MINISTERE DE LA SANTE DES PERSONNES
AGEES ET DE LA SOLIDARITE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE PLANIFICATION
ET DE STATISTIQUES

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

EVALUATION CONJOINTE EXTERNE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

✠ ✠ ✠ ✠ ✠

Tome 2 : Enquête Opérationnelle
Avril 1999

Réalisé par PHI Consulting

Financement : UNICEF / USAID / PNUD

RESUME

L'Enquête Opérationnelle, 2ème phase de l'Evaluation Conjointe Externe du PEV commanditée par le MSPAS et les agences partenaires, s'est déroulée pendant 7 semaines au printemps 1999. Elle a été réalisée par une équipe de 6 experts nationaux et 3 internationaux. Elle avait pour objectif d'évaluer les moyens mis en œuvre et de proposer des recommandations visant à améliorer les résultats de ce programme.

Méthodologie

L'évaluation se devait de couvrir les champs d'enquête suivants: les aspects institutionnels, la qualité des services, leur utilisation, le financement du programme, sa gestion, les aspects logistiques, le système d'information, la perception du PEV par la communauté.

Afin de prendre en compte les résultats de l'ECV et d'intégrer des champs et populations cibles différents, une méthodologie spécifique a été élaborée.
1. Des questionnaires couvrant les différents champs opérationnels du PEV ont été appliqués, de façon systématique, aux personnels de santé, médecins, TDS, matrones et aides soignants, et à des représentants des usagers. Pour cela, trois équipes, chacune constituée d'un médecin, d'un économiste et d'un logisticien ont parcouru 11 000 kilomètres. Elles ont enquêté des aires de santé revitalisées et non revitalisées, tirées au sort à l'intérieur de 2 cercles « complémentaires » sélectionnés dans chacune des 8 régions du pays.
2. Les équipes ont observé 46 structures sanitaires dont les 9 directions régionales et le CNI.
3. Plus de 150 personnes ressources et les représentants des structures intéressées ont été rencontrés, et une revue de la littérature a été effectuée.
La synthèse et les recommandations ont été soumises à un panel d'experts et discutées lors de deux réunions de restitution à laquelle participaient experts, représentants des organismes nationaux et donateurs.

Résultats

1. L'analyse de l'offre de vaccination révèle que le PEV, particulièrement les stratégies avancées mobies, souffre de problèmes de continuité. Le suivi se fait grâce à l'utilisation de cartes ou d' échéanciers. Toutefois nombre d'agents rencontrés ignorent les résultats de leur activité et la couverture vaccinale ; 18% donnent des chiffres peu réalistes. L'offre de vaccination en centre d'accouchement est inconstante.

2. Le management constitue une dimension critique du PEV. En témoignent les problèmes liés à la gestion du programme, aux ressources humaines et à la supervision. Ainsi les activités du PEV sont systématiquement dévolues aux agents subalternes ; seuls 52% d'entre eux connaissent les populations cibles ; ils bénéficient de supervision de qualité variable. Les outils de gestion ne sont pas utilisés comme ils le devraient.

3. Les aspects économiques et financiers ont fait l'objet d'un intérêt particulier. L'évaluation montre que le PEV souffre d'un financement précaire, lié au retrait des partenaires, aux problèmes budgétaires et à la fragilité des ASACO. En témoignent les difficultés de la stratégie avancée et de micro-financement . Ceci se traduit par la vétusté de la chaîne du froid, un sous-financement des transports et du carburant, des retards de salaire et l'absence de supervision.

4. L'enquête s'est intéressée à quatre aspects de la logistique. La chaîne de froid permet d'assurer des activités satisfaisantes dans 2/3 des cas ; plus de ½ des structures PEV souffrent de l'approvisionnement en petit matériel. La gestion des vaccins doit être améliorée dans 1 centre sur 3 ; l'approvisionnement des vaccins est acceptable.
Les transports jouent un rôle clé dans l'exécution du PEV. Ils sont perçus comme une source de problèmes : les contraintes budgétaires nuisent à l'approvisionnement en carburants et à la maintenance des véhicules. Des moyens relativement importants existent mais ils ne couvrent les besoins du programme que dans 3 cas sur 4.

5. Des questions relatives au PEV et aux maladies cibles ont permis une approche du système d'information. Ainsi le personnel considère que les rapports servent surtout à récapituler l'activité mensuelle de routine; la maîtrise de concepts épidémiologiques est inconstante : la notion d'épidémie est à redéfinir pour plus d'1 agent sur 3. Les questions relatives aux mécanismes de l'information et de rétro-information n'ont apporté que des éléments peu exploitables et montré les limites de l'enquête

6. Des questionnaires adressés aux déléguées des femmes et des Asaco visaient à estimer la perception de la population. Les ¾ des personnes interrogées sont satisfaites; cette satisfaction s'appuie sur les résultats enregistrés depuis la création du PEV. Ils jugent différemment l'accessibilité: bonne pour 2/3 d'entre eux mais difficile pour les autres, essentiellement les habitants des régions du Nord. Les activités d'IEC sont souvent limitées mais existent dans 9 cas sur 10,.

♦ *Les observations de terrain indiquent que les vaccinations s'effectuent suivant des modalités diverses et sont déléguées au personnel subalterne. Elles s'effectuent dans des centres de santé plus ou moins adaptés, souffrant surtout de problèmes liés au budget de fonctionnement. Divers paramètres indiquent des problèmes de qualité. Les services, marqués par des files d'attente et des plages de travail réduites, varient en fonction de l'offre.*

♦ *La mission a rencontré 20 agences partenaires afin d'apprécier leur rôle actuel et leur engagement futur.*
1. Divers départements du MSPAS (DNSP, DAF...) participent au PEV. Ils définissent et mettent en œuvre la politique de vaccination, contribuent au financement et à la logistique, en assurent le suivi et l'information.
Depuis la mise en place du PEV, le CNI constitue le pivot de l'action du MSPAS. On assiste à un modification progressive de ses attributions vers 3 types d'interventions : l'expertise, la supervision, la planification. Les structures régionales auxquelles la décentralisation confère un rôle croissant, en bénéficient.
2 Les Agences Internationales bi ou multilatérales, apportent des contributions majeures au PEV. Les plus importantes, les « Agences Partenaires du PEV », UNICEF, PNUD, USAid et OMS sont indispensables en terme de support institutionnel, financier ou logistique. L'Union Européenne intervient à travers les ONGs et l'appui à l'Initiative d'Indépendance Vaccinale.
3 Le Mali dispose d'un riche réseau d'ONGs. Plus de 150 d'entre-elles, coordonnées par le Groupe Pivot Santé et Population, sont impliquées dans des projets de santé, selon des modalités très variables. Elles fournissent une aide à l'organisation, à la formation et à l'IEC. Leur appui logistique est souvent indispensable aux activités avancées; leur retrait met en jeu leur pérennisation. Beaucoup d'ONGs se réorientent aujourd'hui vers un appui aux programmes intégrés de santé et deviennent les partenaires privilégiées des CSCom.

♦ *Les acquis du PEV sont incontestables : composante essentielle du PMA, il est mis en œuvre dans l'ensemble du Mali ; il présente des résultats très supérieurs à ceux d'il y a 10 ans. Le PEV dispose de ressources tant humaines que matérielles ; il s'accompagne d'un engagement financier réel qui s'appuie sur des partenaires efficaces. L'adhésion de la communauté est un des résultats les plus remarquables.*

Recommandations

Un série de recommandations est proposée. Celles-ci visent à promouvoir :

- *une adaptation des institutions centrales et locales aux conditions actuelles ;*
- *une amélioration de l' offre de service ;*
- *la meilleure prise en compte des impératifs de qualité et d'efficacité ;*
- *la réhabilitation d'une politique des moyens logistiques ;*
- *la mise en place d'une politique de financement global ;*
- *le renforcement du système d'information ;*
- *l'évolution des relations avec les populations.*

Diverses recommandations visent à l'amélioration du management qui apparaît comme l'impératif majeur: 1) améliorer la gestion quotidienne du programme ; 2) mettre en œuvre une politique des ressources humaines ; 3) améliorer la supervision; 4) former au management les responsables du PEV.

Cette étude a mis une nouvelle fois en lumière que le succès du PEV dépend d'un faisceau de facteurs. Une offre de service adaptée, la qualité des prestations, l'utilisation par la population et un financement approprié conditionnent les résultats du programme.

Avant Propos

L'équipe d'évaluation remercie tous ceux qui ont contribué à cette enquête et en ont permis la réalisation.
Les agences nationales, et en particulier les divers échelons du Ministère de la Santé et des Personnes Agées de la République du Mali, au premier rang desquels la Cellule de Planification et de Statistiques et le Centre National d'Immunisation, ont pleinement collaboré à cette revue et répondu à nos questions même les plus dérangeantes.
Les partenaires internationaux ont témoigné tout l'intérêt qu'ils portaient au PEV et contribué grandement à notre connaissance de celui-ci.
L'Unicef et en son sein « la section survie » du bureau de Bamako se sont révélés, à nouveau, indispensables.
Que tous trouvent ici l'expression de nos sincères remerciements.

Une telle évaluation conduit à mettre en exergue les problèmes rencontrés et tend à occulter les acquis. L'équipe d'enquête reconnaît bien volontiers les acquis considérables du programme de santé et du PEV en particulier, obtenus en dépit des formidables obstacles.

Le travail présenté est le fruit d'une collaboration entre experts maliens et internationaux.
La synthèse et les recommandations ont été discutées d'abord au sein de l'équipe et ensuite entre cette équipe et les responsables nationaux et internationaux concernés.
La plupart des recommandations font l'objet d'un consensus entre les différents participants.
Le Consultant accepte l'entière responsabilité de l'ensemble du rapport.

Bamako, mars 1999

Cette évaluation a été réalisée par ***PHI Consulting***

Dr Michel Duprat (Fr),	*médecin, coordinateur*
Yorgos Kapranis (Gr),	*ingénieur*
Christine Thayer (UK),	*économiste*

et par une équipe d'experts nationaux

Siné Coulibally	*économiste*
Birama Djan Diakité	*économiste*
Balla Diara	*spécialiste logisticien*
Dr Lamine Diarra,	*médecin*
Adjourame Kelly	*spécialiste logisticien*
Dr Niagalé Traoré,	*médecin*

Dr Daniel Kervetz (CDN), OMS a contribué à l'enquête épidémiologique.

ENQUETE OPERATIONNELLE

ET EVALUATION CONJOINTE EXTERNE

Ce rapport couvre la deuxième phase de l'Evaluation du Système de Vaccination, l'Evaluation Opérationnelle (EOP), entreprise par le Ministère de la Santé du Mali avec l'appui des agences partenaires du Programme Elargi de Vaccination.

Ce processus, coordonné par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, a débuté par l'ENCV conduite entre novembre et décembre 1998. L'EOP s'est déroulée entre le 25 janvier et le 17 mars.
Les termes sont détaillés dans l'annexe « Enquête Opérationnelle, Termes de Référence », adaptés du « Projet de Termes de Référence pour l'Evaluation Conjointe Externe du PEV», préparé par le Centre National d'Immunisation du Ministère de la Santé ; ils prennent en compte des résultats de l'ENCV.

OBJECTIFS

OBJECTIFS GENERAUX

L'EOP avait deux objectifs majeurs :

1. Evaluer les composantes opérationnelles du PEV sur l'ensemble du territoire du Mali
2. Proposer des recommandations pertinentes visant à améliorer les résultats de ce programme au niveau régional et national

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Des objectifs dépendant du champ d'enquête considéré avaient été établis.

1. **Aspects Institutionnels**

   Décrire les rôle et responsabilités des intervenants du programme PEV et leurs relations

   Proposer des recommandations visant à optimiser leurs apports

2. **Qualité des services**

   Evaluer les Connaissances, Aptitudes, Pratiques des personnels sur des paramètres de qualité tels que respect du calendrier, continuité du programme, contrôle du taux d'abandon, sécurité des injections.

   Proposer des recommandations visant à accroître la qualité du PEV

3. **Utilisation**

   Evaluer la perception et le comportement de la population vis-à-vis de l'offre PEV

   Proposer des recommandations pour en accroître l'accessibilité et l'utilisation

4. Financement

- Clarifier les sources de financement
- Identifier les postes majeurs de dépense
- Comparer les coûts de certaines prestations
- Recommander les stratégies coût/efficaces

5. Gestion

Evaluer les pratiques par rapport à la gestion :

- du programme : objectifs du PEV, planification des activités
- des ressources humaines
- de la supervision et du contrôle

Proposer des recommandations pour améliorer le management du PEV

6. Logistique

Evaluer les composantes indispensables au fonctionnement du PEV :

- l'état de la chaîne du froid
- la gestion des stocks de vaccins et de consommables
- la capacité de transport

Proposer les aménagements pertinents

7. Système Information

Evaluer des éléments clés du système d'information PEV tels que :

- la connaissance démographique des groupes cibles,
- les déclarations d'activité,
- la rétro-information

Proposer des recommandations pour en améliorer son efficacité

8. IEC

Evaluer des activités IEC mises en œuvre et leur perception par la communauté
Proposer des recommandations pour étendre les plus efficaces

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE GENERALE

La méthodologie de l'Evaluation Opérationnelle devait prendre en compte les résultats de l'ECV et analyser les moyens mis en œuvre pour atteindre cette couverture et donc englober des champs et populations cibles différents.
A cette fin, ont été utilisés des questionnaires, des réunions avec les représentants des intéressés et experts, des observations de terrain ainsi qu'une revue de la littérature.
Les résultats ont ensuite été soumis à un panel d'experts avant d'être discutés lors d'une réunion de restitution internationale.
Cette phase a été conduite par une équipe composée de 6 experts maliens et 3 internationaux.

METHODOLOGIE PARTICULIERE

Le cadre d'enquête

Afin obtenir des résultats représentatifs de la réalité de terrain, l'ensemble du pays, soit 8 régions, a été enquêté, les régions de Gao et de Kidal avaient été fondues en une seule.
Dans chacune de ces régions, ont été sélectionnés, par choix raisonné, 2 cercles complémentaires quant à la couverture sanitaire ou quant à l'écosystème.
Au sein de ces cercles, des aires de santé revitalisées et non revitalisées ont été tirées au sort et enquêtées.

Les questionnaires

Une batterie de questionnaires couvrant les différents champs opérationnels du PEV a été élaborée, à partir des exemples fournis par le GPV de Genève et de ceux utilisés par L'UNICEF en Asie Centrale.
Conçus comme base commune d'interrogatoire, ils ont servi aussi d'outils d'évaluation épidémiologique.
Ils ont été appliqués de façon systématique aux personnels et responsables de santé et aux représentants des usagers des différentes régions.

Les observations

Des centres de vaccination sélectionnés, ainsi que la chaîne du froid et la logistique afférentes, ont été enquêtés au niveau du central, dans les régions, les cercles et les aires de santé. Le CNI a fait l'objet d'une attention particulière. Ont été observés les pratiques vaccinales, les outils de gestion et de contrôle, les moyens utilisés.

Les réunions

Les représentants des "agences partenaires", les nombreux intervenants extérieurs contribuant au PEV, à différents niveaux à travers le pays, ont été rencontrés et soumis à des questionnaires semi-ouverts.
La synthèse de l'évaluation a ensuite été soumise à 2 panels d'experts: le comité de pilotage et les participants à la réunion de restitution.

Situations régionales et résultats nationaux

Les revues régionales ont donné lieu à des rapports synthétiques couvrant la situation du PEV dans les 8 centres régionaux et les cercles et aires enquêtés. Ceux-ci sont insérés en annexe.
Les résultats de l'enquête de terrain et les rapports régionaux sont synthétisés dans le bilan global et ont conduit à une liste de recommandations de portée nationale.

