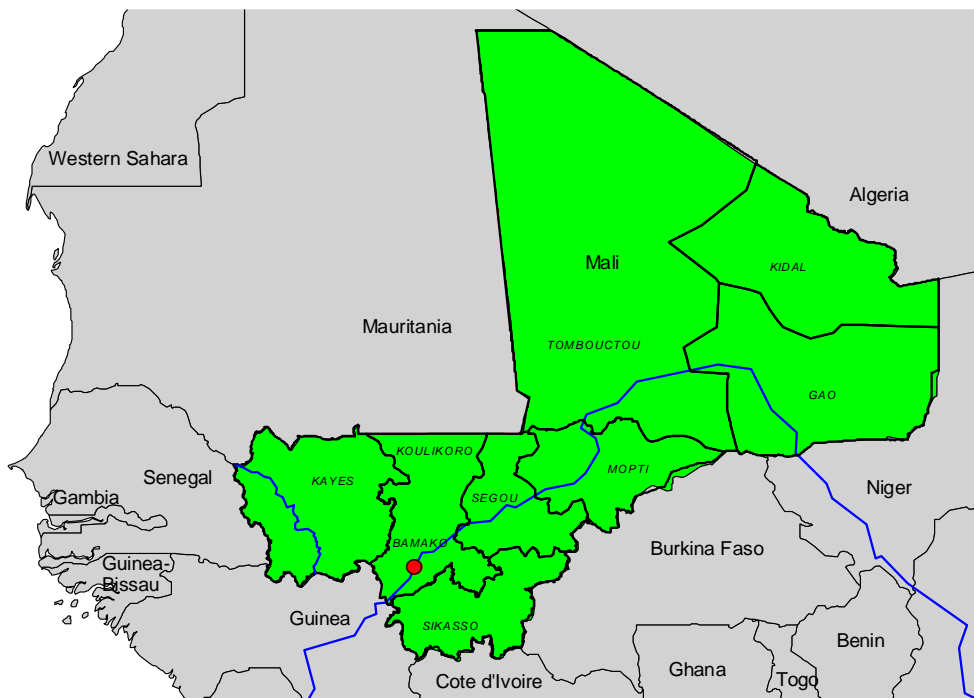




**Plan stratégique national d'amélioration de la qualité des données de vaccination de routine
au Mali
(2016 – 2019)**



SOMMAIRE

Sigles et Abréviations	3
Remerciements	5
Résumé	6
1. Généralités sur le Mali	8
1.1. Données géographiques et organisation administrative	8
1.2. Données socio-économiques et démographiques.....	10
2. Système de santé	11
2.1. Financement du Secteur de la santé.....	13
3. Généralité sur le PEV au Mali.....	15
3.1. <i>Organisation au niveau central</i>	15
3.1.1. Textes régissant la structure de vaccination au Mali.....	15
3.1.2. Missions	16
3.2. <i>Organisation du PEV au niveau régional</i>	16
3.3. <i>Organisation du PEV au niveau district</i>	16
3.4. <i>Organisation du PEV au niveau CSCOM</i>	16
3.5. Organes de coordination du PEV	16
3.5.1. <i>Le Comité de coordination Inter- Agences (CCIA)</i>	17
3.5.2. <i>Le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)</i>	17
4. Ressources	18
4.1. <i>Ressources Humaines</i>	18
4.2. Ressources matérielles.....	18
4.2.1. Les locaux et équipements.....	18
4.2.2. Le Matériel roulant.....	19
5. Activités de soutien	19
5.1. <i>Formation</i>	19
5.2. <i>Supervision</i>	20
5.3. <i>Le système d'information sanitaire</i>	20
5.4. <i>Le monitoring des activités</i>	22
5.5. <i>Planification et Évaluation</i>	22
5.6. Partenariat	23
5.7. Financement du PEV	23
6. Promptitude et complétude des rapports.	24
6.1. Amélioration des prestations de services de vaccination.....	24
7. Contexte et justification	25

Sigles et Abréviations

CSCRCP : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

PEV: Programme Elargi de Vaccination

SD-SNISS : Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale

P-RM : Présidence République du Mali

EPH : Etablissement Publique Hospitalier

EPST : Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques

Cscom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

ONG : Organisation Non Gouvernementale

FMI : Fonds Monétaire International

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

AN RM : Assemblée Nationale République du Mali

PIB : Produit Intérieur Brut

ASACO : Association de Santé Communautaire

FENASCOM : Fédération Nationale des Association de Santé Communautaire

FELASCOM : Fédération Local des Association de Santé Communautaire

ANEH : Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux

SEC : Soins Essentiels dans la Couverture

IRA : Infection Respiratoire Aigue

DTC : Directeur technique de Centre de Santé

MCD : Médecin-chef de District

FBP : Financement basé sur la performance

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PPAC : Plan Pluriannuel Complet

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

SDADME : Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

CNI : Centre National d'Immunisation

DFM : Division des Finances et Matériels

NTIC : Nouvelles Technologies d'Information et de Communication

CCIA : Comité de coordination Inter- Agences

DRH : Direction des Ressources Humaines

DNPSES : Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DPLM : Division Prévention et Lutte contre la Maladie
GTCV : Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination
GVAP : plan D'action mondial pour la vaccination
DVD-MT : Data Vaccine District Management Tool
EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali
PPAC : Plan pluri annuel complet
FFOM : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
CDF : Chaîne de froid
CROCEPS : Comité Régional d'Orientation de Coordination d'Evaluation des Programmes de développement Sanitaire et social
LNME : Liste Nationale de Médicaments Essentiels
GIVS/VSMV : Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
BCG : Bacille de Camelle et Guérin
DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche
SD-SNISS Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SLISR : système Local d'information sanitaire de routine
CPS : Cellule de Planification et des Statistiques
DRS : Directeur Régional de la Santé
FMPOS : Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto Stomatologie
INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé
DESAM : Développement Sanitaire du Mali
DHIS2 : District Health Information Software version 2
LNS : Laboratoire National de la Santé
GAVI : Globale Alliance pour les Vaccins et la Vaccination
DPLM : Division Prévention Lutte contre la Maladie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
NTIC : Nouvelles Technologie d'Information et de Communication

Remerciements

Le présent Plan Stratégique d'amélioration de la qualité des données du PEV 2016 – 2019 a été élaboré par un groupe d'experts nationaux appuyé par des experts internationaux de l'OMS Afro, de l'IST Afrique de l'OUEST, de l'IST Afrique Centrale, de l'Unicef et de GAVI sous la coordination d'un comité de suivi présidé par le Responsable du Système d'information sanitaire de la Direction Nationale de la Santé.

Les membres du groupe d'experts nationaux sont :

Dr Mamoutou DIABATE Responsable du Système d'information sanitaire de la Direction Nationale de la Santé, Docteur Moussa KAMISSOKO, médecin Economiste de la santé CPS/Santé, Docteur Fanta SIBY DIALLO médecin de santé publique Chef de Section Immunisation DNS/DPLM ; Docteur Alimata NACO DIALLO, médecin de santé publique DNS/DPLM, Docteur Ibrahima DIARRA, médecin santé publique DNS/DPLM, Mme DIARRA Hamsatou DICKO, Assistante Médicale Chargée des données PEV DNS/DPLM ; M. Bani DIABY, Assistant Médical DNS/DPLM chargé des données des activités de vaccination supplémentaires (AVS); M. Seydou KOUYATE Assistant Médical, Responsable des données PEV DNS/ DPLM ; Dr Mama COUMARE Médecin de santé publique Directeur National de la santé. L'équipe a bénéficié de l'appui du Docteur SIE Kouadio, médecin de santé publique, expert OMS.

Les remerciements s'adressent à GAVI, l'organisation Mondiale de la Santé dont l'appui technique et financier ont permis l'élaboration de ce plan.

Les remerciements s'adressent aussi à l'équipe de la DNS et de la CPS/Santé pour son appui technique, à l'UNICEF pour son accompagnement à la tenue des différents ateliers d'élaboration et de validation, ainsi qu'à tous les partenaires techniques et financiers pour leurs contributions techniques.

C'est le lieu enfin de remercier tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'élaboration du présent plan stratégique.

La volonté de participation et l'esprit de franche collaboration des personnes ressources, des organisations et des institutions partenaires, ont prévalu tout le long du processus.

Résumé

La vision et stratégie mondiale pour la vaccination (GIVS/VSMV) 2006-2015 dans son axe Stratégique 3 (intégrer la vaccination, les autres interventions liées et la surveillance dans le contexte des systèmes de santé) insiste sur la planification et la budgétisation basées sur des données fiables, avec un accent sur la levée des barrières.

L'autoévaluation de la qualité des données, Data Quality Self Assessment (DQS) répond à une exigence consécutive à l'adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé du document de Vision et Stratégies Mondiales de Vaccinations (GIVS) à l'horizon 2006–2015 comme voie obligée pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Un des quatre axes stratégiques recommande d'intégrer la vaccination, les autres interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé. Ceci sera possible dans la mesure où il faudra renforcer le suivi de la couverture et la surveillance fondée sur l'identification des cas et renforcer la gestion, l'analyse, l'interprétation, l'utilisation et l'échange des données à tous les niveaux.

De même, le plan mondial pour la vaccination (GVAP) 2011-2020 dans la stratégie 4 (des systèmes robustes de vaccination sont partie intégrante du système de santé) stipule une qualité élevée des données de couverture à tous les niveaux.

Dans le but d'améliorer la qualité de vie des populations à travers la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement du Mali 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.

Le Mali a constaté avec satisfaction l'évolution du taux de couverture vaccinale administrative enregistré par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) qui est passé de 89% en 2009 à 90 % en 2015 pour la troisième dose du vaccin pentavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* type b et l'hépatite b.

Dans cette optique le Mali s'engage avec ses partenaires techniques et financiers dans un processus d'évaluation de la qualité des données de vaccination.

Au Mali, le système d'information sanitaire et social a connu une évolution majeure avec l'adoption en 1998 d'un Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SD-SNISS) pour une période de cinq ans et pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS. Ce schéma directeur est le cadre d'organisation de la production et de l'utilisation des informations sanitaires et sociales. Il définit ainsi les catégories et types d'indicateurs, le niveau de production de ces indicateurs, les sources des données ainsi que les responsabilités des acteurs, les actions à entreprendre et les moyens nécessaires pour les réaliser.

La difficulté d'obtention des données sur les formations du secteur privé porte atteinte à la crédibilité des informations sanitaires et donc à celle des indicateurs. A partir de 1997, il y avait plusieurs initiatives pour mieux impliquer le secteur privé dans le SNISS. Cependant, cela n'a pas encore abouti à un progrès significatif. Il semble donc aujourd'hui que la difficulté de disposer des données sanitaires sur les structures privées résulte principalement de l'absence de consensus sur l'utilisation d'un support de collecte des données et l'absence d'un cadre de concertation entre le niveau privé et public.

Le Programme élargi de vaccination (PEV) reconnu comme un des piliers des systèmes nationaux de santé, est confronté à de multiples défis dont l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies, l'élargissement de la cible.

