JRF 2009

Tableau XIII : couvertures vaccinales des activités supplémentaires de vaccination en 2010

Activités	Dates	Zone géographique	Cible	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
JNV 1er tour	06-09 mars	National	0 à 59 mois	4 322 901	4 993 701	116%				
Ratissage Polio Sikasso 1er tour	26-29 mars	Sous-national	0 à 59 mois	873 677	977 899	112%				
JNV polio 2ème tour	24-27 avril	National	0 à 59 mois	5 106 129	5 357 979	105%				
Ratissage polio Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti 1er tour	28-31 mai	Sous-national	0 à 59 mois	4 646 198	5 021 488	108%				
Ratissage polio Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti 2ème tour	25-28 juin	Sous-national	0 à 59 mois	4 899 247	5 399 080	110%				
Ratissage polio districts de Diré, Goundam, Niafunké, Tombouctou, Youwarou, Niono 1er tour	30 juil-02 août	Sous-national	0 à 59 mois	370 832	399 209	108%				
Campagne MenAfriVac dans les districts de Dioïla et Fana	13-20 septembre	Sous-national	1 à 29 ans	366 404	360 967	99%				

Activités	Dates	Zone géographique	Cible	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
JNV polio 3ème tour	28-31 octobre	National	0 à 59 mois	5 108 133	5 501 800	108%				
Ratissage polio Régions de Gao, Kidal et districts de Tombouctou, Gourma-Rharous 1er tour	25-28 novembre	Sous-national	0 à 59 mois	319 226	333 370	102%				
Ratissage polio Régions de Gao, Kidal et districts de Tombouctou, Gourma-Rharous 2ème tour	16-19 décembre	Sous-national	0 à 59 mois	319 226	338 932	106%				
Campagne MenAfriVac dans les régions Ségou (8), Koulikoro (7), Bamako (6)	14-23 décembre	Sous-national	1 à 29 ans	4 510 656	4 575 446	101%				

Source JRF 2010

Tableau XIV : Couvertures vaccinales des activités supplémentaires de vaccination en 2011

Activités	Activités	Zone géographique	Cibles	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos				% population cible manquée selon l'enquête post campagne
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +	
JNV	28 Fév au 06 Mars	National	9-59 mois	4 909 748	4 544 425	94%					
JNV	25 au 28 Mars	National	0-59 mois	5 502 538	5 870 983	107%					
JNV	29 Avril au 02 Mai	National	0-59 mois	5 500 801	5 979 981	109%					
JNV	03 au 06 Juin	National	0-59 mois	5 500 801	6 086 399	111%					
JNV	23 au 26 Juin	National	0-59 mois	5 500 801	6 279 662	114%					
JRV	29 Juillet au 01 Août	Sous-national	0-59 mois	4 317 681	4 876 245	113%					
JRV	20 au 23 Août	Sous-national	0-59 mois	4 357 054	4 903 276	113%					
JNV	30 Sep au 03 Octobre	National	0-59 mois	6 317 600	6 666 943	106%					
JNV	28 au 31 Oct	National	0-59 mois	6 317 600	6 666 092	106%					
JRV	15 au 24 Nov	Sous-national	1-29 ans	5 975 540	6 174 182	103%					
JNV	26 au 29 Nov	National	0-59 mois	6 317 600	6 779 695	107%					
SIAN	04-10 Juillet	National	6-59 mois	6 232 491	5 995 940	96%					

SIAN	04-10 Juillet	National	FPPI	86 562	86 749	100%					
SIAN	04-10 Juillet	National	12-59 mois	5 609 242	5 543 738	99%					
SIAN	04-10 Juillet	National	FPPI	86 562	86 607	100%					

Source

JRF

2011

Tableau XV : Couvertures vaccinales des activités supplémentaires de vaccination en 2012

Activités	Activités	Zone géographique	Cibles	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
JNV	30 mars-02 avril	National	0-59 mois	6 317 600	6 439 161	103,23				
JNV	11-14 mai	Sous-national	0-59 mois	749 710	6 128 949	106,6				
JNV	29 juin-02 juillet	Sous-national	0-59 mois	5 749 710	6 085 946	105,14				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	6-11 mois	526 235	538 564	102				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	12-59 mois	4 736 111	4 400 322	93				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	FPPI	146 176	97 703	67				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	12- 23mois	920 911	959 320	104				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	24- 59mois	3 815 201	3 430 397	90				
SIAN	29 juin-02 juillet	Sous-national	FPPI	146 176	96 921	66				
JNV	19-22 octobre	Sous-national	0-59 mois	5 749 710	6 289 382	109				
JNV	23-26 novembre	Sous-national	0-59 mois	5 788 581	6 291 873	108,63				
TMN	9-15 novembre	Sous-national	15-49 ans	1 369 663	1 233 259	90	614 168	303 568	159 746	151 236
Campagne	sept-02	Sous-national	0-59 mois	119 402	113 214	94,82				

Activités	Activités	Zone géographique	Cibles	Populations estimées	Cibles vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes vaccinées contre le tétanos			
							VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4 et +
Campagne	sept-12	Sous-national	6-59 mois	108 547	103 289	95,2				
Campagne	sept-12	Sous-national	6-11 mois	10 855	11 865	109				
Campagne	sept-12	Sous-national	12-59 mois	97 693	90 050	92				
Campagne	sept-12	Sous-national	12-23 mois	18 996	16 889	89				
Campagne	sept-12	Sous-national	24-59 mois	78 697	73 161	93				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	0-59 mois	183 237	153 889	83,98				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	6-59 mois	125 298	127 863	102				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	6-11 mois	12 568	15 091	120				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	12-59 mois	113 110	112 482	99				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	12-23mois	21 994	20 052	91				
Campagne	15 juil-05 août 2012	Sous-national	24-59mois	91 117	91 237	100				

Source JRF 2012

Les taux de couverture vaccinale obtenus ont été satisfaisants au cours de toutes les AVS organisées de 2008 à 2012.

2.3.2 Analyse forces, faiblesses, opportunités menaces liée à l'équité

Tableau XVI : Résumé analytique des problèmes liés à l'équité

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Existence d'un système de monitoring des activités de vaccination à tous les niveaux et la tenue des réunions trimestrielles des points focaux PEV et surveillance</p> <p>Existence d'un outil national de monitoring</p>	<p>Faiblesse dans le transfert des compétences au niveau opérationnel</p> <p>Faiblesse dans la planification et la régularité de la tenue des réunions trimestrielles des points focaux PEV et surveillance</p>	<p>Disponibilité des partenaires pour financer le monitoring et des réunions trimestrielles des points focaux PEV et surveillance</p>	<p>Insuffisance des ressources financières</p> <p>Instabilité du personnel</p>
<p>Mise en œuvre des stratégies novatrices (ACD : existence d'un guide de la stratégie ; document sur la stratégie nationale de survie de l'enfant, Services à haut impact)</p>	<p>Insuffisance de coordination des interventions</p> <p>Retard dans le passage à échelle des différentes approches</p> <p>Insuffisance d'harmonisation dans la mise en œuvre et le suivi & évaluation des stratégies</p>	<p>Existence d'un plan cadre de coopération :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mali-UNICEF • Mali-OMS • Mali-USAID 	<p>Insuffisance des ressources financières</p> <p>Faible capacité de certaines ASACO à financer les activités de vaccination (SA, fonctionnement de la CDF etc.)</p> <p>Insuffisance de participation des collectivités dans le financement de la vaccination</p>
<p>Existence de structures et personnel vaccinateur</p>	<p>Insuffisance dans</p>	<p>L'engagement</p>	<p>Instabilité et insuffisance de personnel et</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>menant les activités de vaccination en centre fixe et stratégie avancée et équipe mobile dans les zones d'accès difficile et les aires non fonctionnelles</p> <p>Existence des outils pour la formation du personnel</p> <p>Organisation des AVS dans le cadre de l'éradication, l'élimination ou le contrôle des maladies</p>	<p>le système de motivation du personnel</p> <p>Importance des occasions manquées non corrigés pour certains antigènes</p> <p>Faible couverture vaccinale du PEV de routine par rapport aux objectifs du GIVS</p> <p>Ruptures de stock de vaccins au niveau régional et opérationnel</p> <p>Taux d'abandon Penta1/Penta3 élevé par rapport à la norme</p> <p>Insuffisance de communication entre les différents acteurs</p>	<p>politique du Gouvernement en faveur de la vaccination</p> <p>Existence d'appuis constants des partenaires techniques et financiers de la vaccination</p> <p>Existence de ressources locales (collectivités, ONG, ASACO) pour le financement des activités PEV</p> <p>Existence de relais et de délégués de villages susceptibles d'améliorer les rattrapages.</p>	<p>d'équipements</p> <p>Existence de zones d'accès difficile non atteintes</p>
<p>Existence d'un système de gestion des données (DVD-MT et SMT) et d'archivage des données</p>	<p>Retard dans la transmission des rapports</p> <p>Insuffisance dans l'analyse, l'interprétation</p>	<p>Disponibilité des partenaires pour soutenir financièrement les réunions d'harmonisation</p>	<p>Insuffisance de ressources</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Existence d'un système de d'harmonisation des données de la vaccination et la surveillance</p> <p>Disponibilité de supports et d'outils</p> <p>Existence d'un mécanisme de suivi des rapports</p>	<p>des données et leur utilisation dans la prise de décision</p> <p>Insuffisance de rétro information</p>	des données	
<p>Existence d'un organe de coordination des activités de vaccination (CCIA)</p>	<p>Irrégularité des réunions du CCIA</p>		
<p>Existence de stratégies mobiles pour la couverture des aires non fonctionnelles</p>	<p>Insuffisance des ressources (logistiques, financières et humaines).</p>	<p>Existence de fonds non ciblés pour le PEV.</p>	<p>Insécurité résiduelle dans les régions nord du pays</p> <p>Problématique de la pérennisation de la stratégie</p>

2.4 Intégration

2.4.1 Description du système national de surveillance

La surveillance obéit à la structure pyramidale du système de santé du Mali: niveau communautaire : Centre de Santé Communautaire (CSCOM), Centre de Santé de district, région et National. Le système de santé est basé sur des structures publiques, privées, para publiques et communautaires.

Les données épidémiologiques sont collectées chaque jour, par le Chef de Poste Médical. Elles sont ensuite transmises au niveau CSREF qui à son tour répercute les données reçues par aire de santé à la région. La région transmet aussi ses données reçues par CSREF au niveau national. Les canaux utilisés sont la radio communication (RAC), téléphone, internet, foire hebdomadaire, transport en commun etc. Les RAC sont fonctionnels dans 60% des CSCOM.

Concernant les moyens de transport et le matériel, chaque région dispose d'un véhicule pour les activités de supervision y compris la surveillance active et les investigations. Les kits de prélèvements des échantillons sont fournis régulièrement aux régions. L'approvisionnement en kits est assuré par l'OMS. Les fonds destinés au remboursement des frais d'investigation des districts sont domiciliés au niveau des Directions Régionales de la Santé. Les échantillons sont envoyés immédiatement au niveau national par un transporteur privé agréé. Ils sont acheminés exactement tout comme pour le transport des vaccins (entre +2°C et +8°C). Les échantillons sont reçus par la Section des Immunisations/ DNS qui les envoie aux laboratoires de référence (national ou inter pays).

La surveillance épidémiologique fait partie des attributions de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM).

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) est le laboratoire National de référence pour le diagnostic des maladies infectieuses et métaboliques. Il est accrédité par l'OMS pour le diagnostic des maladies à potentiel épidémique : choléra, méningite, rougeole, fièvre jaune et diarrhées rouges.

La Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) prévoit 44 maladies à surveiller dans le pays, classées en maladies à potentiel épidémique (17), maladies à éradiquer (2), maladies à éliminer (5), maladies et évènement d'importance publique (20).

2.4.2 Qualité des données de surveillance

La qualité des données de la surveillance est fiable. A ce titre les réunions d'harmonisation des données de surveillance sont organisées au niveau central et régional. La formation du personnel entamée depuis 2007 et qui s'est poursuivie jusqu'en 2011 a contribué à l'amélioration de la qualité des données. Il en est de même pour la supervision du personnel, les différentes réunions des points focaux de surveillance /PEV et la documentation notamment la présence des directives techniques nationales plastifiées au niveau des districts et centres de santé communautaire.

2.4.3 Financement

En ce qui concerne l'Etat, il assure la mise en place des « fonds épidémies et catastrophes » dans tous les districts sanitaires, le redéploiement du personnel.

Les partenaires participent au financement de la surveillance épidémiologique active, les kits de prélèvement sanguin, le transport des échantillons de prélèvement, la supervision, la documentation, le renforcement des capacités du système de surveillance y compris le laboratoire.

2.4.4 Conclusions pertinentes de la revue de surveillance la plus récente

La dernière revue documentaire de juin 2007 a mis en exergue les principaux points suivants :

- L'existence à tous les niveaux de comités intersectoriels de lutte contre les épidémies et catastrophes
- L'existence des agents de santé, relais communautaires et d'associations de guérisseurs traditionnels au niveau village
- La diffusion des directives et outils est satisfaisante au niveau régional, district et CScom (fiches de notification individuelle de cas, procédures investigation épidémies; collecte de prélèvements; registres des épidémies; etc.)
- La supervision intégrée est faiblement exécutée au niveau régional, district et CScom
- L'existence de Points Focaux surveillance à tous les niveaux
- L'insuffisance dans la formation du personnel en surveillance surtout au niveau district et CScom
- La supervision des régions et districts prioritaires est irrégulière et dépend de la planification de la supervision intégrée (national, régional, district)
- L'existence de personnel qualifié en place au niveau du laboratoire national de référence (LNR)
- Les analyses régulières des performances au niveau central exploitées et partagées lors des réunions des points focaux surveillance et PEV et lors des réunions de coordination ou de monitoring régional et de district

Cependant depuis cette revue des améliorations suivantes ont été apportées :

- La révision des modules et directives de surveillance
- La formation des agents en surveillance et PEV dans tous les districts
- La tenue régulière des réunions d'harmonisation des données de surveillance
- Les visites de suivi périodique des sites prioritaires

- Les outils d'analyse de risque de rougeole et de visite de sites prioritaires ont été mis à la disposition du niveau central, régional et districts
- L'existence d'un centre de surveillance épidémiologique dans chaque district avec des agents de santé formés en épidémiologie
- Le financement de la surveillance active dans les districts.

2.4.5 Le rôle du réseau national de laboratoire rougeole-fièvre jaune

2.4.5.1 Structure organisationnelle et lien avec le PEV et la surveillance des maladies

Il existe un réseau national de laboratoire qui fait partie intégrante du système national de surveillance ; il est coordonné par le laboratoire national de référence (LNR) et contrôlé par le laboratoire sous régional de référence (Institut Pasteur d'Abidjan). Le réseau national de laboratoire s'appuie sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau aire de santé assure le prélèvement, le conditionnement et son acheminement selon le circuit de transport établi au niveau central.

Le niveau district assure l'approvisionnement en Kits de prélèvement, en directives techniques, la formation du personnel, la supervision, l'acheminement, les investigations et le feed back. Les transporteurs privés sont mis à contribution dans l'acheminement des prélèvements.

Le niveau régional assure l'approvisionnement en Kits de prélèvement, en directives techniques, la formation du personnel, la supervision, l'acheminement, les investigations et le feed back.

Le niveau national assure l'achat de Kits, l'élaboration de guide et directives de formation, la confirmation des cas, le feed back, le contrôle de qualité, la transmission des données à l'OMS.

Les agents des services techniques du niveau central (section immunisation) sont fortement impliqués dans la réception et l'acheminement des échantillons au laboratoire.

2.4.6 Financement et approvisionnement

Le financement du réseau national de laboratoire de rougeole est intégré dans le financement global de la santé de l'Etat appuyé par les partenaires.

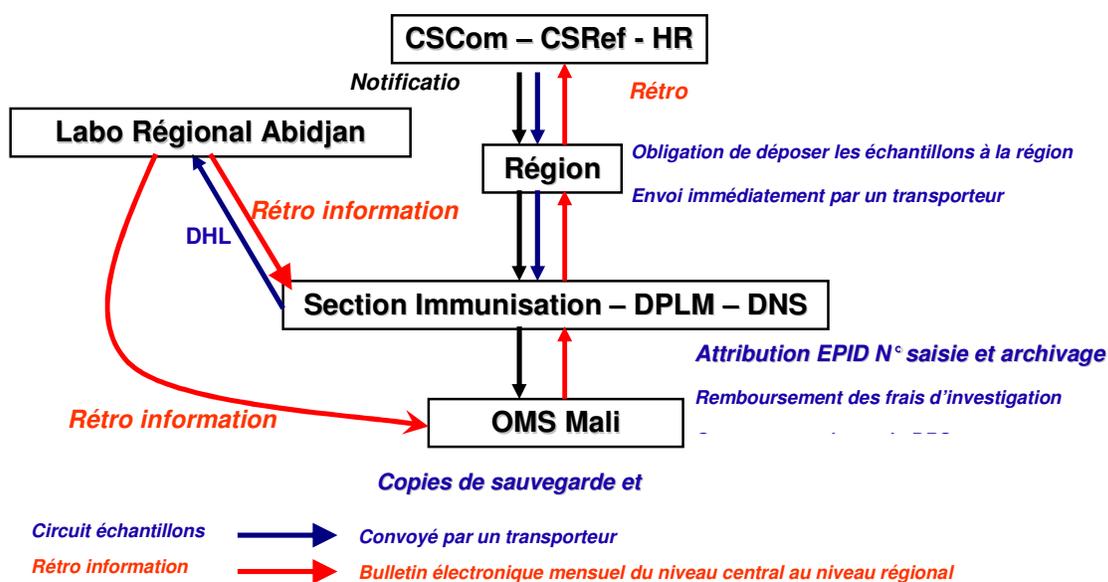
L'approvisionnement en réactifs et autres matériels est aussi assuré par l'Etat et ses partenaires.

2.4.7 Système de Surveillance des PFA

Le Mali a adhéré depuis 1988 à l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite. Le pays a mis en place un système de surveillance active aux différents échelons de la pyramide sanitaire en vue de rendre performante cette stratégie. Au niveau national, il existe un point focal chargé de la coordination de toutes les activités de surveillance des PFA en termes d'appui technique, de supervision, d'information et de formation.

La surveillance active des PFA a donné une impulsion à la surveillance des autres maladies sous surveillance et particulièrement la rougeole, les TMN et la fièvre

jaune. La surveillance des PFA se fait au niveau le plus décentralisé. Le cas de PFA est détecté, notifié et investigué au district sanitaire. Les deux échantillons de selles prélevés sont envoyés au laboratoire de référence régionale de l'Institut Pasteur d'Abidjan pour la confirmation. En cas d'isolement de poliovirus, l'échantillon est envoyé au laboratoire Régional de l'Afrique du Sud pour le typage génétique. Le circuit de surveillance des PFA est représenté par la figure ci-dessous.



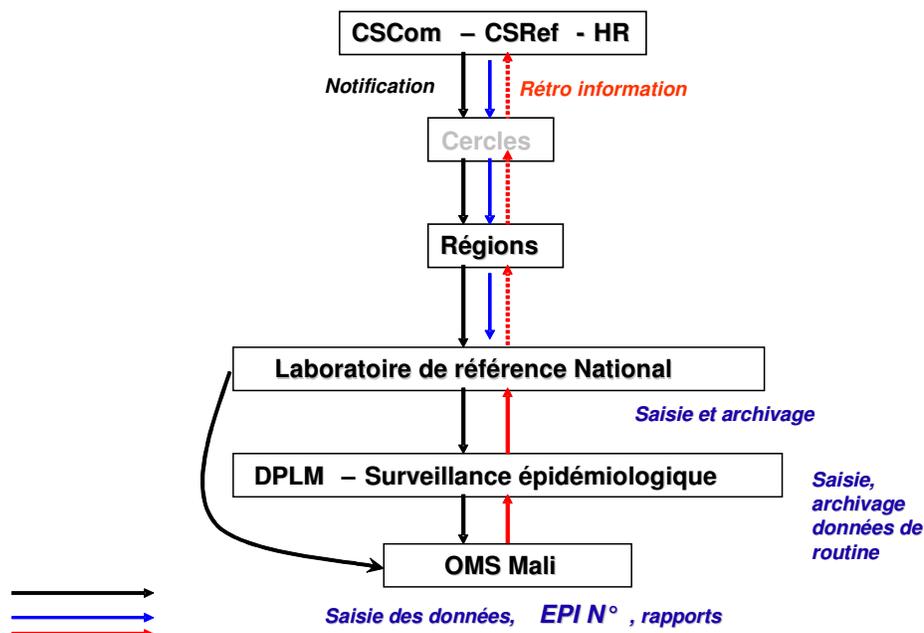
Graphique 1: circuit de la surveillance PFA

2.4.8 Système de surveillance de la rougeole et de la fièvre jaune

La surveillance cas par cas de la rougeole et de la fièvre jaune est intégrée à celle des PFA. Des directives techniques nationales ont été fournies à toutes les structures sanitaires publiques, privées, communautaires, para publiques et hôpitaux après la campagne nationale de vaccination contre la rougeole de 2001-2002. Une base de données cliniques existe depuis 2003. L'investigation des flambées épidémiques est sous la responsabilité du Médecin-chef du Centre de Santé de Référence au niveau du district.

Au niveau périphérique, la rougeole est bien connue des populations. Le personnel de santé a reçu des guides dans le cadre de la formation en SIMR. Malgré une large diffusion des directives de surveillance active de la rougeole, sa mise en œuvre au niveau périphérique n'est pas complète. Les cliniciens et les Chefs de Poste Médicaux ne sont pas suffisamment sensibilisés, les réflexes de prélever et de notifier tous les cas suspects ne sont pas effectifs. Un programme de formation du niveau opérationnel a été initié avec l'appui technique et financier de l'OMS. Le programme intègre la surveillance active des maladies cibles du PEV et la gestion du PEV. Il a permis de former un agent par structure de santé dans les régions de : Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao.