MISE EN ŒUVRE

PREPARATION

Un comité de pilotage a été constitué dès le début de l'intervention.
Il avait pour rôle de proposer un agenda, de coordonner l'ensemble de l'exercice, de superviser la méthodologie adoptée, d'identifier les participants des équipes et de contribuer à l'appropriation de l'enquête par les structures nationales.
Pendant 8 jours, un comité incluant 3 experts internationaux a mis sur pied l'ensemble de l'enquête, à partir des termes de référence redéfinis. Il s'est employé à revoir et à finaliser la méthodologie.
Les zones enquêtées ont été définies en collaboration avec les autorités sanitaires : lors d'une réunion, les DRSP ont choisi par région 2 cercles qui représentaient au mieux la situation régionale. Les aires de santé ont été ensuite tirées au sort à partir de la liste fournie par les autorités sanitaires. Ainsi ont été couverts 30 cercles distribués à travers tout le pays.

ENQUETE SUR LE TERRAIN

Trois équipes de 3 experts (2 nationaux, 1 international) comprenant chacune 1 médecin de santé publique, 1 économiste de la santé et 1 spécialiste de la logistique ont couvert le pays pendant 42 jours et parcouru plus de 11 000 km.

Ils ont visité 46 structures sanitaires réparties comme suit :

15 CSC
11 CSCOM
6 CSAR
5 CSA
9 DRSP

Des réunions entre deux enquêtes de région ont permis de maintenir les échanges entre les équipes et de renforcer une approche commune.

PERSONNES ENQUETEES

La liste des personnes à enquêter, en fonction du niveau d'enquête, comprenait :

- à Bamako : les responsables des départements ministériels concernés
  les agences partenaires du PEV, organisations internationales et ONGs
- au chef-lieu de région : le directeur régional de la santé
  le directeur du PEV
  la chargée de santé des associations de femmes
- au chef-lieu de cercle : le médecin chef du CSC
  le chargé du PEV

dans les aires l'infirmier chef du CSCOM/CSAR ou du CSA
les délégués de l'ASACO
les déléguées des associations de femmes

Au total, les 3 équipes ont rencontré plus de 150 personnes parmi lesquelles les représentants le 20 agences partenaires du PEV.

DEPOUILLEMENT ET SAISIE

Deux agents déjà familiarisés au logiciel EpiInfo Version 6.04b ont saisi les données.

RÉSULTATS

1. LES QUESTIONNAIRES

1.1 Offre de vaccination

- L'offre de vaccination a été explorée à travers 4 paramètres.

1. La continuité du PEV

- 100% des centres fixes visités offrent des séances de vaccination, à l'exception des DRSP dont ce n'est pas le rôle.
- Toutefois, pendant les 6 derniers mois, ces services ont été, au total, interrompus dans 1 centre sur 6

2. Les stratégies mobile/avancée

- Les 2/3 des centres mettent en œuvre ces stratégies.
- Ils se heurtent à des difficultés conduisant à leur interruption dans 58% des cas.

3. Le suivi des vaccinations

- La quasi-totalité (> 95%) utilisent des cartes de modèle varié. Celles-ci ne sont plus fournies avec étui protecteur.
- Il existe aussi des échéanciers plus ou moins utilisés selon les régions mais nécessaires en l'absence d'adresse précise ou pour les populations nomades.

4. Les résultats du PEV

- Les responsables des structures sanitaires connaissent leurs zones et donc la couverture vaccinale
- Toutefois, beaucoup de vaccinateurs sont mal ou peu informés puisque 36 % d'entre eux ignorent les CV et que 18% donnent des chiffres peu réalistes.

- Un autre élément a retenu l'attention des enquêteurs : les vaccinations en centre d'accouchement.
  - La couverture BCG est excellente et s'effectue à la naissance, suivant le calendrier.

- Cela ne signifie pas pour autant que ce vaccin soit injecté dans les locaux de la maternité. Ainsi, dans un hôpital régional, la mission a constaté que l'accouchée devait faire la queue au centre de vaccination pour faire immuniser son nouveau-né.
- Sur 25 personnels ruraux rencontrés dans une réunion, 1 seul déclarait que les vaccinateurs se déplaçaient dans la maternité. C'est donc l'accouchée qui doit se déplacer vers le vaccinateur.

1.2 Management

Les questions ont porté sur 3 domaines :

1. Gestion du programme

- Les objectifs du programme de vaccination ne peuvent pas être précis dans la mesure où seuls 52% des agents enquêtés connaissaient leurs populations cibles : nombre d'habitants, enfants de moins de 1 an, femmes en âge de procréer.
- La programmation des activités est bien sûr variable selon le type de structure. Tous ont conscience qu'il est important d'informer la population du rythme des activités.

2. Ressources Humaines

- Les activités vaccinales sont systématiquement dévolues aux agents subalternes : aides-soignants, matrones....
- De facto responsables, ceux-ci n'en retirent pas tous les bénéfices puisque seuls 47,5% des agents rencontrés avaient été formés à la gestion du PEV.
  Ceci est paradoxal quand on considère les efforts déployés dans le domaine de la formation.
- 50 % des enquêtés espèrent un meilleur salaire et/ou des moyens matériels accrus. Seuls 15 % déclarent souhaiter une formation supplémentaire.

3. Supervision

- La création d'équipes intégrées à base régionale a modifié les pratiques de supervision du PEV. Celle-ci était au préalable de la responsabilité du CNI et effectué à l'instigation du centre.
- La fréquence de supervision, 4,5 mois en moyenne, est très variable suivant les lieux ; ainsi l'enquête a trouvé un CSA qui n'a pas été supervisé depuis 31 mois.
- Il n'est pas anodin de constater que 15% des supervisions ne se traduisent par aucune recommandation

1.3 Aspects économiques & financiers

1. Les Sources de Financement

Cinq constats s'imposent

1.1 Le financement est précaire

Ceci est lié au :

- retrait du financement direct des partenaires.

Leur contribution n'est plus clairement destinée au PEV comme auparavant.

- problèmes budgétaires.

Dans le cadre de la décentralisation et de l'intégration des services, le budget PEV n'est plus individualisé mais constitue une composante peu importante d'une enveloppe globale, qui de plus, est mis à disposition avec retard.

1.2 la stratégie avancée est dépendante des partenaires

Le financement local est insuffisant pour supporter des activités coûteuses.

1.3 les problèmes de micro-financement sont constants

- Ils sont mentionnés dans plus de 90 % des structures et mettent en péril la mise en œuvre d'un programme efficace dans de nombreuses structures.
- Ceux-ci concernent toutes les petites dépenses courantes : carburant de la chaîne de froid ou du cyclo, petit matériel (mèches, serres....).
- Pourtant ces frais sont très inférieurs à d'autres dépenses qui semblent être alors financées sans trop de difficultés, telles que les voyages à Bamako.

1.4 La capacité des ASACO est limitée

Et ce d'autant que

- Le PEV est une source de dépense
  Les Asaco ont la charge du carburant, de l'entretien et des consommables de la chaîne du froid, des salaires du personnel local.
  Le curatif est par contre une source de revenu net.

- La viabilité financière de certaines Asaco est précaire
  Les chiffres divergent à ce propos...

- Les cartes de vaccination sont source de multiples prélèvements
  Elles constituent la seule recette nette des Asaco et sont vendues entre 100 et 300 CFA, sauf dans le Nord où elles sont gratuites.
  Toutefois ce prix de vente est obéré par une série de prélèvements : la carte revenant à environ 15 CFA, est vendue au minimum 65 CFA aux Asaco.

1.5 Le coût du PEV n'est pas connu.

Les contributions des ONG et communautés manquent de précision ou ne sont même pas enregistrées.

2 . Les Dépenses

Les principaux postes de dépense, tels que les perçoive le personnel enquêté, sont

2.1 La chaîne du froid

Elle est ancienne, la majorité date de 1987.
Un programme remplacement a été établi mais non réalisé pour des raisons budgétaires.

2.2 Le transport

Il est source de problèmes quasi-constants.
La mission a constaté que de nombreux véhicules ne fonctionnaient plus, que d'autres n'étaient pas réparés et/ou remplacés.

Il n'existe pas de programme systématique de remplacement ou d'entretien.

2.3 Le carburant

Les problèmes déjà évoqués sont aggravés par les manques en essence et en pétrole.
Ainsi les livraisons de 1998 n'ont représenté que 25 à 50% des besoins.

2.4 La rémunération du personnel

- Elle est variable suivant les grades et les statuts. Elle varie de 1 à 8 : une matrone payée par les ASACO perçoit 15 000 CFA, un infirmier 40 000, un médecin plus de 100 000.
  S'y ajoutent les avantages souvent réservés au personnel le plus gradé.
- Beaucoup parmi le personnel rencontré considèrent que de tels revenus ne sont pas motivants. Ceci est spécialement le cas dans les régions difficiles.

3. Les Outils de gestion

3.1 Les supports de gestion

- Lorsqu'ils existent, ils ne sont pas très bien tenus et donc assez difficilement exploitables.
- Ceci se retrouve pour les enregistrements des mouvements de vaccins aussi bien que pour les sources de financement.

3.2 Le budget de supervision

- Les responsables interrogés indiquent que l'absence de budget affecté constitue un obstacle à la pratique de supervision régulière.
- Les supervisions s'effectuent souvent dans le cadre d'un programme vertical (...) au financement individualisé. Le contrôle des activités PEV est alors délaissé.

4. Les limites de l'enquête

Il n'a pas été possible de déterminer combien coûte le PEV au Mali dans le cadre de cette enquête. Ceci est lié à plusieurs raisons : la méthodologie retenue (qui privilégiait de facto le recueil d'informations qualitatives) ; la multiplicité des contributeurs et des mécanismes de comptabilité ; la difficulté d'obtenir des données consolidées ; un certain manque de rigueur dans l'enregistrement des informations relatives au coût et financement. Il est ainsi plus facile d' obtenir des données de micro-financement peu représentatives que des données consolidées actualisées.

1.4 Logistique

L'enquête s'est intéressée à quatre aspects de la logistique

1. La Chaine de froid

- . La chaîne de froid ne permet d'assurer les activités que dans 2/3 cas des cas. Ceci concerne les capacités de réfrigération et de congélation qui suffisent aux activités de routine (dans 66.7% des cas) et aux vaccinations avancées/mobiles (63,6%).
- La situation quant à la maintenance est contrastée : il y a une personne responsable de l'entretien des appareils de la chaîne de froid dans 97,7% des centres et un réparateur au niveau des cercles dans 39% des cas.
  Par contre, il y a au moins un appareil en panne dans 51,4% des centres et aucun stock de pièces détachées dans 81,3%.

- Les appareils sont entreposés de façon satisfaisante. Ainsi 90% des appareils sont plans, ont des joints de porte en bon état ou sont suffisamment ventilés.

2. Le Petit Matériel

- La capacité de stérilisation est insuffisante dans 48% des cas ; dans 49% des lieux où l'on stérilise, il n'y a pas de minuteurs pour vérifier si le temps de stérilisation est respecté.

- Dans 57% des cas, d'après les responsables de vaccination, il n'y a pas assez de seringues et d'aiguilles réutilisables pour les séances de vaccination.

3. Les Vaccins

- Dans 77% des centres, les approvisionnements sont réguliers. Par contre, au cours du dernier trimestre, 1 centre sur 3 a connu un manque de vaccins dû à une rupture de stock ou à un problème de transport.

- 96% des réfrigérateurs/congélateurs sont équipés d'un thermomètre. L'enregistrement bi-quotidien des températures ne se fait pas correctement dans 37,5% des cas. Lors de la visite, 13% des réfrigérateurs affichaient une température supérieure à 8°C

- Les problèmes d'entreposage sont fréquents. On trouve des vaccins périmés ou stockés sans étiquettes, dans respectivement 16% et 11% des cas ; dans 8,8% des cas, il y a des antigènes DTC et TT congelés ; 15,5% des réfrigérateurs contiennent de la nourriture.

- Des efforts de gestion sont faits. Dans 92,5% des cas, les divers antigènes sont classés selon les dates de péremption. Les antigènes VPO sont quasiment partout équipés de pastilles de contrôle ; le personnel les interprète correctement dans 96,2% des cas.

4. Transport

- Le transport est perçu comme une source permanente de problèmes.

- La dotation est limitée : 81% des centres ont un calendrier des visites pour les activités avancées/mobiles, la collecte des vaccins... mais ils ne disposent de moyens pour les mener à bien que dans 73,5% des cas.

- Les centres disposent de moyens relatifs : 68,6% disposent d'ateliers de réparation, 44% des centres reçoivent régulièrement des bons de carburant.
  La maintenance des véhicules est organisée dans 61,3% des cas ; 41% des véhicules sont dotés d'un carnet de bord.

- Ces centres rencontrent des problèmes de fonctionnement : 60,5% d'entre eux ont eu des véhicules immobilisés au cours des trois derniers mois, suite à un manque de carburant et/ou une panne mécanique.
  Lors du dernier trimestre, pour 36% des centres, une insuffisance en carburant s'est traduite par une interruption des services de vaccination.
  Les crédits pour les réparations sont insuffisants dans 78% des cas.

1.5 Système d'information épidémiologique

Une série de questions visait à cerner la participation de chaque structure au système d'information. Or, le système d'information sanitaire de premier niveau vient de faire l'objet d'une évaluation spécifique. L'enquête n'a donc porté que sur des questions relatives au PEV et aux maladies cibles.

1. Les rapports de routine

- Tous les centres font des rapports. Leur fréquence est variable, mensuelle la plupart du temps.

- Ces rapports récapitulent d'abord l'activité de vaccination du centre et n'ont pas de lien direct avec les objectifs du PEV, au moins pour la plupart des vaccinateurs.

2. Le concept d'épidémie

- « Une épidémie de rougeole » reste un concept difficile à définir communément, rapportent les évaluateurs.

- Les agents les moins qualifiés ont le plus de problème face à cette définition. Au total, 30% des vaccinateurs ne parviennent pas à en trouver.

- 10% d'entre eux considèrent que ce sont les « déclarations de la communauté » qui permettent de définir une épidémie.
  Illustration de ce phénomène : la mission a ainsi rencontré le chef d'un village éloigné, venu déclarer les 4 cas de rougeole de sa communauté ; il lui demandait donc d'organiser des séances de vaccination.

3. Les limites de l'enquête

D'autres questions relatives aux mécanismes de l'information et de la rétro-information n'ont apporté que des éléments peu exploitables sur le plan opérationnel, du type « il faut améliorer la rétro-information ».

1.6 Population et PEV

Les questionnaires visant à estimer la perception de la population quant au PEV ont été adressés à 2 types de représentants : les déléguées des femmes et les présidents des Asaco. Leur degré d'information et leur rôle peuvent biaiser, dans une certaine mesure, leurs réponses. On estime cependant que celles-ci constituent des indications valides quant à la perception communautaire du PEV.

1. Satisfaction

- Une large majorité, 75% des personnes interrogées, est satisfaite du PEV.

- Cette satisfaction est fondée sur les résultats obtenus que les représentants peuvent identifier : ainsi, la rougeole, autrefois redoutable, est devenue beaucoup moins meurtrière ; le tétanos et la polio sont maintenant très rares. Certains souhaitent que le PEV soit étendu aux autres maladies fréquentes, comme le paludisme...

2. Accessibilité

- Les 2/3 des représentants considèrent que l'accessibilité au PEV est bonne ; 1/3 la juge difficile.
- Ces résultats traduisent d'abord la géographie du pays puisque ce sont les régions du Nord qui mettent d'abord en avant ces problèmes. Ces problèmes physiques sont aggravés par les problèmes que rencontre la mise en œuvre du PEV.

3. IEC

- Selon 88% de l'échantillon, les activités d'IEC existent.
- Celles-ci se déroulent suivant des modalités différentes selon le lieu et les personnes impliquées. L'IEC peut se réduire à l'annonce par le crieur public des séances de vaccination au village.

2. *LES OBSERVATIONS*

Des informations essentielles ont été recueillies lors des visites des différents niveaux de la pyramide de santé par 3 équipes distinctes.

- Les vaccinations s'effectuent dans des structures variées suivant des règles diverses.

- La description des centres de santé dépasse le cadre de ce rapport. Il est évident qu'ils souffrent de problèmes d'adaptation et de maintenance. On peut se demander si la construction de nouveaux bâtiments est une réponse appropriée au problème d'offre de

service. Les consultants considèrent au contraire que la dotation d'un budget de fonctionnement adéquat est un pré-requis.