Elle connaît des difficultés notamment :

- Discordance des données Rapport Trimestriel d'Activité (RTA) et rapport de vaccination
- Incohérence de couverture vaccinale pour les vaccins administrés au même moment VAR/VAA ; VPO, Penta et Pneumo
- Taux de perte négatifs
- Faible taux de promptitude des rapports mensuels de vaccination à tous les niveaux : Centre de Santé Communautaire (CSCOM) ; district sanitaire ; région et au niveau central.

Ainsi, pour prendre en compte les difficultés ci-dessus évoquées, depuis fin 2014 le Mali a élaborer un plan stratégique du système national d'information sanitaire qui couvre la période 2015 – 2019. Ce plan met un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des données du système de santé. Au décours de ce plan la Direction nationale de la santé, à travers la section immunisation envisage d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité des données du PEV couvrant la période 2016 -2019.

1. Généralités sur le Mali

1.1. Données géographiques et organisation administrative

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.

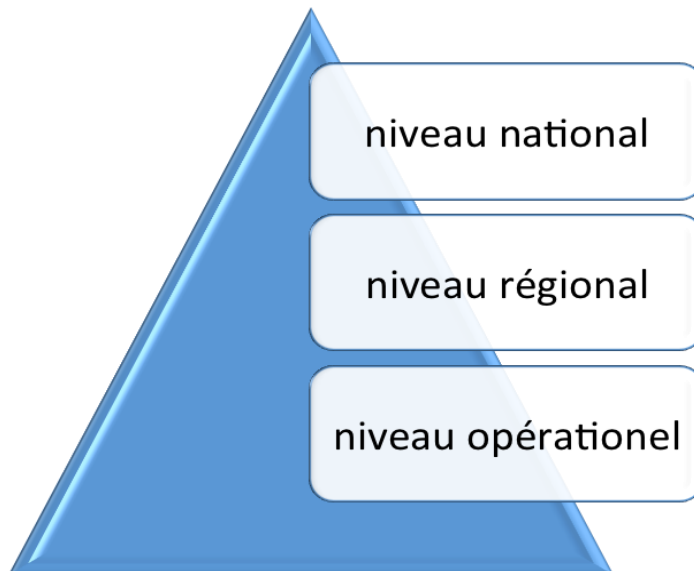
Le territoire du Mali est divisé en :

- ❑ 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.

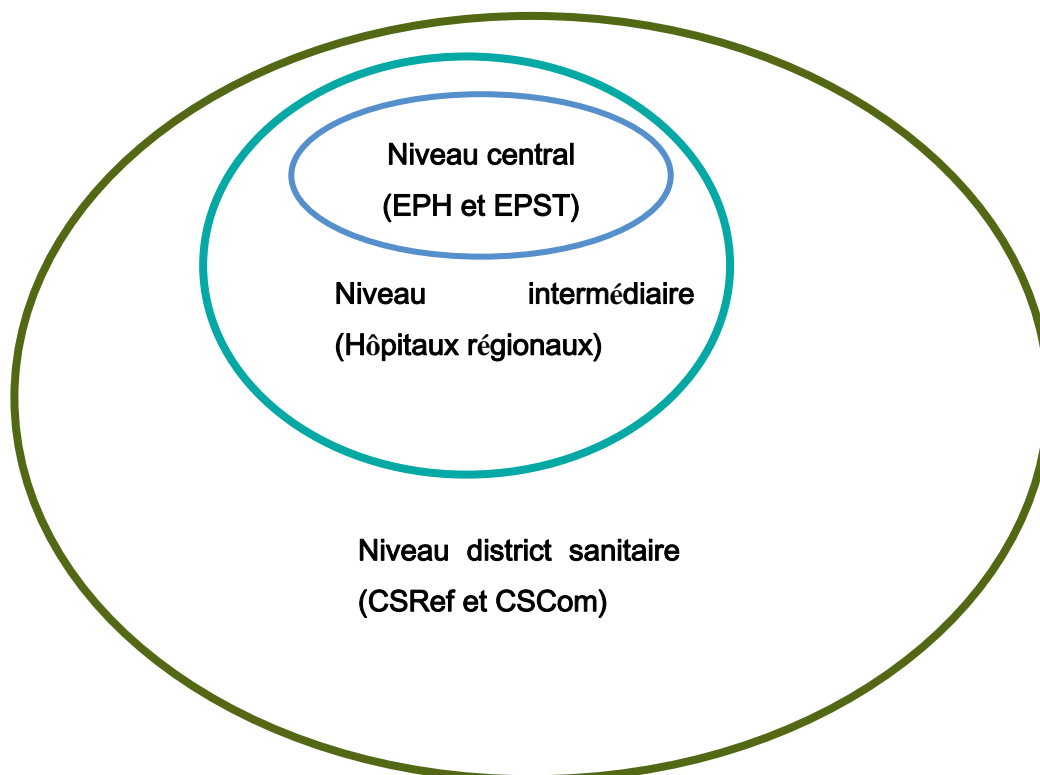
Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le Gouvernement de la République du Mali a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales des niveaux communes et cercles suivant le décret n° 02-314/P-RM du 04 Juin 2002.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux:



- le niveau cercle ou district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux:



Le niveau central : Comprend 5 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH), 6 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST). Ces établissements constituent la 3^{ème} référence.

Le niveau intermédiaire : regroupe 8 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2^{ème} référence dont un à but non lucratif.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- (i) Le premier échelon (base de la pyramide) ou premier niveau de soins est constitué de 1240 Centres de Santé Communautaires (CSCoM) en fin 2015.
- (ii)
- (iii) Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 65 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Ce dispositif est complété par¹:

¹ CPS/Santé : Carte sanitaire 2011.

- Le secteur sanitaire privé qui comprenait en 2011 près de 1038 structures ;
- Les services parapublics constitués de 19 structures de santé des armées en 2011 et de celles de l'INPS ;
- Les services confessionnels de santé comprenant 25 structures en 2011 ;
- Une médecine traditionnelle riche et variée soutenue par le département de médecine de l'INRSP, avec 20 unités officiellement recensées ;
- Plusieurs ONG offrent des soins dans la communauté en appui aux structures publiques.

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n°2012-007 du 07 février 2012 portant code des collectivités territoriales. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, le Gouvernement de la République du Mali a adopté le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002 fixant le détail des compétences transféré de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle.

1.2. Données socio-économiques et démographiques



Le CSCRP III, Cadre fédérateur des politiques sectorielles du Gouvernement, s'est référée aux perspectives de l'économie mondiale du FMI et les secteurs porteurs de l'économie malienne sur la période 2012-2017. Il montre qu'un taux de croissance annuel moyen du PIB de 6.1 % durant la période 2012-2017 doit réduire le taux de pauvreté monétaire de 6 points de pourcentage à l'horizon, 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 sécuritaire, alimentaire, énergétique et financières)

Selon la Banque Mondiale, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) a atteint 5.8 % en 2014. 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 proche de celui observé à l'échelle de l'UEMOA.

L'inflation est passée de -0.6% en 2013 à 2.9% en 2014. Cette augmentation est du même ordre que celui observé à l'échelle de l'UEMOA : de 1.6 % en 2013 à 1,9 % en 2014. Au Mali, le principal

facteur de cette augmentation de l'inflation est la mauvaise récolte de 2013 qui a fait grimper le prix des produits céréaliers.

2. Système de santé

Suivant la loi 02-049/AN RM du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé au Mali, le système de santé est organisé de façon pyramidale en des niveaux central, régional et subrégional.

- Le niveau central :

Il est constitué par les services centraux qui sont placés sous l'autorité et la tutelle du ministère chargé de la santé.

On peut noter, par rapport aux organes de planification, d'organisation, d'impulsion des ressources humaines et de contrôle du niveau central, qu'il y a les services publics et parapublics, les intervenants privés et les partenaires institutionnels. Les Services publics du niveau central sont constitués par les services de l'Administration centrale. L'administration centrale est chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Elle assure la coordination et le contrôle technique des services régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du Ministère chargé de la santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé.

- Le niveau régional :

Constitué par 9 régions sanitaires, les Directions régionales de la santé sont chargées d'appuyer et de contrôler les districts sanitaires. Sous l'autorité administrative du Gouverneur de région et l'autorité technique de la Direction nationale qu'elles représentent, elles assument les missions suivantes :

- élaboration dans le cadre des plans et programmes nationaux, des objectifs régionaux pluriannuels et annuels à atteindre en matière d'amélioration de la protection sanitaire des populations, d'hygiène et d'assainissement du milieu;
- définition des modalités de réalisation des objectifs et évaluation périodique des résultats obtenus ;
- examen des dossiers relatifs à l'ouverture, l'extension ou la fermeture d'établissements sanitaires et pharmaceutiques;
- collecte et centralisation des données en vue de l'élaboration des statistiques sanitaires.

- Le niveau subrégional ou opérationnel :

Il est constitué de 65 districts sanitaires, l'équipe cadre du district sanitaire est dirigée par un médecin-chef de district qui est sous l'autorité administrative du Préfet du cercle et technique de la Direction régionale de la santé qu'elle représente. Cette équipe assure :

- l'élaboration des objectifs pluriannuels et annuels du district sanitaire dans le cadre des plans et programmes régionaux d'amélioration de la protection sanitaire des populations, d'hygiène et d'assainissement du milieu ;
- la mise en œuvre des plans et programmes d'actions ;
- le contrôle des services rattachés, des établissements privés, sanitaires et des dépôts de produits pharmaceutiques ;
- le contrôle de l'application des normes d'hygiène et d'assainissement dans le district sanitaire
- la collecte, l'analyse, l'interprétation et la transmission des données sanitaires.

Par ailleurs, les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans de conditions définies par le Code des collectivités territoriales. Ainsi, le Conseil Communal, le Conseil de Cercle et le Conseil Régional délibèrent sur la politique de création et de gestion de dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux régionaux; ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations vulnérables.

En ce qui concerne les établissements de santé :

- ils sont constitués de 1240 CSCOM fonctionnels (Annuaire statistique 2015) qui constituent le premier niveau de contact.

Le CSCOM est un centre de santé qui offre les soins de santé de base curatifs ainsi que préventifs, et qui développe des activités promotionnelles. Le CSCOM est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt pharmaceutique. Il est créé à l'initiative et avec la participation des communautés. Pour sa gestion, les populations des villages ou quartiers autour du centre sont organisées dans une Association de Santé Communautaire (ASACO). Le fonctionnement du CSCOM est assuré sur la base d'un système d'autofinancement. Les ASACO sont organisées en fédération locale (FELASCOM) au niveau district sanitaire, en fédération régionale (FERASCOM) pour le niveau régional et en fédération nationale (FENASCOM) pour le niveau national.

Ces différentes fédérations constituent un des piliers de la société civile pour l'appui à la mise en œuvre de la politique nationale de la santé.