Le circuit de la surveillance se fait suivant la figure ci-dessous.



Graphique 2: schéma de la surveillance rougeole et fièvre jaune

Cibles fixés pour la surveillance dans la phase de pré-élimination :

Incidence de la rougeole

<5 cas/10⁶ hab. /an au niveau national

Performance de la surveillance de la rougeole :

Taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses >2.0 cas pour 100,000 habitants par an ;

≥1 cas suspect de rougeole investigué avec spécimen de sang, dans au moins 80% des districts par an ; et

Notification de routine par 100% des districts

Réduction mortalité en 2012 >98% comparée aux estimations de 2000

2.4.9 Résultats

2.4.9.1 Les tendances de la Poliomyélite au Mali de 2008 à 2012 :

La surveillance PFA est performante sur le plan national. Cependant sur le plan régional, les difficultés se situent surtout au niveau du taux de PFA non polio et de l'adéquation du prélèvement des selles dans certaines régions ; comme l'indique le tableau ci-dessous. Cette situation peut être aiguë en analysant district par district.

Tableau XVII : indicateurs de surveillance PFA au Mali de 2008 à 2012

Régions	2008		2009		2010		2011		2012	
	TPFAN P	% Ech <14 j								
Kayes	1.7	100	2.3	100	1.6	100	2.6	89	3.1	91
Koulikoro	1.4	100	3.2	94	1.9	88	2.6	97	4.0	96
Sikasso	3.3	95	2.2	88	3.4	93	2.9	83	3.9	96
Ségou	2.1	100	2.6	100	2.3	96	2.7	100	3.4	95
Mopti	1.9	100	2.6	91	2.3	88	2.8	67	3.0	85
Tombouctou	1.8	100	1.8	80	5.0	100	3.7	93	1.7	83
Gao	2.3	100	2.8	100	1.5	100	3.2	78	0.3	0
Kidal	0.0	0	0.0	0	3.0	100	2.9	100	0.0	0
Bamako	2.2	100	2.4	95	1.3	92	2.1	90	4.5	100
Mali	2.1	98	2.5	94	2.3	94	2.7	87	3.4	92

TPFANP : Taux PFA non polio

De 2008 à 2012, le pays a notifié 8 cas de PVS dont la répartition, par région et par district se trouve dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVIII : Cas de PVS, selon l'ordre chronologique depuis la certification, octobre 2008 -décembre 2011, au Mali.

Numéro Epid	District	Date de début de paralysie
MAI-MOP-DOU-08-084	DOUMENTZA	30/08/2008
MAI-MOP-DOU-09-002	DOUMENTZA	04/01/2009
MAI-SIK-KOL-09-166	KOLONDIÉBA	12/11/2009
MAI-MOP-BKS-10-024	BANKASS	06/03/2010
MAI-KOU-KAT-10-043	KATI	30/03/2010
MAI-TOM-GOU-10-054	GOUNDAM	01/05/2010
MAI-GAO-GAO-10-123	GAO	17/09/2010
MAI-MOP-MOP-11-005	MOPTI	08/02/2011
MAI-MOP-MOP-11-024	MOPTI	20/03/2011
MAI-SIK-SIK-11-028	SIKASSO	10/02/2011
MAI-MOP-BAN-11-085	BANDIAGARA	10/06/2011

MAI-TOM-GOU-11-108	GOUNDAM	23/06/2011
MAI-SIK-BOU-11-054	BOUGOUNI	08/05/2011
MAI-MOP-DOU-11-136	DOUMENTZA	17/06/2011

Le dernier cas de poliovirus sauvage remonte au 23 juin 2011 à Goundam (région de Tombouctou)

2.4.9.2 Les tendances de la rougeole

2.4.9.2.1 Performance de la surveillance selon les principaux indicateurs sur plusieurs années

Tableau XIX : **Résumé des principaux indicateurs de surveillance rougeole par région en 2012.**

Régions	Population	Nb. Total cas notifiés (cas par cas)	Nb. Total cas confirmés (labo et lien)	Nb. Total IgM positif	% cas notifiés avec prélèvement de sang	Taux annuelisé de cas avec spécimens de sang pour 100.00 habitants (>2)	Taux annualisé de cas fébrile non caractéristique de rougeole pour 100.000 habitants par an (>2 cas pour 100 hbt)	% district avec au moins un cas avec prélèvement de sang par an	Incidence rougeole confirmés pour 1.000.000 hbts (< 5 cas p 1.000.000)
Kayes	2 216 770	42	19	15	100	1.8	1.2	57	9
Koulikoro	2 693 226	67	33	31	100	2.5	1.4	100	12
Sikasso	2 939 042	167	108	38	100	3.5	1.6	78	37
Ségou	2 600 091	34	13	9	100	1.3	0.5	63	5
Mopti	2 264 131	118	98	5	100	1.3	0.2	38	43
Tombouctou	750 326	6	3	3	100	0.8	0.5	40	4
Gao	603 007	9	1	1	100	1.5	0.8	50	2
Kidal	75 321	12	6	3	100	14.6	4.0	25	80
Bamako	2 013 009	94	65	64	100	4.7	3.3	100	32
Total Mali	16 154 549	346	169	100	100	2.4	1.3	65	21.42

Tableau XX: **Résumé des principaux indicateurs de surveillance rougeole par région en 2011.**

Régions	Population	Nb. Total cas notifiés (cas par cas)	Nb. Total cas confirmés (labo et lien)	Nb. Total IgM positif	% cas avec prélèvement de sang	Taux annuelisé de cas avec spécimen de sang pour 100.000 habitants (>2)	Taux annualisé éruption fébrile non caractéristique de la rougeole pour 100.000 habitants par an (>2 cas pour 100.000 hbt)	% district avec au moins un cas avec prélèvement de sang par an	Incidence rougeole confirmés pour 1.000.000 hbts (< 5 cas p 1.000.000)
Kayes	2 143 170	5	0	0	100	0.2	0.2	29	0
Koulikoro	2 595 557	40	5	5	100	1.5	1.3	78	2
Sikasso	2 818 389	21	3	3	100	0.7	0.6	56	1
Ségou	2 507 493	9	0	0	100	0.4	0.4	38	0
Mopti	2 186 658	6	0	0	100	0.3	0.3	38	0
Tombouctou	731 656	14	2	2	100	1.9	1.6	40	3
Gao	584 002	23	10	9	100	3.9	2.2	75	17
Kidal	72 596	4	3	3	100	5.5	1.4	25	41
Bamako	1 941 706	123	1	1	100	6.3	6.3	100	1
Total Mali	15 227 581	245	24	23	100	1.6	1.4	53	1.54

Tableau XXI : **Résumé des principaux indicateurs de surveillance rougeole par région en 2010.**

Régions	Populat ion	Nb. Total cas notifi és (cas par cas)	Nb. Total cas confir més (labo et lien)	Nb. Total IgM positif	% cas avec prélève ment de sang	Taux annua lisé de cas avec spéci men de sang pour 100.0 00 habita nts (>2)	Taux annualisé éruption non caractéris tique de rougeole pour 100.000 habitants par an (>2 cas pour 100.000 hbt)	% district avec au moins un cas avec prélève ment de sang par an	Inciden ce rougeo le confirm és pour 1.000. 000 hbts (< 5 cas p 1.000. 000)
Kayes	2 068 697	221	206	70	100	4.9	0.7	86	100
Koulikor o	2 505 364	402	342	145	100	8.9	2.4	100	137
Sikasso	2 720 452	53	43	40	100	1.9	0.4	75	16
Ségou	2 420 360	114	89	52	100	3.9	1.0	50	37
Mopti	2 110 674	352	314	141	100	9.9	1.8	100	149
Tombou ctou	706 232	36	24	18	100	5.1	1.7	80	34
Gao	563 708	47	42	28	100	6.6	0.9	100	75
Kidal	70 073	0	0	0	0	0.0	0.0	0	0
Bamako	1 874 234	773	659	363	100	28.0	6.1	100	352
Total Mali	15 039 794	199 8	1719	857	100	8.5	1.9	80	114.30

De l'analyse de ces tableaux il ressort que le pays n'a pas atteint les objectifs de pré-
élimination de la rougeole.

2.4.10 Performance de la surveillance selon les indicateurs de laboratoire sur trois ans

Tableau XXII: Evolution des indicateurs de laboratoire de 2010 à 2012.

Années	Pay s aya nt env oyé le tabl eau de gest ion des kis	Blood Lab	Specimens Received in	Received in	Résultat d'IgM pour la rougeole				Résultat d'IgM pour la rubéole		Assurance Qualité		
		Nbre d'échantillons reçus	% d'échantillons reçus au labo (objectif >=90%)	Nbre d'échantillons testés pour la rougeole	Nbre d'échantillons testés pour la rubéole	Nbr e Po sitif	%	Nbr Ind et	%	Nbr . Pos	%	Résultat s envo yé dans les 7 jours (Objectif >=80%)	% d'échan tillons envoyé s au laborato ire régional de référenc e
2012	Y	385	98	377	217	165	44	50	13	8	4	83	10
2011	Y	236	100	235	199	23	10	7	3	94	7	95	10
2010	Y	1250	99	1247	394	855	69	113	9	37	9	87	10

Les résultats des Proficiency test réalisés pour le labo national rougeole au cours des 3 dernières années ont été satisfaisants avec une proportion de concordance variant de 87% en 2010, 95% en 2011 et 83% en 2012.

2.4.11 Mécanismes de contrôle de la qualité et le statut d'accréditation

Deux (2) visites de l'OMS dans le cadre de l'accréditation ont eu lieu en août 2004 et 2010. La qualité totale a été évaluée à 79%.

2.4.12 Qualité des données et harmonisation avec le programme national de surveillance

La promptitude et la complétude des données sont respectées. Le Laboratoire National de Référence a été évalué en 2010 par l’OMS dans le cadre du processus d’accréditation et le score est de 79%. Le pourcentage des échantillons adéquats a été maintenu à plus de 80% depuis plusieurs années.

2.4.13 Changement du profil épidémiologique de la rougeole au Mali :

Le profil épidémiologique de la rougeole au Mali est présenté dans le graphique et les tableaux ci-dessous.

2.4.13.1 Tendances et profils épidémiologiques des cas de rougeole de 2008-2013

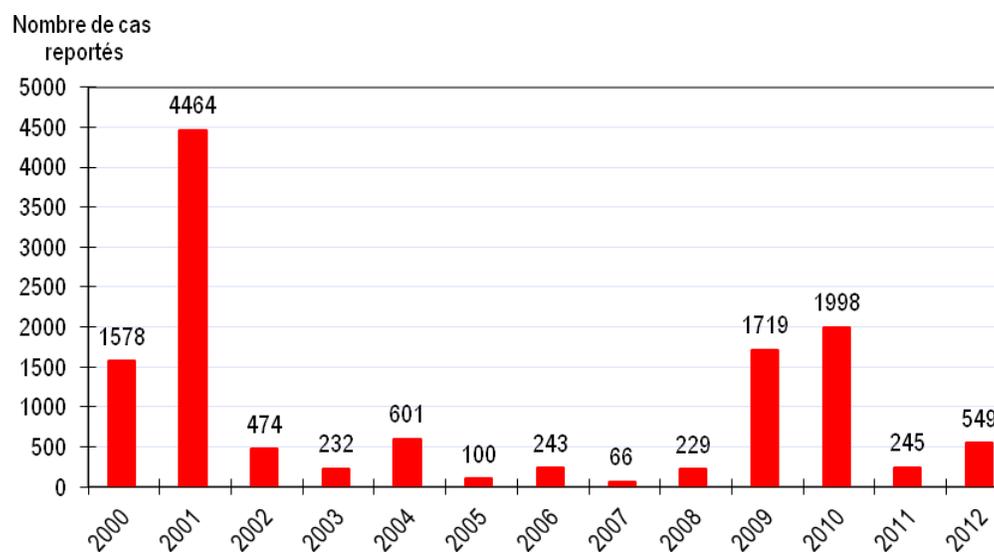


Figure 2 : Historique des cas suspects rapportés de 2000 à 2012

Le pourcentage de la population de moins de 15 ans non protégée par les stratégies mises en œuvre ainsi que les cas reportés sont en diminution.

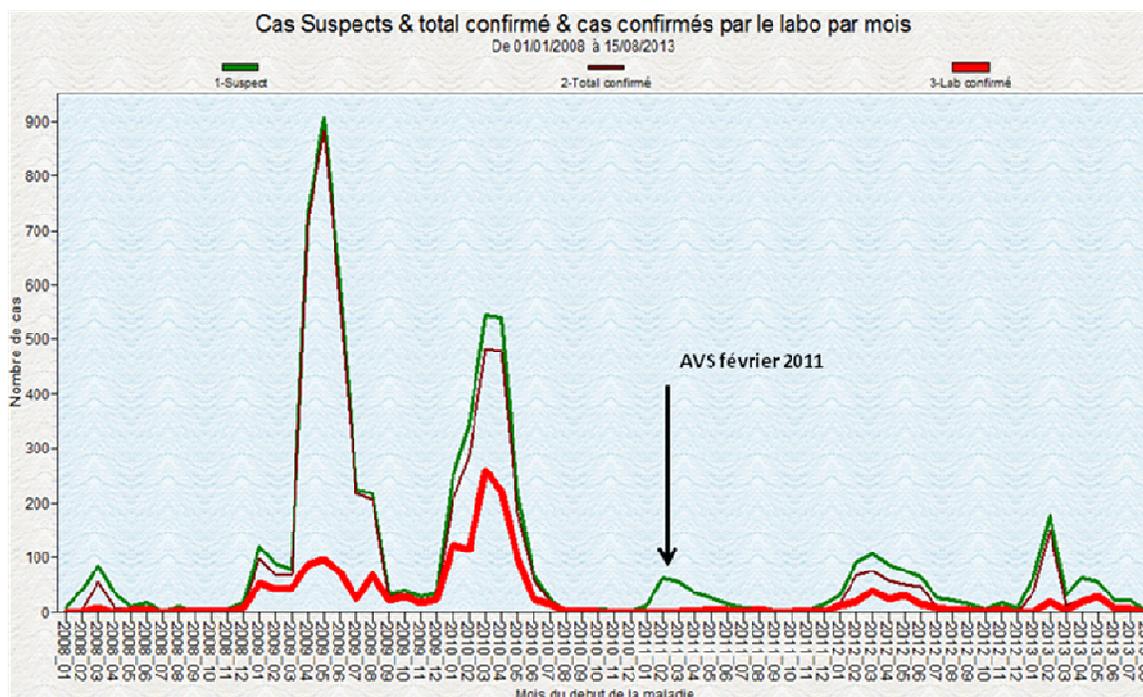


Figure 3 : Répartition des cas suspects, total confirmés et cas confirmés par labo/mois de 2008-août 2013.

La figure ci-dessus montre une évolution en harmonie entre les cas suspects et les cas confirmés.

Tableau XXIII: Répartition de cas confirmés au labo par tranche d'âge de 2009-2010.

Groupe d'âge	Année 2009					Année 2010				
	Nbre Cas confirmés par le labo	% des cas confirmés par le labo	Nombre avec résultat de labo	% positif parmi les résultats de labo	IgM avec résultats de labo	Nbre Cas confirmés par le labo	% des cas confirmés par le labo	Nombre avec résultat de labo	% positif parmi les résultats de labo	IgM avec résultats de labo
0-8 mois	13	2	18	72	73	9	88	83		
9-11 mois	14	2	17	82	49	6	56	88		
1-4 ans	205	36	264	78	372	43	459	81		
5-14 ans	220	38	281	78	251	29	365	69		
15+ ans	120	21	156	77	112	13	170	66		
Total	572	100	736	78	857	100	1 138	75		

Tableau XXIV: Répartition de cas confirmés au labo par tranche d'âge de 2011-2012.

Groupe d'âge	Année 2011					Année 2012				
	Nbre Cas confirmés par labo	% des cas confirmés par le labo	Nombre avec résultats de labo	% positif parmi les cas avec résultats de labo	IgM	Nbre Cas confirmés par labo	% des cas confirmés par le labo	Nombre avec résultats de labo	% positif parmi les cas avec résultats de labo	IgM
0-8m	3	13	6	50		14	9	20	70	
9-11m	0	0	2	0		6	4	18	33	
1-4 ans	6	26	62	10		77	47	137	56	
5-14 ans	3	13	121	2		34	21	83	41	
15+ ans	11	48	37	30		32	20	75	43	
Total	23	100	228	10		163	100	333	49	

Les tableaux ci-dessus montrent une prédominance des cas dans les tranches d'âges 1- 4 ans et 5-14 ans, cependant la tranche d'âges 0-8 mois n'est pas épargnée.

Pour bien renforcer les progrès vers l'élimination de la maladie, il serait judicieux de cibler les enfants de **9 mois à 14 ans** soit 46 % environ de la population totale.

Tableau XXV: Répartition des cas confirmés de rougeole par le laboratoire par tranches d'âges du 1^{er} janvier 2009 au 13 Août 2013.

Tranches d'âges	Nombre de cas		
	confirmés	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0-8 mois	180	10.6	10.6
1-4 ans	709	41.7	52.3
5 - 9 ans	329	19.4	71.6
10 - 14 ans	197	11.6	83.2
15 - 19 ans	104	6.1	89.4
20 - 24 ans	70	4.1	93.5
25 - 29 ans	57	3.4	96.8
30 ans et plus	54	3.2	100.0

Total	1 700	100.0	100.0
--------------	--------------	--------------	--------------

Il ressort, dans la description ci-dessus une prédominance des cas dans les tranches d'âges 1- 4 ans et 5-14 ans, cependant la tranche d'âges 0-8 mois n'est pas épargnée.

Pour bien renforcer les progrès vers l'élimination de la maladie, il serait judicieux de cibler les enfants de **9 mois à 14 ans** soit 46 % environ de la population totale. Les enfants âgés de 0 à 14 ans représentent plus de 80% des cas confirmés (référence données de surveillance cas par cas).

Tableau XXVI: Répartition des décès de cas confirmés de rougeole par le labo et par lien épidémiologique par tranches d'âges 1^{er} janvier 2009 au 13 Août 2013.

Tranches d'âges	Nombre de décès	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0-8 mois	2	8.0	8.0
1-4 ans	11	44.0	52.0
5 - 9 ans	4	16.0	68.0
10 - 14 ans	2	8.0	76.0
15 - 19 ans	1	4.0	80.0
20 - 24 ans	2	8.0	88.0
30 ans et plus	3	12.0	100.0
Total	25	100.0	100.0

Les 76% des décès de cas confirmés de rougeole ont été observés chez les moins de 15 ans

De l'analyse de ces deux tableaux, il serait recommandé de cibler pour la prochaine activité de vaccination supplémentaire de masse contre la rougeole, la tranche d'âge de 9 mois à 14 ans révolus.

La figure ci-dessous montre la répartition des cas par district et leur classification finale.

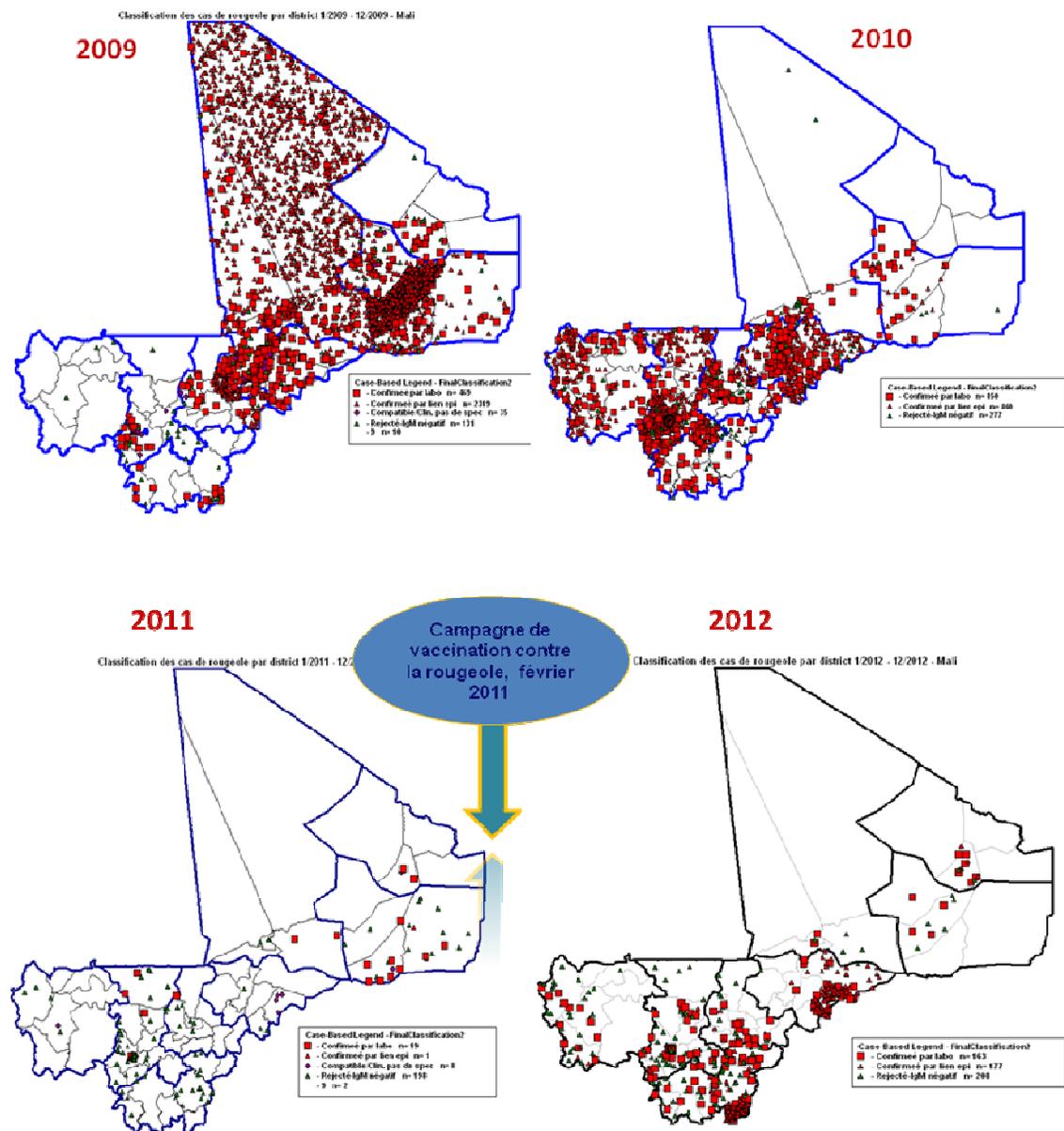


Figure 5 : Evolution spatiale des épidémies de rougeole de 2009-2012

2.4.15 Documentation des souches virales

La collecte de prélèvements de gorge durant les suspicions d'épidémies de rougeole s'est poursuivie en 2010 avec 203 échantillons collectés dans 8 pays dont le Mali versus 119 collectés en 2009. Les résultats des prélèvements de gorge ont montré que le Génotype B3a a circulé en Afrique de l'Ouest en 2010 comme en 2009 (Rapport ISTWA).