- Le déroulement des séances de vaccination varie suivant les structures. A population cible comparable, le rythme, l'organisation, les personnels impliqués changent.

- Un inventaire détaillé du matériel existant dans les centres visités figure en annexe IV.

- La mission a fait les remarques suivantes :
- le service fluctue en fonction de l'offre. La disponibilité des vaccinateurs et des matériels conditionne la pratique des vaccinations ; on considère que les mères doivent s'y adapter.
- les files d'attente sont très fréquentes, particulièrement dans les grands centres. Ceci est - en partie du moins - lié aux plages de travail réduites.
- l'organisation des séances est déléguée au personnel subalterne. Peu de chefs de centre, sauf dans les plus petites structures, y contribuent.

3. LES REUNIONS

La mission lors des rencontres avec 20 agences impliquées dans le PEV, s'est efforcée d'appréhender leur rôle, d'estimer leurs apports et d'apprécier leur engagement futur. Une description détaillée de ces rencontres figure en annexe II.

3.1 Le MSPAS

Divers départements du MSPAS participent au PEV. Ils définissent et mettent en œuvre la politique de vaccination, contribuent à la logistique et en assurent le suivi.

Le CNI constitue le pivot de l'action du MSPAS depuis la mise en place du PEV. On assiste à une modification progressive de son rôle et de ses attributions au profit des structures régionales auxquelles la décentralisation confère un rôle croissant.
Le CNI paraît développer 3 types d'activités : l'expertise, la supervision, la planification.

3.2 Les Agences Internationales

Les agences suivantes, qu'elles soient bi ou multilatérales, apportent des contributions majeures au PEV.
Les plus importantes, les « Agences Partenaires du PEV » UNICEF, PNUD, USAid ainsi que OMS sont indispensables en terme de support institutionnel, financier ou logistique.
Elles se retrouvent avec les Départements ministériels concernés au sein d'un Comité de Coordination du PEV, doté d'un rôle substantiel qui ne se réunit que trop rarement.
Les agences (FED, Echo) de l'Union Européenne ont une implication plus récente, soit directement soit à travers les ONGs. Elles jouent un rôle capital dans le processus d'indépendance vaccinale (IIV) commun aux pays du Sahel. Grâce à ce programme, le Mali est actuellement autonome quant à son approvisionnement en vaccins

D'autres donateurs, Coopération Hollandaise, Helvétique... Banque Mondiale contribuent selon des modalités variables au PEV.

3.3 Les ONGs

Le Mali dispose d'un réseau très riche d'ONGs puisque plus de 150 sont impliquées dans des projets de santé et de reproduction.
La capacité et l'impact de ces organisations sont très variables ; même les plus importantes se consacrent à des activités d'ordre régional, coordonnées par un organisme gouvernemental, le Groupe Pivot Santé et Population. Dans le cadre du PEV, elles fournissent un appui logistique considérable ainsi qu'une aide à l'organisation et à la formation. Elles jouent un rôle important dans les activités d'IEC. Beaucoup de stratégies non fixes n'existent qu'à travers elles ; leur retrait remet en jeu la pérennisation de ces activités avancées.
Si elles ont permis au PEV d'exister de par le pays, beaucoup se réorientent vers un appui intégré aux programmes de santé. Elles deviennent les partenaires privilégiées des CSCom auxquels elles apportent leur savoir-faire et leurs moyens.

LES ACQUIS

- ***Le PEV est réellement un Programme National.***

Il est mis en œuvre dans l'ensemble des régions du Mali. Néanmoins, ce n'est pas une mince réalisation à l'échelle d'un pays aussi étendu, divers et d'habitat dispersé.

- ***Ceci se traduit par des résultats très supérieurs à ceux d'il y a 10 ans.***

La couverture à l'âge d'un an reste à améliorer ; au début du PEV, on ne se hasardait à estimer que la couverture des moins de 5 ans.

- ***Des centres d'excellence y contribuent significativement***

Ceux-ci utilisent au mieux tous les moyens dont ils disposent et obtiennent des résultats significatifs. Ils sont en règle générale organisés autour d'un leader.

- ***Le PEV représente une composante essentielle du PMA***

Pour la population et aussi pour le personnel, le PMA ne peut exister en l'absence de PEV.
Les autres activités préventives sont considérées comme moins importantes.

- ***Le PEV dispose de certaines ressources***

Des vaccinateurs opèrent dans tout le pays. Ils sont dotés de moyens, certes souvent insuffisants mais réels.

- ***Le PEV s'accompagne d'un engagement financier réel***

C'est le fait de l'Etat, qui à travers l'IIV, finance l'achat de vaccins mais aussi contribue au budget de fonctionnement.
Cet engagement financier est aussi le fait de la population qui accepte de contribuer à l'achat des carnets de vaccination.

- ***Cet engagement s'appuie sur des partenaires efficaces***

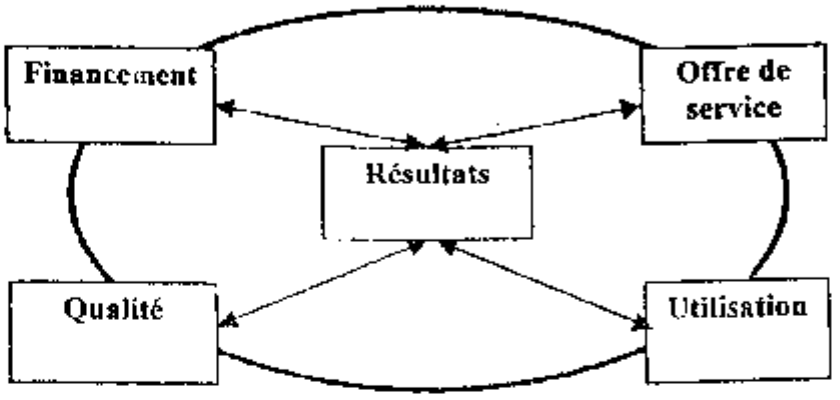
Agences de développement, ONGs ou organismes bilatéraux apportent une contribution indispensable au PEV dans toutes les régions et suivant des modalités variables.

- ***L'adhésion de la communauté est un des résultats les plus remarquables.***

Elle semble, aujourd'hui, aller de soi mais elle est, en fait, le fruit d'efforts constants.

- ***Le succès du PEV dépend d'un faisceau de facteurs***

Le « cercle vertueux » présenté ci-dessous traduit les multiples interactions entre les diverses composantes étudiées et qui toutes conditionnent les résultats du programme.
Ainsi une bonne couverture vaccinale dépend d'une offre de service efficace et de son utilisation par la population ; le PEV ne saura être exécuté que si des services sont mis en place ; ces services seront d'autant plus utilisés qu'ils sont de qualité ou qu'ils obtiennent des résultats probants ; la qualité du PEV, mais aussi l'offre de service, dépend d'un financement approprié.



Les facteurs du PEVI

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

♦ Les Institutions

1. Adapter les moyens et les objectifs

1.1 Définir par zone des objectifs réalistes

1.2 Doter de moyens appropriés

1.3 Effectuer un suivi réel

2. Redéfinir le rôle des intervenants centraux

2.1 Redistribuer les compétences des Services Centraux

2.2 Doter le CNI de compétences renouvelées
- rôle normatif et expertise
- supervision et évaluation
- planification
- formation

2.3 Déléguer à une pharmacie centrale la charge des vaccins

3. Doter les régions de compétence technique

3.1 Etablir une expertise régionale

3.2 Planifier au niveau du cercle et des régions

3.3 Opérationnaliser les contrôles et la supervision

3.4 Décentraliser la gestion des stocks

4. Adapter le rôle des Asaco

en fonction de leur capacité financière et humaine

5. Obtenir une implication accrue des autorités

mieux les informer pour mieux les impliquer

♦ Offre de service

1. Améliorer les performances des Centres de vaccination fixes

1.1 Renforcer leurs prestations

1.2 Eviter les occasions manquées

1.3 Répliquer les centres d'excellence

2. Revitaliser les Stratégies avancées/mobiles

2.1 Définir une politique pour les zones difficiles

2.2 Doter les équipes en moyens adéquats

3. PMA et PEV

3.1 Réaliser une intégration opérationnelle

3.2 Contrôler systématiquement l'état vaccinal

3.3 Proposer un « PEV – » lors des activités avancées

♦ Qualité/Efficacité

1. Développer les compétences des agents concernés

2. Renforcer la sécurité

2.1 Stérilisation et désinfection

2.2 Meilleure gestion des aiguilles

2.3 Incinération

2.4 Maîtrise des risques et contre-indications

3. Monitorer les activités

3.1 Mieux utiliser les supports existants

3.2 Sensibiliser à l'importance des supports

♦ Logistique

1. Mettre en œuvre une politique de gestion des moyens

1.1 Réaliser un inventaire détaillé :
chaîne de froid
moyens roulants

1.2 Instaurer une politique d'achat sélectif

1.3 Réaliser des inventaires périodiques

2. Assurer le bon fonctionnement de la chaîne de froid

2.1 Améliorer la gestion des pièces de rechange

2.2 Décentraliser les réparations des appareils

2.3 Standardiser le type des appareils utilisés dans le pays

2.4 Adapter les sources d'énergie aux conditions locales ....

3. Améliorer la gestion des stocks de vaccins

3.1 Clarifier le rôle et responsabilités des divers intervenants

3.2 Réviser le système des commandes

3.3 Décentraliser le stock des vaccins dans les régions

3.4 Assurer la qualité des vaccins

3.5 Associer gestion des vaccins et gestion des produits pharmaceutiques

4. Améliorer la gestion des moyens roulants

4.1 Suivre leur affectation et vérifier leur utilisation

4.2 Organiser un système de maintenance et stock de pièces détachées

5. Etablir des claires lignes de responsabilité

- gestion des moyens
- maintenance
- supervision.

♦ Financement

1. Sources

1.1 Mettre en place une politique de financement concertée

1.2 Dégager une capacité d'investissement
- programme de renouvellement des équipements
- dépenses d'amortissement

1.3 Garantir un budget de fonctionnement
- répartition des crédits
- système de justification des fonds
- budget de maintenance

2. ASACO

2.1 Définir une stratégie de soutien financier

2.2 Clarifier les responsabilités et le système de financement

2.3 Maximiser l'apport financier lié aux cartes de vaccination

3. Dépenses

3.1. Appliquer une politique « d'investissement durable »

3.2 Mieux gérer le budget de fonctionnement
- notion de prix et de coûts
- contrôle des dépenses
- programme de gestion des équipements
- politique de vaccins ouverts
- budget de fonctionnement de la stratégie avancée
- planification des équipes mobiles en fonction de leur coût

4. Renforcer le rôle de l 'agence technique/ centrale d'achat dans le cadre de l'IIV

- budget suffisant et compétences appropriées
- notion de « retour sur investissement »
- rôle de gestion des équipements
- supports potentiels (ONGs, organisme privé local)

5. Réviser la politique de rémunération

5.1 Instituer un système de rémunération valorisant

5.2 Diminuer le rôle des per-diems

5.3 Impliquer les agences partenaires

◆ Management

Le PEV actuel souffre d'abord de problèmes de management.

1. Améliorer la gestion du programme

1.1 Mettre en œuvre des objectifs réalistes

1.2 Planifier des activités faisables

1.3 Mettre sur pied un management effectif de l'ensemble des moyens logistiques

1.4 Revoir le système de gestion des vaccins.

1.5 Coordonner les différents intervenants

1.6 Clarifier les responsabilités

1.7 Affecter des moyens aux activités de gestion

1.8 Décentraliser la gestion des intrants

2. Mettre en œuvre une politique des Ressources Humaines

2.1 Accroître l'efficacité du personnel
- relation patient-prestataire
- rétributions
- gratifications et ... sanctions

2.2 Adapter les tâches à la qualification

2.3 Adapter la formation

3. Revitaliser la supervision du PEV

3.1 Intégrer la supervision PEV à l'intérieur d'une supervision PMA

3.2 Revoir les activités

3.3 Mieux utiliser les budgets existants

3.4 Intégrer la gestion des ressources humaines

3.5 Mettre en place des supports de supervision intégrés

4. Former au management les responsables du PEV

♦ Epidémiologie

1. Doter les agents d'informations de base

2. Opérationnaliser ces données

2.1 Ne recueillir que les informations utilisables

2.2 Les utiliser à des fins épidémiologiques et de management

2.3 Mettre à niveau les performances

3. Organiser la retro information

4. Utiliser l'outil informatique

4.1 Développer progressivement le système.

4.2 Identifier des agents responsables.

4.3 Confier la maintenance du système à des agents extérieurs

4.4 Dégager une dotation de fonctionnement

4.5 Utiliser le système informatique dans le cadre du PMA.

♦ La Population

1. **Offrir des services appropriés**
2. **Développer une approche plus incitatrice**
3. **Appuyer les acteurs locaux**
4. **L'IEC**

4.1 Différencier les messages

4.2 Adapter les moyens de diffusion

4.3 Focaliser les campagnes sur les groupes à risque

4.4 Insister sur les aspects qualitatifs

4.5 Élaborer et intégrer les volets IEC dans la micro-planification des cercles.

ENFANT à l'Age de 1 AN

Routine 97 + Enquête 98

		Kayes	Koulikoro	Sikasso	Segou	Mopti	Tombouct	Gao	Kidal	Bko	Mali
BCG	*Routine*	50,9	63,3	95,1	81,4	61,2	50,3	57,7	15,3	147,7	76,4
	ECV Carte	43,8	71,8	53,4	45,9	37,3	42,3			71,4	52,1
	C+H	68,9	90,9	85,0	80,7	73,3	77,3			94,5	81,5
DTCP3	*Routine*	30,1	44,1	66,8	62,3	33,1	20,9	22,3	5,2	124,9	52,4
	ECV Carte	13,7	28,2	26,7	18,2	12,7	12,2			45,2	22,1
	C+H	18,0	35,7	33,9	31,6	25,0	22,1			56,7	31,5
VAR	*Routine*	36,1	45,3	76,0	64,3	46,2	28,0	56,8	9,6	103,0	55,4
	ECV Carte	11,4	16,4	18,6	15,0	10,0	10,3			43,3	17,1
	C+H	17,3	21,8	23,4	22,0	16,1	17,9			55,4	23,8

Comparaison des Couvertures Vaccinales

Enfants 12-23 MOIS

ROUTINE 98 ENQUETE 98

		Kayes	Koulikoro	Sikasso	Segou	Mopti	Tombct	Gao	Kidal	Bko	Mali
BCG	*Routine*	24,2	19,0	16,3	9,3	17,1	14,1	17,3	8,1	2,2	
	ECV Carte	49,8	73,7	60,2	47,3	71,1	59,6			73,3	62,1
	C+H	70,3	93,4	90,5	83,2	77,5	81,2			94,5	84,0
DTCP3	*Routine*	23,4	25,7	17,7	15,2	18,9	8,2	20,0	7,1	5,5	
	ECV Carte	27,9	49,3	37,1	30,9	23,2	20,2			70,0	36,5
	C+H	36,5	62,4	47,1	53,6	45,5	36,6			88,0	52,2
VAR	*Routine*	50,9	42,7	36,5	19,2	36,9	22,0	30,6	41,4	5,9	
	ECV Carte	29,2	51,6	43,0	36,8	27,7	28,6			69,1	40,5
	C+H	44,3	68,5	54,3	54,1	44,5	49,8			88,5	56,8

Sources :

CNI

ECV/ 98

ANNEXE II

SYNTHESE des ENTRETIENS

La mission a rencontré tous les participants majeurs au PEV, structures gouvernementales, agences de coopération et ONGs. Une synthèse de ces rencontres est présentée ci-dessous.

A. Les intervenants institutionnels

I Direction National de la Santé Publique

Le Directeur de la Santé Adjoint

Le Directeur Adjoint a évoqué sa préoccupation quant au taux de couverture vaccinale et au financement du PEV.
Il a exprimé son inquiétude face à la mise en œuvre inadéquate de la stratégie mobile et avancée, d'abord pour des raisons financières. Du fait du retrait des partenaires, les CSCOM ont une obligation d'autofinancement et sont contraints de trouver les ressources de fonctionnement. On estime qu'au moins 10% des CSCOM ne pourraient jamais atteindre l'équilibre financier et auraient, de ce fait, besoin d'un soutien permanent de l'Etat. Une étude à ce propos se déroule actuellement. En outre, tous les CSCOM auront besoin d'un soutien en ce qui concerne les équipements lourds.