- le CSRéf constitue le premier niveau de référence du district, et on y dénombre la quantité proportionnelle aux districts sanitaires (65 CSRéf). Il est doté d'un plateau technique assurant la prise en charge de certaines urgences, notamment les urgences obstétricales.

Les hôpitaux de deuxième référence de la pyramide (7 hôpitaux), reçoivent les références du niveau district. Ils sont équipés de plateaux techniques et de certaines spécialités et sont dans certaines régions administratives du pays.

- Les hôpitaux situés à Bamako, au nombre de six (6) dont trois (3) avec une spécificité (Ophtalmologique, Traumatologique et Odonto-stomatologique), constituent le troisième niveau de référence du pays.

La loi 02-050 du 22 juillet 2002, portant loi hospitalière a donné aux hôpitaux le statut d'Établissement Public Hospitalier (EPH) et leur a conféré l'autonomie de gestion. La loi matérialisait une étape importante dans le processus promu par la mission d'appui à la réforme hospitalière (décret 99-105 /PM-RM du 19 mai 1999.). Elle dégagait ainsi les perspectives pour une gestion performante. Chaque hôpital avait élaboré un projet d'établissement. Celui-ci définissait une vision du développement de l'hôpital à moyen terme et programmait dans les PO les activités et les ressources pour y parvenir.

Une dynamique d'accompagnement fut ainsi créée avec la promotion du concept de contrat de performance. Celui-ci, sur la base de principes et d'indicateurs bien définis couvrant aussi bien la gestion, la qualité des prestations, la sécurité des patients que l'hygiène hospitalière, ouvrait la possibilité à des incitations financières de l'État sur la base de résultats constatés. L'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH) joue un rôle d'accompagnement et d'évaluation des hôpitaux de façon indépendante.

À cette structuration du système de santé, s'est greffée l'approche de « soins essentiels dans la communauté (SEC) » avec l'appui des agents de santé communautaire (ASC). Ces agents appuient les interventions en matière de santé au sein de la communauté notamment la prise en charge de certaines pathologies de l'enfant (diarrhée, paludisme, IRA....), la recherche de perdu de vue, la communication et la mobilisation pour la vaccination. L'approche a démarré en 2011 et on dénombre à ce jour 2266 ASC dans les cinq régions retenues pour la phase pilote.

Occupant une place importante dans le système de soins, la disponibilité des médicaments essentiels dans les services de santé à des prix accessibles pour la population fut la locomotive de la réforme pharmaceutique depuis l'adoption par le Mali de l'Initiative de Bamako et la Politique sectorielle de santé en 1990. La transformation de la PPM en EPIC (1993), le contrat plan État / Pharmacie Populaire du Mali (PPM), la libéralisation de l'importation des médicaments ainsi que la création du GIE santé pour tous furent les étapes marquantes qui ont précédé l'adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en 1999.

La PPN définit la stratégie nationale et fournit le cadre de coordination des activités des secteurs public, communautaire et privé. Les principaux instruments de la PPN sont : (i) le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels (SDADME) ; (ii) le Contrat Plan État-PPM qui définit les obligations de part et d'autre pour l'approvisionnement et la

distribution de médicaments essentiels ; (iii) la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) et le formulaire thérapeutique national ; (iv) le Guide Thérapeutique national devant être régulièrement mis à jour avec l'adoption de nouveaux protocoles thérapeutiques nationaux (Paludisme, VIH/SIDA...). Les Institutions et structures chargées de la mise en œuvre sont :

- (i) la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), qui contrôle l'homologation, la pharmacovigilance, la publicité, la promotion des médicaments et des essais cliniques ;
- (ii) le Laboratoire National de la Santé (LNS), qui assure le contrôle de qualité des médicaments importés ; et
- (iii) l'Inspection de la Santé (IS), qui contrôle l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice des professions de santé, y compris pharmaceutiques, des secteurs public, communautaire et privé.

En référence à la loi 85-41 / AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires et l'arrêté n° 91-4319 / MSPAS-PF-cab du 3 octobre 1991, fixant les modalités d'organisation de l'exercice privé des professions médicales et paramédicales, la République du Mali a déterminé les conditions d'exercice des professions médicales, de sage-femme et des professions paramédicales. C'est ainsi qu'on a assisté, depuis cette date, à la création de nombreuses structures privées de prestation de soins (384 à ce jour). En plus du secteur public, il existe 46 cabinets de soins, 191 cabinets médicaux, 102 cliniques, 6 polycliniques, 500 officines de pharmacie, 20 cabinets de tradithérapeutes, 21 infirmeries de garnison et 39 structures parapubliques (Confessionnelles, INPS, Garnison) (Évaluation OMS 2012)

Tous ces acteurs pourraient participer significativement à la couverture et l'utilisation des soins du Paquet Minimum d'Activités (PMA), mais ils contribuent faiblement aux objectifs de santé publique parce que malgré leur proximité des structures publiques, leurs pratiques ne sont pas suffisamment réglementées et leur contribution n'est pas suffisamment intégrée dans la collecte des données du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS).

L'articulation entre le secteur public et le secteur privé est faible, ce qui freine la contribution du secteur privé à la réalisation des objectifs de santé publique. Les textes qui déterminent les catégories d'établissements privés médicaux et paramédicaux n'ont pas été révisés depuis 1991. Certaines de leurs dispositions ne sont pas par conséquent très adaptées au contexte actuel (développement du secteur privé, progrès des équipements et de la pratique médicale), en particulier s'agissant des actes autorisés et aux infrastructures nécessaires dans les différentes catégories d'établissements privés. Par ailleurs, en l'absence de textes d'application de la loi hospitalière (2002), il n'existe pas de cadre de participation du privé au service public hospitalier. On constate un manque de fluidité dans la référence des malades entre le public/privé et l'absence d'un fonctionnement des structures de soins en réseau pour optimiser les compétences et fonctionnement disponibles à l'échelle d'un territoire.

En matière de prévention, bien que plusieurs structures privées se disent volontaires, les CSRéf sont réticents à associer les médecins privés aux activités de routine et aux campagnes exceptionnelles de vaccination. Les structures publiques craignent en effet que les conditions n'y soient pas remplies (chaîne du froid, formation des vaccinateurs, volume minimum d'activités, etc.) et que le principe de gratuité ne soit pas observé (Rapport d'Évaluation PRODESS 2011)

La participation de ces structures privées et des ONG à la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) a eu un impact sur l'offre des soins et la disponibilité des ressources humaines du secteur de la santé. Force est de reconnaître que 90% de ces structures sont dans les grands centres urbains, ce qui a favorisé la disparité entre les milieux urbain et rural en matière d'infrastructures sanitaires.

2.1. Financement du Secteur de la santé

Politiques / stratégies du financement de santé

Un système de financement bien élaboré est garant, d'une part d'une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières du secteur sanitaire et social et d'autre part, permet une meilleure accessibilité aux services de santé tout en incitant les prestataires et les utilisateurs à plus

d'efficience. Le système de financement de la santé comprend non seulement les mécanismes classiques de mobilisation, de répartition et d'utilisation des ressources financières, mais également le développement d'approches alternatives de solidarité et de protection sociale en vue de minimiser les inégalités.

Les trois départements du secteur ont convenu avec les PTF qu'un certain nombre de thèmes devaient être approfondis lors de l'élaboration du PDDSS pour anticiper sur la mise en œuvre, et le financement de la santé fait partie de ces thèmes. C'est ainsi qu'un groupe thématique de travail sur le financement de la santé s'est vu confié l'élaboration d'un document de politique nationale.

Quatre axes stratégiques ont été définis par le document de Politique de financement de la santé élaboré en 2013 à savoir :

Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023

- (i) Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle;
- (ii) Garantir une meilleure allocation des ressources;
- (iii) Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet
- (iv) Améliorer la gouvernance financière.

La politique de financement se donne comme mission de dessiner la voie de l'accès à des soins de qualité indépendamment des capacités financières, pour l'ensemble de la population du Mali selon les besoins, et en la protégeant du risque maladie.

Cependant, ce système souffre de plusieurs problèmes :

- La part des ménages est considérable et est surtout constitués par les dépenses de poche relatives aux soins. Ce qui entretient une iniquité et augmente le fossé entre l'accès aux soins des groupes socioéconomique vulnérables et les riches;
- Les soins de qualité ne sont pas renforcés par le système de financement qui est actuellement centré sur le financement des « inputs » indépendamment du résultat sur la performance en matière de qualité de services;
- Le système de financement de la santé est caractérisé par un fort fractionnement des systèmes de protection sociale, dû au fait que ces dispositifs ne sont pas liés et impliquent une faible solidarité et une absence de redistribution des ressources entre les mécanismes et entre les couches sociales.

Ces problèmes sus évoqués ouvrent donc la voie à des suggestions diverses dans le PRODESS-III à savoir :

- Un allègement de la part des ménages par une diminution de leurs contributions aux dépenses de santé;
- Une orientation vers un financement basé sur des critères de performance établie (financement basé sur la performance - FBP) qui incluraient la qualité;
- Mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle; et,
- Une stratégie gouvernementale visant à asseoir le leadership de l'Etat vis-à-vis des PTF dans un apport plus conséquent en matière de financement de la Santé.

- *Mobilisation des ressources*

Durant le Sommet du Millénaire de 2000-2001 à Abuja, les dirigeants des Etats membres de l'Union africaine ont adopté la Déclaration d'Abuja» par laquelle ils se sont engagés à attribuer au moins 15% du total de leurs budgets nationaux annuels au secteur de la santé. L'évolution de la part du Budget de la santé dans le budget gouvernemental du Mali a été étudiée en partant du budget des ressources mobilisées et en considérant le budget prévu pour 2014.

Le budget de l'Etat consacré au secteur 'santé' (sans la part de financement du développement social et de la Promotion de la Famille) s'est stagné autour de 7-8% du budget global du gouvernement depuis une quinzaine d'années. Ceci représente la moitié des 15% convenus dans la déclaration d'Abuja. Suite aux recommandations de la 13ème session de l'Assemblée des Ministres de la Santé tenue en 2012 à Conakry, les dispositions sont en cours pour harmoniser le mode de calcul du pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé dans le cadre de la déclaration d'Abuja, afin de permettre les comparaisons pour les différents Etats. Néanmoins, cette situation s'améliore en prenant en compte le Ratio du budget du secteur sante en termes de charges récurrentes sur le budget global des charges récurrentes de l'Etat, soit 12,10% en 2014 (fonctionnement, sans les investissements).

A l'instar d'autres pays, le Mali a élaboré une politique de financement de la santé pour la couverture universelle. Cependant, la couverture universelle ne peut être atteinte dans la limite de l'engagement d'Abuja, en particulier la couverture du risque maladie qui nécessite la disponibilité d'un niveau de ressources financière très importante, y compris les subventions d'Etat. Ces dispositifs s'appuient sur les mécanismes de tiers-payant qui devront permettre de soutenir l'accès des usagers aux services de santé avec la réduction drastique de la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé (minimum, si possible inférieur à 20%).