2.4.16 Profil de la population vulnérable selon l'outil de planification stratégique de la rougeole

Tableau XXVII : Répartition de l'âge moyen des cas confirmés de rougeole par région de du 1^{er} janvier 2009 au 15 août 2013

Région	Nombre de cas observés	Age moyen des cas (en année)	Déviati on standard	Age la plus élevée des 75%
Bamako	462	5.3	7.4	6
Koulikoro	198	6.5	7.5	8
Kayes	89	8.1	10.6	9
Tombouctou	121	8.1	7.9	9
Ségou	101	7.4	7.6	10
Mopti	392	8.2	6.8	12
Sikasso	114	9.2	10.0	14
Gao	150	5.3	10.3	16
Kidal	53	12.3	9.5	19

Les régions de Kayes, Koulikoro, Kayes, Ségou, Mopti, Tombouctou et le district de Bamako ont le nombre de cas de rougeole le plus élevé dans la tranche d'âge de 9mois-14ans. Les régions de Gao, et Tombouctou enregistrent le nombre de cas le plus élevé dans la tranche d'âge de 9mois-19ans.

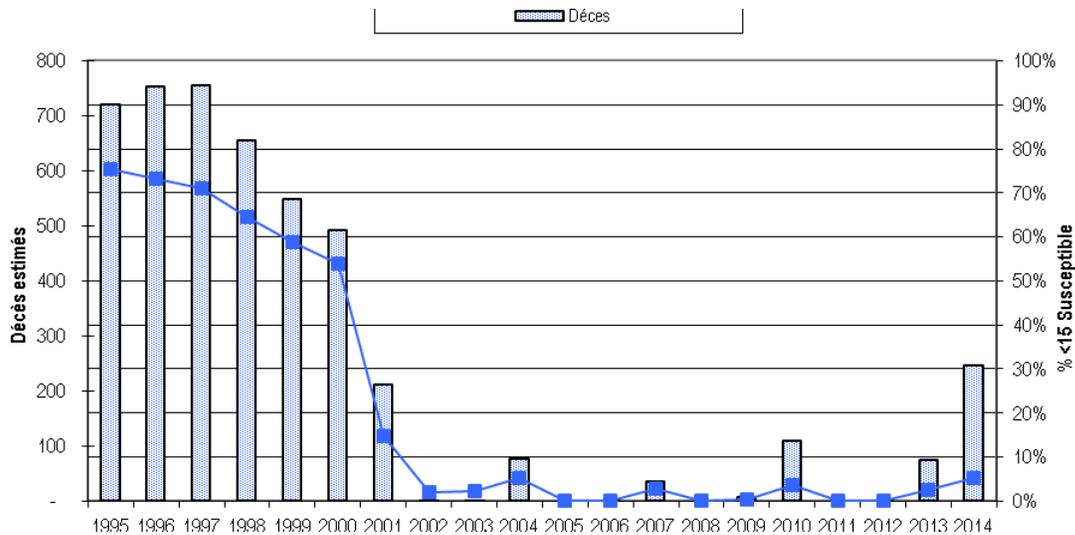


Figure 6: **décès estimés et proportion des moins de 15 ans susceptibles de 1995 à 2014**

La population est moins en moins vulnérable au décès de rougeole.

2.4.16.1 *Tendance de la fièvre jaune*

Région	district	Numéro ID du district	Age (en années)	Date de début
Koulikoro	Kati	MAI-KOU-KAT-07-047	12	04/08/2007
Koulikoro	Nara	MAI-KOU-NAR-09-009	20	08/02/2009
Koulikoro	Kangaba	MAI-KOU-KAN-09-060	30	09/09/2009
Koulikoro	Kangaba	MAI-KAI-KAN-09-064	75	19/09/2009
Koulikoro	Kangaba	MAI-KOU-KAN-09-066	24	20/09/2009
Kayes	Kénièba	MAI-KAY-KEN-10-060	22	01/10/2010
Kayes	Nioro	MAI-KAY-NIO-10-061	3	10/10/2010
Kayes	Kénièba	MAI-KAY-KEN-10-062	27	10/10/2010

Le tableau suivant résume les indicateurs de surveillance calculés à partir des données notifiées cas par cas au 31 décembre 2010.

Tableau XXVIII : cas suspects de fièvre jaune notifiés et résultats du labo, 01/01/2012 - 31/12/2012

Région	Nb. Total cas suspects notifiés (cas par cas)	Nb. IgM positive	% de district prélevé avec au moins un cas avec prélevement en bon état** (objectif >=90%)		Cas investigués dans les 3 jours suivant la notification		Echantillon de sang reçu dans les 3 jours au Labo)		% de résultats transmis dans les 7 jours par le labo			
			n	%	n	%	n	%	n	%		
			Kayes	19	0	18	100%	3	43%	14	78%	0
Koulikoro	19	0	19	100%	5	56%	17	89%	0	0%	14	74%
Sikasso	16	0	16	100%	0	0%	13	81%	5	31%	3	19%
Ségou	12	0	12	100%	2	25%	9	75%	0	0%	9	75%
Mopti	7	0	7	100%	4	50%	6	86%	1	14%	4	57%
Tombouctou	0	0	0	NA	0	0%	0	NA	0	NA	0	NA
Gao	1	0	1	100%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%
Kidal	0	0	0	NA	0	0%	0	NA	0	NA	0	NA
Bamako	13	0	13	100%	6	100%	13	100%	108	831%	13	100%
Total Mali	87	0	86	100%	21	36%	72	84%	0	0%	49	57%

Au cours de l'année 2012, 87 cas suspects de fièvre jaune ont été notifié dont 86 cas ont fait l'objet de prélèvement. Aucun cas positif n'a été confirmé par le laboratoire.

2.4.16.2 Tendances de la Méningite

De 1996 à 2012, la méningite a évolué au Mali comme suit :

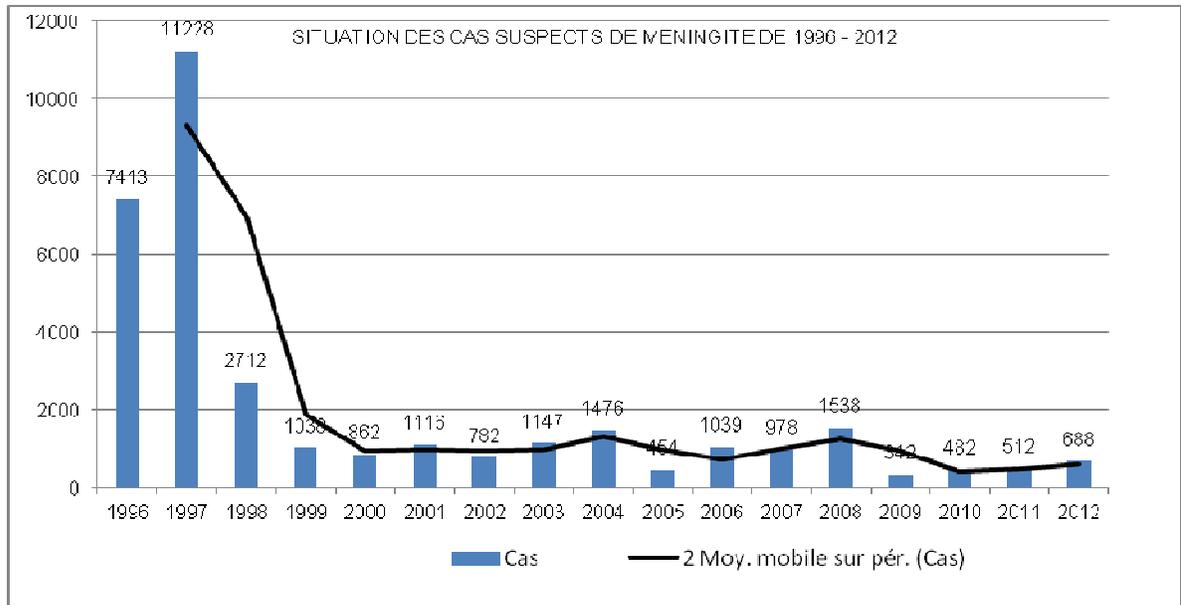
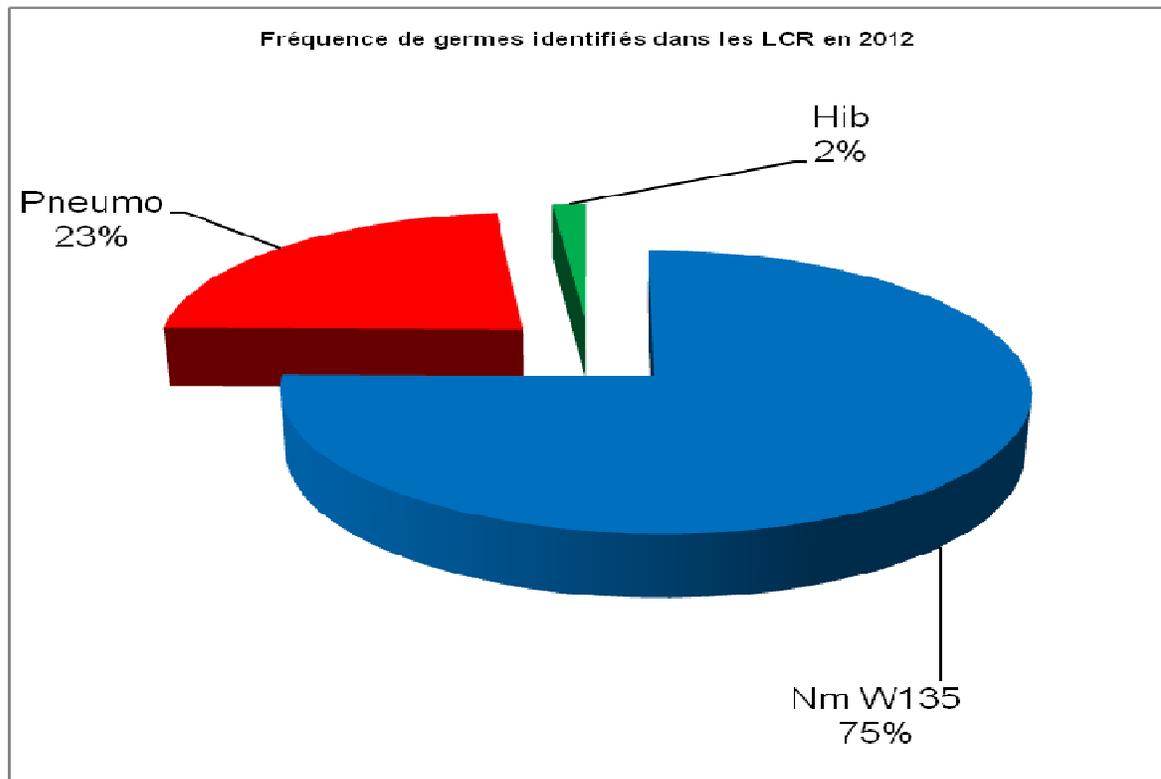


Tableau XXIX : Cas et décès méningite de 2011 à 2012 au Mali

Régions	2011			2012		
	Cas	Décès	Létalité	Cas	Décès	Létalité
Kayes	11	0	0%	10	0	0%
Koulikoro	90	6	7%	75	1	1%
Sikasso	46	3	7%	253	6	2%
Ségou	26	0	0%	30	0	0%
Mopti	16	1	6%	17	2	12%
Tombouctou	8	1	13%	9	0	0%
Gao	60	2	3%	6	0	0%
Kidal	3	0	0%	0	0	0
Bamako	252	4	2%	288	3	1%
Total	512	17	3%	688	12	2%

Les résultats des prélèvements de liquide céphalorachidien (LCR) examinés au laboratoire national de référence (INRSP) du 1er janvier au 31 décembre 2012 se présentent comme suit :

Sur 549 prélèvements LCR examinés, 125 (23%) sont positifs dont : 94 au méningocoque W135 ; 29 au streptocoque et 2 au Hib ;



Depuis 2011 date de la campagne de vaccination de masse avec le vaccin MenA, aucun cas de méningite à Méningocoque A n'a pas été identifié par la surveillance cas par cas avec confirmation par le laboratoire. Toute fois en 2012, on note une prédominance du serogroupe W135.

2.4.16.3 *Tétanos néonatal*

Tableau XXX : Répartition des cas et de décès de tétanos néonatal au Mali de 2010 à 2014

Régions	2010		2011		2012	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Kayes	1	0	2	1	2	2
Koulikoro	3	1	1	1	4	3
Sikasso	1	0	2	0	0	0
Ségou	1	0	1	1	0	0
Mopti	1	0	0	0	0	0
Tombouctou	1	1	0	0	0	0
Gao	1	0	0	0	2	1
Kidal	0	0	0	0	0	0
Bamako	4	2	5	4	2	1
Total	12	4	11	7	10	7

Analyse FFOM liée à l'intégration

Tableau XXXI : Résumé analytique des problèmes liés à l'intégration et performance

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Existence d'outils de collecte des données</p> <p>Disponibilité de l'outil informatique dans les districts</p> <p>Existence de personnel qualifié dans tous les districts</p> <p>Existence de directives techniques nationales pour la surveillance</p> <p>Transmission hebdomadaire des données sur les maladies à potentiel épidémique</p> <p>Existence de canaux de transmission des données: Internet, RAC, téléphone</p>	<p>Panne/absence de RAC au niveau de certaines aires de santé</p> <p>Faible promptitude / complétude des rapports</p> <p>Insuffisance de formation et de suivi du personnel</p> <p>Insuffisances dans la détection, la notification et l'investigation des cas de maladies sous surveillance cas par cas</p> <p>Irrégularité de la supervision</p>	<p>Soutien des partenaires techniques et financiers : OMS, OOAS, MSF, CDC Atlanta</p>	<p>Instabilité du personnel au niveau périphérique</p> <p>Non financement des activités</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Indicateurs de surveillance PFA conformes aux normes certification de l'éradication de la poliomyélite depuis 2008 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taux de PFA non polio supérieur à 2/100 000 - pourcentage d'échantillons de selles adéquats supérieur 80% <p>Tenue des réunions trimestrielles de monitoring</p> <p>Existence de directives techniques nationales de surveillance et de module de formation pour niveau aire</p> <p>Existence de contrat entre l'OMS et certains transporteurs de la place pour le transport des échantillons</p> <p>Disponibilité des kits de prélèvement</p>	<p>Existence régions peu performantes (taux PFA < 2 cas pour 100 000 enfants de moins 15 ans)</p> <p>Faible implication de la communauté dans la surveillance active</p> <p>Insuffisance de décentralisation des investigations/prélèvements</p>	<p>Appui financier de l'OMS pour la surveillance des PFA, la lutte accélérée pour le contrôle de la rougeole, la fièvre jaune et l'élimination du tétanos maternel et néonatal</p>	<p>Instabilité du personnel au niveau périphérique</p>
<p>Existence de directives techniques nationales de la surveillance du TMN</p>	<p>Sous notification des cas de TMN</p> <p>Insuffisance d'investigation de cas de TMN</p> <p>Insuffisance de formation du personnel et des Accoucheuses traditionnelles</p> <p>Insuffisance dans l'investigation des décès néonataux</p>	<p>Appui des partenaires techniques et financiers pour le soutien de l'initiative d'élimination du TMN : UNICEF, OMS...</p>	<p>Croyances néfastes</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Existence de directives techniques nationales de la surveillance de la rougeole</p> <p>Existence d'un programme de formation continue du personnel en cours d'exécution</p>	<p>Enregistrement de plusieurs foyers d'épidémie de rougeole confirmée par le laboratoire de 2008 à 2010</p> <p>Insuffisance de formation et de suivi du personnel</p>	<p>Appui des partenaires techniques et financiers pour le soutien de la lutte accélérée pour le contrôle de la rougeole et du contrôle des épidémies de méningite à méningocoque A: OMS UNICEF</p>	<p>Manque de financement du programme de formation continue du personnel et de suivi</p>
<p>100 % cas suspects ont fait l'objet de prélèvement en 2010</p>	<p>Insuffisance de plateau technique au niveau région pour la confirmation de la méningite et choléra</p>		
<p>Au moins 80 % des districts ont notifié et prélevés des échantillons pour des cas suspects en 2010</p>	<p>Non respect du circuit de notification</p>		
<p>Existence de directives techniques nationales de la surveillance de la fièvre jaune</p> <p>Tenue des réunions trimestrielles de monitoring</p>	<p>Moins de 80 % des districts notifiant un cas suspect de fièvre jaune</p>		

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Introduction dans 3 régions du pays du nouveau vaccin conjugué contre la méningite à MnA</p> <p>Introduction de la surveillance cas par cas des méningites bactériennes</p> <p>Disponibilité de kits de prélèvement et milieux de transport au niveau des CSRéf</p> <p>Formation du personnel à la surveillance cas par cas des méningites bactériennes</p> <p>Plateau technique des laboratoires des CSRéf adapté pour les examens préliminaires demandés</p> <p>Formation des responsables de laboratoire de district sur la SCC des méningites</p> <p>Formation des responsables de laboratoire sur la SCC des méningites bactériennes</p>	<p>Non maîtrise de la technique de la ponction lombaire (PL) par certains responsables de CSCom</p> <p>Activités de SCC non planifiées pour les niveaux régional et opérationnel</p> <p>Insuffisances dans les procédures d'examen et d'interprétation de certains techniciens de laboratoire</p> <p>Rupture de réactifs de laboratoire</p> <p>Rupture de milieux de transport</p>	<p>Accompagnement des PTF</p>	<p>Insuffisances de ressources financières</p> <p>Risque élevé de flambées dans les zones de migration importante de l'Office du Niger</p> <p>Rupture de kits de PL</p> <p>Rupture de milieux de transport</p>

2.5 Pérennité

2.5.1 Approvisionnement et gestion des vaccins

Le financement des vaccins et consommables est assuré en grande partie par le budget d'Etat depuis 1996 dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique. A cet effet, une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, a été inscrite au budget national. Chaque année, l'Etat achète des vaccins traditionnels (VPO, VAR, TT, BCG) et contribue au cofinancement des vaccins sous utilisés (VAA, Penta) et nouveaux(PCV) à travers la ligne budgétaire achat de vaccin et part de cofinancement. Un protocole d'accord signé depuis 1996 lie l'Etat à l'UNICEF pour la fourniture de vaccins, consommables et équipements connexes. Au niveau central, une prévision pluriannuelle des besoins en vaccins et matériels d'injection est disponible.

L'estimation des besoins en vaccins et consommables se fait annuellement au niveau central à travers un fichier électronique « forecast tool ». Un ajustement des besoins est fait lors de la commande semestrielle. La méthode d'estimation des besoins est celle de la population cible, qui prend en compte : le calendrier vaccinal, les taux de perte et l'objectif de la couverture vaccinale.

Le plan d'approvisionnement élaboré en début d'année, prévoit un ravitaillement trimestriel pour les régions et mensuel pour les districts sanitaires et aires de santé. Cependant au niveau des régions et districts, le rythme d'approvisionnement n'est pas toujours respecté en raison de certaines difficultés liées principalement à la mobilisation des ressources. Des cas de sur stockages ou des ruptures sont souvent enregistrés. Selon les données de DVD-MT, en 2010 seulement 32% des districts sanitaires ont reçu un approvisionnement adéquat en vaccins (c.à.d. 80% de leurs besoins).

En ce qui concerne le suivi des stocks de vaccins, au niveau central, les outils appropriés existent et sont maîtrisés. Un système informatisé de gestion des vaccins et matériel d'injection mis en place au niveau central depuis 2001, avec l'appui de l'OMS et du projet ARIVA est bien fonctionnel. Quatre responsables nationaux ont été formés à l'utilisation de cet outil. L'estimation des besoins et le suivi des différents paramètres de gestion de stock sont régulièrement faits à travers ce système informatisé. Ce qui permet de disposer de bases de données cohérentes en matière de gestion des stocks de vaccins, diluants et matériel d'injection.