Le groupe de planification, constitué de responsables de la DNSP et du CNI, accompagne le passage d'une approche verticale à un système d'intégration des activités de santé.
Le futur du CNI est en cours de discussion. Selon la DNSP, son rôle devrait probablement inclure la recherche, la définition de normes et la gestion des vaccins au niveau national, en particulier l'estimation des besoins et la coordination des achats. Le CNI ne devrait pas être impliqué dans des activités de management.

II Direction des Affaires Financières

Le Directeur des Affaires Financières

Le Directeur a présenté les chiffres relatifs au financement du programme PEV :
1) la contribution de l'Etat –à l'exclusion du budget du CNI- représentait :

- 66, 3 Millions CFA en 1997
- 90 Millions CFA en 1998
- 100 Millions CFA en 1999

2) le budget de fonctionnement du CNI, y compris les vaccins, s'élève à:

- 728, 8 Millions CFA en 1998
- 910 Millions CFA (dont 868 Millions pour l'achat des vaccins) en 1999

IV CNIECS

Le Directeur du CNIES

Le Directeur a présenté le plan de communication PEV 1998 – 2000 en cours d'élaboration avec le Ministère de la Santé et le CNI. Ce plan vise à renforcer le degré de sensibilisation de tous les acteurs: les parents, la famille et son entourage, les leaders d'opinion, le personnel de santé, les ASACO, les ONGs et autres associations, les autorités sanitaires, les partenaires techniques et financiers (FENASCOM, Groupe Pilote). Des méthodes modernes et traditionnelles - radio, télévision, crieur public - seront mises en œuvre pour stimuler la mobilisation sociale. Selon le Directeur, les ONGs et les associations de femmes ont un rôle très important à jouer dans ce domaine Le budget du plan en est encore en discussion.

Le CNIES a créé 2 vidéos grand public sur la santé comprenant une séquence de vaccination. Il serait nécessaire de prévoir une ligne budgétaire spécifique pour les activités du PEV. ; actuellement aucun budget pour les émissions de télévision n'existe.

Le Directeur a souligné la différence importante, quant à la mobilisation, entre les JNV et les activités de routine. Selon lui, le public - en particulier les mères – est conscient du bien-fondé de la vaccination. Le problème relève d'abord du dysfonctionnement du système d'approvisionnement, des ruptures de stock, en particulier de carburant, puis de la disponibilité du personnel de santé : souvent des mères sont renvoyées parce que les vaccinations ont lieu à heures fixes. Certaines régions ont leurs difficultés spécifiques : problèmes d'accès pour la région de Kayes, problèmes d'ordre financier dans la Région Nord. Un élément très important pour l'avenir du PEV est la viabilité des CSCOM et leur capacité à mobiliser un financement adéquat.

V Groupe Pivot, Santé de la Reproduction, GP-SR

Le Coordinateur National

L'objectif principal du Groupe Pivot est la coordination des 150 ONGs actives dans le domaine de la santé et de la population. Selon son coordinateur, le rôle de ces ONGs est l'encadrement et l'appui technique sous forme de supervision et de formation.
Avec le soutien du GP-SR, les ONGs ont pour mission de doter les CSCOM ciblés d'une moto, de carburant et parfois d'un réfrigérateur. Nombre de ces organisations travaillent sur la stratégie avancée intégrée et fournissent du personnel supplémentaire aux équipes mobiles. Elles s'impliquent, de manière importante, dans la sensibilisation et l'information des populations. Elles participent enfin, très largement, aux JNV. Le GP-SR envisage de créer une formation pour les responsables de la chaîne du froid.

Le Groupe Pivot a souligné l'importance de la maîtrise des dénominateurs, de la connaissance des groupes cibles, par exemple le nombre d'enfants de moins d'un an,.

Parmi les problèmes identifiés figurent :

- le taux élevé de perte de clients confrontés à la non-disponibilité du service. Souvent, les horaires sont trop restrictifs et ne conviennent pas.
- le besoin d'améliorer le système d'information
- l'importance de définir des objectifs et d'en évaluer les résultats
- la gestion des ressources humaines marquée par l'absence de réflexion sur les méthodes de motivation du personnel : pas de grille de notation ni de reconnaissance des efforts (médailles, certificats, intéressement) ; la prévalence d'une mentalité de fonctionnaire

Une fois les ONGs parties, la question de la pérennité restera posée. Celle-ci dépendra de la viabilité des CSCOM. Le coordinateur s'interroge sur la possibilité d'impliquer le secteur privé dans ce domaine car la capacité contributive de la population est limitée.

B. Les Agences Internationales

Les agences qu'elles soient bi ou multilatérales apportent des contribution majeures au PEV en terme de support institutionnel, financier ou logistique.

L'importance de leur contribution met 4 agences au premier rang. Ces « Agences Partenaires du PEV » se retrouvent avec les départements ministériels concernés au sein d'un Comité National des Vaccinations que tous appellent à revitaliser.

- **l'UNICEF**

L'Administrateur de programmes « survie de l'enfant ».

Etroitement associé au PEV depuis ses débuts en 1985, l'UNICEF était, jusqu'en 1990, le principal soutien du PEV, mis en place comme un programme vertical. La politique sanitaire mis en place depuis 1993 a impliqué davantage l'UNICEF dans des activités d'intégration alors que d'autres bailleurs, l'USAID, le PNUD, le Rotary, l'Union Européenne prenaient le relais dans le domaine des vaccinations. Leur soutien était toutefois plus ponctuel que celui de l'UNICEF. L' éradication de la polio a marqué le regain d'intérêt de l'organisation pour le PEV au Mali.

L'UNICEF est consciente du succès du programme mais aussi des problèmes : des activités de routine surévaluées, une logistique et une gestion des stocks peu efficientes, un financement précaire en dépit de l'apport de l'IIV, par exemple.

Parmi les taches prioritaires, il faut :

- restructurer les institutions centrales : revoir les tâches et l'autonomie du CNI, son rôle par rapport à la DE, la DAF ;
- décentraliser les responsabilités et les moyens : micro-planification régionale, gestion des stocks de vaccins et de pièces détachées avec un budget correspondant;
- renouveler l'offre de service et les stratégies avancées et mobiles en offrant des Paquets Minimum de Services, en ciblant les zones « à haut risque et à basse couverture », en intégrant la périphérie des zones urbaines ;

- responsabiliser le personnel avec l'introduction de méthodes de management et de rémunération modernes ;
- établir une liste nationale de fournitures (réfrigérateurs, motos) restreinte et obligatoire ;
- revitaliser les activités de supervision ;
- Réfléchir sur le pilotage d'une nouvelle stratégie expérimentale prenant comme modèle les JNV

II PNUD

La Chargée des programmes sanitaires et sociaux

Les interventions du PNUD sont clairement exposées dans l'accord de coopération signé en 1991 avec le MSPAS. Celui-ci visait à contribuer à développer l'expertise et la capacité d'intervention dans le domaine du PEV à travers un support matériel, une aide à la formation et le financement de médecins spécialisés. Il a permis de disposer de compétences tant au niveau central que périphérique que le PEV souffre à remplacer. En effet, cet accord conclu pour 5 ans a été prorogé et s'est achevé début 1999.

III USAID

L'Usaid couvre 2 domaines de santé: la santé de l'enfant et la santé reproductive.
Son action PEV a trois volets:

1. Soutien à l'UNICEF pour l'achat de vaccins et de matériel pour la chaîne du froid ; soutien à l'OMS pour l'éradication de la polio ;
2. Assistance technique à la Division de la Santé Familiale: soutien à la mobilisation sociale, supervision avec des enquêtes de couverture, surveillance épidémiologique et formation;
3. Soutien aux ONGs: AFRICARE, CARE, CLUSA, Groupe Pivot, IARA, Plan International, World Education, World Vision.

Selon ses représentants, l'USAID est probablement le bailleur de fonds le plus influent du PEV. Il apporte un soutien très actif au personnel et à la logistique du PEV ; donne un support aux ASACO; s'occupe de la formation.

Pour l'an 2002, ils reprennent les deux objectifs majeurs : atteindre 80% de couverture vaccinale 1) des 6 antigènes PEV pour les enfants âgés de moins d'un an ; 2) VAT2 pour les femmes en âge de procréer. Ils s'inquiètent pour la pérennisation du PEV.

Selon l'USAID, les principaux problèmes sont:

- le niveau de couverture vaccinale (moins de 50%) et un taux de déperdition préoccupant qui contribuent au taux de mortalité infantile élevé ;
- la mauvaise utilisation du carburant destiné au PEV, exemple de dilution des moyens au niveau des cercles;
- le manque de suivi de la part du CNI et donc de la surveillance des pratiques;
- l'absence de critères de performance et d'évaluation;
- l'absence d'une liaison entre financement et résultats ;
- une collecte défaillante de l'information ;

Il a exprimé son inquiétude quant à la croissance démesurée et apparemment non contrôlée du budget PEV ces dernières années, qui ne se traduit pas, pour autant, par une augmentation du taux de couverture vaccinale. Il a mis en cause le manque de rigueur dans le management du programme.

Pour la DAF, un certain nombre des CSCOM ne seront jamais viables sur le plan financier. Il est important de les identifier afin d'estimer les futurs coûts de fonctionnement et de réfléchir sur des modalités de financement adaptées.

III CNI

Les principaux responsables

Le CNI a été créé en 1984, avant le lancement du PEV, avec 3 objectifs :
1) prévention des maladies par l'immunisation active ;
2) lutte contre les foyers épidémiques ;
3) exécution et évaluation du programme de vaccination.

Les cibles du programme de vaccination ont changé :
- en 1984, le programme « coup de balai » visait à vacciner « tous les moins de 5 ans et les femmes » ;
- en 1994, l'objectif est d'atteindre 80% pour tous les antigènes chez les moins de 1 an et 80% de VAT2 chez les femmes en age de procréer.

Ceci traduit les avancées du PEV.

Le rôle du CNI a aussi changé : il n'est plus le cœur d'un programme vertical. Ainsi, il ne s'occupe plus de la maintenance confiée au CEPAUMAT ni de l'exécution des activités dévolues aux régions.

Comme l'ensemble du secteur le CNI connaît une phase de transition. Il doit évoluer encore afin de s'adapter à la politique sectorielle. On peut envisager son rattachement à la Direction de la Santé Familiale ou d'Épidémiologie.
Il faut recentrer ses tâches autour de rôles clés que les responsables définissent comme:
- l'appui logistique ;
- la coordination du PEV
- l'établissement et le respect de normes ;
- la recherche
- la formation

La direction du CNI souligne que le financement pose problème, surtout depuis l'arrêt des subventions Unicef. La politique des CSCom est très ambitieuse et se heurte à des problèmes de moyens qui se traduisent par des difficultés pour la mise en œuvre des stratégies mobiles et l'approvisionnement. L'absence de budget suffisant freine l'évaluation de l'efficacité du PEV, puisque la supervision de nombreuses activités dépend de leur financement.

- le problème de verticalité et l'insuffisance de l'intégration du PEV
- le management de la décentralisation

IV Organisation Mondiale de la Santé

Le coordinateur de programme et l'expert chargé de l'éradication de la polio

Les deux responsables ont fait le point sur les actions de l'OMS, acteur clé du secteur PEV depuis 25 ans. Celles-ci comportent quatre composantes : 1) information sur de nouvelles approches et stratégies ; 2) documentation ; 3) mise à disposition de consultants ; 4) formation/ recyclage
Ils ont constaté que les accords politiques entre l'OMS et les Etats ne se matérialisent pas toujours: ainsi , le Mali ne dispose d'aucun plan d'éradication du tétanos néonatal bien qu'il s'y soit engagé en 1995.

Le Mali dispose de structures vaccinales plus lourdes que celle des pays voisins et il souffre du manque de continuité et de coordination des différents intervenants.

Les stratégies actuelles et futures du PEV posent une série de questions, comment :

- lutter contre les maladies : campagnes d'éradication, JNV, nouveaux vaccins ?
- adapter les structures à la décentralisation ? Au premier chef : 1) le CNI, dont il faut redéfinir la tache et le rôle; 2) le comité national de vaccination, qui doit être revitalisé et jouer un rôle de coordination ; 3) les structures d'approvisionnement .
- mettre en œuvre de politiques de gestion, de logistique, de surveillance épidémiologique plus efficaces ?
- renforcer des processus d'évaluation et de suivi ?
- mobiliser le personnel (y compris l'après-midi) et d'assurer une formation appropriée ?
- mieux écouter la population ?.

- *D'autres agences multi et bilatérales sont aussi actives soit directement soit par l'intermédiaire d'ONGs comme SNV ou GTZ.*

V FNUAP

La chargée de programme

Le FNUAP se consacre à la prise en charge des problèmes de la population et au support des services de santé reproductive. Il n'a plus d'action spécifique dans le PEV depuis 1993 bien qu'il soit concerné par la couverture VAT.
Le but commun du gouvernement et des agences est la diminution de la mortalité infantile et maternelle pour lequel le PEV est un maillon essentiel.
En conséquence, dans le cadre de l'UNDAF, le FNUAP est prêt à appuyer tout programme visant les femmes en âge de procréer s'il correspond à une priorité du gouvernement.

Le PEV souffre de problèmes de financement et est trop dépendant de l'aide extérieure. Ceci met en cause sa pérennisation ; dans certains endroits, les problèmes matériels servent d'alibi à une couverture très basse. Pour y remédier, il est indispensable d'intégrer le budget de fonctionnement dans les plans régionaux d'opération. Le recouvrement des coûts doit contribuer à leur financement.

VI Coopération Néerlandaise

Le Premier Conseiller, chargé des programmes de santé,

Le Conseiller a présenté un résumé des projets de la coopération néerlandaise. Les Pays-Bas financent et cogèrent, en étroite coopération avec le Ministère de la Santé Publique et la Trésorerie, des projets sanitaires dans quatre régions. Ils s'appuient pour leur mise en œuvre sur le SNV.

Ces projets ont pour but d'appuyer le management des services de santé et en particulier de renforcer la prévention. Le soutien du programme PEV constitue un élément clé de ces démarches ; son montant spécifique est difficile à évaluer. Le programme actuel de coopération, dans sa dernière phase, devrait être reconduit avec éventuellement certaines modifications, à partir de l'an 2000.

Le Conseiller s'est montré relativement préoccupé par les nombreux problèmes liés à la mise en œuvre du PEV. Il a évoqué le fait que les ruptures de stock – en particulier de carburant - mettait régulièrement en danger les stratégies mobiles et avancées.
Il pose également certaines interrogations sur la politique d'achat du programme PEV : rapport qualité/prix des achats , choix de certains équipements.

C. Les ONGs

Les 150 ONGs recensées au Mali interviennent soit au niveau local soit au niveau régional. La mission a rencontré celles qui ont une activité importantes dans le domaine du PEV.

I FENASCOM

Le Président de la Fenascom

Il y a actuellement environ 450 associations au Mali, chacune couvrant une aire de 5 000 habitants au minimum. Leur création jusqu'ici n'a pas répondu à des critères spécifiques – de rentabilité ou autre. On estime qu'on pourrait ainsi créer jusqu'à 990 ASACO sur l'ensemble du territoire national.
Ces associations sont censées mener des activités d'hygiène et d'assainissement, de faciliter l'accès à l'eau potable pour les habitants, d'organiser des activités de prévention y compris les consultations prénatales, la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer, de mener des activités d'IEC et de promouvoir une mobilisation sociale.

Certaines ASACO ont connu des débuts difficiles. D'une part, sur le plan politique, cette tentative de décentralisation est contestée par certains. D'autre part, le succès des ASACO dépend de l'attitude des médecins chefs et certains les perçoivent comme des concurrents. Enfin les membres des associations ont reçu une formation rudimentaire, insuffisante pour d'organiser, gérer et animer des activités novatrices qui demandent une préparation approfondie.