Les Comptes Nationaux de la Santé devraient nous faire ressortir la part de chaque entité dans le financement de la Santé. En effet, cela nous permettrait d'appréhender la part des ménages qui constitue presque les fonds privés. (57% par les ménages). En fait, il y a une très grande différence si l'on se réfère aux données issues seulement de la DFM compte tenu du fait de la non considération de la part des ménages dans le calcul de la part de chaque entité de financement; dans ces conditions, la contribution étatique correspondait en moyenne à la moitié du budget mobilisé pour la santé.

Néanmoins, en prenant en compte toutes les entités de financement y compris les fonds privés, les fonds étatiques représenteraient 17% des dépenses totales, 1/8 du total pour le reste du monde, 6% pour les collectivités décentralisées et un peu moins de 60% du total serait supporté par les ménages.

3. Généralité sur le PEV au Mali

3.1. Organisation au niveau central

3.1.1. Textes régissant la structure de vaccination au Mali

Date de création du Centre National d'Immunisation (CNI): par ordonnance n° 84-12/P-RM du 05 mai 1984 portant création des services rattachés à la Direction Nationale de la Santé Publique et des Affaires sociales, lancement officiel du PEV en décembre 1986 par Décret n° 90-284/P-RM du 26 juin 1990 portant organisation et modalités de fonctionnement du Centre National d'Immunisation devenu Section Immunisation(SI) de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) suite à la restructuration de la DNS par Décret N 01-219/PRM-du 24 mai 2001.

3.1.2. Missions

Par Ordonnance 84-12/PRM du 5 mai 1984, la Section immunisation a pour missions :

- Exécution et évaluation du programme élargi de vaccination à travers la :
 - conception, coordination, planification ;
 - le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
 - l'approvisionnement en vaccins et consommables en collaboration avec la Direction des Finances et du Matériels;
 - participation aux travaux de recherche sur les vaccinations ;

• Prévention des endémo-épidémies par immunisation active

A travers la surveillance épidémiologique des maladies cibles du Programme élargi de vaccination en collaboration avec la Division prévention Lutte contre la maladie

• Lutte contre les foyers épidémiques

- organisation et la coordination de la riposte vaccinale en collaboration avec la Division Prévention lutte contre la maladie;

Organes de gestion

Chef de section

Chargé de l'élaboration et du suivi des stratégies d'immunisation

Chargé des vaccins et du matériel d'immunisation

3.2. Organisation du PEV au niveau régional

Au niveau régional, la gestion du programme est placée sous la responsabilité du Directeur Régional de la Santé (DRS). Un responsable PEV est désigné pour la mise en œuvre des activités du PEV.

3.3. Organisation du PEV au niveau district

Au niveau district, la gestion du programme est placée sous la responsabilité du Médecin-chef de District (MCD). Un chargé PEV est désigné pour assurer la mise en œuvre des activités de vaccination. Ces activités concernent notamment les aspects de planification, de supervision, de formation du personnel des Centres de Santé Communautaire (CSCOM), de surveillance et de communication.

Au niveau district la coordination des activités de santé dont le PEV est assurée par le président du Conseil de Cercle. L'équipe district assure la mise en œuvre de la stratégie mobile de vaccination pour les aires de santé non fonctionnelles.

3.4. Organisation du PEV au niveau CSCOM

Au niveau CSCOM, la gestion du programme est placée sous la responsabilité du Directeur technique de Centre (DTC) en collaboration avec le comité de gestion de l'ASACO. Un agent vaccinateur est désigné pour la mise en œuvre des activités de vaccination. C'est à ce niveau que sont mises en œuvre les différentes stratégies de vaccinations (Stratégie fixe, avancée).

3.5. Organes de coordination du PEV

Au niveau national la coordination des activités est assurée par les organes suivants

3.5.1. Le Comité de coordination Inter- Agences (CCIA)

Ce comité a été mis en place le 29 novembre 2002 par décision N° 0824/MS-SG pour le renforcement des services de vaccination et de la pérennisation de la vaccination au Mali.

Placé sous la présidence du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, le comité est composé :

Président :

Le Ministre de la santé et de l'Hygiène Publique

Membres :

- le secrétaire Général du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique
- le conseiller technique chargé du PEV
- le Directeur National de la Santé
- le Directeur des Finances et du Matériels du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique
- le représentant du Ministère de l'Economie et des Finances
- les représentants des organisations internationales présentes au Mali

Le comité de Coordination Inter-agences se réunit une fois, le dernier jeudi de chaque trimestre ou au besoin, sur convocation de son président. Il statue sur les dossiers qui lui sont soumis par le comité technique d'exécution et de suivi.

Le Secrétariat du comité de coordination Inter-agences est assuré par le conseiller technique à la communication du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

L'article 6 de la décision de création du CCIA indique la création du Comité Technique d'exécution et de suivi du CCIA et est composé :

Président :

- le Directeur National de la Santé

Membres :

- le Chef de Division prévention et Lutte contre la Maladie ;
- le Chef de la Division Finances ;
- le Chef de la Section Immunisation ;
- le Chargé du système d'Information Sanitaire ;
- les Chargés du PEV ou des programmes de santé des Organisations internationales membres du CCIA
- le Groupe Pivot/Santé Population ;
- le Rotary International.

Le comité Technique d'exécution et de suivi se réunit le dernier vendredi de chaque mois. Toutefois, il peut se réunir sur convocation de son Président chaque fois que de besoin.

Le secrétariat du comité technique d'exécution et suivi est assuré par la Section Immunisation.

Il est l'organe décisionnel de la gestion des fonds alloués aux activités de vaccination y compris ceux provenant de l'initiative GAVI.

3.5.2. Le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)

Le groupe technique consultatif sur la vaccination a été créé par arrêté N°2014-3808/MSHP-SG du 31 décembre 2014. Ce groupe est chargé d'émettre ses avis et recommandation scientifique et technique pouvant guider le Ministre chargé de la santé et de l'Hygiène Publique dans la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies nationales de vaccination.

A cet effet il est chargé notamment :

- de conseiller le Ministre sur les choix des stratégies optimales de contrôle des maladies évitables par la vaccination et sur les données et information à recueillir pour la prise de décision dans le domaine de la vaccination et des vaccins
- d'informer le MSHP sur les derniers développements scientifiques intervenus dans le domaine de la vaccination et des vaccins
- d'établir des partenariats avec d'autres comités nationaux d'experts indépendants pour la vaccination et les vaccins.

NB : les membres doivent être désignés par leurs départements

4. Ressources

4.1. Ressources Humaines

Il n'existe pas de personnel recruté spécifiquement pour le PEV au Mali à part le niveau central. Au niveau opérationnel les activités du PEV sont intégrées dans le paquet Minimum d'Activités (PMA) des formations sanitaires, face à cette intégration certaines difficultés ont été relevées en matière de gestion des ressources humaines notamment :

- Insuffisance et instabilité des ressources humaines qualifiées et formées pour la vaccination, l'insuffisance du personnel qualifié constitue l'un des principaux Goulots d'étranglement du système de santé du Mali. Il a été noté que la plus part des actes de vaccination est effectuée par du personnel non qualifié. Ce personnel bien qu'insuffisant, a aussi du mal à s'adapter aux conditions de vie de certaines localités.
- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel, surtout au niveau subrégional ou district sanitaire à ce niveau, par insuffisance de personnel qualifié, les aides-soignants sont utilisés comme des agents vaccinateurs. Ce personnel non qualifié est aussi souvent non formé pour la gestion des données du PEV, ce qui explique des problèmes enregistrés dans la collecte et la gestion des données de vaccination dans beaucoup de districts sanitaires du pays.
- Faible motivation du personnel de santé en général.

4.2. Ressources matérielles

4.2.1. Les locaux et équipements

Depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique, il existe des bâtiments pour les services de vaccination :

- le niveau central dispose d'un bâtiment servant de siège pour la Section Immunisation qui dispose de 14 chambres froides positives de 262 000 litres, 2 chambres négatives de 15 200 litres toutes fonctionnelles pour la conservation des vaccins. Il existe également 7 réfrigérateurs de 1 686 litres pour la conservation des vaccins.
- chaque direction régionale de la santé dispose d'un local abritant le service de vaccination et des équipements (réfrigérateurs et congélateurs) pour le stockage des vaccins et des consommables, et de bureaux pour les responsables PEV.
- Les bureaux régionaux PEV de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le District de Bamako dispose chacune d'une chambre positive de 10 m³ et des réfrigérateurs/congélateurs pour le stockage des vaccins et consommables.
- Chaque district sanitaire dispose de locaux, des équipements (réfrigérateurs et congélateurs) pour le stockage des vaccins et des consommables, et de bureaux pour les chargés PEV.

- chaque CSCOM dispose d'une salle équipée d'un réfrigérateur pour les activités de vaccinations.

Cependant certains dépôts sont vétustes, étroits. On note aussi une insuffisance en équipement notamment à tous les niveaux (central, régional, district et aires de santé). Ils ont besoin pour la plus part d'être réhabilités et renforcés.

4.2.2. Le Matériel roulant

- La Section Immunisation dispose de deux camions ordinaires acquis en 2000 et 2003 sur financement de l'UNICEF et l'Union Européenne, 4 véhicules Hilux sur financement Gavi reçus en 2014, deux Pickup frigorifique reçu en 2015 sur financement UNICEF
- Trois régions sur 9 (Kayes, Sikasso et Mopti) disposent d'un camion ordinaire en mauvais état chacune pour le transport des vaccins et des consommables.
- La plupart des districts sanitaires disposent au moins d'un véhicule Pick-Up utilisés pour la supervision des activités sur le terrain et le ravitaillement des aires de santé en vaccins et consommables.
- Cependant des besoins importants en logistique roulante sont enregistrés à tous les niveaux (central, régional, district et aires de santé). Les besoins ont été pris en compte dans le PPac mis à jour, le pays envisage de combler une partie de GAP à travers le soutien de Gavi au renforcement du système de santé (150 moto et 15 véhicules Hilux) et la dotation de 70 motos, 13 véhicules Hilux, Land Cruiser 7 et 2 véhicules frigorifique attendu en 2015 à travers le financement UNICEF.

5. Activités de soutien

5.1. Formation

Certains agents (3) de la Section Immunisation et le responsable PEV de Mopti ont bénéficié de la formation en gestion du PEV (cours MLM),

1 agent de la Section Immunisation a reçu la formation en vaccinologie

Deux agents de la Section Immunisation ont été formés en logistique de la Santé.

Le responsable PEV de la région de Ségou a été formé en EPIVAC

Plusieurs formations ont été réalisées par la Section Immunisation au profit des agents des DRS et des districts sur les thèmes suivants :

- la gestion du PEV au profit des responsables PEV des régions, districts et aire de santé
- le DVD-MT/SMT des responsables régionaux et locaux

Des sessions de mise à niveau sur le PEV et la surveillance sont généralement organisées à l'intention des nouveaux agents dans tous les districts sanitaires.