Au niveau des régions, le système informatisé a été introduit en 2004. Deux agents par région ont été formés à l'utilisation de cet outil avec l'appui de l'OMS et du projet ARIVA. Cet outil informatisé est aussi utilisé au niveau des districts de 4 régions qui ont reçu la formation (Bamako, Kayes, Koulikoro et Ségou). Au niveau des autres

districts sanitaires et aires de santé l'enregistrement des différents mouvements de stocks est fait sur des supports manuels. Cependant des informations essentielles, telles que le numéro de lot et les dates de péremption manquent dans certaines formations. Des efforts dans ce domaine sont à encourager. L'inventaire ne se fait pas systématiquement dans certains districts sanitaires. Le suivi des stocks reste encore à améliorer aux niveaux intermédiaires et CSCOM par la mise en place et l'utilisation effective d'outils appropriés pour l'enregistrement des mouvements.

Le suivi des taux de perte des vaccins est intégré dans le système de monitoring du PEV de routine. Les données essentielles sur l'utilisation des vaccins sont incluses dans les formulaires de rapportage mensuel.

Au niveau central, un outil informatisé est utilisé pour l'analyse. A partir des rapports mensuels, les pertes sont calculées pour chaque antigène, par district sanitaire et région.

Tableau XXXII : évolution des taux de perte des antigènes de 2011 à 2012 selon les données administratives par région

Régions	BCG		PENTA		VPO		VAR		VAA		VAT	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Kayes	24	22	1	2	6	4	19	17	16	15	19	16
Koulikoro	17	15	2	6	6	5	16	17	15	17	21	26
Sikasso	18	16	0	2	0	2	15	13	18	12	13	9
Ségou	9	15	0	3	0	3	9	18	10	10	12	18
Mopti	16	26	0	9	0	7	10	21	19	16	15	28
Tombouctou	34	45	1	6	4	4	19	26	15	18	24	35
Gao	26	22	7	11	8	9	19	13	18	9	40	21
Kidal	37	0	3	0	10		42	0	29	0	23	0
Bamako	10	9	2	2	4	2	7	6	9	7	9	7
Mali	19	21	0	5	2	4	16	17	16	13	18	20

L'analyse du tableau, montre une insuffisance dans le rapportage des données sur les taux de pertes par antigène dans toutes les régions.

Par ailleurs il est a signalé qu'une étude financée par l'OMS sur les taux de pertes des vaccins a été réalisée au cours du mois de février 2011 dans la région de Sikasso. Cette étude rétrospective de l'année de 2010, a concernée tous les districts sanitaires de la région. Il ressort des résultats de cette étude que les taux de pertes enregistrés sur le terrain sont largement supérieurs aux taux administratifs enregistrés au niveau central.

Tableau : Taux de perte enregistrés par antigènes en 2010 selon les données de l'étude dans la région de Sikasso février 2011

Districts	BCG	VPO	PENTA	VAR	VAT	VAA
Bougouni	39%	19%	6%	49%	40%	48%
Kadiolo	19%	13%	4%	40%	60%	18%
Kignan	6%	17%	7%	21%	76%	12%
Kolondiéba	30%	18%	4%	21%	35%	22%
Koutiala	22%	18%	4%	25%	49%	16%
Sélingué	50%	17%	5%	33%	65%	29%
Sikasso	16%	14%	3%	21%	39%	23%
Yanfolila	44%	21%	6%	42%	50%	35%
Yorosso	42%	14%	9%	29%	61%	26%
Région	33%	17%	5%	30%	53%	25%

L'analyse des données du tableau, montre que les taux pertes enregistrés sur le terrain sont très élevés notamment pour les vaccins liquides (VPO : 17% ; VAT : 53%) qui sont soumis à la politique des flacons entamés. De même pour les vaccins lyophilisés (BCG : 33% ; VAR : 30% ; VAA : 25%), les taux de perte enregistrés sont supérieurs aux objectifs fixés par le programme. Cela montre qu'il y a des efforts à fournir pour réduire les taux de perte très élevés.

2.5.2 Logistique de la chaîne du froid

Depuis les premières années de son démarrage, le PEV a bénéficié de l'appui de nombreux partenaires pour l'installation, le renouvellement et la maintenance des équipements de la chaîne du froid (CdF) à tous les niveaux. Le dernier inventaire général, détaillé remonte à 2008. En 2010 le Mali a bénéficié d'un don japonais pour les équipements de froide (chambres froides, congélateurs, réfrigérateurs, caisses isothermes et porte vaccin).

Le dépôt central dispose de : 7 chambres froides positives totalisant une capacité de 55 000 litres, 3 chambres froides négatives de 23 000 litres et 7 réfrigérateurs. Il existe deux groupes électrogènes de secours dont un de 70 KVA et un de 10 KVA, dotés d'un système de démarrage automatique permettant d'assurer la relève en cas de rupture d'électricité. La capacité de stockage des équipements de la CdF est suffisante pour les besoins du PEV de routine avec les 7 antigènes actuels pour 2 livraisons annuelles. Cependant cette capacité est insuffisante pendant les périodes de campagnes, et dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins.

Sur la base des inventaires suscités, le Mali a bénéficié de l'appui de plusieurs partenaires : Coopération luxembourgeoise, Coopération japonaise (JICA), OMS, UNICEF, Union Européenne et d'autres partenaires locaux pour l'acquisition de nombreux équipements de chaîne du froid. Malgré l'acquisition de ces équipements (réfrigérateurs et congélateurs) tous les besoins ne sont pas satisfaits à ce jour. Tous les CSCOM n'ont pas de capacité de stockage suffisante et de congélation des accumulateurs. En général, tous les niveaux (région, districts et CSCOM) sont dotés d'appareils de chaîne du froid répondant aux standards de l'OMS/UNICEF.

Le dépôt régional de Mopti dispose d'une chambre froide positive de 9 700 litres et d'une chambre froide négative de 8 800 litres. Ces chambres, qui ont été installées en 2002, comme dépôt secondaire du niveau central afin de faciliter le ravitaillement rapide des régions du nord notamment Gao, Tombouctou, Kidal et Mopti ne jouent pas entièrement leur rôle à cause de l'insuffisance des ressources.

La maintenance des installations de la CdF est assurée par le Service d'Entretien du Parc Automobile et du Matériel (SEPAUMAT) du Ministère de la Santé. Cependant, les missions de supervision et de maintenance de la chaîne du froid sont irrégulières, faute de financement adéquat.

La source d'énergie la plus importante pour le fonctionnement des équipements de la chaîne du froid au niveau des CSRef et des CSCOM est le pétrole. Cependant l'approvisionnement adéquat et continu en pétrole de qualité reste un problème majeur qui compromet la fiabilité de la chaîne du froid au niveau périphérique.

2.5.3 Logistique transport

Le niveau central dispose de deux camions dont un est en mauvais état pour le ravitaillement des dépôts régionaux en vaccins et consommables. Lors des campagnes de vaccination, le niveau central fait souvent recours à des locations de camions.

Sur les 7 véhicules tout terrain disponibles pour les activités de supervision, 5 sont en mauvais état.

Au niveau région/districts, les moyens de transports utilisés surtout pour l'approvisionnement, supervision et la vaccination ne sont pas disponibles à 100%. Seules les régions de Kayes et Mopti disposent chacune d'un camion pour le ravitaillement.

Les moyens de transport au niveau des CSCOM sont les motos dont le financement est assuré par les organismes comme l'UNICEF, l'OMS, GAVI, l'Etat, les communautés à travers les ASACO, les ONG et les projets de développement locaux. Ces motos sont utilisées pour les activités de stratégie avancée, mais assurent aussi les autres déplacements au niveau des aires de santé (supervisions, ravitaillements, déplacements pour formations et réunions...).

Au nombre des problèmes liés au transport on peut retenir :

l'absence d'un inventaire exhaustif des moyens de transport à tous les niveaux

l'absence d'une politique de maintenance pour assurer l'entretien, le suivi régulier et le renouvellement de ce matériel.

2.5.4 Sécurité de la vaccination

Le Mali a bénéficié en 2002 du soutien de GAVI pour la sécurité des injections. Cette opportunité a permis au Mali d'acquérir des seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité pour tous les vaccins du PEV. Actuellement, l'achat des seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité dans le cadre du PEV de routine est assurée essentiellement par l'Etat en cofinancement avec GAVI. Quant aux campagnes de vaccination, les quantités nécessaires sont fournies par les partenaires.

A la faveur de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole en 2001, un incinérateur de type De Montfort a été construit dans les 55 districts du pays avec l'appui de l'OMS, pour la destruction des quantités importantes de déchets. En 2004, dans le même cadre 27 nouveaux incinérateurs De Montfort ont été construits et 37 ont été réhabilités. Des incinérateurs « Dragon » ont été construits à la faveur de l'introduction du MenAfriVac dans le pays en 2010. Une politique de gestion des déchets biomédicaux a été élaborée ainsi que des plans de districts qui ne sont pas régulièrement mis à jour.

Concernant la surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI), elle est d'une manière générale timide et n'est active que lors des campagnes de vaccination de masse.

2.5.5 Résumé Analytique des problèmes liés à la pérennisation

Le tableau qui suit résume les forces, faiblesses, opportunités et menaces liés à la pérennité

Tableau XXXIII : **Résumé analytique des problèmes liés à la pérennité**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
---------------	-------------------	---------------------	----------------

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Disponibilité de vaccins et de matériel d'injection conforme aux normes à tous les niveaux</p> <p>Mise en place au niveau central et dans les régions d'un système informatisé de gestion des vaccins et des consommables.</p> <p>Disponibilité de matériels informatiques dans la plupart des Districts sanitaires</p> <p>Accompagnement des partenaires à financer les formations</p> <p>Existence de disposition législative concernant l'Autorité Nationale de Régulation (ANR)</p> <p>Existence d'une convention d'assistance achat avec l'UNICEF</p>	<p>Non respect du calendrier d'approvisionnement provoquant des ruptures de vaccins dans certains districts</p> <p>Formation en gestion informatisée des vaccins et des données de vaccination non réalisée pour les responsables des BL PEV des régions de : Sikasso, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal.</p> <p>Instabilité du personnel</p> <p>Dysfonctionnement de l'ANR</p>	<p>Engagement politique en faveur du PEV</p> <p>Appui des partenaires</p> <p>Projet d'informatisation des services de l'état</p> <p>Accompagnement des partenaires extérieurs</p>	<p>Insuffisance en ressources financières pour l'achat des vaccins</p> <p>Non disponibilité de source d'énergie en permanence dans certains Districts</p> <p>Retrait des laboratoires de l'Europe pour le contrôle de qualité des vaccins</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Existence d'un plan de renouvellement des équipements de la chaîne du froid</p> <p>Appui des partenaires et de l'état pour l'acquisition et mise en place d'équipements de la chaîne du froid</p> <p>3. Existence d'une politique de maintenance des équipements de la chaîne du froid</p>	<p>Non mise à jour annuelle de l'inventaire des équipements</p> <p>Insuffisance dans la mise en œuvre du plan de renouvellement des équipements de la chaîne du froid</p> <p>Insuffisance de capacité de stockage et de congélation à certains niveaux pendant les campagnes</p> <p>4. Insuffisance dans le système de maintenance et de gestion des équipements</p>	<p>Appui des partenaires</p> <p>Soutien au système de santé par GAVI</p>	<p>1. Insuffisance de ressources financières</p>
<p>1 .Existence de parc auto/ moto à tous les niveaux</p> <p>Appui des partenaires et de l'état pour l'acquisition de la logistique roulante</p> <p>Disponibilité d'un plan d'approvisionnement et plan d'urgence</p> <p>4. Existence d'une politique de maintenance</p>	<p>Inexistence d'un inventaire exhaustif des moyens de transport</p> <p>Insuffisance dans le système de maintenance</p> <p>Vétusté du parc auto/moto dans plusieurs localités</p> <p>4. Non respect de la mise en œuvre du plan</p>	<p>1. Soutien au système de santé par les partenaires</p>	<p>Coût élevé du transport des vaccins pendant les campagnes</p> <p>Faible accessibilité géographique de certaines régions (Distance)</p>

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Disponibilité d'une politique et d'un plan national sur la sécurité des injections ;</p> <p>Application de la politique du « bundling »</p> <p>Disponibilité d'incinérateurs dans tous les districts et dans certains CSCOM</p> <p>Existence d'un système de notification des cas de MAPI</p>	<p>Insuffisance dans la gestion globale des déchets biomédicaux ;</p> <p>Insuffisance de formation des agents chargés de la gestion des déchets</p> <p>Insuffisance dans la notification des MAPI</p>	<p>Collaboration avec les structures privées</p>	<p>Menace environnementale</p>

2.6 Innovation

Il existe des centres de recherche sur le développement des vaccins : le CVD/CNAM et le MRTC, des laboratoires de référence : l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre Mérioux.

L'introduction des nouveaux vaccins (Hib, PCV13, MenA, Vaccin contre le HPV, le vaccin contre le rotavirus) au Mali a été soutenue au préalable par des études épidémiologiques et des essais cliniques. Ces études ont été réalisées par le CVD/CNAM

Une évaluation post introduction a été réalisée pour le PCV13 et des évaluations ont été conduites après les campagnes de vaccination intégrée contre la rougeole et la campagne de masse contre la méningite à méningocoque A utilisant le vaccin conjugué MenA

Une étude sur le vaccin antipolio en dehors de la chaîne de froids a été réalisée en 2009.

Analyse AFFOM liée à l'innovation

Tableau XXXIV : Synthèse de l'analyse liée à l'innovation

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Existence des centres de recherche sur le développement des vaccins et des laboratoires de référence	Faiblesse dans la dissémination des résultats de recherche dans le pays	Existence de cadre de collaboration entre les centres de recherche du pays avec les partenaires du Nord (CVD-Université Maryland et Université Bamako-NIH USA)	La recherche est fortement tributaire du financement extérieur
Réalisation des études épidémiologiques et des essais cliniques avant introduction des nouveaux vaccins	Faible du budget alloué à la recherche	Existence de réseau de laboratoire entre laboratoires nationaux pour la surveillance de la rougeole/fièvre,	

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		de la fièvre jaune, des méningites bactériennes, des PFA et l'Institut Pasteur de Dakar d'Abidjan et l'OMS	
	Faiblesse du plateau technique des centres de recherches		
	Faiblesse dans l'exploitation des résultats de recherche notamment dans l'élaboration de note politique pour les décideurs		

3 Problèmes prioritaires

Appropriation par les pays

- Faible capacité des ASACO à financer les activités de vaccination dans la plupart des CSCom
- Faible ancrage institutionnel du programme de vaccination
- Absence de loi sur le financement durable de la vaccination

- Absence d'un comité consultatif indépendant
- Non élargissement du CCIA à d'autres secteurs (départements et secteur privé...)
- Insuffisance de financement des activités de vaccination par les collectivités décentralisées
- Insuffisance du budget alloué à la vaccination par le ministère de la santé (faible mobilisation des ressources financières du budget du ministère de la santé)

Responsabilité partagée et Partenariat

- Les activités de communication et de mobilisation sociale en faveur de la routine ne sont pas planifiées et mises en œuvre par les responsables socio-sanitaires par niveau (Absence de plan opérationnel)
- Les populations sont peu informées sur les activités du PEV de routine et des campagnes supplémentaires (moins de 75%)
- Certains groupes sont réticents à la vaccination au cours des campagnes (Polio, Tétanos...)
- Les agents socio-sanitaires et les relais ont de faibles capacités en CIP et en mobilisation sociale en matière de vaccination.
- La collaboration est insuffisante entre les agents sanitaires et sociaux dans la mise en œuvre et le suivi des activités de communication
- Les activités de communication ne sont pas suivies et évaluées à temps afin de réadapter les stratégies
- Les producteurs et animateurs de radios de proximité ne sont suffisamment informés sur le PEV
- Les représentants des communautés ne sont pas suffisamment impliqués aux différentes étapes du processus de planification, exécution, suivi et de gestion
- Les districts sanitaires ne sont pas suffisamment dotés de matériels et de supports audiovisuels pour les séances de CCC

Équité

- Les couvertures vaccinales du PEV de routine et celles de l'enquête sont faibles
- Le taux d'abandon est élevé par rapport à la norme ($\leq 10\%$)
- Insuffisance dans la planification des activités de vaccination
- L'insuffisance du personnel qualifié pour le système de santé et la vaccination

- L'insuffisance dans le suivi des activités de vaccination

Intégration

- Existence régions peu performantes (taux PFA < à 2 cas pour 100 000 enfants de moins 15 ans)
- Insuffisance dans la détection, notification, investigation des cas des maladies à potentiel épidémique
- Insuffisance de supervision du personnel
- Faible concertation des acteurs de proximité dans la surveillance
- Insuffisance quantitative de ressources humaines qualifiées de première ligne pour la vaccination

Pérennité

- La proportion des districts n'ayant pas un approvisionnement adéquat (ayant reçu au moins 80% de leur besoin) est élevé (BCG : 68%, Penta : 68%, VAR : 68%)
- Les taux de perte sont parfois élevés par rapport aux normes (10%) :
- 52% des districts n'ont pas la capacité requise de stockage en vaccins
- Faible disponibilité des moyens de transport au niveau des régions pour mener les activités de vaccination (supervision)
- Faible disponibilité des moyens de transport au niveau des régions pour l'approvisionnement en vaccins
- L'élimination des déchets n'est pas conforme aux normes dans la plupart des sites d'incinération.
- L'insuffisance de personnel qualifié dans le domaine de la logistique et de la maintenance
- Insuffisance dans la surveillance des MAPI

Innovation

- Faiblesse dans la dissémination des résultats de recherche dans le pays
- Faiblesse du plateau technique des centres de recherches
- Insuffisance dans le renforcement des capacités des ressources humaines en recherche

- Faiblesse dans l'exploitation des résultats de recherche notamment dans l'élaboration de note politique pour les décideurs
- Faiblesse du budget alloué à la recherche

4 Objectifs

4.1 Objectifs à long terme

- Maintenir le pays exempt de poliovirus sauvage
- Atteindre les cibles en matière d'élimination des maladies évitables par la vaccination
- Atteindre la cible de l'objectif 4 du millénaire pour le développement
- Atteindre les cibles en matière de couverture au niveau nationale, régionale, district et niveau aire de santé
- Introduire des nouvelles technologies et de nouveaux vaccins

4.2 Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 1 : Le Mali s'engage en faveur de la vaccination en tant que priorité

Objectif stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et réclament les vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité

Objectif stratégique 3 : Les avantages de la vaccination s'appliquent à tous de manière équitable

Objectif stratégique 4 : Les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé performant

Objectif stratégique 5 : Les programmes de vaccination ont durablement accès à un financement prévisible, à un approvisionnement de qualité et à des technologies innovantes

Objectif stratégique 6 : Les innovations issues des programmes de recherche et développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les avantages de la vaccination

4.3 Objectifs de couverture

Tableau XXXV : Objectif de couverture de 2012 à 2016

Antigène	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	90%	93%	96%	99%	99%
Rougeole	75%	78%	81%	84%	87%

Polio	75%	80%	83%	87%	95%
TT	80%	83%	86%	89%	89%
DTC-HepB-Hib	80%	83%	86%	89%	95%
Fièvre Jaune	75%	78%	81%	84%	87%
PCV-13	80%	83%	86%	89%	95%
MenAfriVac					60%
Rotavirus		15%	40%	89%	95%

Tableau XXXVI : Objectifs de taux de pertes par antigène de 2012 à 2013

Antigène	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	20%	20%	20%	20%	20%
Rougeole	20%	20%	20%	20%	20%
Polio	10%	10%	10%	10%	10%
TT	10%	10%	10%	10%	10%
DTC-HepB-Hib	5%	5%	5%	5%	5%
Fièvre Jaune	20%	20%	20%	20%	20%
PCV-13	5%	5%	5%	5%	5%
MenAfriVac					10%
Rotavirus		5%	5%	5%	5%

5 Activités et indicateurs par objectif stratégique

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2014	2015	2016
Objectif stratégique 1: Le Mali s'engage en faveur de la vaccination en tant que priorité					
Plaidoyer pour l'augmentation progressive du budget de la vaccination (MSHP, MEF, Parlement)	Proportion de budget du ministère de la santé alloué à la vaccination	DNS/ SI	1 000	500	
Impliquer la SI à l'arbitrage budgétaire	Proportion de budget du ministère de la santé alloué à la vaccination	MSHP/ DFM	0	0	0
Garantir le financement par l'adoption d'une loi sur la vaccination	Proportion de budget du ministère de la santé alloué à la vaccination	AN	0		
Mettre en place par arrêté du MSHP le groupe de consultation technique indépendant	Existence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis	MSHP/ DNS/ SI	0		
Définir les attributions et les modalités de fonctionnement du groupe de consultation technique indépendant	Existence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis	MSHP/ DNS/ SI	500		
Elargir la composition du CCIA aux secteurs privés, OSC, les autres départements ministériels	Existence de cadres fonctionnels de planification, de coordination et de suivi/évaluation du PEV	MSHP	0		
Organiser les réunions statutaires du CCIA	Existence de cadres fonctionnels de planification, de coordination et de suivi/évaluation du PEV	DNS/ SI	500	500	500
Initier des stratégies pour	Existence d'un partenariat avec le	DNS /SI	500		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
l'implication du secteur privé dans le financement des activités de vaccination de routine	secteur privé				
Commettre un expert juridique pour la mise en forme du projet de loi sur le financement de la vaccination	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	DNS	500		
Soumettre le projet de loi dans le circuit pour approbation	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	MSHP/ DNS	0		
Organiser une rencontre avec le Cabinet du MSHP autour du projet de loi	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	MSHP/ DNS	0		
Organiser une rencontre avec le parlement autour du projet de loi	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	MSHP/ DNS	500		
Mettre en place un fonds pour le financement durable de la vaccination	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	DFM	0	0	0
Renforcer le partenariat public privé en faveur du financement de la vaccination	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	DNS , DFM		750	750
Créer une sous direction générale de la vaccination	Existence d'un cadre institutionnel, d'une loi sur la vaccination et ses décrets d'application	MSHP	0	0	0
Susciter la mise en place d'un réseau de parlementaires et de collectivités engagés pour la vaccination	Proportion de leaders engagés en faveur de la vaccination,	DNS, AN	0		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Encourager la planification stratégique concertée au niveau des communes pour l'intégration du plan d'action de l'aire de santé dans le PDSEC	Proportion de budget du PDSEC des communes alloué à la vaccination	DNS/ DRS/ CSREF/ COMMUNE	0	0	0
Renforcer les capacités des acteurs au niveau des communes	Proportion de budget du PDSEC des communes alloué à la vaccination	DRS/ CSREF	34 330	34 330	34 330
Plaidoyer auprès des autorités communales pour la prise en compte des priorités de la vaccination dans leur PDSEC	Proportion de budget du PDSEC des communes alloué à la vaccination	DNS/ DNDS/ DRS/ DRDSES	0	0	
Intégrer la vaccination dans les programmes d'enseignement de base	Proportion d'école intégrant la vaccination dans leur programme	MSHP/ DNS/ SI		5 600	
Objectif stratégique 2: Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et réclament les vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité					
Elaborer un plan national de plaidoyer impliquant des organisations appartenant à la société civile du pays	Nombre d'acteurs, de décideurs faisant valoir l'intérêt de la vaccination. Nombre de contrats de partenariats signés	CNIECS	9 707		
Recruter de nouveaux porte-parole, notamment parmi les formateurs, les leaders religieux, politiques, des medias traditionnels et sociaux, formés	Nombre d'acteurs, de décideurs faisant valoir l'intérêt de la vaccination. Nombre de contrats de partenariats signés	CNIECS		54 000	
Recruter un ambassadeur de bonne volonté pour la vaccination des enfants au Mali	Nombre d'acteurs, de décideurs faisant valoir l'intérêt de la vaccination. Nombre de contrats de partenariats signés	CNIECS	1 500	1 000	1 000