Dans le domaine du PEV, les Asaco souffrent de problèmes d'approvisionnement fréquents qui relèvent pour partie des relations parfois difficiles avec les cercles ou de défaillances administratives. Les conventions signées sur la chaîne du froid spécifient que le renouvellement du gros matériel est à la charge de l'Etat et que les ASACO payent les frais de fonctionnement ..
Environ 40% des ASACO arrivent à l'équilibre financier, en dépit d'une faible adhésion de la part de la population. La vente de cartes de vaccination constitue une contribution peu importante et totalement indépendante de la vente des médicaments.

Grâce au maillage qu'elles réalisent, les associations devraient contribuer à terme à une meilleure couverture vaccinale à condition qu'elles soient organisées et viables au plan financier

II AMI

Le coordinateur national
L'ONG est sur place depuis 1993 dans la région Nord et a assuré une certaine continuité des services médicaux pendant la crise. Son rôle actuel est d'appuyer les activités de la DRS de Kidal.
Dans le cadre du PEV, AMI contribue à l'IEC et au financement du carburant et a fourni 3 réfrigérateurs à gaz. Elle a mis son véhicule et son personnel à disposition des stratégies avancées. La contribution financière peut être estimée à environ 10 million /an.
Des problèmes spécifiques (financement, pièces détachées....) aggravés par le contexte régional sont des obstacles à la pérennisation du PEV. Ainsi seules les femmes enceintes sont vaccinées contre le VAT et non les femmes en âge de procréer ; l'offre de service des centres fixes est irrégulière.
L'organisation va se recentrer son action vers l'IEC et la mobilisation sociale et se désengager totalement du PEV. AMI déploré qu'un crédit de 7 million CFA risque de disparaître suite à des difficultés administratives.

III CARE

Le Chef des programmes santé

L'organisation est présente depuis 20 ans au Mali et appuie la mise en place du PMA dans 2 cercles de Segou et Koulikouro.
Son objectif est de contribuer au développement institutionnel mais elle n'a pas un rôle de support direct du PEV. Care considère que l'offre PEV représente 20 à 25% de l'offre PMA ; on peut alors estimer qu'elle y consacre 150 000$/an.

Des réfrigérateurs vont être achetés pour 16 CSComs et 9 motos viennent d'être livrées pour le PMA.
Le PEV se doit d'être considéré comme un programme intégré à l'offre globale de soins. Il est par conséquent lié au financement, à la qualité, à l'utilisation de cette offre.
Il souffre avant tout de problème d'organisation.

IV Helvetas

Le Chargé de programme santé régional

Helvetas est actif dans 2 cercles et fourni un appui transversal à la politique sectorielle de la région de Sikasso.
Leur support matériel a financé les ¾ de la construction des 2 CSCOM et la totalité des équipements ainsi que la formation initiale du TDS et des chargés de gestion des Asaco.
Plus de 50% de leur budget est dirigé vers l'appui aux activités communautaires.

Helvetas considère que si le PEV ne peut plus fonctionner comme un programme vertical, son efficacité dépend du bon fonctionnement de l'ensemble des structures de santé. A cette fin ils consacrent près de 1,5 million CFA/an aux frais de fonctionnement et à l'équipement de base.

V Plan International

Le Directeur du programme santé

La stratégie d'intervention du Plan International est basée sur des activités de parrainage de quelque 31.000 enfants dans 15 pays et focalisée sur le développement de l'enfant dans sa famille et dans son milieu. Cinq domaines sont concernés : l'éducation, la santé/le bien-être, l'habitat, l'amélioration des conditions de vie, le développement des relations humaines.
Le PI a pour objectif de dépenser 80% de son budget dans des actions sur le terrain, avec financement direct des bénéficiaires.

Dans 4 cercles, PI a financé toutes les composantes du PEV, à l'exception des vaccins, et pris en charge, les stratégies avancées et mobiles, les équipements.... De la même manière, il y a directement soutenu les JNV en 1999, pour un montant de 17 millions CFA.
Ceux-ci affichent de très bons résultats par rapport aux cercles voisins. Les problèmes repérés dans les autres cercle concernaient surtout la motivation du personnel liée aux difficultés de prise en charge, de per-diems ... PI déplore des problèmes de cartes de vaccination, « depuis que les autorités sanitaires les achètent ».

Les responsables de PI souhaiteraient que le prochain objectif soit l'éradication de la rougeole, en utilisant la même méthodologie que pour la poliomyélite.
La question la plus importante, qui se pose aujourd'hui, est la pérennisation du PEV.

VI Save The Children

Le chargé de programme

STC est actif dans le PEV de la région de Sikasso depuis 1988 et fournit un appui multiforme : technique, logistique et financier. En 1998 cet appui s'est élevé à 3,1 million CFA.
Comme beaucoup d'ONGs, STC va abandonner l'appui vertical au PEV et va s'impliquer dans des activités de support plus larges.
STC considère que la pérennisation du PEV impose une mobilisation et une participation financière de la communauté ; une responsabilisation des intervenants nationaux qui tendent à se défausser sur les partenaires internationaux.

VII World Vision

Le Coordinateur National
World Vision travaille au développement intégré dans 100 pays dans les secteurs suivants : santé, nutrition, assainissement, éducation, gestion des ressources naturelles, problématique des genres, génération de revenus .
Son travail se focalise sur les besoins de l' enfant et vise au développement local. Actuellement WV soutient onze projets de ce type, surtout dans la région de Segou.

World Vision s'intéresse aux vaccinations.
1. dans les régions de Segou et de Mopti, WV participe à un programme d'IEC, mais ne s'implique pas dans la logistique.
2. à Gao et à Menaka, WV appuie la logistique. Il contribue à l'achat des vaccins, au fonctionnement de la chaîne du froid ; en cas de problème, il prend en charge leur conservation. Il finance les stratégies avancées et mobiles et organise l'IEC.

L'offre vaccinale n'est pas à la hauteur des attentes, et ce, surtout pour des raisons d'organisation et de logistique: les moyens ne sont pas toujours mis en œuvre dans les cercles et le carburant fait souvent défaut. Ainsi des activités de vaccination, pourtant programmées, sont annulées. WV craint que les restrictions budgétaires actuelles ne menacent l'approvisionnement en vaccins.

Les représentants de WV ont souligné deux aspects relatifs au management du PEV:
1. la décentralisation n'a pas été préparée et le transfert des responsabilités a été trop abrupt ;
2. le personnel doit être mobilisé et responsabilisé pour atteindre un objectif quantifié : améliorer la couverture vaccinale.

Annexe III

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DU SECTEUR LOGISTIQUE

A. CENTRE NATIONAL D'IMMUNISATION

I Matériel (cf. table)

II Vaccins

- En début d'année, le CNI estime ses besoins en vaccins et les communique au MSPAS. C'est le MSPAS qui finance l'achat de ces vaccins et les commande, via UNICEF, trimestriellement. Or, l'approvisionnement peut être irrégulier (retard des livraisons , arrivée simultanée de deux commandes différentes ...).

- Actuellement les stock en BCG, VPO et VAR sont très bas (voir table), et il y a un risque de rupture de stock ; une commande urgente exceptionnelle pour ces trois antigènes a été lancée il y a six mois (Septembre 1998), mais n'est toujours pas livrée. Cet incident serait lié à une sous-estimation des besoins pendent les JNV : on a dû utiliser une partie du stock de routine (vaccinations en VPO et VAR).
  Le sur-stock en DTC et VAT est due à deux commandes qui sont arrivées en même temps. Une partie du stock de VAT se périme en juin 1999 et il est fort probable qu'une partie de ce stock sera détruit.

- Les vaccins sortent selon le principe 'première entrée – première sortie', selon les dates de péremption.

- **Stock des antigènes au niveau national (CNI)**

	Stock moyen	Stock max	Stock min	Stock au 5/3/99
BCG	504 000	864 000	216 000	16 000
VPO	1 300 000	2 222 000	550 000	97 000
VAR	259 000	443 000	111 000	2 140
DTC	782 000	1 340 000	335 000	540 000
VAT	826 000	1 416 000	354 000	760 000

Il est recommandé que le système des commandes soit révisé afin :
- d'adapter les commandes aux besoins réels
- d'obtenir des délais de livraison plus réguliers.

III Chaîne du froid

Elle se compose de 4 chambres froides et d'une série de congélateurs et réfrigérateurs.
Deux chambres froides sont à une température positive et deux autres à température négative.

Le volume total de chaque chambre froide est de 5 m3 ; le CNI ignore les volumes utiles des chambres froides et des autres appareils.

Vu la petite quantité des vaccins BCG, Polio et VAR, les deux chambres froides négatives ne sont pas utilisées : ces antigènes sont conservés dans les divers congélateurs.
Le DTC et le VAT sont conservés dans les chambres froides positives. Or leur volume de réfrigération n'est pas suffisant pour le stock actuel de ces deux antigènes.

Les cartes 3M qui accompagnent les vaccins ne sont pas remplies tant au niveau central qu'en périphérie. Leur utilité est connue des responsables sauf parfois au niveau local; leur non-utilisation est difficile à expliquer.

Tous les appareils marchent à l'électricité. Un groupe électrogène de secours (40 kVA) est disponible et en bon état.
Les fiches techniques pour les chambres froides sont perdues ; l'ancien réparateur les aurait emportées avec lui ; en conséquence, les diverses réparations sont effectuées sans support.

IV Consommables

Le niveau du stock actuel rend difficile l'approvisionnement des régions en seringues et aiguilles réutilisables. On attend une commande depuis le début 1998.
Le faible stock de pièces détachées pour les réfrigérateurs (mèches, verres, brûleurs) contraint à faire des achats locaux pour parer aux besoins urgents.
Le stock des stérilisateurs et de joints est suffisant. Il y a très peu de commandes du terrain.

V Transport

Les régions de Koulikouro, Sikasso, Ségou, Mopti et Gao sont approvisionnées en vaccins par la route.
La région de Kayes est approvisionnée par le train.
La région de Tombouctou est approvisionnée par avion.
La région de Kidal est approvisionnée par Gao.

VI Ressources Humaines

1. Supervision
Par manque de moyens (carburant et perdiems), le CNI ne peut effectuer les visites de région deux à trois fois par an comme prévu, mais tout au plus, une fois par an.
Sauf demande expresse de la région, la supervision ne s'effectue qu'au niveau régional. Le CNI ne continuera la supervision dans un cercle, que si des problèmes y ont été identifiés.
Des outils de contrôle pour la consommation de carburant et le stock de vaccins ont été mis en place au niveau régional.

2. Formation

Les programmes de formation rencontrent des difficultés. Ainsi depuis deux ans, il n'y a plus de formations régulières sur la gestion du PEV ; les régions de Gao, Kidal, Tombouktou et Sikasso n'ont pas bénéficié de formation en 1988.

3. Personnel

Les principaux responsables de la chaîne de froid, en particulier le superviseur, ont été formé aux aspects spécialisés.

B. DISTRICT DE BAMAKO

1. **Les lieux visités** sont les suivants:

DRPS
Commune VI CS référence
Asacoma CSCOM
Asaconia CSCOM
Commune II CS de référence
ASACO Hippodrome

2. **Les vaccins et consommables**

- Vaccins

La DRSP et les CSCOM reçoivent les vaccins du CNI.
En cas de coupure de courant prolongée, la DRSP rapporte les vaccins au CNI (bâtiment avoisinant), car ce dernier est équipé d'un groupe électrogène.

- Consommables

Il n'y a pas de stock de seringues et d'aiguilles réutilisables, pas de pièces de rechange pour le réfrigérateur à pétrole. La capacité de stérilisation est suffisante.

3. **Chaîne de froid**

Les appareils (niveau régional , CSC de Commune VI) fonctionnent à électricité. Seuls ceux des ASACO du district fonctionnent au pétrole.

- DRSP

La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante. Les appareils sont bien entretenus et fonctionnent bien.

- Commune VI, Centre Santé de Référence

Les appareils, performants, sont bien entretenus et installés correctement. L'entretien et les réparations sont confiés à un réparateur local.

- Asacoma

La chaîne de froid n'est pas performante ; le réfrigérateur de marque Sibir date de 1986 et ne fonctionne pas correctement.
Dans le cadre de la politique sectorielle, le réfrigérateur est utilisé pour le stockage des matériels de laboratoire ,d'où une ouverture fréquente de sa porte. De par son installation, le réfrigérateur ne bénéficie pas d'une aération suffisante.

- Asaconia

Le réfrigérateur, bien entretenu et correctement installé, fonctionne et n'est jamais tombé en panne. La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante.
Par contre, le responsable n'a pas bénéficié d'une formation PEV.

- Sokoniko

La chaîne de froid est en bon état. Ses locaux sont exigus. La chaîne de froid est performante et sa capacité suffisante.
L'enregistrement des températures est régulier.

- Commune II

La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante, mais les appareils sont anciens (mise en service en 1987).

- ASACO Hippodrome

Le réfrigérateur, en bon état de marche, n'est pas utilisé. Les vaccins sont acheminés le jour de la vaccination.

4. Transport

Au niveau régional, il y a deux véhicules en état de marche pour toutes les activités.
La mobylette de l'Asacoma a été volée.
En Commune II, il y a un véhicule pour toutes les activités du centre et une mobylette pour le responsable de la chaîne de froid.
L'Asaco de l'Hippodrome utilise une moto pour la collecte des vaccins.

C. Région de GAO/Kidal

1. Les lieux visités sont les suivants:

DRSP de Gao
DRSP de Kidal
CSC de Gao (maternité)
Haoussa-Foulan (cercle de Gao, CSAR)
CSC Ansongo
Ouatagouna (cercle d'Ansongo, CSA)

2. Les vaccins et consommables

2.1 Les Vaccins

La région de Gao reçoit les vaccins du CNI par la route. Les commandes sont trimestrielles; il n'y a pas eu de rupture de stock pendant l'année 1998, ni de vaccins périmés.
La région de Kidal reçoit les vaccins de Gao par la route; les vaccins de Kidal sont stockés à Gao par précaution (électricité en permanence sur Gao, congélateurs en panne sur Kidal).
Le suivi des commandes et le suivi des stocks sont corrects.
L'approvisionnement des vaccins au niveau régional peut être considéré satisfaisant.

2.2. Consommables

Il n'y a pas de stock de seringues et d'aiguilles réutilisables pour satisfaire les commandes des cercles.
Il n'y a ni stock de pièces de rechange pour les réfrigérateurs à pétrole, ni stock de stérilisateurs et de joints de remplacement.
Par manque de matériel au niveau central, le stock de consommables et de pièces détachées pour la chaîne de froid et la stérilisation est très faible.
Cette situation se répète dans tous les endroits visités.

3. Chaîne de froid

Les appareils fonctionnent à l'électricité à Gao-ville (magasin régional, maternité) et au pétrole dans les cercles.

- **Magasin régional de Gao**

  Même si ce dernier est relativement propre, il est toujours possible d'en améliorer l'entretien.
  Les appareils , récents en majorité, bien entretenus et installés correctement, n'ont pas subi de pannes importantes. Par contre, les climatiseurs devraient être réparés afin d'éviter une hausse intempestive des températures lors de la saison chaude.
  Les porte-vaccins et les accumulateurs sont en nombre suffisant pour l'ensemble des activités, même si les équipes mobiles se multiplient.

  Quelques remarques:
  Chaque réfrigérateur/congélateur contient un seul type d'antigène. La capacité totale de stockage paraît très supérieure (près du triple) aux besoins actuels de la région. Pour optimiser l'efficience, on pourrait stocker les vaccins (qui se congèlent) dans trois des six congélateurs et congeler des accumulateurs dans un 4eme ; les deux autres congélateurs serviraient alors à d'autres tâches.
  Un réfrigérateur qui contenait le stock des vaccins DTC, affichait une température de 4°C, sans que le responsable réagisse.

- **Magasin régional de Kidal**

  La chaîne de froid est performante, sa capacité suffisante mais son organisation pourrait être améliorée.
  Les appareils, sauf un nouveau congélateur à gaz, marchent au pétrole.

Il est prévu que des réfrigérateurs solaires (qui n'ont pas encore été mis en marche) soient distribués dans les cercles dans le futur. Il est important de former le responsable à leur utilisation.