Dans le cadre de la formation de base des médecins et autres personnels de santé, la FMPOS et l'INFSS dispensent des modules sur la vaccination. Compte tenu des innovations intervenues dans

le PEV d'une part et de la perspective d'introduction de nouveaux vaccins, ces modules ont été mise à jour prenant en compte les nouvelles orientations du programme.

5.2. *Supervision*

Les activités de supervision bien que présentant des faiblesses sont réalisées de manière discontinue à tous les niveaux du système de santé.

Il existe un guide de supervision spécifique au PEV à tous les niveaux du système de santé.

Cette situation est imputable à l'insuffisance des financements des supervisions spécifiques PEV.

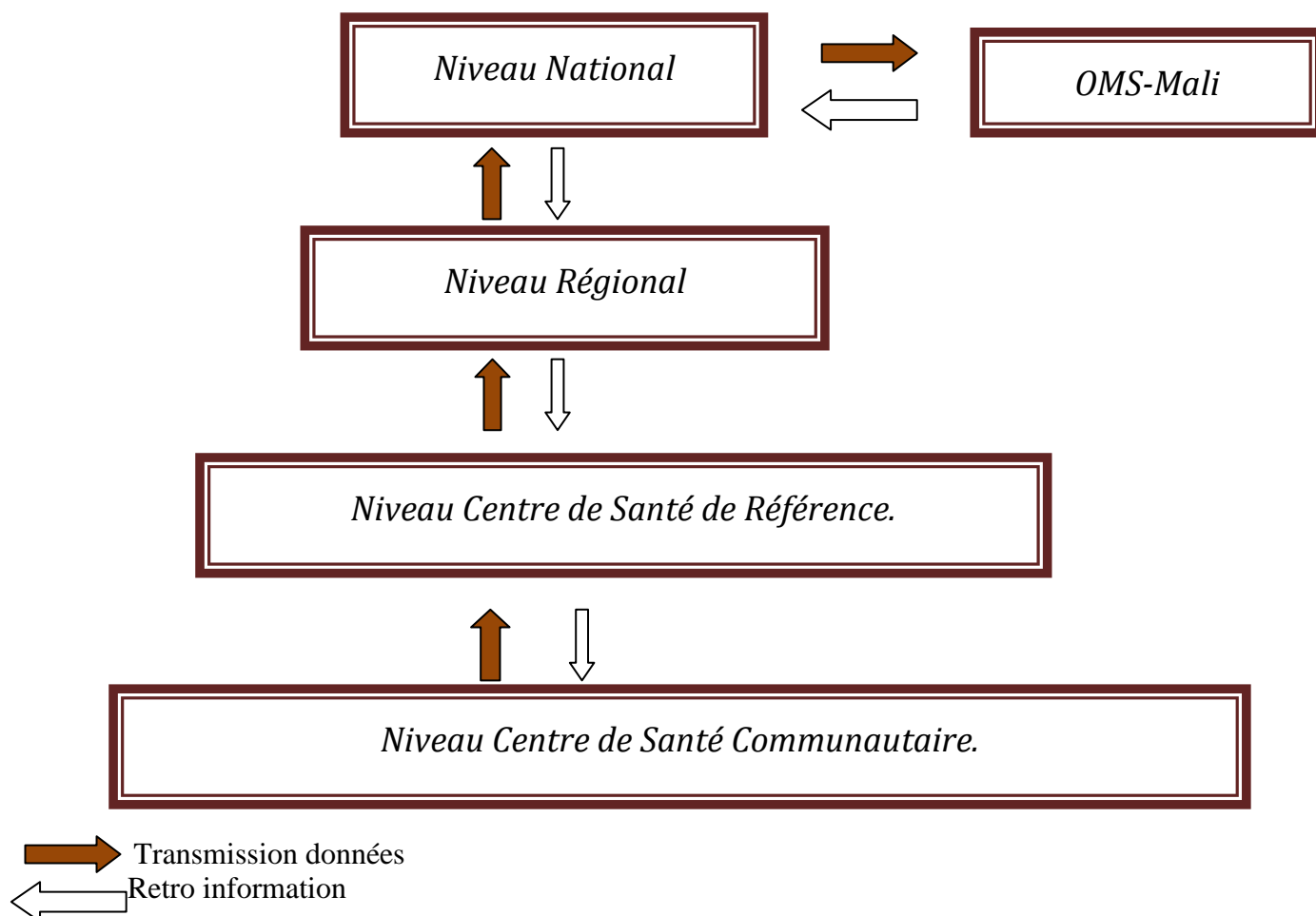
5.3. *Le système d'information sanitaire*

La collecte, l'analyse et la transmission des données sur les vaccinations se font à travers les rapports mensuels PEV et de surveillance provenant des CSCOM.

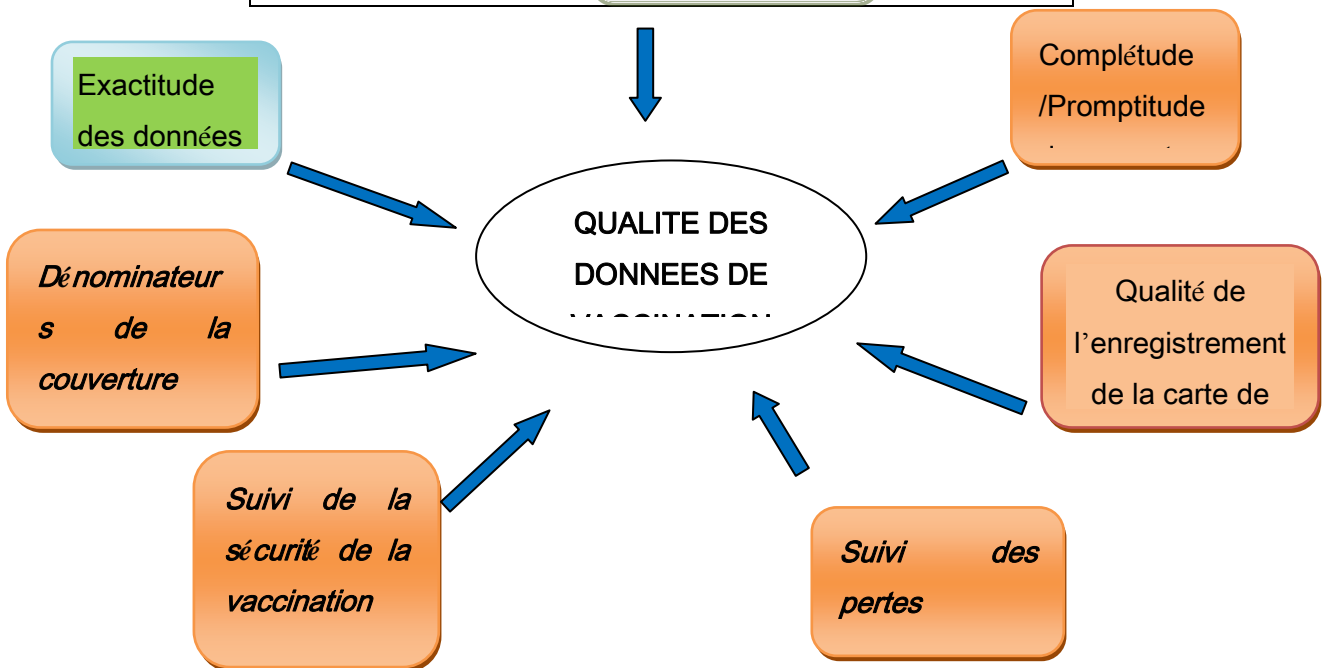
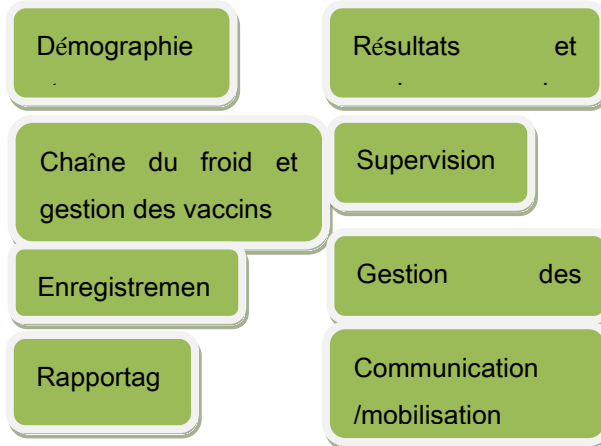
L'ensemble des districts et des régions sanitaires disposent d'un système informatisé de gestion des données de vaccination Data Vaccine District Management Tool (DVD-MT) de partage d'information en vue de susciter l'amélioration des performances au niveau périphérique.

Ces données sont mensuellement envoyées au Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique au PFT avec retro information aux régions.

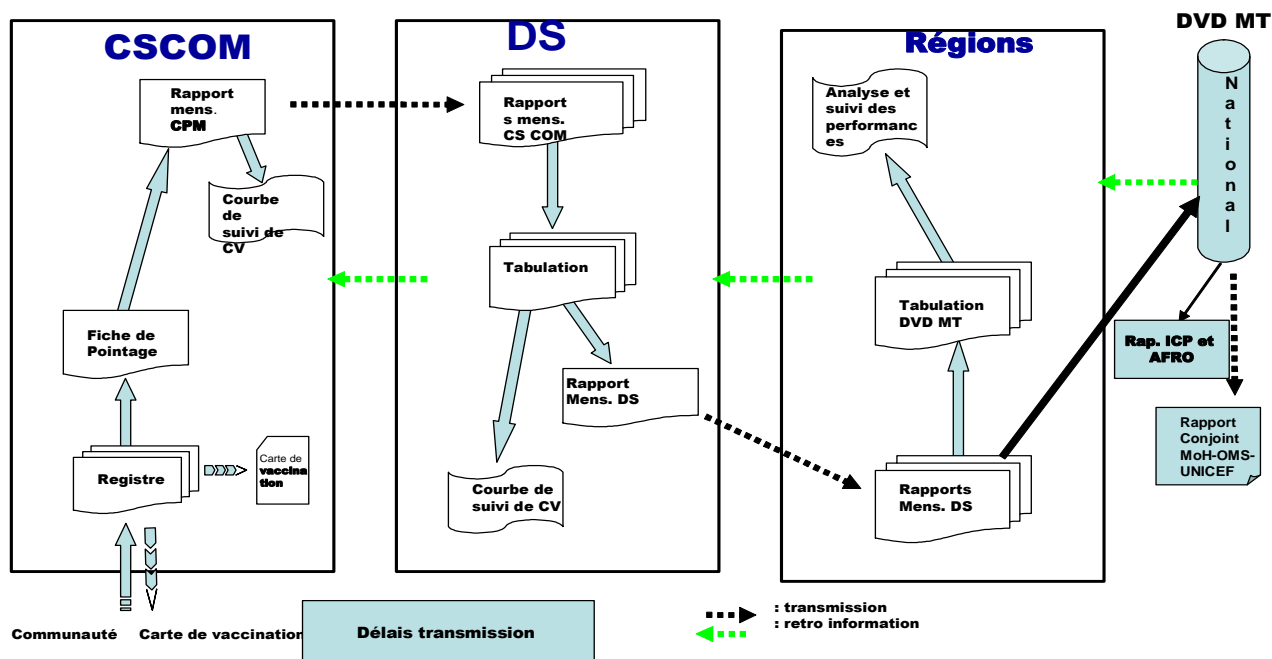
Circuit des données de vaccination au Mali



Système de suivi de la vaccination



Circuit du flux d'informations



5.4. Le monitoring des activités

La Section Immunisation organisait chaque trimestre une réunion tournante des points focaux PEV/surveillances sur la performance des districts et régions dans la gestion du programme. Le monitoring semestre décentralisé est organisé avec tous les acteurs du système de santé pour le suivi de la mise en œuvre du PMA dans les aires de santé.