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Identifier, habilitier et soutenir des organisations de la société civile auprès des collectivités, des décideurs et medias locaux en appui à l'approche « Atteindre chaque communauté »..	Nombre d'acteurs, de décideurs faisant valoir l'intérêt de la vaccination. Nombre de contrats de partenariats signés	CNIECS	7 000	135 000	0
Organiser des séances de discussions avec les différents groupes parlementaires pour plaider en faveur de la loi sur la vaccination	Nombre de mesures incitatives individuelles et communautaires pour stimuler la demande de vaccination	CNIECS	875		
Organiser une fois par an, un atelier de plaidoyer à l'intention des responsables socio administratifs politiques les membres des cabinets ministériels, les membres du CCIA, les hommes de médias, les responsables des associations et ONG féminines et les leaders religieux en faveur de la vaccination au niveau	Nombre de mesures incitatives individuelles et communautaires pour stimuler la demande de vaccination	CNIECS	7 659	7 659	7 659
Plaidoyer auprès des organes responsables des ASACO (FELASCom Assemblée régionale et conseil de cercle) pour s'acquitter de leur engagement dans le cadre de l'organisation de la vaccination au niveau de leur aire de santé	Nombre de mesures incitatives individuelles et communautaires pour stimuler la demande de vaccination	CNIECS, FENASCom, DNDS	14 500		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Utiliser les nouvelles technologies reposant sur la téléphonie mobile et l'Internet.	Nombre de contrats de partenariats signés avec les opérateurs des NTIC. Nombre de clients informés par SMS et Internet	CNIECS	12 000	12 000	12 000
Organiser dans chaque région du pays, un Forum sur l'importance de la vaccination (éventuellement de l'introduction des nouveaux vaccins) avec la participation de la communauté, des chefs religieux et de tous les chefs coutumiers	Proportion d'individus/collectivités connaissant les avantages liés à la vaccination	CNIECS, DNS	0	54 000	0
Réaliser un magazine TV sur l'évolution du PEV et ses expériences réussies	Proportion d'individus/collectivités connaissant les avantages liés à la vaccination	CNIECS	10 000	2 000	2 000
Elaborer une cartographie des structures de participation communautaire	Existence d'une cartographie des structures de participation communautaire	CNIECS	15 000		7 500
Célébrer la Semaine Africaine de la vaccination niveaux national, régional et district du 24 au 30 Avril	Proportion de groupes ou de structures touchées par les activités de communication de la SAVac	CNIECS, DNS	68 665	68 665	68 665
Développer et diffuser des messages/supports télévisés, radiophoniques et imprimés pour la sensibilisation sur la routine et lors des campagnes	Nombre de production TV et radio réalisés/ prévus	CNIECS	272 169	68 045	68 045
Appuyer l'organisation des dialogues communautaires sur les	Nombre de sessions de dialogue communautaire organisées.	CNIECS, DRS, DRDSES	PPAC	PPAC	PPAC

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2014	2015	2016
activités du PEV.					
Appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans opérationnels de communication et mobilisation sociale en faveur du PEV en tenant compte des populations spéciales (nomades, accès difficile....)	% de districts ayant élaboré et mis en œuvre le plan opérationnel de communication	CNIECS, DRDSES	25 532	6 383	6 383
Participer aux Supervisions dans le cadre du PEV au niveau des districts.	Nombre de supervision et de session de monitoring réalisées /prévues	CNIECS, DRDSES	14 894	14 894	14 894
Organiser une session de formation des formateurs au niveau national en C4D/ CPD (CNIECS, DNDS, DNS, DRS, DRDSES)	Nombre de formateurs formés en C4D	CNIECS	20 250		
Organiser des sessions de formation animateurs/ producteurs des medias, des radios de proximité des ONG, communicateurs traditionnels sur le PEV (maladies cibles, calendrier vaccinal, surveillance....)	Nombre d'animateurs/radio et d'ONG formés	CNIECS	15 958		
Réaliser des activités de sensibilisation (CIP) sur le PEV au niveau des ménages par les relais.	Nombre de ménages visités et informés sur le PEV par les relais.	CNIECS	0	0	0

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Mettre en place un mécanisme d'émulation/ récompense à l'intention des agents de sante vaccinateurs performant (en numéraire ou en nature, délivrance de plusieurs services groupes ou reconnaissance par les medias, par exemple).	Nombre de mesures incitatives individuelles et communautaires pour stimuler la demande de vaccination	CNIECS	2 500	5 000	5 000
Mener une enquête comportementale(CAP) relatives à la vaccination	Rapport d'enquête disponible - Proportion d'individus/ collectivités qui refusent les activités de la vaccination	CNIECS		26 500	
Organiser des émissions radios sur les différents aspects liés à la vaccination animées par les agents socio sanitaires et les leaders communautaires (Emission Sante Pour Tous – ORTM, créneau santé au niveau des radios de proximité)	Nombre d'émissions réalisées/ prévues	CNIECS	2 979	2 979	2 979
Doter les districts sanitaires d'équipements IEC (mégaphones, dictaphones, télévisions, magnétoscopes magnétophones, vidéo scopes et écrans pour projection) à commencer par les districts à faible couverture vaccinale	Proportion de districts sanitaires dotés en matériels audio visuels et supports de vaccination	CNIECS	315 000		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Former les directeurs technique de centre, les chargés PEV et les matrones ou agents vaccinateurs en CCC/CIP	Nombre les directeurs technique de centre, les chargés PEV et les matrones ou agents vaccinateurs formés en CCC/CIP PEV	CNIECS		20 861	
Objectif stratégique 3: Les avantages de la vaccination s'appliquent à tous de manière équitable					
Recruter les agents vaccinateurs qualifiés	Proportion d'aires de santé disposant de personnel qualifié d'ici 2016	DNS/CPS/DR H/Collectivités	680 400	680 400	680 400
Vacciner toutes les personnes ciblées	Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les trois doses de vaccin diphtérie-tétanos coqueluche –hépatite B- Hémophilus influenzae type b	CSREF/ CSCOM	236 491	236 491	236 491
Administrer la Vit A lors du PEV de routine	Proportion d'enfants ayant reçus la vitamine A lors du PEV de routine	CSREF/ CSCOM			
Vacciner les cibles non ou incomplètement vaccinés retrouvés lors des JNV	Proportion d'enfants rattrapés	CSREF/ CSCOM			
Rechercher activement les perdus de vue	Taux d'abandon entre Penta1- Penta 3 et BCG- VAR	CSREF/ CSCOM			
Réaliser une cartographie (Mapping) de groupes de populations spécifiques à risque par district	Proportion de districts disposant d'une cartographie de groupes de population spécifiques à risque	DNS/SI	15 466		
Vacciner les groupes spécifiques	Proportion de districts prenant en compte la vaccination des populations spécifiques,	CSREF /CSCOM			
Organiser les campagnes de vaccination de masse : rougeole couplées à l'administration de la vitamine A et la distribution des	Nombre de campagnes de vaccination de masse réalisées	DNS/SI	1 940 973		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
MIILD.					
Organiser les campagnes de vaccination de masse : Polio couplées à l'administration de la vitamine A et la distribution des MIILD.	Nombre de campagnes de vaccination de masse réalisées	DNS/SI	3 685 761	3 351 305	3 351 305
Organiser les campagnes de vaccination de masse : tétanos couplées à l'administration de la vitamine A et la distribution des MIILD.	Nombre de campagnes de vaccination de masse réalisées	DNS/SI	655 445	695 295	695 295
Organiser les campagnes de vaccination de masse :MenAfrivac chez les enfants de 1- 5 ans.	Nombre de campagnes de vaccination de masse réalisées	DNS/SI		1 940 974	
Organiser la recherche opérationnelle en vue d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des services de vaccination	Nombre de recherches opérationnelles réalisé	CSREF		69 910	
Assurer la formation des formateurs nationaux et régionaux en monitoring/microplanification	Nombre de sessions de formation organisée	DNS/SI	24 033		
Organiser une session de monitoring/micro planification semestrielle dans les aires de santé	Nombre de sessions de monitoring réalisées par an dans les aires	DRS/CSREF/CSCOM	67 320	67 320	67 320
Collecter analyser et transmettre régulièrement les données de vaccination		DNS/SI	2 500	2 500	2 500

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Mettre en place des registres de vaccination électronique et les mettre en réseaux		DNS/DRS/CS REF/CSCOM			50 000
Analyser et faire la rétro information à tous les niveaux	Existence d'un système de monitoring du statut vaccinal de chaque individu par l'utilisation de nouvelles technologies (NTIC),	DNS/DRS/CS REF	0	0	0
Adapter l'approche atteindre chaque district aux aires de santé afin d'atteindre chaque collectivité		DNS/DRS/CS REF/CSCOM	9 450		
Mettre en œuvre l'approche atteindre chaque collectivité	Pourcentage des aires de santé mettant en œuvre l'approche atteindre chaque collectivité	DNS/DRS/CS REF/CSCOM			
Introduire le vaccin anti rota virus dans le PEV	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine	DNS/DRS/CS REF	48 463	145 783	
Faire une démonstration du vaccin HPV dans les districts sanitaires de Fana et de la Commune V du District de Bamako	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine	DNS/DRS/CS REF	89 742	12 218	
Introduire le Vaccin Polio Injectable dans le PEV	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine	MS			325 903
Introduire la 2ème dose VAR dans le PEV	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine	MS		325 308	
Introduire le Vaccin Men afriVac dans le PEV	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le PEV de routine	MS			338 321
Assurer la supervision des prestataires PEV à tous les niveaux	Nombre de supervisions réalisées	DNS/DRS/CS REF	31 995	31 995	31 995

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Réaliser une enquête de couvertures vaccinales	Existence du rapport d'enquête de couvertures vaccinales	MS/OMS/UNI CEF	150 000		
Objectif stratégique 4: Les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé performant					
Assurer la visite des sites prioritaires de surveillance des maladies sous surveillance (PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc...)		DRS/MCD	50 000	50 000	50 000
Mettre à la disposition des régions les consultants pour appuyer la surveillance sites prioritaires de surveillance des maladies sous surveillance (PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc...)		DNS/DRS	325 000	325 000	325 000
Notifier/Investiguer tous les cas de PFA et autres maladies sous surveillance (rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc....) avec confirmation au laboratoire		DRS/MCD	95 000	95 000	95 000
Assurer la prise en charge des frais d'investigation et d'acheminement des échantillons de selles, de sang et autres		DRS/MCD			
Développer le cadre de collaboration avec la communauté dans la notification immédiate de cas des maladies sous surveillance		MCD	0	0	0

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Mettre à la disposition de tous les niveaux des kits adéquats et consommables pour le prélèvement des échantillons de selles, de sang, LCR ...		DNS/OMS	15 808	15 808	15 808
Acquérir des portes vaccins pour l'acheminement des échantillons au laboratoire d'Abidjan		DNS/OMS			
Tenir les réunions des différents comités (Comité de Certification et Comité des Experts)		DNS/OMS	1 067	1 067	1 067
Assurer la formation des DTC en PEV de routine/surveillance des maladies cibles		DNS	81 275		
Assurer la supervision du personnel impliqué dans la surveillance /PEV		DNS	118 620	118 621	118 621
Utiliser l'outil d'analyse du risque d'épidémie au niveau district chaque semestre		MCD	0	0	0
Investiguer les épidémies de maladies sous surveillance.		MCD			
Confirmer les cas et épidémies suspects au Laboratoire National de Référence (LNR)		DNS/ILNR	6 667	6 667	6 666
Former le personnel du laboratoire pour le diagnostic biologique des MPE et en gestion des données.		LNR/DNS	32 353	32 353	32 353

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Organiser des rencontres périodiques d'harmonisation des données entre personnel du labo, des sections immunisation, Surveillance épidémiologique et partenaires.		DNS	7 200	7 200	7 200
Faire le suivi régulier des indicateurs de performance à travers des rencontres trimestrielles des points focaux PEV et de surveillance		DNS	44 000	44 000	44 000
Objectif stratégique 5: Le programme élargi de vaccination au Mali bénéficie de manière durable d'un financement prévisible, d'un approvisionnement de qualité et de technologies de pointe					
Renforcer le contrôle de la qualité des vaccins par l'ANR	Pourcentage de lots de vaccins utilisés dans le pays dont la qualité est garanti	DNS	500	500	500
Former les agents de la douane et des transitaires par rapport à la réception, au conditionnement et au stockage des vaccins	Nombre d'agents de douanes et de transitaires formés	DNS	1 000		
Mettre en place l'outil de monitoring du financement du PEV au niveau national, régional et district,	L'existence d'un outil de monitoring de financement du PEV au niveau national, régional et district,	DNS	0	0	0
Assurer le suivi régulier du fonctionnement de la CDF à tous les niveaux	Nombre de formations sanitaires disposant de CDF fonctionnelle	DNS	0	0	0
Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance de la chaîne du froid et de la logistique roulante	Existence d'un plan de maintenance de la CDF et de la logistique				

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Assurer la maintenance CdF et autres équipements	Proportion de districts sanitaires disposant de rapport de maintenance de la CDF	DNS	14 490	14 490	14 490
Assurer la disponibilité permanente des pièces de rechanges pour les équipements de la CDF	Existence de stocks de pièces de rechanges en quantité suffisante à tous les niveaux	DNS	40 000	40 000	40 000
Elaborer et mettre en application des plans d'urgence à tous les niveaux	Nombre de régions/districts/aires de santé disposant de plan d'urgence	DNS	0	0	0
Faire des inventaires annuels des équipements à tous les niveaux	Disponibilité de rapport d'inventaire des équipements	DNS/DRS/CS REF	11 000	11 000	11 000
	Nombre de formations sanitaires disposant de chaine du froid qui répondent à la qualification de l'OMS-UNICEF				
Assurer l'achat régulier des vaccins et consommables	Quantité de vaccins et matériel d'injection acheté	MSHP	13 867 156	15 777 045	18 356 837
	Taux de satisfaction des besoins en vaccins et consommables au niveau des districts,				
Assurer un approvisionnement adéquat en vaccins et consommables à tous les niveaux	Proportion de districts et aires de santé n'ayant pas connu de rupture de vaccins et consommables	DNS/DRS/CS REF	47 500	47 500	47 500
Doter tous les niveaux en équipements (chambres froides, frigo, congélateur) de CDF adéquats répondants aux normes PQS (194)	Proportion de régions/districts/aires de santé ayant la capacité requise de stockage en vaccin et matériel d'injection	MSHP	119 913	66 298	99 658

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
Assurer la transition des équipements de la CDF du pétrole au Solaire à tous les niveaux (districts et aires de santé) districts (34) ; aires de santé (1050)	Proportion de districts et aires de santé disposant d'équipements de CDF solaire fonctionnels	MSHP/Partenaires			
Doter toutes les régions et districts sanitaires en moyen de transport adéquat pour l'approvisionnement en vaccins et consommables	Proportion de régions/districts disposant de moyen transport adéquat pour l'approvisionnement de vaccins et autres consommables	MSHP/Partenaires	587 575	684 592	799 556
	Nombre de camions frigorifiques et camions ordinaires disponibles au niveau central				
Doter le niveau central de 3 camions frigorifiques pour les vaccins et 2 camions ordinaires pour les consommables pour l'approvisionnement des régions					
Doter 63 districts sanitaires de véhicules 4X4 pour le PEV et la surveillance	Proportion de régions/districts disposant de moyen transport adéquat pour la supervision et la stratégie mobile				
	Nombre de districts sanitaires inondés disposant de pinasses				
Doter 8 districts sanitaires inondés en Pinasses pour la stratégie mobile	Nombre de districts sanitaires disposants de motos pour la visite des sites prioritaires				
Doter tous les districts sanitaires en motos (80)	Nombre d'aires de santé disposant de moto fonctionnelles pour la stratégie avancée				
Doter toutes les aires santé fonctionnelles (1080) en motos					

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
pour la stratégie avancée					
Construire 100 incinérateurs dans tous les districts sanitaires et les hôpitaux	Proportion de formations sanitaires disposant d'un incinérateur fonctionnel	MSHP/Partenaires	40 856	41 094	42 547
Réviser et mettre en place les supports de notification des MAPI	Proportion de centres de santé qui notifient correctement les cas de MAPI	DNS	5 000		
Assurer un monitoring mensuel des taux de perte des vaccins à tous les niveaux	Nombre de districts sanitaires ayant des taux de perte pour les vaccins liquides inférieur ou égale à 10% et pour les vaccins lyophilisés inférieur ou égale à 20%	DNS/DRS	0	0	0
Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan de gestion des déchets au niveau de tous les districts	Nombre de districts sanitaires disposant de plans d'élimination des déchets biomédicaux	DNS/DRS	5 000	5 000	5 000
	Proportion de sites assurant l'élimination des déchets biomédicaux selon les normes requises				
Assurer la formation des agents sur la gestion des vaccins et les outils de gestion et de monitoring (SMT, DVD-MT, etc)	Nombre de districts sanitaires utilisant les outils SMT et DVD-MT pour la gestion des vaccins et le monitoring des données de vaccination et de la chaîne du froid	DNS/DRS	25 081	10 900	
Doter toutes les régions et districts sanitaires d'ordinateurs et connexion internet	Nombre de régions/districts disposant d'ordinateurs et clé internet pour le traitement, l'analyse et la transmission des données	DNS	15 000	15 000	7 800
Equiper tous les appareils de CDF en outils de monitoring de la T°c de nouvelle génération	Proportion de formations sanitaires utilisant les NTIC pour le monitoring de la CDF et les données de gestion des vaccins et matériel	DNS	17 010		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2014	2015	2016
Installer des enregistreurs automatiques de température sur toutes les chambres		DNS	75 000		
Réaliser une évaluation GEV	Disponibilité du rapport d'évaluation GEV	OMS/UNICEF	15 000		
Mettre en œuvre les recommandations issues de la GEV	Proportion de recommandations mise en œuvre	DNS/SI, DRS, Districts, CSCOM, partenaires	0	0	0
Installer des chambres froides de grande capacité pour augmenter la capacité de stockage (au moins 160 m3) au niveau central	Disponibilité de capacité suffisante de stockage pour les vaccins au niveau central	MSHP, partenaires		25 000	
Augmenter la capacité de stockage ambiant par la construction de magasin d'au moins de 300 m3 pour les seringues et autres consommables	Disponibilité de capacité suffisante de stockage pour les seringues et autres consommables au niveau central	MSHP, partenaires	1 765 856	1 801 163	1 837 186
Assurer la maintenance régulière de la CDF centrale et de la logistique roulante	Nombre de rapports de maintenance des équipements	MSHP, partenaires	17 013	17 900	19 000
Réviser et mettre en œuvre le plan d'urgence au niveau central	Plan d'urgence révisé et affiché de manière visible	DNS	0	0	0
Former les DTC des trois régions du nord en gestion des déchets biomédicaux	Nombre d'agents formés	DNS	14 993		
Objectif stratégique 6: Les innovations issues des programmes de recherche et développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les avantages de la vaccination.					
Réaliser une enquête épidémiologique sur la rubéole /syndrome de Rubéole	Nombre d'études épidémiologiques réalisées sur les maladies émergentes et évitables par la vaccination,	DNS/ SI	50 000		

Activités essentielles	Indicateurs	Responsables	Chronogramme		
			2 014	2 015	2 016
congénitale					
Etude de faisabilité de l'intégration de la santé de l'adolescent avec l'administration du vaccin contre le HPV	Nombre d'études épidémiologiques réalisées sur les maladies émergentes et évitables par la vaccination,	DNS/ DPLM/ DSR	0	0	
Evaluer la couverture vaccinale de la campagne Rougeole	Nombre d'évaluation de couverture réalisé avec rapport disponible,	DNS/ SI	15 000		X
Participer à l'alimentation du site web de la DNS	Existence de site web pour la vaccination et les vaccins	SI	0	0	0
Former deux agents en Logivac		DNS/ SI		10 000	10 000
Réaliser l'évaluation externe du PEV	Rapport d'évaluation disponible	SI		150 000	
TOTAL COUTS			26 018 990	27 493 363	27 998 024

6 Budget

6.1 Méthodologie

La méthodologie utilisée pour la collecte des données a été faite sur la base de la situation d'exécution de l'année 2009, considérée comme l'année de référence en utilisant les sources d'informations relatives à l'exécution de la loi des finances de l'Etat, le rapport financier du PEV au niveau de la section immunisation

La collecte pour les réalisations et les projections 2012-2016 a été faite sur la base des informations tirées des documents ci-après :

- Le cadre budgétaire à moyen terme du Ministère de l'Economie et des Finances (2014-2016) ;
- Le cadre des dépenses à moyen terme du Ministère de la Santé (2007-2011) ;
- Les différents accords et conventions de financement en cours d'exécution ;
- Les objectifs adoptés par les différents groupes thématiques de travail de l'atelier d'élaboration du présent PPAC ;
- La mercuriale des prix 2012.