- **Maternité de Gao**

Le réfrigérateur fonctionne bien et n'est jamais tombé en panne. La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante. Son responsable doit être formé : il n'y a pas de fiches d'enregistrement de température.
On ne peut noter aucune visite de supervision pourtant la maternité est toute proche du CS cercle.

- **CSAR Haoussa Foulane**

La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante.
Le réfrigérateur fonctionne bien ; son controle reste à revoir : il n'y a ni enregistrement régulier des températures, ni bouteilles d'eau. En outre, pendant la visite, de la nourriture y a été découverte.

- **Cercle d'Ansongo**

Le réfrigérateur à pétrole fonctionne bien et les vaccins sont correctement entreposés.
Toutefois, deux congélateurs RCW 65 sont en panne depuis plusieurs mois. Un réparateur a été demandé au niveau régional depuis plusieurs mois.
La capacité de réfrigération est suffisante pour le moment ; il faut réparer un congélateur avant que les vaccinations mobiles,arrêtées depuis avril 1998, ne reprennent.

- **Ouatagouna**

La situation de la chaîne de froid est très satisfaisante ; en l'absence de partenaire, le centre ne vaccine plus depuis trois mois.
Le réfrigérateur fonctionne très bien. Le responsable est très bien formé. La capacité de réfrigération et de congélation est suffisante (pour la stratégie fixe et avancée).

4. Les Transports

- Le transport des activités mobiles dans la région de Gao est assuré exclusivement par les divers partenaires :
  Cercle de Gao : 2 véhicules de Vision Mondiale
  Cercle de Menaca : 1 véhicule de Vision Mondiale
  Cercle de Bourem: 2 véhicules de CICR
  Cercle de Ansongo : 1 véhicule de MSF Luxembourg (suspendu)
  Inconvénient : en cas de retrait du partenaire, les activités des équipes mobiles sont arrêtées (cas du cercle de Ansongo).
  A noter : Vision Mondiale va suspendre l'aide au PEV avant la fin de l'année.

- **Région de Kidal,**

  Il y a deux véhicules 4x4 et une moto 125 cc.
  Les déplacements sont rendus très difficiles de par les distances importantes et la mauvaise qualité des pistes. A ce jour, les équipes mobiles ne sortent pas régulièrement. Il est impératif de s'assurer que les moyens roulants sont utilisés en priorité pour le PEV.

3. Chaîne de froid

Les appareils fonctionnent à électricité à Kayes-ville et au pétrole dans les cercles.
A Kayes, l'approvisionnement en électricité ne pose pas de problèmes.

Magasin régional de Kayes

- Les appareils sont bien entretenus et installés correctement. La propreté du magasin est à revoir.

Les congélateurs/réfrigérateurs sont, pour la plupart, anciens ; un congélateur est en panne.
Il n'y a pas de climatiseur dans le magasin.
Les glacières et les accumulateurs sont suffisants pour l'ensemble des activités, même si les équipes mobiles se multiplient. Les porte-vaccins sont suffisants pour une seule équipe mobile.

- Quelques remarques :

Les accumulateurs ne sont pas bien stockés dans le congélateur.
Il est important de climatiser le magasin, en raison des records de températures de la région pendant la saison chaude.
Il a été demandé à l'UNICEF de doter le magasin régional d'une chambre froide en raison des problèmes de transport entre Kayes et Bamako. Ceci permettrait de passer deux commandes par an, au lieu de quatre.
Les cercles constituent un stock de six mois avant la saison des pluies, parce que les routes ne sont plus praticables en cette saison.
Un contrat a été établi avec un réparateur local pour l'entretien et les réparations des appareils du magasin régional.

Cercle de Kayes

- Le cercle approvisionne 18 centres fixes, ainsi qu'une équipe mobile.

La chaîne de froid du cercle est peu performante : le réfrigérateur ne fonctionne plus depuis plus d'un mois. Les vaccins VAT et DTC sont conservés dans une glacière avec des accumulateurs remplacés tous les jours ; les autres antigènes sont stockés dans un congélateur. Toutefois, la température n'est pas contrôlée : «on la contrôle uniquement dans les réfrigérateurs, pas dans les glacières (!) ».

- Alors que le stock régional et la PMI sont dans le même bâtiment, la PMI continue à s'approvisionner tous les jours en vaccins auprès du cercle avec un porte-vaccins. Ceci peut poser problème : il n'y a pas de thermomètre et on a trouvé des flacons de DTC et VAT congelés dans le porte-vaccins lors d'une séance de vaccination. Ceci semble courant ; le devenir des DTC et VAT congelés est difficile à préciser.

Kayes N'Di

- Il n'y a pas de réfrigérateur. Lors des jours de vaccination (2 j / semaine), on va chercher les vaccins au CSC. Les vaccins sont alors transportés dans un porte vaccins, sans précaution. Les vaccins DTC ou VAT congelés sont utilisés après décongélation.

Kayes N'dji

La seule mobylette du centre sert uniquement à s'approvisionner auprès du cercle. Pour expliquer l'absence de vaccinations avancées, on invoque entre autre l'absence de moyen de transport fiable (tel qu'une moto 125 cc)
En cas de panne ou de routes inaccessibles, le transport se fait à pied.

Cercle de Yelimané

Les deux véhicules sont en panne depuis 6 mois, les vaccins sont acheminés par transport public.
Les vaccinations mobiles sont interrompues depuis mars 1997. Elles ne reprendront que si le problème de transport est résolu.

Bandiougoula (CSCOM)

Il assure uniquement des vaccinations fixes. Une mobylette sert à l'approvisionnement des vaccins. Les responsables estiment que, si une décision en faveur des vaccinations avancées était prise, elle pourrait être alors utilisée.

E. REGION DE KOULIKORO

1. Les lieux visités sont les suivants :

DRSP de Koulikoro
CSC de Koulikoro
CSCOM de Sirakorola
CSC de Nara
CSA de Balé

2. Vaccins et Consommables

- **Vaccins**

La région reçoit les vaccins du CNI.
Il n'y a pas eu de rupture de stock en 1998. Les fiches de stock et l'inventaire sont suivis correctement.

- **Consommables**

Il n'y a pas de stock de seringues et d'aiguilles réutilisables pour satisfaire la commande des cercles. Il n'y a aucun stock de pièces de rechange pour les appareils de la chaîne du froid et aucun joint pour les stérilisateurs.

3. La chaîne du froid

- **DRSP de Koulikoro**

La capacité de la chaîne de froid n'est pas suffisante.
Les appareils sont entretenus et installés correctement. Les réparations sont confiées à un réparateur local.

- Balé dispose de deux mobylettes pour les vaccinations avancées :, elles tombent souvent en panne car inadaptées au terrain. Ces problèmes de transport sont à l'origine de l'annulation de plusieurs vaccinations avancées.

F. REGION DE MOPTI

1. **Les lieux suivants** ont été visités :
   DRSP
   Centre de Santé de Mopti
   Fatoma (CSCOM)
   Bankass (CSA)
   Kanibonzon (CSCOM)

2. **Vaccins et Consommables**

   - **Vaccins**

   La région de Mopti reçoit les vaccins commandés du CNI. Il n'y a pas eu de rupture de stock pendant l'année 1998.
   L'inventaire physique et le stock des cercles sont faits à une fréquence régulière.

   - **Consommables**

   Il n'y a pas de stocks de seringues et d'aiguilles réutilisables pour satisfaire la commande des cercles. Il n'y a aucun stock de pièces de rechange pour les appareils de chaîne de froid et aucun joint pour les stérilisateurs.
   Cependant, il y a 6 stérilisateurs en stock pour les cercles.

3. **La Chaîne de froid**

   Les appareils à Mopti-ville fonctionnent à l'électricité alors que ceux des cercles fonctionnent au pétrole ou à l'énergie solaire.

   - **Magasin régional**

   Les appareils sont bien entretenus et correctement installés .
   La salle de la chaîne de froid est poussiéreuse, mal aérée et non climatisée, ce qui poserait problème pendant la période chaude.
   Le responsable PEV habite à 15 km de la DRSP. Il se déplace en voiture pour contrôler la température de la chaîne de froid pendant le week-end et les jours fériés. Il fait remarquer que, le jour où il ne recevra plus de carburant pour ses déplacements, il ne supervisera plus la chaîne de froid en dehors des heures de travail.

   - **Mopti CSC**

   L'organisation logistique est excellente. La chaîne de froid au niveau cercle est performante. Les réfrigérateurs et les congélateurs sont en bon état. Les vaccins sont rangés correctement. Les stocks sont correctement tenus. La salle de la chaîne de froid est petite mais très propre.

Centre de santé de Togo

Le centre de santé confessionnel de Togo sera opérationnel à partir du mois d'avril. Il y a un réfrigérateur performant qui sera éventuellement utilisé. Pour le moment, le centre va chercher les vaccins au CSA de Fangasso dont il dépend.
Les réponses sur les problèmes de manipulation des vaccins montrent que les agents ont été formés aux futures vaccinations.
Il y a un certain nombre de consommables (coton, alcool, seringues et aiguilles, pétrole, essence), payés par la structure confessionnelle, pour le démarrage des activités du PEV ; il y a également un stérilisateur neuf.
Il n'y a pas de pièces de rechange pour le réfrigérateur, les motos et le véhicule.

4. Les Transports

Les vaccins sont acheminés au niveau de la DRSP par les véhicules du CNI. Les cercles viennent s'approvisionner à la DRSP, et les aires au niveau des cercles.
Les différentes stratégies se font avec les véhicules et mobylettes des différents centres. Le carburant et les pièces de rechange sont insuffisants.
Il n'y a pas de véhicule spécial PEV.

H. REGION DE SIKASSO

1. Les lieux suivants ont été visités

DRSP de Sikasso
Ména (CSCOM)
Kolondieba (CSC)
Yanfolila (CSC)
Yorobougoula (CSCOM)

2. Vaccins et Consommables

- **Vaccins**

La région de Sikasso reçoit les vaccins de CNI par la route ; les commandes sont trimestrielles. Il n'a y a pas eu de rupture de stock en 1998.
Les commandes sont satisfaites de façon très inégales; les vaccins arrivent selon la disponibilité au CNI.
Les fiches de stock sont remplies toutes les semaines.

- **Consommables**

Il n'y a pas de stock de seringues et d'aiguilles réutilisables pour satisfaire les commandes des cercles.
Il n'y a pas de stock de pièces détachées pour les réfrigérateurs, ni un stock des stérilisateurs et joints de rechange.

3. La chaîne de froid

- **Magasin régional de Sikasso**

Les appareils sont installés et entretenus correctement ; ils fonctionnent à électricité. Un seul congélateur est en panne (mise en service en 1987). La capacité de réfrigération et congélation est suffisante.

Le magasin n'est pas climatisé, mais il y a des climatiseurs disponibles.
Le magasin n'est pas propre ; les vaccins ne sont pas très bien rangés.

- **Cercle de Kolondieba**

La chaîne de froid est performante, mais la capacité de réfrigération et congélation n'est suffisante. Les réfrigérateurs ne sont pas conformes aux standards UNICEF ; ils ont une capacité de stockage d'environs 10 l. Des vaccins sont stockés dans la porte du réfrigérateur. Les vaccins sont mal rangés

- **Ména**

L'ancien réfrigérateur à pétrole a pris feu ; l'incendie a détruit certains vaccins . Le nouveau réfrigérateur au gaz a été installé le jour de la visite de la mission. Tous les vaccins existants devraient être détruits.
La chambre contenant le réfrigérateur est de petite taille; le réfrigérateur est mal placé, car placé à coté de la porte et exposé au soleil.
L'enregistrement des températures n'est pas satisfaisant.

- **Yanfolila**

Il y a une fuite de gaz dans un congélateur. La température indiquée par le thermomètre de contrôle du réfrigérateur supérieure à celle indiquée dans le relevé de température.
Les vaccins sont mal rangés ; le local peu entretenu.
Lors de la visite, plusieurs boîtes d'aiguilles neuves jonchaient le sol ; les aiguilles usagées étaient dispersées dans la cour.

- **Yorobougoula**

Le réfrigérateur est vieux (mise en service 1986) et fonctionne.
Les vaccins sont bien rangés, le stock disponible suffisant.

4. Les transports

- **Kolondiéba**

Il y a trois véhicules disponibles (un de Save the Children, deux du cercle).

- **Yanfolila**

Le véhicule du centre est utilisé pour le PEV selon le besoin.

- **Yorobougoula et Mena**

Il y a une mobylette en bon état, utilisée pour la collecte des vaccins.

Les activités avancées/mobiles sont interrompues du fait des problèmes de financement. Elles n'ont lieu qu'en saison sèche.

I. REGION DE TOMBOUCTOU

1. Les Vaccins

- La région de Tombouctou reçoit les vaccins suivant leurs commandes au CNI. Les approvisionnements sont trimestriels.
  Le stock des vaccins pour la région est suffisant, à l'exception de celui du VAR.

- L'approvisionnement des cercles se fait au niveau de la région ; et les cercles à leur tour approvisionnent les aires de santé.
  Le système d'approvisionnement de Tonka et Bourem Inaly n'est pas performant ; toutefois, il n'y a pas eu de ruptures de stock.

- La quantité de seringues et d'aiguilles en stock n'est pas suffisante pour la région.
  Le stock régional est constitué de quatre stérilisateurs à deux portoirs ; il n'y a pas de joints de rechange.
  Le CSC de Tombouctou souffre d'une pénurie d'aiguilles et seringues depuis le vol de son véhicule lors d'une vaccination mobile.

2. La chaîne de froid

- **Magasin régional**
  La capacité de réfrigération et congélation est suffisante, même pendant les JNV.
  L'entretien pose un problème à cause de la poussière, surtout en période chaude quand la température ambiante avoisine les 40°C.
  Il y a assez d'accumulateurs, de porte-vaccins et de caisses isothermes.

- **CSC Tombouctou**
  Le centre s'approvisionne sans problème en vaccins au niveau régional. La chaîne de froid est très performante avec une capacité de congélation et réfrigération assez importante. On note la présence d'une chambre froide, donation (privée) spéciale destinée au centre, et non à la région
  Il y a trois stérilisateurs, un nombre important de caisses isothermes et de porte-vaccins qui sont les fruits des recettes JNV.

- **CSA Bourem Inaly**
  La chaîne de froid est performante et suffisante.
  L'entretien du réfrigérateur est bien assuré par le chef de poste. Les vaccins sont bien entreposés, les stocks enregistrés et la salle bien aérée.
  Il faut noter que le chef de poste est bien apprécié par tout le monde de par son comportement et son travail.

- **CSC Goudam**
  La chaîne de froid est peu performante ; les appareils sont anciens et leur capacité n'est pas suffisante pour mener des activités mobiles. Les appareils sont tout de même bien entretenus.
  Il y a souvent un manque de pétrole.
  Les porte-vaccins, les caisses isothermes et les stérilisateurs sont suffisants pour des vaccinations fixes et mobiles.

- **CSA Tonka**
  La chaîne de froid n'est suffisante que pour des vaccinations en poste fixe ; le réfrigérateur, ancien, est insuffisant pour congeler la glace nécessaire aux vaccinations avancées.
  Ils s'approvisionnent en vaccins à partir de Goudam lorsque le stock en antigènes diminue.
  Il y a suffisamment de caisses isothermes, de porte-vaccins et d'accumulateurs.
  La capacité de stérilisation n'est pas suffisante.
  L'approvisionnent en pétrole est irrégulier.

3. Les transports

- Les vaccins sont envoyés au niveau régional par avion ou par route ; ils sont alors acheminés de la DRSP vers les cercles par la voie routière ; enfin, selon la saison, ils parviennent aux aires par voie routière ou par voie fluviale.

- Au niveau régional, tous les véhicules sont utilisés pour toutes les activités. Le seul véhicule du PEV existant est en panne ; ils ne reçoivent plus de carburant pour les activités du PEV depuis 1996. Il faut noter des retard dans la livraison du carburant.

- Dans le cercle de Tombouctou, toutes les activités sont assurées par deux véhicules, une moto et une pinasse, et soutenues dans tous les domaines (véhicule, carburant, et personnel) par le CICR.