Dans le cadre de la surveillance des maladies cibles du PEV, il a été institué des rencontres mensuelles d'harmonisation des données avec le laboratoire national de référence (INRSP), la Section Surveillance Epidémiologie, la Section Système d'Information sanitaire et l'OMS.

Des réunions mensuelles de suivi sont organisées au niveau district avec les DTC et les partenaires locaux pour discuter les indicateurs de performance du PEV (Couvertures vaccinales, des taux de pertes des abandons et notification des cas suspects des maladies évitables par la vaccination).

5.5. Planification et évaluation

Le Mali dispose d'un plan pluri annuel complet (PPAC) 2012-2016 du PEV. Chaque année un plan opérationnel inspiré du PPAC est élaboré conformément aux cadres et directives de planification du Ministère de la santé.

Au niveau région, il existe un processus de planification avec la participation de tous les acteurs validé par le Comité Régional d'Orientation de Coordination d'Evaluation des Programmes de développement Sanitaire et social (CROCEPS).

Au niveau district, il existe un processus de planification avec la participation de tous les acteurs validé par le Conseiller de gestion du district sanitaire présidé par le président du conseil de cercle.

Tous ces plans d’actions prennent en compte le PEV.

Pour le suivi des activités du PEV, des bilans à mi-parcours et annuel sont réalisés en collaboration avec les partenaires.

5.6. Partenariat

Le PEV bénéficie des appuis techniques et financiers des partenaires locaux, nationaux et internationaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les composantes/opérations d’intervention de ces partenaires sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Partenaires techniques et financiers du PEV

Partenaires	Composantes/opérations
OMS	Surveillance, PEV de routine, vaccinations supplémentaires, matériels informatique, appui technique et financier à la formation, supervision, coordination.
UNICEF	PEV de routine, vaccinations supplémentaires, communication/Mobilisation sociale, équipement logistique et matériels techniques et de froid, achat de vaccins et consommables, infrastructures, surveillance épidémiologique à base communautaire.
GAVI	Achat de vaccins et consommables, logistiques et matériels techniques, introduction des nouveaux vaccins, formation/recherche, supervision/évaluation, achat de matériels de chaîne de froid (CDF), communication, véhicule et moto.
ROTARY	Vaccinations supplémentaires contre la polio, achat équipement chaîne du froid, mobilisation sociale
PLAN Mali	achat équipement chaîne du froid
Lion’s club	Vaccinations supplémentaires contre la rougeole ; mobilisation sociale
JICA	Chaîne de froid ; construction d’infrastructures sanitaires ; formation
Croix rouge	Vaccinations supplémentaires contre la polio et rougeole
Union Européenne	Renforcement système de santé, achat véhicule
USAID	Formation et supervisons

Il existe d’autres partenaires locaux, internationaux qui contribuent au développement de la santé. Concernant les partenaires locaux, on peut citer les autres secteurs ministériels (action sociale, éducation, sécurité, agriculture), la société civile (associations de santé communautaire, ONG de développement). Parmi les partenaires internationaux, on peut citer la coopération bilatérale (France, Belgique, Canada, MSF, MDM ...), la coopération multilatérale (OOAS, Banque mondiale). Ils œuvrent dans le domaine des infrastructures, des équipements, et de la formation.

5.7. Financement du PEV

Le PEV est principalement financé par trois (03) sources à savoir la contribution de l’Etat, celle des partenaires au développement et enfin celle de la communauté à travers le recouvrement des coûts

de soins de santé. Au cours des trois dernières années le financement du PEV est passé de 3 418749 000 en 2012 à 3 541 896 000FCFA en 2014.

Afin de promouvoir le financement durable des vaccins et des activités de vaccination le budget de l'Etat a affecté des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins et des consommables. De ce fait, l'Etat achète depuis 1996 les vaccins traditionnels administrés en routine. Il achète également le matériel d'injection et s'acquitte de sa part de cofinancement pour les nouveaux vaccins et sous utilisés depuis 2001. En 2014, la part du cofinancement s'est élevée à la somme de 1 143 000 US. Des efforts restent à faire pour renforcer la part du financement local des interventions du programme dont le financement reste tributaire en grande partie des ressources externes.

6. Promptitude et complétude des rapports.

La promptitude et la complétude dans la transmission des rapports de vaccination de routine et de surveillance des maladies cibles du PEV au niveau central des trois dernières années sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI : Evolution de la promptitude et de la complétude dans la transmission des rapports PEV de 2012 à 2015.

Indicateurs	Normes	Années			
		2012	2013	2014	2015
1. Promptitude	≥ 80	69	84	75	83
2. Complétude	100	86	97	95	97

La complétude dans la transmission des rapports est inférieure à la norme qui est de 100% au cours des trois dernières années. Quant à la promptitude elle a évolué en dents de scie au cours de ces trois dernières années.

6.1. Amélioration des prestations de services de vaccination

Selon l'enquête de couverture vaccinale du PEV de routine réalisée en 2015, les résultats indiquent que six enfants sur dix ont été complètement vaccinés, soit 60,29% (qui ont reçu toutes les doses des antigènes). 95% des enfants ont reçu au moins une dose d'un antigène quelconque.

Par antigène, les taux de couverture sont les suivants : BCG (92%), Polio0 (80,7%), Polio1 (92,34%), Polio2 (83,14%), Polio3 (73,69%), Penta1 (91,79%), Penta2 (82,77%), Penta3 (72,96%), Pneumo1 (91,43%), Pneumo2 (82,49%), Pneumo3 (72,89%), VAR (73,97%) et VAA (71,92%).

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

7. Contexte et justification

La vision et stratégie mondiale pour la vaccination (GIVS/VSMV) 2006-2015 dans son axe Stratégique 3 (intégrer la vaccination, les autres interventions liées et la surveillance dans le contexte des systèmes de santé) insiste sur la planification et la budgétisation basées sur des données fiables, avec accent sur la levée des barrières.

De même, le plan mondial pour la vaccination (GVAP) 2011-2020 dans la stratégie 4 (des systèmes robustes de vaccination sont partie intégrante du système de santé) stipule une qualité élevée des données de couverture à tous les niveaux.

Au Mali, le système d'information sanitaire et social a connu une évolution majeure avec l'adoption en 1998 d'un Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SD-SNISS) pour une période de cinq ans et pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS. Ce schéma directeur est le cadre d'organisation de la production et de l'utilisation des informations sanitaires et sociales. Il définit ainsi les catégories et types d'indicateurs, le niveau de production de ces indicateurs, les sources des données ainsi que les responsabilités des acteurs, les actions à entreprendre et les moyens nécessaires pour les réaliser. Il organise le SNISS en quatre sous-systèmes qui sont :

- Le Sous Système d'Information sanitaire
- Le Sous Système d'Information Sociale
- Le Sous Système d'Information sur les Enquêtes et la Recherche
- Le Sous Système d'Informations Administratives et de Gestion

La coordination de l'ensemble des sous-systèmes d'information est assurée par la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS).

Le SD-SNISS couvre à la fois le secteur public, communautaire et privé (confessionnels, et exercice libéral), les ONG et la société civile pour répondre aux principaux besoins d'informations. La difficulté d'obtention des données sur les formations du secteur privé porte atteinte à la crédibilité des informations sanitaires et donc à celle des indicateurs. A partir de 1997, il y avait plusieurs initiatives pour mieux impliquer le secteur privé dans le SNISS. Cependant, cela n'a pas encore abouti à un progrès significatif. Il semble donc aujourd'hui que la difficulté de disposer des données sanitaires sur les structures privées résulte principalement de l'absence de consensus sur l'utilisation d'un support de collecte des données et l'absence d'un cadre de concertation entre le niveau privé et public.

Par ailleurs, la prise en compte du département de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille dans le Système National d'Information Sanitaire et Social et la création de certaines directions centrales (DFM, DRH, DNPSES...), devrait, logiquement, conduire à une révision/actualisation du schéma directeur.

Entre Décembre 2013 et Avril 2014, une évaluation de la performance du système locale d'information sanitaire (SLIS) ou système d'information sanitaire de routine a été conduite au Mali. Il est ressorti de cette évaluation les constats suivants :

- problème de coordination de l'ensemble du système d'information sanitaire et social
- retard dans la transmission des données à tous les niveaux ;
- insuffisance dans l'analyse des données à tous les niveaux ;
- insuffisance d'intégration des données de certains acteurs (ONG / Associations, structures privées et confessionnelles) ;
- existence de systèmes d'informations parallèles des programmes de lutte contre certaines maladies (dits verticaux) ;
- Multitude et redondance des supports primaires de collecte de données et des rapports périodiques (surtout rapports mensuels des programmes verticaux, et rapports trimestriels d'activités incluant des parties mensuelles) ;
- insuffisance de formation /orientation des responsables communautaires à l'utilisation et à la compréhension des supports utilisés ;

- insuffisance de rétro information ;
- faible motivation du personnel ainsi qu'une insuffisance de culture de l'information.

Pour pallier à ces insuffisances, le pays a développé des stratégies comme l'auto-évaluation, la supervision et le suivi/évaluation. Dans le cadre d'amélioration des performances du système de santé, le Mali a une grande expérience en matière de monitoring et micro planification.

Le monitoring – micro planification est un outil d'auto évaluation de la performance des structures sanitaires. Il constitue un instrument privilégié pour renforcer le partenariat et la capacité des acteurs locaux, améliorer la qualité des données et la performance des structures de santé. Il a été introduit en 2002 comme outil de suivi des programmes au niveau décentralisé.

Les données générées par les prestations des services de santé, sont collectées, compilées, analysées et exploitées à chaque niveau de la pyramide sanitaire et des annuaires statistiques et rapports sont produites régulièrement.

Malgré ces efforts, la qualité des données reste toujours une préoccupation importante notamment celles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) avec la prise en compte des données du secteur privé. En témoignent ainsi les résultats d'une évaluation sur la qualité des données de vaccination dans les régions de Koulikoro, Ségou, Sikasso, Mopti, Tombouctou et le district de Bamako en 2015. Les résultats de cette étude se résument à :

- une insuffisance de supervision formative,
- une insuffisance dans l'analyse des données,
- une insuffisance dans l'archivage des données,
- une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux,

Par ailleurs l'utilisation des données pour la prise de décision n'est pas systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et le financement du système d'information reste encore insuffisant et fortement dépendant de l'extérieur.