Les projections et réalisations de besoins en ressources et des financements du PEV de 2012 à 2016 ont été faites à partir des documents et outils suivants :

- Le guide pour l'élaboration du PPAC, GAVI ;
- de l'outil de collecte de données, d'analyse des coûts et financement pour la planification pluriannuel version 2.5 du mois de mars 2011 ;
- les lois de finances du budget d'Etat 2012-2013 ;
- les situations d'exécution 2012-2013 ;
- les rapports annuels de la DNS 2012-2013.

Le processus a débuté par l'entrée des données techniques et financières dans l'outil Excel au niveau des feuilles 1, 4 et 8. Cet exercice a permis de générer automatiquement des besoins de ressources pour la planification de 2014 à 2016.

Dans le souci de réduire les financements probables, l'équipe chargée des finances a échangé avec les Partenaires Techniques et Financiers qui nous ont accompagné dans l'élaboration du PPAC, pour connaître leur intention de financements sur la période (OMS, UNICEF, Sabin Vaccine Institute).

Il ressort de ces différents échanges qu'en dehors des prévisions du CDMT 2009-2011, les plans de financement n'ont pas pu être obtenus en raison de l'absence de prévisibilité de financement chez la majorité des partenaires contactés.

6.2 Analyse financière de l'année 2009

Tableau XXXVII : Tableau des indicateurs pour l'année de référence

Indicateur pour l'Année de Référence	2009
Dépenses Total en Vaccination	\$29 704 944
Campagnes de vaccination	\$9 929 423
Vaccination de routine	\$19 775 521
par habitant	\$1,4
par enfant DTC3	\$38,2
% vaccins et matériel d'injection	41,1%
% financement du gouvernement	94,0%
% dépenses totales de santé	10,2%
% dépenses totales de santé du gouvernement.	12%
% PIB	0,22%
TOTAL	\$29 704 944

Les dépenses globales du PEV en 2009 ont été estimées à \$ 29 704 944, sur ce montant les dépenses spécifiques se répartissent comme suit :

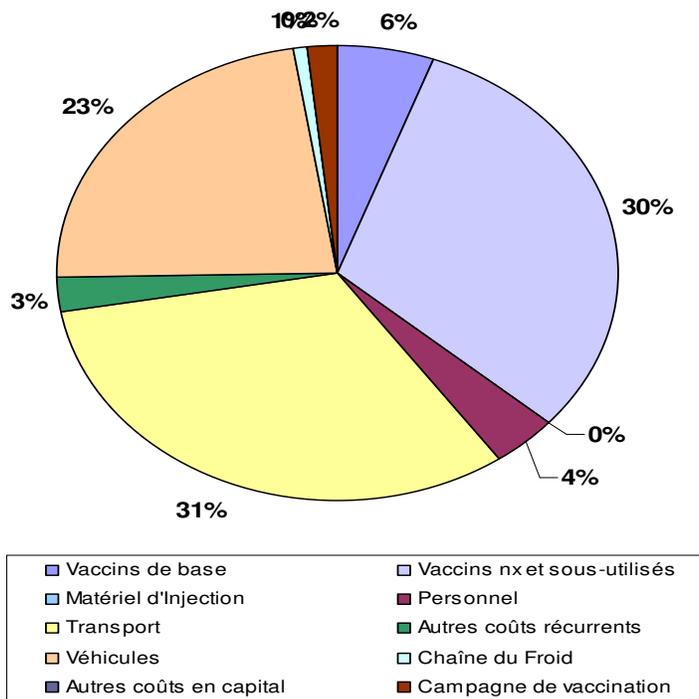
- 33% pour les campagnes de vaccination, soit \$11 874 245;
- 67% pour la vaccination de routine, soit \$11 854 412.

Le pourcentage des dépenses totales de santé du gouvernement, inclut la fonction santé c'est-à-dire les dépenses de santé des autres entités gouvernementales comme les services de santé des forces armées, les dépenses de santé du Ministère de l'Education, de la Primature..... /.

Les coûts des campagnes et des activités de routine représentent 50% de la fonction santé.

Graphique 3 : Graphique des coûts pour l'année de base 2009

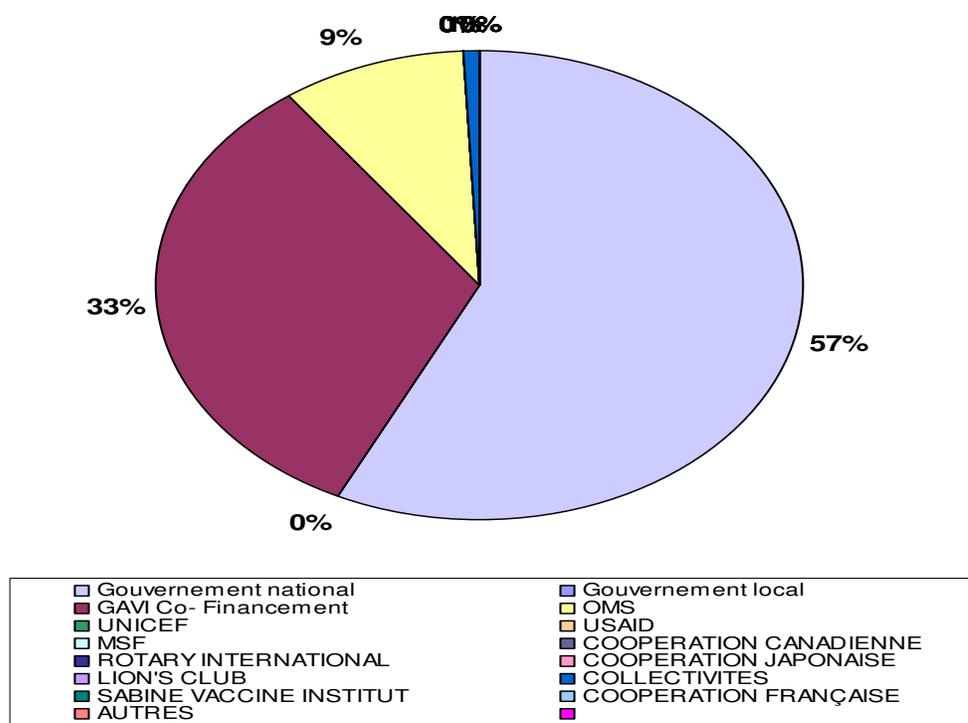
Profile des Coûts (Année de base - Routine)*



L'analyse du profil des coûts relative à l'année de base montre que les vaccins nouveaux et sous utilisés occupent la plus grande proportion : 31%, viennent ensuite les coûts des transports 31%, les coûts des véhicules 23%, les vaccins de base 6%, le personnel 4% et les autres coûts récurrents 2%.

Graphique 4 : Profil de financement pour l'année de base 2009

Profil du Financement (Année de base - Routine)*



L'analyse du graphique montre que l'Etat a été le plus grand pourvoyeur des ressources en 2009 avec 57%, suivi de GAVI 33% et l'OMS avec 9%.

Les ressources de l'Etat ont financé essentiellement 100% du coût des vaccins traditionnels, 100% des salaires du personnel fonctionnaire et le coût de la maintenance et d'équipement de la chaîne du froid pour environ 35%.

La communauté à travers les associations de santé communautaire participe jusqu'à concurrence de 42,38 % des salaires du personnel des centres de santé communautaire (CSC om) (Source : Etude sur les coûts induits des CSCOM).

Le gouvernement a cofinancé le vaccin fièvre jaune avec GAVI en 2009 ; aussi GAVI a financé à 100% le vaccin pentavalent et leurs consommables.

6.3 Besoins en ressources futures du plan 2012-2016

Tableau XXXVIII : Besoins en ressources futures du plan 2012-2016

Catégorie de coût	Costs		Future Cost Projections				Total 2012 - 2016
	2009	2012	2013	2014	2015	2016	
Coûts récurrents courants	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccin de base	\$7 354 102	\$19 004 614	\$13 380 420	\$14 211 990	\$16 224 209	\$18 948 496	\$81 769 729
Traditionnel	\$1 128 608	\$631 950	\$906 915	\$1 888 966	\$1 374 125	\$1 442 070	\$6 244 026
Sous-utilisés	\$6 225 494	\$4 134 664	\$2 947 945	\$4 328 981	\$4 641 565	\$5 135 879	\$21 189 034
Nouveaux		\$14 238 000	\$9 525 560	\$7 994 043	\$10 208 519	\$12 370 547	\$54 336 669
Matériels d'Injections	\$778 053	\$1 007 189	\$1 042 993	\$1 080 606	\$1 119 762	\$1 160 108	\$5 410 657
Personnel	\$6 501 219	\$13 225 503	\$20 284 498	\$27 642 576	\$35 286 862	\$43 225 864	\$139 665 303
Salaires du personnel existant (vaccinat	\$3 203 043	\$6 520 683	\$9 998 200	\$13 617 966	\$17 378 523	\$21 284 054	\$68 799 426
Per-diems pour la stratégie avancée/mo	\$1 893 600	\$3 862 944	\$5 910 304	\$8 038 014	\$10 248 468	\$12 544 124	\$40 603 854
Per-diems pour la surveillance et le mo	\$1 404 576	\$2 841 876	\$4 375 994	\$5 986 596	\$7 659 872	\$9 397 685	\$30 262 022
Transport	\$512 833	\$761 581	\$1 337 857	\$1 740 582	\$1 966 135	\$2 237 568	\$8 043 723
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$284 907	\$423 100	\$743 254	\$966 990	\$1 092 297	\$1 243 093	\$4 468 735
Stratégie avancée	\$170 944	\$253 860	\$445 952	\$580 194	\$655 378	\$745 856	\$2 681 241
Stratégie mobile	\$56 981	\$84 620	\$148 651	\$193 398	\$218 459	\$248 619	\$893 747
Entretien et général	\$3 718 457	\$3 951 012	\$4 206 822	\$4 193 139	\$4 299 746	\$4 407 547	\$21 058 265
Entretien de la Chaîne du Froid	\$8 648	\$86 062	\$207 318	\$86 926	\$87 433	\$90 525	\$558 264
Entretien d'autres équipements	\$205 341	\$290 392	\$316 054	\$349 094	\$380 052	\$408 116	\$1 743 708
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)	\$3 504 468	\$3 574 557	\$3 683 450	\$3 757 119	\$3 832 261	\$3 908 906	\$18 756 293
Formation à court terme	\$251 210	\$315 695	\$336 645	\$563 958	\$202 860	\$230 316	\$1 649 474
Mobilisation sociale et IEC	\$415 654	\$466 363	\$497 313	\$1 763 344	\$1 104 256	\$460 695	\$4 291 972
Contrôle et surveillance des maladies	\$172 562	\$190 229	\$201 729	\$1 227 558	\$1 252 107	\$1 277 149	\$4 148 771
Gestion du programme	\$53 417	\$127 118	\$135 448	\$3 820 286	\$9 033 493	\$4 695 064	\$17 811 408
Autres coûts récurrents							
Sous Total des Coûts Récurrents	\$19 757 508	\$39 049 304	\$41 423 726	\$56 244 037	\$70 489 430	\$76 642 806	\$283 849 303
Coût en Capital							
Véhicules	\$128 500	\$356 286	\$866 653	\$1 228 348	\$1 434 331	\$1 678 490	\$5 564 108
Équipement de la Chaîne du froid	\$9 734	\$1 241 059	\$856 913	\$255 132	\$141 058	\$212 038	\$2 706 200
Autres coûts de capital	\$342 461	\$391 564	\$391 564	\$391 564	\$391 564	\$391 564	\$1 957 818
Sous Total des Coûts Récurrents	\$480 695	\$1 988 909	\$2 115 130	\$1 875 044	\$1 966 952	\$2 282 091	\$10 228 126
Campagnes de Vaccination							
Polio (spécifiez la campagne dans le tablea	\$9 929 423	\$9 870 091	\$12 288 307	\$13 439 678	\$13 321 269	\$14 428 157	\$63 347 502
Vaccins et Matériel d'Injection		\$4 691 000	\$4 187 690	\$4 529 000	\$3 519 523	\$3 646 236	\$20 573 449
Coûts opérationnels	\$9 929 423	\$5 179 091	\$8 100 617	\$8 910 678	\$9 801 746	\$10 781 921	\$42 774 053
Rougeole (spécifiez la campagne dans le ta				\$7 360 835			\$7 360 835
Vaccins et Matériel d'Injection				\$3 231 103			\$3 231 103
Coûts opérationnels				\$4 129 732			\$4 129 732
TMN		\$834 413	\$898 360	\$2 080 748	\$2 247 234	\$2 423 938	\$8 484 693
Vaccins et Matériel d'Injection		\$84 045	\$393 988	\$686 185	\$713 215	\$736 517	\$2 577 950
Coûts opérationnels		\$786 368	\$504 372	\$1 394 563	\$1 534 019	\$1 687 421	\$5 906 743
MENINGITE					\$7 860 281		\$7 860 281
Vaccins et Matériel d'Injection					\$3 231 103		\$3 231 103
Coûts opérationnels					\$4 629 178		\$4 629 178
HPV				\$357 234	\$222 620		\$579 854
Vaccins et Matériel d'Injection				\$177 750	\$184 185		\$361 935
Coûts opérationnels				\$179 484	\$38 435		\$217 919
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Spécifiez la campagne dans le tableau 0.0							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Sous Total des Coûts en Campagne	\$9 929 423	\$10 704 504	\$13 186 666	\$23 238 495	\$23 651 404	\$16 852 095	\$87 633 164
Coûts partagés							
Coûts partagés de personnel	\$2 114 986	\$4 314 571	\$6 601 294	\$8 977 760	\$11 446 644	\$14 010 693	\$45 350 963
Coûts partagés de transport	\$20 553	\$20 964	\$21 384	\$21 811	\$22 247	\$22 692	\$109 099
Bâtiments	\$19 988	\$20 388	\$20 796	\$21 212	\$21 636	\$22 068	\$106 099
Subtotal	\$2 155 527	\$4 355 924	\$6 643 473	\$9 020 783	\$11 490 527	\$14 055 453	\$45 566 161
TOTAL GENERAL	\$32 323 153	\$56 098 639	\$63 368 996	\$90 378 359	\$107 598 314	\$109 832 446	\$427 276 754
Vaccination de Routine	\$22 393 730	\$45 394 136	\$50 182 329	\$67 139 864	\$83 946 910	\$92 980 351	\$339 643 589
Campagnes de Vaccination	\$9 929 423	\$10 704 504	\$13 186 666	\$23 238 495	\$23 651 404	\$16 852 095	\$87 633 164

L'analyse du tableau des coûts et des besoins en ressources montre que le coût total du plan pluriannuel complet sur la période 2012-2016 est de \$427 276 754. Ce coût se répartit par grande masse en coût récurrent 66,43%, coût capital 2,39%, coût campagne de vaccination 20,51% et coût partagé 10,66%. La situation analytique par grande masse se présente de la façon suivante :

- ★ les coûts récurrents sont dominés par les vaccins nouveaux 19,14%, les dépenses liées au personnel 49,20% et les vaccins sous utilisés 7,46% ;
- ★ les dotations en véhicule constituent l'essentiel des dépenses en capital soit environ 54,40%;
- ★ la campagne de vaccination contre la polio occupe plus de la moitié des dépenses à consacrer aux vaccinations supplémentaires 72,28%, tandis que la rougeole et la méningite représentent respectivement 8,40% et 8,97% du coût des campagnes;
- ★ les coûts partagés sont dominés par le personnel 99,52%, suivi du coût des transports 0,24%.

En somme, le coût de la vaccination de routine représente 79,49% des besoins de financement du plan et celui de la vaccination de campagne représente 21,51%. L'augmentation du coût des vaccins de 2012 à 2016 s'explique par l'introduction du coût élevé des nouveaux vaccins (penta, pneumo, rota virus et anti papiona virus).

6.4 Besoins en ressources, financement et écart 2012-2016

Tableau XXXIX : Besoins en ressources financement et écart 2012-2016

Besoins en Ressources, Financement et Ecart*	2012	2013	2014	2015	2016	Avg. 2012 - 2016
Besoins en Ressources	\$51 742 716	\$56 725 522	\$81 357 576	\$96 107 787	\$95 776 992	\$381 710 593
Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)	\$41 038 212	\$43 538 856	\$58 119 081	\$72 456 383	\$78 924 897	\$294 077 429
par habitant	\$2.5	\$2.6	\$3.4	\$4.0	\$4.2	\$3.4
par enfant DTC3	\$63.8	\$64.6	\$88.1	\$102.5	\$100.9	\$84.9
Total du Financement Assuré	\$32 449 215	\$32 791 666	\$68 715 897	\$84 087 352	\$84 187 034	\$302 231 163
Gouvernement national	\$2 193 072	\$353 304	\$27 276 328	\$29 534 219	\$31 809 484	\$91 166 407
Gouvernement local						
GAVI Co- Financement	\$14 383 331	\$21 768 475	\$12 262 950	\$13 345 010	\$15 444 422	\$77 204 188
OMS	\$6 858 667	\$5 551 105	\$16 710 336	\$25 066 239	\$17 522 913	\$71 709 259
UNICEF	\$8 990 253	\$4 162 498	\$12 378 117	\$15 836 041	\$12 615 480	\$53 982 388
USAID	\$5 826					\$5 826
MSF						
COOPERATION CANADIENNE		\$788 041		\$305 843	\$6 794 735	\$7 888 619
ROTARY INTERNATIONAL						
COOPERATION JAPONAISE	\$6 415					\$6 415
LION'S CLUB						
COLLECTIVITES		\$168 243				\$168 243
SABINE VACCINE INSTITUT	\$11 651		\$88 167			\$99 818
COOPERATION FRANÇAISE						
AUTRES						
Écart Financier (Fin. Assuré)	\$19 293 501	\$23 933 856	\$12 641 678	\$12 020 436	\$11 589 959	\$79 479 430
% des besoins en ressources	37%	42%	16%	13%	12%	21%
Total du Financement Probable (Non-Assuré)		\$1 295 373	\$8 715 276	\$11 016 403	\$2 035 272	\$23 062 323
Gouvernement national			\$3 130 659	\$143 433	\$475 489	\$3 749 581
Gouvernement local						
GAVI Co- Financement		\$195 745				\$195 745
OMS						
UNICEF		\$1 042 731	\$3 039 179	\$1 051 474		\$5 133 384
USAID			\$382 029	\$1 778 642	\$234 753	\$2 395 424
MSF						
COOPERATION CANADIENNE			\$1 306 177	\$7 173 928		\$8 480 105
ROTARY INTERNATIONAL		\$37 931	\$88 167			\$126 099
COOPERATION JAPONAISE						
LION'S CLUB		\$18 966	\$88 167			\$107 133
COLLECTIVITES			\$680 898	\$868 926	\$1 325 030	\$2 874 854
SABINE VACCINE INSTITUT						
COOPERATION FRANÇAISE						
AUTRES						
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)	\$19 293 501	\$22 638 484	\$3 926 403	\$1 004 033	\$9 554 687	\$56 417 107
% des besoins en ressources	37%	40%	5%	1%	10%	15%

L'analyse du tableau des besoins en ressources, financement et écart 2012-2016 montre sur la période une forte proportion des vaccinations de routine 77,04% contre 22,96% des campagnes de vaccination.

Le coût d'un enfant complètement vacciné est de 66,5 \$ durant la période du plan 2012-2016.

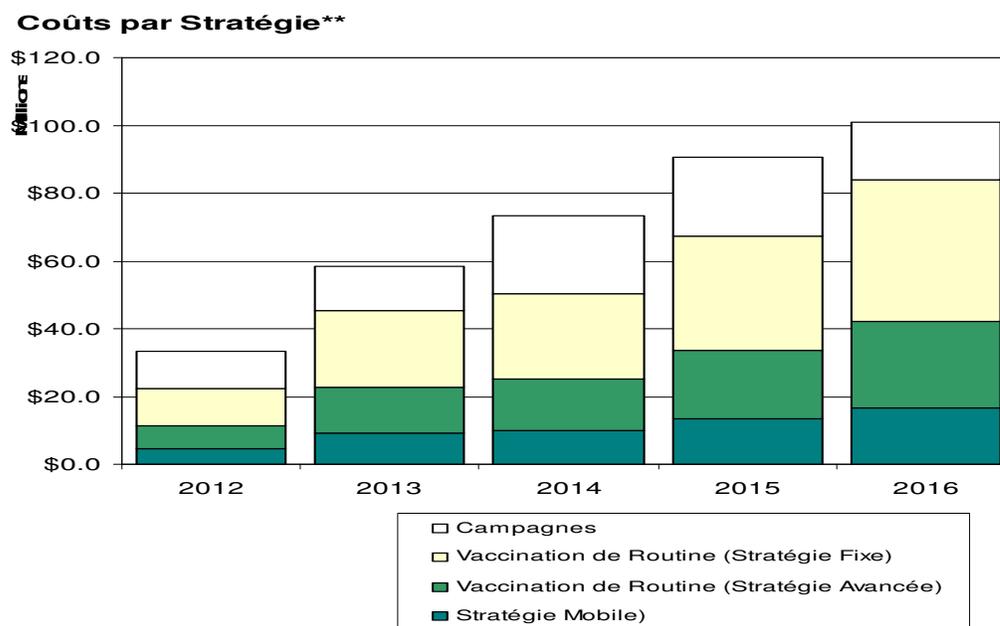
Le coût a varié de \$53,8 à \$72,2. Cette fluctuation s'explique par l'introduction de nouveaux vaccins.