- A Bourem Inaly, une vieille moto et une pinasse sont disponibles.

- A Goudam, il y a deux véhicules Toyota Hilux (un neuf et un ancien de 6 ans), et les activités sont soutenues par Africare ;

- A Tonka, il y a une vieille moto125cc dont toutes les réparations sont assurées par l'utilisateur.

REGION DE KOULIKOURO

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Magasin régional		RAK 1302	4	Bon	TCW 1151	5	Bon
					RCW 50 EG	1	Bon
Koulikouro	CSC	Sibir S2325	1	Bon	RCW 55	1	Bon
		RAK 1302	1	Bon			
Koulikouro Ba	CSCOM	Sibir S2325	1	Bon			
Sirakola	CSCOM	Sibir S2325	1	Bon			
Nara	CSC	Rak 1302	1	Bon	TCW 1151	2	Bon
		Sibir	1	En panne	TCW 1151	1	En panne
Balé	CSA	Rak 1302	1	En panne			

REGION DE SIKASSO

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Magasin régional		RAK 1302	2	Bon	RCW 50 EG	2	Bon
					TCW 1151	2	Bon
					TCW 1151	1	En panne
					MK 304	1	Bon
Kolondieba	CSC	GE 150	3	Bon	TCW 1151	1	Bon
		KE 400	1	Bon			
		RA 662	1	Bon			
Mena	CSCOM	KE 400	1	Bon			
Yanfolila	CSC	Sibir K 230	1	Bon	RCW 55	1	Bon
					RCW 66	1	En panne
Yorobougoula	CSCOM	Sibir [illegible]	1	Mauvais			

REGION DE MOPTI

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Magasin régional		RAK 1302	2	Bon	TCW 1151	3	Bon
					MK 304	2	Bon
Mopti	CSC	RK 400	1	Bon	TCW 1151	3	Bon
Ratoma	CSCOM	Sibir	1	En panne			
Tankass	CSC	RAK 1302	1	Bon	TCW 1151	1	Bon
		Sibir	1	En panne			
Koribondzon	CSCOM	Sibir	1	Mauvais			

DISTRICT DE BAMAKO

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Commune II	CSC Réfrigis Electrique		1	Bon	TCW 1151	1	Bon
Hippodrome	ASACO	Sibir V240 KE	1	Bon			
Magasin district		RAK 1302	1	Bon	TCW 1151	2	Bon
					RCW 50 EG	1	Bon
SACOMA	CSCOM	Sibir S2325	1	Bon			
SACONDA	CSCOM	RAK 1302	1	Bon			
Commune VI	C. Réfé	RAK 1302	1	Bon	TCW 1151	2	Bon

CENTRE NATIONAL D'IMMUNISATION

REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Chambre froide	2	Bon	Chambre froide	2	Bon
RAK 1302	2	Bon	TCW 1151	5	Bon
			Phillips	3	Bon
			Sierra	1	Bon

REGION DE GAO

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Région		RAK 1312	2	Bon	TCW 1151	5	Bon
		RAK 1312	1	Mauvais			
Maternité		RAK 1312	1	Bon			
Haoussa Foulah	CSAR	RAK 1312	1	Bon			
Ansongo	CSC	RAK 1312	1	Bon	RCW 65	2	En panne
Ouatagouna	CSA	RAK 1312	1	Bon			

REGION DE KIDAL

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Magasin régional		RAK 1312	2	Bon	RCW 65	1	Bon
		Electrolux Domestic	2	Bon	RCW 65	1	En panne
		??? Solaires	2	Bon	RCW 50EG (Gaz)	1	Bon

REGION DE KAYES

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Magasin régional		TCW 1151	2	Bon	TCW 1151	4	Bon
CSC		RAK 1312	1	En panne	TCW 1151	1	Bon
Aimbidedi	CSA	RAK 1312	1	Bon			
Yelimane	CSC	RAK 1312	1	Bon	RCW 1251	1	Moyen
Bandougoula	CSCOM	CFS49 IS (solaire)	1	Bon			

REGION DE TOMBOUCTOU

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Tombouktou	CSC	RAK 1312	1	Bon	RCW 65	2	Bon
		Sibir V240 KE	1	Mauvais	IGN SAFE 9330	1	Bon
		Chambre froide					
Bourem Inaly	CSAR	RAK 1312	1	Bon			
Goundam	CSC	RAK 1312	1	Bon	RCW 65	1	Bon
		RAK 1312	1	Mauvais	RCW 65	1	Mauvais
		SIBIR S2325	1	Bon			
Tonka	CSA	RAK 1312	1	Bon			
Dir. Regional		RAK 1312	3	Bon	RCW 65	3	Bon

REGION DE SEGOU

AIRE	TYPE	REFRIGERATEUR	Q/TE	ETAT	CONGELATEUR	Q/TE	ETAT
Ségou	CSC	RAK 1312	1	Bon	TCW 1151	1	Bon
Diore	CSCOM	Sibir V 240 KE	1	Bon	RCW 1251	1	Bon
Dir. Régional		RAK 1312	2	Bon	TCW 1151	4	Bon
					TCW 1151	1	Mauvais
					RCW 1251	1	Bon
Tominian	CSC	Sibir 2325	1	Bon	RCW 65	1	Bon
					RCW 65	1	Mauvais
Togo	CSCom	Refr. domestique	1	Bon			

INVENTAIRE DU MATERIEL DU PEV

LOCALITES	Réfrigérateur		Congélateur		Portes vaccins		Caises isoth		Mobylettes		Moto		Véhicules	
	Nbre	Age	Nbre	Age	Nbre	Age	Nbre	Age	Nbre	Age	Nbre	Age	Nbre	Age
Région de Sikasso														
Bureau régional	3	5	7	12			7	12	ND		4	2	0	0
CSC de Kolondiéba	15		1	12	30	12	18	12	14	3			1	4
Aire du CSAR Central	0	0	0	0	2	12	0	0	1	4	0		0	
Aire de Ména	1	1	0	0	1	ND	0				1	5	0	
CSC de Yanfolila	7	8	3	12	15	7	8	12	6	6	1	2	1	2
Aire du CSAR Central	0		0		2	9	0		1	6				
Aire de Yorobougoula	1	12	0		1	1	9	1	12	1	6	1	5	0
Région de Mopti														
Bureau régional	3		3										10	11
CSC de Mopti central	15		3	8	19	12	20	12	9	5	2	3	0	0
CSAR Central Mopti	0		0		2	12	2	12	1	5	0			
CSAR Fatoma	1	12	0		2	12	1	12	1	5	0		0	
CSC de Bankass	8	8	2	12	21	12	13	12						
Aire de Kanibozon	1	12	0				1	12			1	3	0	
Région de Koulikoro														
Bureau régional	4	5	6	10	6	12	ND		0		0		1	8
CSC Réf de Koulikoro	9	12	1	12	NB		ND		10	3	10	1	2	5
CSAR Central	1	5	0		1	12	ND		1	2	1	1	0	
CSAR de Sirakorola	1	12	0		1	2	1	12	1	5	1	1	0	
CSC de Nara	1	12	1	12	ND		ND		0		1	1	0	
CSAR de Ballé	1	3	0	0	ND		ND		2	3	0		0	
District de Bamako														
Bureau régional	34	4	9	4	9	ND	18		6	2	0		2	9
CSC Réf Commune VI	1	12	2	12	2	12	3	5	1	2			1	ND
ASACOMA	1	ND	0		2	12			1	4	1	0	0	
ASACONIA	1	12	0		2	12	1	ND	1	ND	0		0	
CSC Réf Commune II														
ASACOHI	1													

Annexe V

CONSIDERATIONS DES ECONOMISTES DE LA SANTE

I Sources et perspectives de financement

Un constat important de l'enquête a été la précarité du financement du programme PEV.
Le retrait partiel annoncé par l'UNICEF a coïncidé avec la mise en œuvre du processus de décentralisation et avec un désengagement réel ou annoncé des ONGs. L'équipe a constaté pourtant que celles-ci ont continué de financer les achats d'équipements, de carburant, de consommables et même le personnel alors que l'achat des vaccins est assuré par le Budget de l'Etat ces dernières années. Les ONG nationales et internationales ont fait état d'une contribution importante au PEV, contribution difficile à chiffrer car ce financement est très souvent intégré au soutien des ASACO. Dans ce contexte, on peut noter que l'USAID, probablement le bailleur de fonds le plus important dans ce domaine, ne finance pas directement les activités de santé, mais passe par toute une série d'ONG.
Un bilan réaliste du coût du PEV est donc difficile à établir.

La mission a pris conscience sur le terrain de l'impact de ce phénomène. La mise en œuvre d'une stratégie avancée efficace semble presque entièrement dépendante du soutien offert par les ONG ou par les coopérations en ce qui concerne les moyens et souvent le personnel. Les activités d'IEC et le paiement des per-diems sont également financés par les partenaires extérieurs. Dans trois ou quatre cas seulement, les évaluateurs ont rencontré une ASACO qui menait une stratégie avancée plus ou moins réussie. D'après les informations recueillies, l'utilisation de la moto et l'achat du carburant sont négociés entre le responsable du poste et le comité de gestion. Ainsi le financement est lié à négociations et donc reste aléatoire.
Dans la région de Mopti, plus des trois quarts des 25 agents sanitaires, rencontrés dans le cadre d'un séminaire, ont mis en évidence des problèmes de micro-financement de la stratégie avancée, manque de carburant, absence de pièces détachées, etc.

Au niveau national, la quasi-totalité des représentants des organisations internationales et des ONG s'inquiètent de cette précarité et se posent des questions sur la pérennisation du PEV.

La mission a essayé de mesurer l'impact de la décentralisation du système de santé, avec la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et l'adoption au niveau local des stratégies intégrées, sur le PEV. Ils en ont conclu que, pour les ASACO pour qui la viabilité financière est d'une importance cardinale, les activités préventives suscitaient moins d'intérêt que les activités thérapeutiques. Cela s'explique dans la mesure où les deux sources de revenus de fonctionnement des ASACO sont 1) la vente de médicaments (un budget qui est géré séparément) ; 2)la tarification des actes (soins curatifs, CPN, accouchement etc.)

Ces revenus sont censés payer :

- les salaires du personnel pris en charge par l'ASACO
- l'entretien de la chaîne du froid
- les consommables
- le carburant et les réparations des moyens de transport (motos, mobylettes)

Les salaires sont prioritaires, pourtant les équipes ont constaté des exemples de personnels licenciés ou qui n'avaient pas été payés depuis plusieurs mois. L'intérêt du personnel pour les actes rémunérés, nécessaires pour rentabiliser l'activité, n'a donc rien de surprenant, mais ne risque guère de favoriser un programme tel que le PEV qui ne rapporte pas financièrement.

La viabilité financière des ASACO représente un aspect important de ce problème. A l'heure actuelle, certains estiment que 40%, arrivent à équilibrer leur budget. Même si la proportion des ASACO ayant de vraies difficultés budgétaires est moindre, il est essentiel de développer une stratégie de soutien financier pour cette catégorie qui évitera de mettre en péril le programme de vaccination.

Dans une moindre mesure, on peut s'interroger sur l'ordre des priorités qui risque d'être accordé aux PEV dans les plans locaux et régionaux. Si la mission est convaincue par la logique de l'intégration des programmes, elle recommande de prendre des mesures spécifiques pour protéger le budget de fonctionnement.

Recommandations

(1) Définir une stratégie de soutien financier pour les ASACO dans les zones difficiles pour ne pas mettre en péril les activités de vaccination et éviter le développement d'un système à deux vitesses,

(2) Prendre des mesures spécifiques pour protéger le budget de fonctionnement de la stratégie mobile/avancée aux différents niveaux d'activité, en particulier les carburants et l'entretien et les réparations de tous les véhicules.
Par exemple, il faudrait identifier au niveau régional une personne responsable ; créer un budget spécifique pour l'achat de pièces détachées, le financement des réparations des véhicules ; garantir la disponibilité de carburants en quantité suffisante, au moins pour les aires non-révitalisées ou dans les ASACO non-viables.
Un des éléments essentiels permettant d'améliorer l'exécution du programme sera la clarification de cette responsabilité et de financement afférant.

II Investissements

2.1 Equipements de la chaîne du froid

L'enquête a montré qu'une partie importante des équipements de la chaîne du froid a été fournie en 1987, au début du PEV. Un certain nombre d'entre-eux a été remplacé, mais l'équipe a constaté une forte dépendance pour ces nouveaux achats envers les ONGs, et ceci au moment où celles-ci se désengagent de plus en plus.
Il y a deux ans, le CNI a travaillé sur le remplacement de la chaîne du froid, mais un programme systématique n'a pu être mis en œuvre pour des raisons budgétaires. Or la mise en place d'un tel programme est essentielle si les autorités veulent éviter la désintégration totale du système PEV, dans la mesure où la durée de vie d'un réfrigérateur, d'un congélateur ou d'un stérilisateur ayant 12 ans d'âge est forcément limitée.

Recommandations

(1) Mettre en place un programme de gestion des équipements de la chaîne du froid, avec comme objectif l'évaluation de l'ensemble des équipements et leur renouvellement selon deux critères :

- **sur une période de cinq ans, tous les réfrigérateurs, congélateurs et stérilisateurs du PEV achetés avant 1991 devraient être remplacés**
- **chaque ASACO devrait être dotée d'une chaîne de froid**

(2) Attribuer le management du programme de gestion des équipements à une agence technique ou à une centrale d'achat rattachée, éventuellement, à la Direction des Affaires Financières du MSPAS, et la doter d'un budget à la hauteur de sa tâche.

2.2 Véhicules

Les moyens de transport posent d'importants problèmes.
Sur le terrain, la mission a identifié à maintes reprises des véhicules qui ne fonctionnaient plus mais qui n'ont pas été remplacés. L'absence d'un programme systématique de remplacement en est, en partie, responsable, comme pour la chaîne de froid.

L'inadaptation des véhicules aux besoins constitue un autre problème. Ainsi dans la région Nord, certains véhicules fournis sont inadaptés au sable et à la rigueur du terrain et tombent rapidement en panne ; ailleurs une grosse moto a été livrée au lieu d'une motocyclette

Recommandations

(1) Mettre en place, un programme de gestion des moyens de transport, ayant comme objectif d'évaluer et de renouveler de manière systématique tous les véhicules utilisés dans le cadre des stratégies mobiles et avancées Ce programme devra prendre en compte les conditions sur le terrain dans chaque région pour sélectionner le type de véhicule requis et les intervalles de remplacement.

(2) Attribuer le management de ce programme et un budget réaliste à l'appui, à l'agence technique déjà évoquée.

2.3 Bâtiments

La mission a constaté parfois des difficultés relatives au site de vaccination, dans la mesure où certains séances se déroulent sans abri, par exemple sous un arbre, dans des conditions d'hygiène précaires.

Recommandation

Identifier des locaux adaptés aux séances de vaccination.

III Fonctionnement

3.1. Réparation des véhicules

Une bonne partie des véhicules sont vieux et en mauvais état. Par conséquent, les réparations sont souvent très onéreuses. L'absence d'un budget spécifique pour les réparations entraîne de grosses difficultés pour les cercles/aires, et est souvent à l'origine d'un abandon de la stratégie mobile/avancée. Souvent seule l'intervention d'un partenaire extérieur assure la pérennité de ces stratégies, comme indiqué déjà.

Recommandation

Créer, au niveau régional, un budget spécifique pour l'achat de pièces détachées et pour le financement des réparations (voir au-dessus).

3.2. Carburants

Les équipes se sont trouvées confrontées dans certaines régions à une grave pénurie d'essence. Ainsi dans les régions de Tombouctou et de Segou, les livraisons d'essence et de pétrole en 1998 n'ont pas atteint la moitié, et parfois même pas le quart de ce qui est requis. Cela touche les véhicules mais aussi la chaîne de froid. Ainsi, les stratégies mobile et avancée sont presque entièrement arrêtées, faute de moyens.

Recommandations

Entreprendre au plus haut niveau une analyse détaillée pour évaluer et résoudre les problèmes budgétaires relatifs au carburant.
Doter, à cette fin, les régions d'une responsabilité spécifique et d'un budget correspondant (voir au-dessus).