C'est compte tenu de tous ces facteurs que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers : OMS, UNICEF, USAID et GAVI, décide d'élaborer un plan stratégique national d'amélioration de la qualité des données en général et celles de la vaccination en particulier. Ce plan s'inscrit en droite ligne avec le plan stratégique du SNISS qui couvre la période 2014- 2019.

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
GOUVERNANCE	Existence d'un cadre de suivi de certains indicateurs	Insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations issues des cadres de suivi (Conseil de gestion)	PTF, existence des Plans Opérationnels validés	
	Existence d'une planification sanitaire décentralisée (plan opérationnel).	Faible prise en compte des activités relatives à la gestion des données PEV	Engagement des plus hautes autorités du pays à travers le financement des vaccins et consommables	Instabilité politique et crise sécuritaire
	Transfert des ressources financières de la vaccination aux collectivités locales	Insuffisance de financement des activités de vaccination par les collectivités décentralisées		
	Existence d'un avant-projet de loi sur la vaccination	Ancrage institutionnelle du PEV (Section d'une Division d'une Direction)	Existence d'une Direction du PEV dans tous les pays de la sous-région	
		Absence de textes législatifs régissant la qualité des données PEV		

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Ressources humaines et Renforcement des capacités	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 analyse des données collectées à tous les niveaux	Existence des partenaires d'appui au PEV	
	Existence de responsable PEV au niveau de chaque district	Insuffisance de Personnel en charge du PEV dans les districts	Existence des établissements de formation d'agents sanitaires	personnel vieillissant du PEV, insécurité
	Existence de personnel affecté à la vaccination	Insuffisance d'agents qualifiés pour les services de vaccination	Engagement des partenaires techniques et financiers auprès de l'Etat	
	Existence de responsable PEV au niveau de chaque région	Insuffisance de personnel au niveau des bureaux PEV des régions	Existence d'une Direction des Ressources Humaines	
	l'existence des initiatives d'enquêtes LQAS, DQS	Faible appropriation /institutionnalisation des enquêtes LQAS/ DQS		
	L'engagement des chargés PEV	Insuffisance de	le recrutement du	

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		motivation des Chargés PEV/SIS	personnel par l'Etat, les Collectivités, les PTF,	
Monitoring et analyse des performances	Existence d'outils de monitoring/micoplanification à tous les niveaux	Insuffisance dans l'analyse l'interprétation et l'utilisation des données pour la prise de décisions	Déploiement du DHIS2	
	Existence de cadre fonctionnel d'harmonisation des données de vaccination	Irrégularité dans les réunions d'harmonisation des données	Disponibilité des ressources financières	
	Existence de tableau de bord pour le suivi des indicateurs	Non utilisation du tableau pour le suivi des indicateurs	Existence d'outil informatisé d'analyse des indicateurs DVD-MT	
	Existence d'outils de monitoring des activités de vaccination	Irrégularité dans la tenue des sessions de monitoring des activités de vaccination		Financement durable de la vaccination
	L'existence d'une cellule de coordination des activités et des acteurs au niveau CS Réf	Faible utilisation des données pour une prise de décision	appui de l'Etat, des collectivités et les PTF	

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Population cible	Disponibilité de population cible issue du RGPH 2009 actualisée	Non maîtrise de la pop cible (existence de couverture de + de 100%)	Plaidoyer pour l'organisation du recensement sanitaire	
	La disponibilité des populations actualisées par district	La sous /sur estimation des populations cibles	le RAVEC, les cahiers des relais communautaire	Orpaillages traditionnels
	Disponibilité de la population cible par Cscm	Méconnaissance de la population cible à vacciner par les agents vaccinateurs		
Retro-information et partage d'informations	Existence des ASACO pour la Gestion du centre	insuffisance de cadre d'échanges entre les agents		
	Existence de NTIC	Faible promptitude/complétude des rapports mensuels	Existence de système de connexion adéquat et de téléphonie mobile	
Suivi-évaluation	Existence d'un cadre de suivi de certains indicateurs	Insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations issues des cadres de suivi (Conseil de gestion)	PTF, existence des Plan Opérationnel validés	

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	Existence d'un comité d'harmonisation des données	Faible qualité des données (Discordance entre les données du DESAM et le DVD-MT)	Déploiement de la plateforme DHIS2	
Exactitude et validation des données	Disponibilité des supports de gestion des vaccins et des données de la vaccination	Insuffisance dans l'analyse des données du PEV	Existence d'un cadre de concertation mensuel entre le Cs réf et DTC	
	Existence des outils d'analyse et gestion des données	Non production de bulletin périodique de performance	Accompagnement des PTF	
	Institutionnalisation des Rencontres des points focaux PEV/Surveillance	Tenue irrégulière de rencontres trimestrielles tournantes avec les points focaux PEV/surveillance des régions	Existence des PTF d'appui	
Normes et Standards	L'existence d'une cellule de coordination des activités et des acteurs au niveau CS Réf	Faible utilisation des données pour une prise de décision	appui de l'Etat, des collectivités et les PTF,	
	Disponibilité de supports/outils révisés	Retard dans la multiplication des outils		

Analyse FFOM par Domaine

DOMAINE	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	Existence de documents de normes standards du PEV	Insuffisance dans la retro information		
	Existence d'un schéma directeur d'approvisionnement en vaccins et supports	Rupture fréquentes de vaccins et supports au niveau opérationnel	Existence d'un plan d'approvisionnement en intrant	Existence de plusieurs modèles de cartes de vaccination sur le terrain
Supervision	la réalisation des supervisions intégrées vers les CSCom	La non exploitation des données du rapport PEV avant la supervision		
	Existence d'outils de supervision validés	Insuffisance de supervision formative	Engagement des partenaires techniques et financiers auprès de l'Etat	Retrait progressif des partenaires
	Disponibilité des guides de supervision	Faible implication des chargés PEV dans les Supervisions Intégrées	Réalisation des supervisions intégrées périodiques	

But et Objectifs du plan

But

Les données du PEV sont de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sont utilisées pour la prise de décision

Objectif général et Axes stratégiques

Contribuer à l'amélioration permanente de la qualité des données du PEV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Axes stratégiques du plan d'amélioration de la qualité des données

Axe stratégique 1: Amélioration de la Gouvernance et du leadership: Il s'agit de la mise en place d'un cadre définissant les responsabilités et les mécanismes de coordination entre les différentes parties prenantes (hiérarchie de notification, rapports entre les différentes unités chargées de la gestion des données du PEV, contexte légal et réglementaire de planification)

Axe Stratégique 2: Renforcement des capacités techniques des agents en charge de la gestion des données du PEV. Il s'agira de procéder à: (i) une meilleure gestion des ressources humaines en charge de la gestion des données du PEV (profils adéquats, formation, déploiement, rémunération, mesures de rétention, statuts, etc.); (ii) la mise à disposition de ressources matérielles appropriées (TIC, WEB, équipements informatiques, moyens de transport, etc.), (iii) l'allocation de ressources financières suffisantes (lignes budgétaires, autres mécanismes de financement, etc.) et l'affectation de locaux appropriés pour le travail, (iv) la formation sur les méthodes d'autocontrôle et de validation de la qualité des données (DQS, LQAS)

Axe Stratégique 3: Définition des indicateurs pour chaque niveau: Il s'agira de l'établissement de liste d'indicateurs sur la base de leur utilité, pertinence scientifique, fiabilité, représentativité, praticabilité et accessibilité couvrant tous les besoins avec l'implication de toutes les parties prenantes.

Axe Stratégique 4:

Amélioration de la qualité des données du PEV à travers la tenue régulière des réunions mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles axé sur la correction des données, la tenue des sessions de monitoring , la réalisation des enquêtes locales de couverture vaccinales(LQAS) et la mise en place des groupes d'amélioration de la qualité des données du PEV. La prise en compte des données du secteur privé.

Axe Stratégique 5:

Renforcement de la gestion des données à travers: (i) la mise en place de procédures écrites pour la collecte, le stockage, le contrôle de qualité, l'analyse et la diffusion des informations; (ii) la constitution de banques de données contenant des informations de toutes les sources, accessibles au public; (iii) des dictionnaires de métadonnées fournissant la définition des variables et leur emploi, les méthodes de collecte, la périodicité, les désignations géographiques, les techniques d'analyse, etc. et (iv); des codes d'identification des unités géographiques ou administratives (régions, cercles, communes, etc.) pour faciliter la fusion des données.

Axe Stratégique 6:

Amélioration de la diffusion et l'exploitation des informations statistiques sur le PEV à travers: (i) une bonne analyse des données (présentations pratiques sous formes de tableaux, graphiques, cartes, etc.) et (ii) la promotion d'une utilisation effective des données statistiques pour la planification et la fixation des priorités, l'allocation des ressources, la gestion et le suivi évaluation des prestations de services ainsi que pour un plaidoyer en faveur d'un comportement à moindre risque du grand public et des groupes vulnérables.

Objectifs spécifiques et Interventions par sous-système et par axe stratégique.

1. **Gouvernance et leadership**

- Mettre en place un cadre institutionnel approprié
- Mettre en place une équipe nationale d'amélioration de la qualité des données du PEV,
- Mettre en œuvre des mesures de motivation des agents chargés ou impliqués dans la gestion des données PEV pour de meilleurs résultats.

2. Mettre en place un cadre de collaboration avec toutes les parties prenantes

- Mettre en place un mécanisme de collaboration entre le SLIS et le PEV
- Améliorer la coordination des différents acteurs du PEV et de la surveillance épidémiologique
- Développer un cadre de collaboration entre le public et le privé pour améliorer la complétude et la promptitude des données du système d'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

3. Ressources et infrastructures (institutions, ressources humaines et financières, Ressources Matérielles)

Renforcer les capacités techniques des structures chargées du SIS

- Réviser les cadres organiques (création d'unités statistiques) et doter en personnels qualifiés
- Doter les agents en charge du SIS de mobiliers et équipements adéquats
- Renforcer les capacités techniques du SIS en TIC à tous les niveaux
- Mettre en place des mesures favorisant la rétention du personnel en charge des données
- Assurer un financement adéquat du SIS
- Allouer une ligne budgétaire conséquente au SIS
- Développer des mécanismes de financement des activités de gestion des données du PEV

4. Indicateurs

Réviser la liste d'indicateurs du SIS pour prendre en compte les nouveaux besoins

- Assurer la disponibilité d'indicateurs sexo-spécifiques.
- Prendre en compte les données des données des structures privées qui vaccinent.

5. Sources de données

Améliorer la qualité des sources de données

Améliorer la qualité et l'utilisation des dossiers individuels (carnets de santé, fiches opérationnelles, registre de vaccination, fiches journalier de température, rapports) ;

Améliorer la promptitude dans la tenue des dossiers des services PEV (registres, rapports mensuels et trimestriels, etc.) ;

- Améliorer la promptitude et la complétude de l'envoi des données des services de santé ;
- Améliorer la collaboration avec les services chargés de l'état civil pour prendre en compte les besoins du SIS.