Le financement assuré et le financement probable non assuré nous montrent un écart financier de l'ordre de \$56 417 107 soit 15% durant la période.

Le financement assuré correspond aux financements supportés par le budget de l'Etat, les communautés et les autres partenaires traditionnels du PEV (GAVI, OMS, UNICEF, USAID ET SABINE VACCINE INSTITUT).

Une grande partie du financement probable non assuré est également supportée par ces mêmes partenaires traditionnels et fera l'objet de négociation ultérieure compte tenu de la non disponibilité d'un plan pluriannuel de financement auprès de ces partenaires.

Graphique 5 : Graphique des coûts par stratégie (2012-2016)



Pour la vaccination de routine en stratégie avancée et mobile, l'augmentation des coûts reste régulière de 2012 à 2016. Le financement de cette stratégie est lié aux capacités contributives des communautés et aux conditions géographiques (zones sablonneuses dans les régions nord du Mali, montagneuses dans les régions de Kayes et Koulikoro, inondées dans le delta central du Niger).

Le coût de la vaccination en stratégie fixe varie de \$45 394 136 en 2012 à \$92 980 351 en 2016. Le coût élevé de cette stratégie s'explique par le fait qu'elle couvre plus de 2/3 des cibles avec les nouveaux vaccins.

Durant toute la période du plan, les dépenses de la vaccination de routine d'après ce graphique restent supérieures à celles des campagnes supplémentaires.

Ceci s'explique par les efforts financiers consentis dans l'introduction de nouveaux vaccins, l'application des stratégies « atteindre chaque district » et les plans de relance du PEV pour toucher les enfants dans les zones d'accès difficile.

Comme on le constate sur le graphique ces efforts resteront maintenus jusqu'à la fin du plan.

L'augmentation des dépenses des vaccinations supplémentaires s'explique par la mise en œuvre des campagnes supplémentaires planifiées dans le plan : la rougeole et la méningite en 2014, la polio (2012-2013) et le tétanos en 2012-2013.

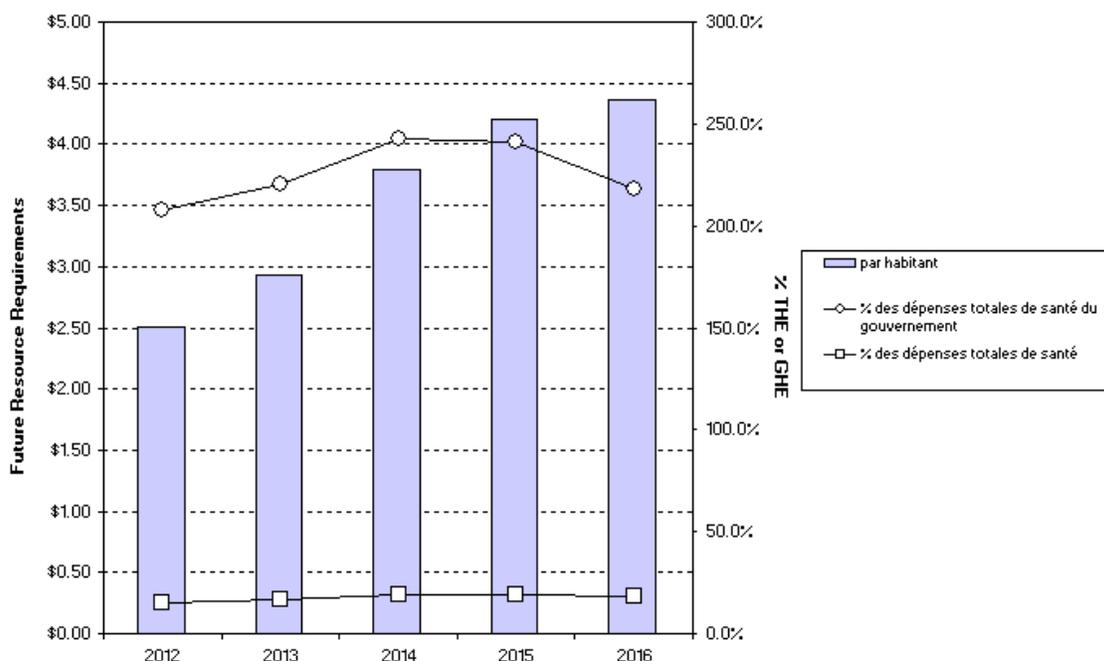
Tableau XL : Projection des coûts des vaccins et matériels d'injection :

Vaccination de Routine	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Coût de Vaccins	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Vaccins Traditionnels (BCG; VPO; VAR;VAT)	\$1 128 608	\$631 950	\$906 915	\$1 888 966	\$1 374 125	\$1 442 070
Vaccins sous-utilisés (Fièvre jaune, HepB-DTC-H)	\$6 225 494	\$4 134 664	\$2 947 945	\$4 328 981	\$4 641 565	\$5 135 879
Nouveaux vaccins (Rota, Pneumo)	\$0	\$14 238 000	\$9 525 560	\$7 994 043	\$10 208 519	\$12 370 547
Coût du Matériel d'Injection	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Vaccins Traditionnels (BCG; VPO; VAR; VPO)	\$596 968	\$657 571	\$681 219	\$705 702	\$731 243	\$757 488
Vaccins sous-utilisés (Fièvre jaune;DTC-HepB-H)	\$181 086	\$202 166	\$209 195	\$216 787	\$224 660	\$232 814
Nouveaux vaccins (Rota, Pneumo)	\$0	\$147 453	\$152 580	\$158 117	\$163 859	\$169 806

L'analyse de ce tableau fait remarquer que le coût des vaccins nouveaux passe de \$7 994 043 en 2014 à \$12 370 547 en 2016. Cette augmentation s'explique par l'introduction du vaccin papiona virus et la prise en compte du vaccin rota durant toute la période du plan. Le coût total des vaccins sous-utilisés a connu une légère augmentation liée à la croissance démographique c'est-à-dire \$ 4 328 981 en 2014 à \$ 5 135 879 en 2016.

Analyse de viabilité financière

Analyse de la Viabilité Financière



Graphique 6 : Viabilité financière

L'analyse du graphique montre que la viabilité financière des activités de la vaccination durant la période du plan 2012-2016 est assurée dans la mesure où le taux de 15% au secteur santé selon les objectifs d'Abuja est largement atteint.

Les besoins de ressources par habitant varient entre 3,17\$ en 2012 et 5,27\$ en 2016.

Tableau XLI : Tableau des ressources par composante

Composantes du Plan pluriannuel	Costs	Future Cost Projections					Total 2012 - 2016
	2009	2012	2013	2014	2015	2016	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	
Vaccins et Logistiques	\$8 826 839	\$22 377 166	\$17 061 915	\$17 603 659	\$19 778 408	\$22 889 336	\$99 710 485
Prestation de service	\$7 014 053	\$13 987 084	\$21 622 355	\$29 383 158	\$37 252 998	\$45 463 432	\$147 709 026
Plaidoyer et Communication	\$415 654	\$466 363	\$497 313	\$1 763 344	\$1 104 256	\$460 695	\$4 291 972
Monitoring et Surveillance Epidémiologique	\$172 562	\$190 229	\$201 729	\$1 227 558	\$1 252 107	\$1 277 149	\$4 148 771
Management du Programme	\$3 809 095	\$4 017 370	\$4 155 543	\$8 141 363	\$13 068 614	\$8 834 286	\$38 217 174
Activités supplémentaires de vaccination	\$9 929 423	\$10 704 504	\$13 186 666	\$23 238 495	\$23 651 404	\$16 852 095	\$87 633 164
Coûts partagés de systèmes de santé	\$2 155 527	\$4 355 924	\$6 643 473	\$9 020 783	\$11 490 527	\$14 055 453	\$45 566 161
GRAND TOTAL	\$32 323 153	\$56 098 639	\$63 368 996	\$90 378 359	\$107 598 314	\$109 832 446	\$427 276 754

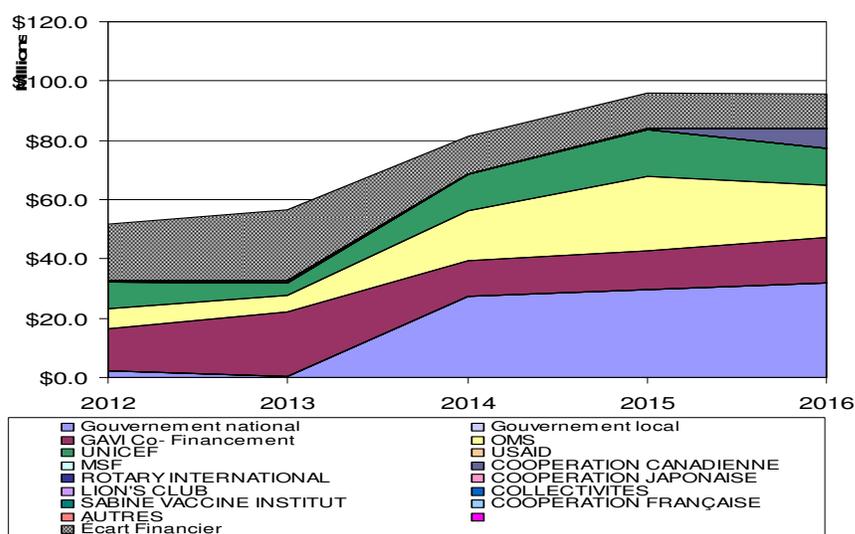
L'analyse du tableau récapitulatif des besoins de plan pluriannuel 2012-2016 montre que la composante Prestation de Service représente 34,57%, du coût total du plan; viennent ensuite la composante Vaccins et Logistique 23,34%, les Activités Supplémentaires de Vaccination 20,51% , les coûts partagés de système de santé 10,66%. Le coût total du plan alloué au Plaidoyer et Communication, Monitoring et Surveillance Epidémiologique et Management du programme représente 10,92% du coût total du plan.

Analyse du financement assuré

L'analyse du graphique de projection du financement assuré 2012-2016 ci-dessous montre que les principales sources de financement des besoins sont constituées par l'Etat 30,16%, GAVI : 25,54 %, l'OMS : 23,73 %, l'UNICEF : 17,86 % , CANADA : 2,61%, les autres acteurs du système se partagent le reste soit 0,10%. Le gap de financement reste à négocier auprès des partenaires.

Graphique 7 : Projection de financement assuré

Projection du Financement Assuré**



Analyse du financement non assuré

S'agissant du financement probable non assuré, les propositions ont été faites sur la base des habitudes de financement qui restent à confirmer dans le cadre d'une négociation globale du PPAC. Ainsi, les sources de financement dans cette hypothèse sont les suivantes :

- Etat: 16,26%
- Gavi : 0,85% ;
- UNICEF : 22,25% ;
- USAID : 10,39%
- CANADA: 36,77%
- Rotary: 0,55%
- Lyon's club: 0,46% ;
- Collectivité: 12,47%,

Tableau XLII : Composition des écarts financiers pour le PEV de routine, financements assurés 2012-2016

Composition des Écarts Financiers	2012	2013	2014	2015	2016	Avg. 2012 - 2016
Vaccins et matériel d'injection	\$1 534 922		\$50	\$0	\$0	
Personnel	\$13 146 835	\$16 666 658	\$10 003 566	\$8 042 853	\$5 712 339	\$53 572 251
Transport	\$761 581	\$855 311	\$599 534	\$764 608	\$1 665 745	\$4 646 779
Activité et autre coûts récurrents	\$4 904 835	\$4 176 956	\$2 013 458	\$1 778 643	\$2 393 595	\$15 267 486
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	\$1 879 040	\$2 114 755	\$25 071	\$1 434 331	\$1 818 280	\$7 271 476
Campagne de vaccination	\$3 877 242	\$7 149 666	\$0	\$0	\$0	\$11 026 908
Écart Financier*	\$26 104 454	\$23 933 856	\$12 641 678	\$12 020 436	\$11 589 959	\$86 290 383

* Coûts spécifiques uniquement. Les coûts partagés ne sont pas inclus.

De l'analyse du tableau de composition des écarts financiers pour le PEV de routine, financements assurés 2012-2016, ces écarts s'élèvent à \$86 290 383.

Nous constatons que ces écarts concernent le personnel avec 62,08%, autres coûts récurrents 17,69%, campagne de vaccination 12,78%, les logistiques (véhicules et chaîne de froid) avec 8,43%, et le transport 5,39%.

6.5 Stratégies de mobilisation des ressources

Cette stratégie de mobilisation des ressources s'applique au budget de l'Etat, aux appuis des PTF, au secteur privé, aux collectivités et aux communautés.

a) Au niveau de l'Etat :

- Poursuivre le plaidoyer lors du débat d'orientation budgétaire avec le parlement pour l'augmentation du budget de la santé dans le cadre de la déclaration d'Abuja ;
- Négocier d'avantage à la hausse le budget annuel du PEV sur la base du nouveau cadre de dépense à moyen terme du ministère de la santé,
- Maintenir les lignes budgétaires du centre d'immunisation et augmenter leur dotation ;
-

b) au niveau des partenaires :

- redynamiser le CCIA dans le sens d'amener les PTF à accroître davantage leur contribution en faveur de la vaccination ;

- faire le plaidoyer auprès des PTF pour la signature de convention de financement de la vaccination à travers l'appui budgétaire ou d'autres mécanismes de financement ;
- organiser une table ronde avec les PTF pour le financement du PPAC en impliquant le ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale et celui de l'Economie et des Finances ;
- profiter des organes statutaires du PRODESS pour faire le plaidoyer auprès des PTF en faveur de l'accroissement du financement de la vaccination ;
- impliquer les partenaires de proximité au financement de la vaccination : la société civile, les ONG, les opérateurs économiques privés, publics et parapublics ;

c) au niveau des communautés et des collectivités :

- mettre en place des mécanismes de suivi permettant d'inciter et de valoriser les contributions des communautés et des collectivités ;
- inscrire dans les plans de développement communal les activités de vaccination

6.6 Stratégies pour une gestion efficace des ressources financières

- Renforcement de la capacité des planificateurs et des gestionnaires des ressources de la vaccination pour une meilleure maîtrise des procédures ;
- Poursuite de la déconcentration des crédits destinés au financement des coûts opérationnels.
- Mise en place des outils de gestion à tous les niveaux pour un meilleur suivi de l'utilisation des ressources financières et des intrants.

6.7 Mécanismes de mise en œuvre et du suivi évaluation

Le système de suivi évaluation en place est basé sur les données issues des rapports d'activités PEV des districts, les rapports de supervision, les comptes-rendus de réunions de monitoring et les résultats des enquêtes.

Le plan sera suivi annuellement sur la base des indicateurs du programme au travers les instances du Comité Technique et de Suivi du PRODESS.

Les rapports mensuels fournis par les différentes structures seront enregistrés dans le fichier "Registre de Vaccination" pour permettre le calcul des couvertures et la gestion des stocks. Ces rapports sont envoyés mensuellement au bureau Pays OMS.

En fin de chaque année, un rapport conjoint GOUVERNEMENT-OMS-UNICEF et un rapport de situation GAVI seront fournis.

Il est prévu une évaluation (revue externe du PEV) à la fin de la mise en œuvre du plan 2012-2016.

7 Plan opérationnel 2014

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres	
Objectif stratégique 1 : Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité.															
Amener les décideurs à octroyer plus de fond à la vaccination	Réalise 3 sessions de plaidoyer pour l'augmentation progressive du budget de la vaccination (MSHP, MEF, Parlement)	Les rapports de plaidoyer disponibles	X	X			DNS/SI	1 000		1 000					
	Commettre un expert juridique pour la mise en forme du projet de loi sur le financement de la vaccination	Le contrat de prestation d'un légiste existe et signé	X				DNS	500		500					

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
			1	2	3	4										
	Soumettre le projet de loi dans le circuit pour approbation	Les bordereaux d'envoi du document de projet existent	X				MSHP / DNS	-								
	Organiser une rencontre avec le Cabinet du MSHP autour du projet de loi	Le PV de la réunion disponible	X				MSHP / DNS	-	-							
	Organiser une rencontre avec le parlement autour du projet de loi	Le PV de la rencontre disponible	X				MSHP / DNS	500		500						
	Impliquer la SI à l'arbitrage budgétaire au niveau du MSHP	Le PV de l'arbitrage budgétaire disponible à la SI		X			MSHP / DFM	-								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es		
			1	2	3	4										
Créer et renforcer les organismes indépendants pour formuler les politiques nationales de vaccination	Mettre en place par arrêté MSHP le groupe de consultation technique indépendant	L'arrêté de mise en place du groupe de consultation technique indépendant disponible		X			MSHP / DNS/ SI	-								
	Définir les attributions et les modalités de fonctionnement du groupe de consultation technique indépendant	Les textes réglementant le fonctionnement du groupe de consultation technique indépendants		X			MSHP / DNS/ SI	500	500							
Mettre au point des moyens plus efficaces à l'intention du CCIA pour appuyer le PEV	Elargir la composition du CCIA aux secteurs privés, OSC, les autres départements	Arrêté d'élargissement du CCIA aux secteurs privés, OSC, les autres départements ministériels	X				MSHP	-								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USA ID	Autres	
			1	2	3	4									
	ministériels	existe													
	Organiser les réunions statutaires du CCIA	Les 4 comptes rendus de réunion du CCIA disponibles	X	X	X	X	DNS/ SI	500	500						
Assurer un financement pérenne de la vaccination	Initier des stratégies pour l'implication du secteur privé dans le financement des activités de vaccination de routine	Un plan stratégique de financement des activités de vaccination par les privés disponible		X	X	X	DNS / SI	500							500
	Mettre en place un fonds pour le financement durable de la vaccination	L'acte de création du fond pour le financement durable de la vaccination		X			DF M	-							

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
		disponible														
Sensibiliser les autorités politiques, les leaders d'opinion pour leur engagement dans la vaccination	Susciter la mise en place d'un réseau de parlementaires et de collectivités engagés pour la vaccination	Le réseau des parlementaires pour la vaccination existe			X		DNS, AN	-								
Impliquer les collectivités dans toutes les activités de planification	Encourager la planification stratégique concertée au niveau des communes pour l'intégration du plan d'action de l'aire de santé dans le PDSEC	Les plans des aires de santé sont intégrés dans les PDSEC	X			X	DNS/ DRS/ CSRE F/ COMMUNE	-								-

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
	Renforcer les capacités des acteurs au niveau des communes	Le nombre d'agents ayant les capacités renforcés		X	X		DRS/CSREF	34 330								34 330
Sous total 1								37 830	1 000	2 000	-	-	-	-	34 830	
Objectif stratégique 2: Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et réclament les vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité																
Amener les différents acteurs notamment les leaders, les décideurs, les célébrités à faire valoir l'intérêt de la vaccination y compris l'introduction de nouveaux vaccins	Elaborer un plan national de plaidoyer impliquant des organisations appartenant à la société civile du pays	Existence de plan national de plaidoyer		X			CNIE CS	9 708			9 708				-	
	Recruter un ambassadeur de bonne volonté pour la vaccination des enfants au Mali	Un ambassadeur de bonne volonté est recruté et opérationnel		X			CNIE CS	1 500				1 500			-	

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
			1	2	3	4										
Obtenir l'adhésion et la participation des organisations de la société civile	Identifier, habiliter et soutenir des organisations de la société civile pour faire valoir l'intérêt des vaccins auprès des collectivités, des décideurs et medias locaux en appui à l'approche « Atteindre chaque communauté ».	Nombre de collectivités, des décideurs et medias locaux qui soutiennent les activités de vaccination	X				CNIE CS 7 000				7 000			-		
Acquérir l'avis favorable des parlementaires à l'adoption de la loi	Organiser des séances de discussions avec les différents	Nombre de PV de rencontres disponibles	x				CNIE CS 875	875						-		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
			1	2	3	4										
	groupes parlementaires (commissions) pour plaider en faveur de la loi sur la vaccination															
Inciter les autorités administratives et politiques à inscrire la vaccination dans les priorités gouvernementales	Organiser une fois par an, un atelier de plaidoyer à l'intention des responsables socio administratifs politiques les membres des cabinets ministériels, les membres du CCIA, les hommes de médias, les responsables	Nombre de responsables ayant participé à la rencontre	x			CNIECS	7 660				7 660		-			

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
	des associations et ONG féminines et les leaders religieux en faveur de la vaccination															
Persuader les responsables des organes de gestion des ASACO sur l'utilité de leurs engagements dans la réussite des activités de vaccination	Plaidoyer auprès des organes responsables des ASACO (FELASCom Assemblée régionale et conseil de cercle) pour s'acquitter de leur engagement dans le cadre de l'organisation de la	95% des ASACO s'acquittent de leurs engagements	x				CNIE CS	14 500	14 500						-	

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es	
			1	2	3	4									
	vaccination au niveau de leur aire de santé														
Etablir un partenariat avec les opérateurs NTIC (téléphonie mobile) pour soutenir les activités de promotion de la vaccination	Utiliser les nouvelles technologies reposant sur la téléphonie mobile et l'Internet.	Nombre de contrats de partenariats signés avec les opérateurs des NTIC.	x				CNIE CS	12 000				12 000		-	
Accroître la visibilité et la notoriété du PEV	Réaliser et diffuser un magazine TV sur l'évolution du PEV, ses expériences réussies et l'introduction de nouveaux	Film documentaire sur le PEV disponible et diffusé	x				CNIE CS	10 000						10 000	