6. Gestion des données

- Assurer un stockage et une gestion appropriés des données
- Mettre en place un entrepôt de données
- Mettre en place une base de données pour les Hôpitaux (SIH)
- Doter les formations sanitaires (publiques et privés) en Code Unique d'identification
- Mettre en place un Système de Gestion informatique des données du PEV à tous les niveaux

7. Diffusion et exploitation des données Assurer la diffusion et l'exploitation des données

- Mettre en place un mécanisme ou système de diffusion des données du PEV
- Renforcer les compétences en analyse et utilisation des données statistiques PEV
- Assurer la promotion de la culture de l'utilisation des données statistiques pour l'allocation des ressources

- Promouvoir l'utilisation des données sur les facteurs de risque pour le plaider en vue des changements de comportement
- Assurer le déploiement du DHIS2 à tous les niveaux et passer à l'échelle de l'utilisation de la flotte pour la remontée des données.

PROPOSITIONS DE RAJOUT SI PERTINENT

Suivi et évaluation

- La mise en œuvre du plan stratégique d'amélioration de la qualité des données fera l'objet d'un suivi régulier et une évaluation périodique afin de détecter tout dysfonctionnement et d'apporter les corrections requises opportunes.
- Il est prévu une évaluation interne chaque année et une évaluation externe au bout des trois ans.

Financement du plan stratégique

Le plan stratégique pour l'amélioration de la qualité des données s'appuiera sur le soutien financier de l'Etat mais aussi des partenaires techniques et financiers (PTF) comme GAVI,, l'USAID, l'UNICEF, l'OMS etc,, mais aussi le secteur privé, les collectivités et communautés.

Plan par axe stratégique

BUDGET ET CHRONOGRAMME

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Gouvernance : Renforcer la collaboration entre le personnel du Cscm							16567000	7.927.000
Mettre en place le groupe qualité des données (Data Quality Team) à partir de la commission de la qualité des données existante et en assurer le fonctionnement	X	X	X	X	DNS/SI	Sans coût	000	000
Mettre en place un mécanisme de contrôle interne de qualité des données et en identifier le responsable	X	X	X	X	DNS/SI	Sans coût	000	000
Organiser des sessions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan	X				DNS/SI	???	7.927.000	7.927.000
Assurer la tenue régulière du comité technique d'exécution et de suivi du CCIA	X	X	X	X	DNS	ETAT	8.640.000	000
Ressources humaines et Renforcement des capacités : Renforcer les capacités des acteurs sur les aspects de gestion/qualité des données							966911576	840802700
Former /recycler cinq agents de santé par Cscm y compris le secteur privé et para publique sur la gestion du PEV	X	X			CSRéf	GAVI 108750000	506775000	398025000
Former 100 agents sur le processus d'harmonisation et de validation des données (central, régional et district)	X	X			DNS/SI		15500000	15500000
Designier un suppléant chargé des données PEV	X				MCD	Sans coût	000	000
Former 649 DTC dans les régions de Kayes, Koulikoro et Sikasso dans le cadre du déploiement de DHIS2		X			MCD	???	128408200	128408200

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Former les chargés PEV, SE, SIS en DQS	X				MCD	GAVI	33294176	000
Former les formateurs régionaux 4 par régions sur l'analyse des données	X			X	DNS	???	15935300	15935300
Désigner deux suppléants aux chargés PEV pour prendre en compte la gestion des données et la logistique		X			DRS	Sans coût	000	000
mettre en place un réseau wifi adéquat permanent au bureau du PEV au niveau central	X				DNS/SI	Sans coût	000	000
Former quatre(4) cadres par districts sur le remplissage correct des supports révisés du PEV	X	X			DRS	???	32080000	32080000
Former les agents vaccinateurs sur le remplissage correct des supports révisés du PEV		X			MCD	???	250854200	250854200
Former les chargés PEV/SIS, SE, Med appui PEV sur l'analyse des données	X	X			DRS	???	???	????
Sensibiliser les DTC sur l'intérêt d'envoi des rapports dans le délai, mettre en compétition les DTC sur l'envoi des rapports dans le délai	X	X	X	X	MCD	Sans coût	000	000
Développer un mécanisme de prises en compte des mises à jour des données après leurs envoi au niveau supérieur	X	X	X	X	DNS/SI	Sans coût	000	000
Population cible : Disposer de données de populations cibles harmonisées pour tous les niveaux							237475800	27775800
Elaborer chaque année un micro plan avec les acteurs concernés en prenant en compte les activités relatives à la gestion des données	X	X	X	X	DTC, ASACO, Collectivités	Collectivités	209700000	

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Organiser un atelier régional sur le dénombrement local des populations pour la micro planification des activités PEV dans les Districts	X				Directeur Régional de la Santé	???	18848800	000
Documenter pour expliquer l'écart des couvertures vaccinales excessives liées aux populations flottantes	X	X	X	X	DRS/MCD	???	000	000
Organiser un atelier national avec les différents acteurs dont l'Institut National des Statistiques la CPS/SS-SD-PF, les partenaires et les autorités politico sanitaires sur la problématique de la population cible	X				DNS/SI	???	8927000	8927000
Supervisions : Renforcer les capacités des relais et Agents de Santé Communautaires							687595280	158533200
Superviser mensuellement les relais et ASC sur la collecte et la transmission des données	X	X	X	X	DTC	A Chercher	158533200	158533200
Mener trimestriellement les supervisions spécifiques qualité des données PEV au niveau des aires de santé	X	X	X	X	MCD	GAVI	363299200	000
Organiser des supervisions spécifiques PEV dans tous les Districts prenant en compte la collecte, l'analyse et la transmission des données PEV	X	X	X	X	Directeur Régional de la Santé	GAVI	165762880	000
Monitoring et analyse des performances : Instaurer un système de suivi régulier et d'analyse des performances							2.966.600.000	2.711.100.000
Organiser deux sessions de monitoring par aire de santé par an	X	X	X	X	DTC	???	2 516 400 000	2 516 400 000
Doter 65 chargés PEV en ordinateur Portable		X			DNS/SI	USAID	19500000	000
Doter 649 CSCOM des régionaux de Kayes, Koulikoro et Sikasso en ordinateurs portables dans le cadre du déploiement de DHIS2		X			DNS	???	194700000	194700000
Organiser des sessions de revue trimestrielle des données PEV au niveau de toutes les régions avec mécanisme de redevabilité	X	X	X	X	DRS	UNICEF 236000000	236000000	000

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Exactitude et validation des données : Disposer de données de vaccination validées et exactes								
Equiper 1398 Cscoms en dispositif d'archivage des supports		X			DNS	ASACO	251640000	000
Doter 932 cscoms, 50 districts, 8 régions et 15 cadres de la Section Immunisation en Flotte,		X			DNS/SI	???	50328000	50328000
Assurer la connexion internet de 649 CSCOM des régions de Kayes, Koulikoro et Sikasso dans le cadre du déploiement de DHIS2		X	X	X	DNS	???	62304000	62304000
Prévoir sur l'outil DHIS2 un module permettant le téléchargement mensuel de la table standard des données de vaccination de routine par district et par mois pour toutes les doses de tous les vaccins	X				DNS/SI	Sans coût	000	000
Mettre en place une équipe assurance de la qualité des données (data quality team)	X				DNS/SI	Sans coût	000	000
Organiser des séances de IEC/CC sur la conservation des cartes de vaccination au niveau ménages	X				MCD/DTC	Sans coût	000	000
centraliser la conception, production et distribution des cartes de vaccination	X				DNS/SI	Sans coût	000	000
Planifier et tenir quatre rencontres trimestrielles tournantes PEV/surveillance avec les points focaux des régions chaque année	X	X	X	X	DNS/SI	OMS	Montant à prendre avec Dr TOUNKARA OMS	000
Normes et Standards : Développer/réviser des directives simplifiées pour assurer l'exactitude de données des indicateurs de performance rapportés							444270398	16000000

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Réviser et disséminer le document officiel sur la description de taches des DTC		X	X	X	MCD	000	000	000
Multiplier les supports révisés et les mettre dans les centres selon le schéma établi à cet effet	X	X	X	X	DNS/SIS	ETAT	400000000	000
Doter tous les centres en supports de collecte en fonction de leur besoin	X	X	X	X	DNS/SIS	ETAT	000	000
Multiplier 2000 guides techniques PEV/surveillances révisés	X				DNS/SI	???	16000000	16000000
Utiliser le manuel de procédures standard de gestion et la qualité des données PEV	X				DNS/SIS	Sans coût	000	000
Former les districts en technique de LQAS et DQS dans toutes les régions		X			DNS	GAVI	28270398	000
Assurer la dissémination des nouveaux supports à tous les niveaux	X				Directeur Régional de la Santé	DRS		
Connecter les Directions Régionales et Cs réf au réseau internet haut débit		X			Directeur Régional de la Santé	DRS		
Retro-information et partage d'informations : Instaurer un système de retro-information régulier								
Instituer un mécanisme de motivation des agents impliqués dans la gestion des données du PEV à tous les niveaux	X	X	X		DNS/Directeur Régional de la Santé/Médecin-chefs	DRS		
Disséminer le canevas de retro information PEV élaboré par le niveau national	X				DNS/Directeur Régional de la Santé/Médecin-chefs	DNS		

DOMAINE/ ET OBJECTIF PAR ACTIVITES	Années				Responsables Exécution	Responsable Financement	Coût Total (CFA)	GAP A CHERCHER
	2016	2017	2018	2019				
Instaurer un système régulier de partage systématique de feedback avec le niveau inférieur	X	X	X	X	DNS/SI			
Suivi-évaluation : Assurer le suivi régulier des activités programmées et évaluer leur mise en œuvre							6400000	000
Imprimer 2000 tableaux de bord grand format pour les Cscoms	X	X	X	X	DNS	OMS	6400000	000
Créer une équipe régionale d'assurance qualité (DATA QUALITY TEAM)		X			Directeur Régional de la Santé	Sans coût	000	000
Prendre en compte la composante gestion et qualité des données de manière adéquate dans les différents plans d'action du PEV (PPac, PAA,,,))	X	X	X	X	DNS/SI	Sans coût	000	000
Tenir les réunions trimestrielles régionales de l'équipe Qualité des données avec rapport transmis au niveau central		X	X	X	Directeur Régional de la Santé	Sans coût	000	000
Tenir les réunions mensuelles régionales d'harmonisation et validation des données avec rapport transmis au niveau central		X	X	X	Directeur Régional de la Santé	Sans coût	000	000
Mettre en place un mécanisme adéquat de suivi évaluation du plan	X	X	X	X	DNS/SI	Sans coût	000	000
Total							5.662.316.254	3.665.909.500

Total	Acquis	A rechercher
5662316254	1996406754	3665909500
	35%	65%