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
	vaccins															
	Elaborer une cartographie des structures de participation communautaire	Répertoire des structures de participation communautaire disponible	x	x	x	x	CNIE CS	15 000				15 000			-	
	Célébrer la Semaine Africaine de la vaccination du 24 au 30 Avril niveau national, régional et district	Nombre d'évènements spéciaux organisés pendant la semaine			x		CNIE CS	68 655	17000	5 000	8655	12000	7 000	19 000		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit			
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID			Autr es	
			1	2	3	4											
	Mettre en place un mécanisme d'émulation/récompense à l'intention des agents de sante vaccinateurs performant (en numéraire ou en nature, délivrance de plusieurs services groupes ou reconnaissance par les medias, par exemple).	Nombre de mesures incitatives mises en place. Nombre d'individus ou collectivités récompensés	x				CNIE CS	2 500			2 500				-		
Augmenter la demande de services de vaccination	Développer et diffuser des messages/su pports télévisés,	Nombre de messages /supports produits et diffusés		x			CNIE CS	272 169			90 000	92 169	90 000		-		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
	radiophoniques et imprimés pour la sensibilisation sur la routine et lors des campagnes															
	Organiser des émissions radios sur les différents aspects liés à la vaccination animées par les agents socio sanitaires et les leaders communautaires (Emission Sante Pour Tous – ORTM,	Nombre d'émission radio réalisée sur la vaccination	x	x	x	x	CNIE CS	2 979				2 979		-		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
			1	2	3	4										
	créneau santé au niveau des radios de proximité)															
	Appuyer l'organisation des dialogues communautaires sur les activités du PEV et l'introduction de nouveaux vaccins.	Nombre session de dialogue réalisé	x	x	x	x	CNIE CS	PM						-		
	Appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans opérationnels de communication	plans opérationnels de communication disponible et mis en œuvre	x	x	x	x	CNIE CS	25 532			12 000	13 532		-		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres	
	n et mobilisation sociale en faveur du PEV en tenant compte des populations spéciales (nomades, accès difficile....)														
	Réaliser des activités de sensibilisation (CIP) sur le PEV au niveau des ménages par les relais.	Nombre de ménage touchés par les activités des relais	x	x	x	CNIE CS	-			-				-	
Renforcer les compétences des prestataires, des autres	Participer aux Supervisions dans le cadre du PEV au niveau des	Rapport de supervision disponible	x	x	x	x	CNIE CS	14 894	14 894		-				-

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres
acteurs et structures	districts.															
	Organiser une session de formation des formateurs au niveau national en C4D/ CPD (CНИЕCS, DNDS, DNS)	Nombre de formateurs formés	x	x	x	CНИЕCS	20250			5 250	15 000		-			
	Organiser des sessions de formation d'animateurs/ producteurs des medias, des radios de proximité des ONG, communicateurs traditionnels	Nombre d'animateurs /producteurs de radio et agents d' ONG formés	x			CНИЕCS	15957					15 957	-	15 957		

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID			Autres
			1	2	3	4										
	sur le PEV (maladies cibles, calendrier vaccinal, surveillance... .)															
	Doter les 1134 CSCom d'équipements IEC (mégaphones, dictaphones, télévisions, magnétoscopes, magnétophones, vidéoscopes et écrans pour projection) à commencer par les districts à faible	Nombre de CSCom équipés		x		CNIE CS	315 000	13 000				210 000	-			

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit			
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID			Autres	
	couverture vaccinale																
Sous total 2							327 083	13 875	5 000	107 250	-	97 000	29 000	-			
Objectif stratégique 3 : Les avantages de la vaccination s'appliquent à tous de manière équitable																	
Rendre disponible les vaccinateurs qualifiés au niveau des CSCOM	Recruter les agents vaccinateurs qualifiés dans 100% des aires de santé	Proportion d'aires de santé disposant des vaccinateurs qualifiés d'ici fin 2014	X	X	X	X	DNS/DRH/Collectivité	680 400	680 400							-	
Initier et mettre en œuvre en plus stratégies du PEV des approches novatrices pour assurer la couverture de toute les	Vacciner toutes les personnes ciblées	% de personnes cibles vaccinées	X	X	X	X	DTC	236 491	9 006		3 865					-	
	Vacciner les cibles non ou incomplètement vaccinés retrouvés lors des JNV		X	X	X	X	DTC							236 458			GAVI

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es	
			1	2	3	4									
personnes ciblées	Administrer la Vit A lors du PEV de routine	% de personnes ayant reçues la vitamine A	X		X		DTC								
	Rechercher activement les perdus de vue	Taux d'abandon PENTA 1-PENTA 3, BCG-VAR	X	X	X	X	DTC								
Faire la cartographie (Mapping) de groupes de populations spécifiques à risque par district	Réaliser une cartographie (Mapping) de groupes de populations spécifiques à risque par district	Nombre de district disposant de cartographie	X	X	X	X	DNS/ Parten aires	15 466			15 466				
Initier et mettre en œuvre en plus des stratégies du PEV des approches novatrices pour assurer la couverture de	Vacciner les groupes spécifiques	% de personnes cibles vaccinées	X	X	X	X	DTC								-

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID			Autr es
			1	2	3	4										
toute les personnes ciblées																
Faire en sorte que dans chaque district les enfants non vaccinés aient au moins un contact avec les services de vaccination	Organiser les campagnes de vaccination de masse : rougeole couplées à l'administration de la vitamine A et la distribution des MIILD. Organiser quatre campagnes de vaccination de masse : polio couplées à l'administratio	Une campagne de vaccination contre la rougeole réalisée Nombre de campagne polio réalisée			X	DNS/ Partenaires/ DRS/ DS	1 940 973	512 417		512 417					-	
			X	X	X	X	DNS/ Partenaires/ DRS/ DS	3 685 761			2 948 609	737 152			-	

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es	
			1	2	3	4									
	n de la vitamine A et la distribution des MIILD.														
Faire en sorte que dans chaque district les enfants non vaccinés aient au moins un contact avec les services de vaccination	Organiser les campagnes de vaccination de masse : tétanos couplées à l'administration de la vitamine A et la distribution des MIILD.	Nombre de campagne de tétanos réalisée	X			DNS/ Partenaires/ DRS/ DS	655 445				655 445			-	
	Assurer la formation des formateurs nationaux et régionaux en monitoring/microplanification	Nombre de sessions de formation organisée	X			DNS/ SI	24 033						24 033	-	GAV I

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID			Autres
			1	2	3	4										
	Organiser une session de monitoring/Microplanification semestrielles dans les aires de santé	Proportion d'aires monitorées		X			DS	67 320			60 620				-	GAV I
	Collecter analyser et transmettre régulièrement les données de vaccination	Taux de complétude et promptitude de transmission des rapports	X	X	X	X	DTC/DS	2 500	2 500					2 500	-	GAV I
Suivre /Evaluer les activités de vaccination à tous les niveaux	Analyser et faire la rétro information à tous les niveaux	Nombre de retro information faite	X	X	X	X	DNS/DRS	-	-		-				-	
Initier et mettre en œuvre en plus des stratégies du	Adapter l'approche atteindre chaque	Disponibilité et dissémination du document atteindre	X				DNS/SI	9 450	6 615		2 835				-	

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres		
			1	2	3	4										
PEV des approches novatrices pour assurer la couverture de toute les personnes ciblées	district aux aires de santé afin d'atteindre chaque collectivité	chaque collectivité														
	Mettre en œuvre l'approche atteindre chaque collectivité			X												
Introduire de nouveaux vaccins dans le PEV	Introduire le vaccin anti rotavirus dans le PEV	Vaccin anti rotavirus introduit dans le PEV	X				DNS/ SI	48 464						48 464	-	GAV I
	Faire une démonstration du vaccin HPV dans les districts sanitaires de Fana et de la Commune V du District de	Rapport d'évaluation de la démonstration du vaccin HPV				X	DNS/ SI	89 742	12 374					77 368	-	GAV I

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es		
	Bamako															
Suivre et évaluer les activités de la vaccination	Assurer deux supervisions des prestataires à tous les niveaux	Rapports de supervision	X		X			31 995						15 998	15 998	GAV I
	Réaliser une enquête de couverture vaccinale	Rapport d'enquête de couverture vaccinale		X		Partenaires		150 000							150 000	
Sous total 3								7 751 183	1 223 312	-	3 543 812	1 392 597	-	404 821	165 998	
Objectif Stratégique 4 : les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé performant																
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Assurer la visite des sites prioritaires de surveillance des maladies sous surveillance	Taux de réalisation des visites	X	X	X	X	DRS/MCD	50 000				50 000				

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles					Déficit		
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID			Autres
			1	2	3	4										
	(PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc...)															
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Mettre à la disposition des régions les consultants pour appuyer la surveillance des sites prioritaires de surveillance des maladies sous surveillance (PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc...)	Taux de PFA non polio Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours Pourcentage de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang Pourcentage de district avec au moins un échantillon de sang de cas suspects de FJ Taux d'incidence du	X				DNS/DRS 325 000		325 000							

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es		
			1	2	3	4										
		TMN														
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Notifier /investiguer tous les cas de PFA et autres maladies sous surveillance (rougeole, fièvre jaune, tétanos, etc....) avec confirmation au laboratoire	Taux de PFA non polio Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours Pourcentage de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang Pourcentage de district avec au moins un échantillon de sang de cas suspects de FJ Taux	X	X	X	X	DRS/ MCD	96 179	18 900		77 279					

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres	
		d'incidence du TMN													
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Assurer la prise en charge des frais d'investigation et d'acheminement des échantillons de selles, de sang et autres		X	X	X	X	DNS/ OMS	95 000			95 000				
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Développer le cadre de collaboration avec la communauté dans la notification		X	X	X	X	MCD								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICEF	USA ID	Autres	
			1	2	3	4									
	immédiate de cas des maladies sous surveillance														
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Mettre à la disposition de tous les niveaux des kits adéquats et consommables pour le prélèvement des échantillons de selles, de sang, LCR ...	proportion de districts sanitaires disposant de kits adéquats	X	X	X	X	DNS/OMS	15 808			15 808				
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Acquérir des portes vaccins pour l'acheminement des échantillons au laboratoire	disponibilité des porte-vaccins au niveau national	X				DNS/OMS								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres	
	d'Abidjan														
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Tenir les réunions des différents comités (Comité de Certification et Comité des Experts)	Nombre de réunions tenues/Prévues	X	X	X	X	DNS/OMS	1 067			1 067				
Renforcer les capacités des administrateurs et des agents en première ligne	Assurer la formation des DTC en PEV de routine/surveillance des maladies cibles	Nombre d'agents formés par district	X	X	X	X	DNS	81 275						81 275	
Renforcer les capacités des administrateurs et des agents en première ligne	Assurer la supervision du personnel impliqué dans la surveillance	Rapports de supervision	X	X	X	X	DNS	118 620						14 000	104 620

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Utiliser l'outil d'analyse du risque d'épidémie au niveau district chaque semestre	Proportion de DS maîtrisant l'outil d'analyse	X	X	X	X	MCD	0								
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Investiguer les épidémies de maladies sous surveillance.	Proportion d'épidémies investiguées	X	X	X	X	MCD	6 667			4 800					1 867
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Confirmer les cas et épidémies suspects au Laboratoire National de Référence (LNR)	Proportion d'épidémies confirmées	X	X	X	X	DNS/I LNR									
Renforcer les capacités des administrateurs et des agents en première	Former le personnel du laboratoire pour le diagnostic	nombre d'agents formés/prévu	X				LNR/DNS	32 353			32 353					

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres	
ligne	biologique des MPE et en gestion des données.														
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Organiser des rencontres périodiques d'harmonisation des données entre personnel du labo, des sections immunisation, Surveillance épidémiologique et partenaires.	Nombres de rencontres organisées/Prévues	X	X	X	X	DNS	7 200			7 200				
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	Faire le suivi régulier des indicateurs de performance à travers des rencontres	Nombre de réunions tenues/Prévues	X	X	X	X	DNS	44 000			44 000				

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres	
			1	2	3	4									
	trimestrielles des points focaux PEV et de surveillance														
Sous total 4							873 169	18 900	-	652 507	-	-	95 275	106 487	
Objectif stratégique 5: Le programme élargi de vaccination au Mali bénéficie de manière durable d'un financement prévisible, d'un approvisionnement de qualité et de technologies de pointe															
Renforcer le contrôle de la qualité des vaccins par l'ANR	Renforcer le contrôle de la qualité des vaccins par l'ANR	Pourcentage de lots de vaccins utilisés dans le pays dont la qualité est garanti	X				500								
Renforcer la compétence des agents de transit et des douanes en stockage des vaccins	Former les agents de la douane et des transitaires par rapport à la réception, au conditionnement et au	Nombre d'agents de douanes et de transitaires formés	X			DNS/ SI-DFM-DPM/ Partenaires	1 000								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
	stockage des vaccins															
Assurer la disponibilité permanente des pièces de rechanges des équipements Cdf à tous les niveaux	Assurer le suivi régulier du fonctionnement de la CDF à tous les niveaux	Nombre de formations sanitaires disposant de CDF fonctionnelle	X	X	X	X	DFM, DNS/ SI, UNICEF, DRS, MDC	-								
Assurer la maintenance des équipements Cdf à tous les niveaux (100%)	Elaborer et mettre en œuvre un plan de maintenance de la chaîne du froid et de la logistique roulante	Existence d'un plan de maintenance de la CDF et de la logistique	X		X		DFM, UNICEF, GAVI	-	-							
Assurer la disponibilité permanente des pièces de rechanges des équipements Cdf et autres équipements	Assurer la maintenance des équipements	Proportion de districts sanitaires disposant de rapport de			X		DNS/ SI, Partenaires	14 490								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres	
équipements Cdf à tous les niveaux		maintenance de la CDF													
Mettre en place l'outil de monitoring du financement de la vaccination au niveau central, région, district	Assurer la disponibilité permanente des pièces de rechanges pour les équipements de la CDF	Existence de stocks de pièces de rechanges en quantité suffisante à tous les niveaux	X				MSHP, Partenaires	40 000							
Assurer suivi régulier monitoring T° Ch froides et autres équipements	Elaborer et mettre en application des plans d'urgence à tous les niveaux	Nombre de régions/districts/aires de santé disposant de plan d'urgence	X	X	X	X	DNS/SI, Partenaires	-							
Assurer un approvisionnement adéquat en vaccin et consommable	Faire des inventaires annuels des équipements à tous les	Disponibilité de rapport d'inventaire des équipements	X	X	X	X	DNS/SI, Partenaires	11 000							

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
Assurer la mise en œuvre du plan de gestion des déchets des districts	niveaux	Nombre de formations sanitaires disposant de chaîne du froid qui répondent à la qualification de l'OMS-UNICEF														
Assurer un approvisionnement adéquat en vaccin et consommables	Assurer l'achat régulier des vaccins et consommables	Quantité de vaccins et matériel d'injection acheté	X	X	X	X	MSHP /Partenaires	13 867 156								
Assurer la vaccination de toutes les cibles	s	Taux de satisfaction des besoins en vaccins et consommables au niveau des districts,	X	X	X	X										
Augmenter la capacité de stockage des vaccins et	Assurer un approvisionnement adéquat en vaccins et	Proportion de districts et aires de santé n'ayant pas	X	X	X	X		47 500								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres		
			1	2	3	4										
consommables à tous les niveaux	consommables à tous les niveaux	connu de rupture de vaccins et consommables														
	Doter tous les niveaux en équipements (chambres froides, frigo, congélateur) de CDF adéquats répondants aux normes PQS (194)	Proportion de régions/districts/aires de santé ayant la capacité requise de stockage en vaccin et matériel d'injection	X	X	X	X	MSHP / Partenaires	119 913								
	Assurer la transition des équipements de la CDF du pétrole au Solaire à tous les niveaux (districts et aires de santé)	Proportion de districts et aires de santé disposant d'équipements de CDF solaire fonctionnels	X	X	X	X										

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres		
			1	2	3	4										
	districts (34) ; aires de santé (1050)															
Assurer un approvisionnement adéquat en vaccin et consommable	Doter toutes les régions et districts sanitaires en moyen de transport adéquat pour l'approvisionnement en vaccins et consommables	Proportion de régions/districts disposant de moyen transport adéquat pour l'approvisionnement de vaccins et autres consommables	X	X	X	X	MSHP / Partenaires	587 575	-	78 000						
	Doter le niveau central de 3 camions frigorifiques pour les vaccins et 2 camions ordinaires pour les	Nombre de camions frigorifiques et camions ordinaires disponibles au niveau central														

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autr es		
			1	2	3	4										
	consommables pour l'approvisionnement des régions															
	Doter 63 districts sanitaires de véhicules 4X4 pour le PEV et la surveillance	Proportion de régions/districts disposant de moyen transport adéquat pour la supervision et la stratégie mobile														
	Doter 8 districts sanitaires inondés en Pinasses pour la stratégie mobile	Nombre de districts sanitaires inondés disposant de pinasses														
	Doter tous les districts sanitaires en motos (80)	Nombre de districts sanitaires disposants de motos pour la														

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres	
			1	2	3	4									
		visite des sites prioritaires													
	Doter toutes les aires santé fonctionnelles (1080) en motos pour la stratégie avancée	Nombre d'aires de santé disposant de moto fonctionnelles pour la stratégie avancée													
Assurer la mise en œuvre du plan de gestion des déchets des districts	Construire 100 incinérateurs dans tous les districts sanitaires et les hôpitaux	Proportion de formations sanitaires disposant d'un incinérateur fonctionnel			X		MSHP / Partenaires	40 856							
	Réviser et mettre en place les supports de notification des MAPI	Proportion de centres de santé qui notifient correctement les cas de MAPI					DNS	5 000							

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T	T	T	T			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres		
			1	2	3	4										
	Assurer un monitoring mensuel des taux de perte des vaccins à tous les niveaux	Nombre de districts sanitaires ayant des taux de perte pour les vaccins liquides inférieur ou égale à 10% et pour les vaccins lyophilisés inférieur ou égale à 20%					DNS/DRS	-								
	Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan de gestion des déchets au niveau de tous les districts	Proportion de sites assurant l'élimination des déchets biomédicaux selon les normes requises	X	X	X	X	DNS/DRS	5 000								
	Assurer la formation des agents sur la gestion des				X		DNS/DRS	25 081								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres	
			1	2	3	4									
	vaccins et les outils de gestion et de monitoring (SMT, DVD-MT, etc)														
	Doter toutes les régions et districts sanitaires d'ordinateurs et connexion internet	Nombre de districts sanitaires utilisant les outils SMT et DVD-MT pour la gestion des vaccins et le monitoring des données de vaccination et de la chaine du froid		X		DNS	15 000								
	Equiper tous les appareils de CDF en outils de monitoring de la T°c de	Nombre de régions/districts disposant d'ordinateurs et clé internet pour le traitement,				DNS	17 010								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICE F	USA ID	Autres	
	nouvelle génération	l'analyse et la transmission des données													
	Installer des enregistreurs automatiques de température sur toutes les chambres	Proportion de formations sanitaires utilisant les NTIC pour le monitoring de la CDF et les données de gestion des vaccins et matériel	X	X			DNS	75 000							
Evaluer la gestion du PEV	Réaliser une évaluation GEV	Rapport GEV			X		OMS/ UNICEF	15 000							
Assurer la maintenance régulière de la CDF centrale et de la logistique roulante	Augmenter la capacité de stockage ambiant par la construction de magasin d'au moins de	Proportion de recommandations mise en œuvre		X	X	X	MSHP , partenaires	1 765 856	1 765 856						

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccin e Institut e	OMS	UNICEF	USA ID	Autres		
	300 m3 pour les seringues et autres consommables															
	Assurer la maintenance régulière de la CDF centrale et de la logistique roulante	Disponibilité de capacité suffisante de stockage pour les vaccins au niveau central	X	X	X	X	MSHP, partenaires	17 013								
	Réviser et mettre en œuvre le plan d'urgence au niveau central	Disponibilité de capacité suffisante de stockage pour les seringues et autres consommables au niveau central		X	X	X	DNS	-								
Renforcer la capacité des agents en gestion	Former les DTC des trois régions du nord	Nombre d'agents formés		X			DNS/DHPS	14 993						14 993		GAVI

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
déchets biomédicaux	gestion des déchets biomédicaux															
Sous total 5							14 688 634	-	78 000	-	-	-	-	-	-	-
Objectif stratégique 6: Les innovations apportées par la recherche-développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les bénéfices de la vaccination.																
Contribuer à l'amélioration de la vaccination à travers la recherche	Réaliser une enquête épidémiologique sur la rubéole /syndrome de Rubéole congénitale	Rapport d'enquête disponible		X	X	DNS/ SI	50 000									50 000
	Mener une étude de faisabilité de l'intégration de la santé de l'adolescent avec l'administration du vaccin contre le HPV	Rapport de l'étude disponible				X	DNS/ DPLM / DSR	-								

Objectifs opérationnels	ACTIVITES	IOV	Chronogramme				Resp.	Coût FCFA (000)	Fonds disponibles						Déficit	
			T1	T2	T3	T4			Gouv.	Sabin Vaccine Institute	OMS	UNICEF	USAID	Autres		
	Evaluer la couverture vaccinale de la campagne Rougeole	Rapport d'enquête disponible				X	DNS/SI	15 000			15 000					
	Participer à l'alimentation du site web de la DNS	Le site visité et alimenté	X	X		X	SI	-								
Sous total 6								65 000	-	-	15 000	-	-	-	50 000	
BUDGET TOTAL PO 2014								23 742 899	1 257 087	85 000	4 318 569	1 392 597	97 000	529 096	357 315	

8 Références