3.3 Supports de gestion

L'équipe d'évaluation a constaté que, surtout au niveau des cercles et des aires, les supports de gestion sont mal tenus. Parfois, il n'y a aucun enregistrement des vaccins reçus, des dépenses d'entretien ou de réparation et des aides reçues. Ces défaillances peuvent être imputées au degré de formation des agents conditionnés d'abord par une culture orale. L'enquête a montré que le niveau formation et de recyclage des agents qui est largement insuffisant, et que la supervision manque cruellement.

Recommandations

- **Faire évaluer par les responsables régionaux du PEV, les besoins de formation au management au niveau des cercles et des aires.**

- **Mettre en œuvre un programme de formation/de recyclage.**
Ceci pourrait s'intégrer soit dans le cadre d'une formation plus générale des agents du PEV, soit en utilisant d'autres approches (pendant les visites de supervision, par le biais d'un placement de quelques jours dans un centre d'excellence etc.).

IV Le Personnel

La mission a ressenti la démotivation du personnel, particulièrement dans les régions difficiles ou parmi ceux qui se sentent victimes du processus d'intégration. Il est évident que le système de management et de rémunération n'est pas conçu pour encourager ou récompenser les efforts du personnel. De plus, le système de supervision, qui devrait contribuer à promouvoir une certaine rigueur dans l'organisation et le management du programme, ne fonctionne pas.

L'évaluation a mis en avant d'importantes lacunes de formation, de recyclage et de supervision à tous les niveaux. Ces lacunes contribuent au manque de rigueur constaté dans la mise en œuvre du PEV. Les insuffisances de financement y contribuent aussi.

Recommandations

Mettre en place à tous les niveaux une nouvelle stratégie de management des ressources humaines. Celle-ci devrait envisager :

- **la possibilité d'introduire dans le système de rémunération quelques éléments discrétionnaires, par exemple un intéressement lié à la réalisation de certains objectifs et à la qualité de la prestation rendue**
- **la création d'un système de récompense (prix, certificats etc.) pour les efforts réalisés**
- **la revitalisation du programme de supervision des agents du PEV**
- **l'évaluation et la meilleure façon de satisfaire les besoins en matière de formation des agents**

Annexe VI

RECOMMANDATIONS

◆ Les Institutions

1. Adapter les moyens et les objectifs

1.1 Définir, par zone, des objectifs réalistes

Des objectifs du type « 80 % de couverture vaccinale sur tout le territoire » sont, au mieux, des buts à moyen terme, au pire, des slogans. Alors qu'à Bamako une couverture de 90% est possible, vouloir atteindre 80% à Kayes relève de l'utopie.

Il est recommandé de formuler les objectifs en terme de lutte contre les maladies et donc en termes de cas ou de taux, comme proposé par l'OMS/UNICEF.

1.2 Doter de moyens appropriés

La définition d'objectifs réalistes impose la mise en œuvre de moyens correspondants ; corollairement, il est contre-productif de programmer des objectifs inaccessibles.

1.3 Effectuer un suivi réel

La stratégie future doit reposer sur la comparaison entre objectifs énoncés et résultats obtenus sur le terrain en terme de couverture et en terme de maladies (épidémie de rougeole, cas de Paralysie Flasque Aiguë ou de Tétanos NéoNatal.

2. Redéfinir le rôle des intervenants centraux

2.1 Réévaluer le rôle des Services Centraux

La priorité donnée au PEV sur le plan politique doit se confirmer au plan opérationnel. Ceci est d'autant plus nécessaire que de nouvelles stratégies nationales sont en cours de définition et que les dotations en faveur du PEV ne sont plus clairement individualisées.

Le succès du PEV dépend de l'amélioration des contributions des diverses directions concernées (DE, DNSP, CNIECS,...).

2.2 Doter le CNI de compétences renouvelées

Le CNI ne peut plus assurer l'ensemble des fonctions qui lui avaient été confiées. Ceci est essentiel si l'on veut intégrer le PEV et bénéficier des diverses expertises présentes à l'intérieur du MSPAS.

En conséquence, il est recommandé d'articuler son action autour de 4 pôles :

1. Rôle normatif et expertise

Le CNI a la responsabilité de définir la politique de vaccination menée dans le pays et doit fonctionner comme centre de référence dans le domaine des vaccinations. Par exemple, définir les protocoles de bonnes pratique ou les objectifs régionaux en accord avec les DRSP.

2. Supervision et évaluation

Le CNI doit servir de référence technique pour l'ensemble de programme de vaccination. Il doit être capable d'initier les actions de supervision des DRSP chargées du suivi régulier du programme et de contribuer aux évaluations conjointement avec la CPS.

3. Planification

La mise en place d'une micro-planification régionale s'impose. Le CNI interviendra pour vérifier et rendre compatibles besoins et objectifs sur le plan national.

4. Formation

Le CNI doit coordonner les activités de formation PEV.

2.3 Déléguer à une Pharmacie Centrale la charge des vaccins

En particulier, cette structure sera chargée des aspects logistiques jusqu'ici dévolus au CNI et jouera un rôle d'agence technique/ centrale d'achat.

Il est illogique que vaccins et produits pharmaceutiques aient deux circuits d'approvisionnement séparés alors qu'ils posent des problèmes et requièrent des compétences identiques.

La Pharmacie apportera un appui technique aux structures régionales et collaborera en étroite collaboration avec la DAF.

3. Doter les régions de compétence technique

3.1 Etablir une expertise PEV régionale

La décentralisation implique une prise en charge technique du PEV. A cette fin, il est recommandé d'identifier un agent (médecin ou infirmier) qui en sera le responsable régional.

3.2 Planifier au niveau des cercles et des régions

Les efforts de micro-planification sanitaires (PDSC) entrepris sont remarquables et adaptés aux besoins du PEV. Il faut y associer une politique de suivi de terrain.

3.3 Opérationnaliser les contrôles et la supervision

Il est nécessaire d'accroître l'impact de ces interventions, insuffisant lorsqu'elles ont lieu. Ainsi, il faudra veiller à utiliser une liste détaillée (check-list) d'éléments à superviser tels que populations-cibles, utilisation des échéanciers, date de remplacement des mèches, rôle des différents agents, état du stock/ des matériels... qui sera établie systématiquement.

3.4 Décentraliser la gestion des stocks

Ceci doit entraîner la création de magasins à compétence élargie à Kayes, Mopti et Tombouctou et le recrutement de magasiniers dotés de compétences appropriées

Ce transfert de compétence implique la responsabilisation et donc la formation à ces nouvelles tâches de tous les agents concernés.

4. Adapter le rôle des Asaco

Compte tenu de leurs différentes capacités et des zones couvertes, le rôle des ASACO est obligatoirement variable.

Les contributions financières demandées par le PEV doivent être adaptées en fonction des capacités contributives de l'Asaco et des ressources des communautés concernées ; les participations non-matérielles varieront de facto en fonction des compétences de l'association et des personnels disponibles. Il est souhaitable de développer des contrats d'objectifs de durée préétablie.

5. Obtenir une implication accrue des autorités politiques et traditionnelles

La participation des autorités locales est indispensable au succès d'un programme tel que le PEV. Les services de santé doivent les y associer et donc :

- leur fournir des informations pertinentes sur le PEV et sur leur circonscription ;
- leur demander de s'impliquer dans son exécution tant dans leur circonscription que dans leur rôle de représentation.

♦ Offre de service

1. Centres de vaccination fixes

Ceux-ci touchent la majorité de la population ; et cette prépondérance va s'accroître. Donc de meilleurs résultats au plan national dépendent d'abord de l'amélioration de la performance des centres fixes. Et pour cela, il faut :

1.1 Renforcer les prestations des centres fixes :
- Adapter les séances aux besoins et à la demande ;
- Accroître les opportunités : proposer des séances lors des jours de marché, utiliser le séjour en maternité...
- Adopter la politique des « vaccins ouverts » ;

1.2 Eviter les occasions manquées
- Réduire les contre-indications temporaires ;
- Vacciner durant les contacts médicaux : consultations prénatales, post-natales... Tout contact médical peut être un contact vaccinal.

1.3 Répliquer les « centres d'excellence »
Certaines structures assurent des prestations de qualité et sont susceptibles de transférer leur compétence vers d'autres structures à condition d'employer les agents directement responsables : les personnels maîtrisant la pratique quotidienne du PEV.

2. Stratégie avancée/mobile

Des impératifs d'équité imposent le fonctionnement de services efficaces. A cette fin, il faut :

2.1 Définir de nouvelles politiques destinées à atteindre les zones difficiles
Ces zones à basse couverture et à haut risque pourraient adopter les approches intégrées comme indiqué dans le nouveau projet UNICEF/OMS de « stratégie avancée pérenne » SOS (Sustainable Outreach Strategy)

2.2 Doter les équipes en moyens adéquats
Ce qui signifie adapter les moyens de transport aux besoins du terrain, mettre en place une politique de suivi et de maintenance, et doter en moyens financiers suffisants

3 PMA et PEV

Le PEV ne doit plus être perçu comme une activité annexe et autonome mais intégrée aux soins de santé de routine. En conséquence, il faut :

3.1 Réaliser une intégration opérationnelle

Il est recommandé d'associer les activités de prévention (contrôle poids/taille , distribution de vitamine A ou D)et les examens cliniques aux vaccinations

3.2 Contrôler systématiquement l'état vaccinal des populations-cibles lors des contacts médicaux

Ceci permettra de récupérer une partie des « abandons » et d'augmenter la couverture AT sans effort spécifique.

3.3 Proposer un « PEV + » lors des activités avancées

La liste des activités additionnelles, distribution de médicaments et/ou de contraceptifs, consultations spécialisées ou soins vétérinaires... se définira localement.

Il est nécessaire de promouvoir un PEV qui constitue la base d'un Paquet Minimum de Services répondant aux besoins prioritaires de la communauté, comme proposé par ailleurs.

♦ Qualité/Efficacité

La qualité des prestations doit être améliorée tout au long de la chaîne PEV.

Et pour cela, il est recommandé de :

1. Développer les compétences des agents concernés

Ceci doit se faire en ciblant les acteurs réels du PEV tant au niveau local que régional et en développant les compétences appropriées (gestion, surveillance...). Ceci implique de former les responsables au management et les vaccinateurs à la vaccination...

2. Renforcer la sécurité

Il est opportun que des précautions soient prises systématiquement dans 4 domaines :

2.1 Les techniques de stérilisation et de désinfection

Respecter les temps d'ébullition, utiliser systématiquement les indicateurs TST, veiller à la propreté des instruments ...

2.2 Une meilleure gestion des aiguilles

Renouveler les aiguilles usagées, organiser leur destruction...ce qui n'est pas toujours fait systématiquement.

Il est recommandé que le CS organise le remplacement systématique et la destruction des aiguilles à intervalle fixe et passe les commandes équivalentes.

2.3 L'incinération

Organiser la destruction systématique de l'ensemble des déchets est une recommandation s'appliquant à toutes les activités sanitaires.

2.4 Les risques et contre-indications
Les personnels doivent connaître les risques des vaccinations afin de pouvoir y faire face.

3. Monitorer les activités

3.1 Mieux utiliser les supports existants
De multiples recommandations ont déjà été faites sur le rythme, le type d'information.... Il reste maintenant à les mettre en pratique

3.2 Sensibiliser les agents à l'importance des supports d'activité
Il faut éviter que les rapports soient uniquement une routine. Ceci s'applique bien sûr à la retro-information.

◆ Logistique

1. Faire un bilan des moyens existants

1.1 Réaliser un inventaire détaillé de :

- la chaîne de froid et
- Séparer les appareils performants des appareils vétustes ou en panne
- Identifier les causes de non-fonctionnement : pannes graves (compresseur, fuite, etc.), manque des pièces (brûleurs, verres, mèches) et/ou manque d'entretien/mauvaise utilisation ;
- Organiser la destruction des appareils irrécupérables.

La destruction doit se faire en tenant compte des coûts : il est anormal de transférer les appareils réformés à Bamako.

- moyens roulants (stratégie identique)

1.2 En déduire une politique d'achat sélectif
Il faut établir et utiliser une liste restreinte de produits appropriés, robustes, de maintenance facile...que tout le monde serait tenu d'utiliser.

1.3 Réaliser périodiquement ces inventaires sous la responsabilité de la DRSP
Ils doivent intégrer l'ensemble de la logistique du PMA

2. Assurer le bon fonctionnement de la chaîne de froid

2.1 Améliorer la gestion des pièces de rechange grâce à :

- une décentralisation des stocks de consommables
- une meilleure dotation des cercles.

Et donc répartir d'abord les stocks existants.....

2.2 Décentraliser les réparations des appareils ;
Chaque région devrait être capable de disposer d'un stock minimum d'outils et de pièces détachées nécessaires pour les diverses réparations de routine et d'un technicien du froid.
Il est recommandé de confier si nécessaire de telles tâches à un technicien privé.

2.3 Standardiser le type des appareils utilisés dans le pays ;
par exemple choisir un type de réfrigérateur à pétrole...

2.4 Adapter les sources d'énergie (gaz, pétrole, solaire) aux conditions locales ....

3. Améliorer la gestion des stocks de vaccins

3.1 Clarifier le rôle et responsabilités des divers intervenants : services centraux, CNI, régions, périphérie.

3.2 Réviser le système des commandes
Une meilleure coordination entre les structures concernées : régions, centrale d'achat, DAF (ou autre autorité budgétaire), partenaires extérieurs doit permettre d'assurer des délais de livraison plus réguliers et des estimations plus conformes aux besoins.
Le système de commande doit intégrer les stocks existants, les objectifs d'utilisation, et la consommation.

3.3 Décentraliser le stock des vaccins dans les régions;
Et pour cela adapter la capacité de conservation afin de garder un stock suffisant pour 3-6 mois. Ceci est particulièrement important pour les zones isolées et en période d'hivernage.
Il est recommandé de gérer les vaccins comme des médicaments et de les conserver avec les produits réfrigérés

3.4 Assurer la qualité des vaccins
- respect de la chaîne de froid en particulier lors des transports
- contrôle effectif des températures
- protection des VAT et DTC contre la congélation.

3.5 Associer gestion des vaccins et gestion des produits pharmaceutiques
(cf. management)

4. Améliorer la gestion des moyens roulants

4.1 Suivre leur affectation et vérifier leur utilisation

4.2 Organiser - un système de maintenance efficace
- un stock de pièces détachées
- la maintenance préventive

à travers la mise en œuvre de contrôle technique à date régulière.
On peut recommander de mettre à profit l'inactivité (relative) de l'hivernage pour faire une révision systématique des moyens de transport

Il faut veiller qu'un tel système soit efficace au niveau le plus périphérique possible.

5. Etablir des claires lignes de responsabilité

Et donc redéfinir le rôle effectif des différents intervenants quant à la :
- la gestion des moyens

- la maintenance
- la supervision.

Ces responsabilités méritent de figurer dans les fiches de poste des agents concernés.

♦ Financement

1. Sources

1.1 Mettre en place une politique de financement concertée, confiant
- les investissements aux Partenaires Extérieurs
- le fonctionnement à l'Etat

Ceci doit se faire parallèlement à une évaluation du coût global du PEV qui, du fait de la variété des sources et des bénéficiaires, reste flou.

1.2 Dégager une capacité d'investissement

- Mettre en place un programme de renouvellement des équipements de la chaîne du froid

L'objectif est de renouveler, sous cinq ans, tous les équipements recensés dans une région donnée et achetés avant 1991 : il va de soi qu'un budget spécifique aura été alloué.

- Créer une ligne budgétaire prenant en compte l'amortissement du matériel

1.3 Garantir un budget de fonctionnement

- Mieux répartir les crédits

Les fonds ne doivent être alloués qu'en fonction de critères d'efficience (coût/efficacité), et assurer le financement des activités de base (pièces détachées maintenance, essence pour la stratégie avancée..) au détriment d'autres dépenses moins prioritaires.

- Actualiser le système de justification des fonds

Ceci éviterait des retards dans la mise à disposition des fonds et/ou l'amputation des budgets ultérieurs.

- Allouer un budget de maintenance

Toute dotation de matériel doit impérativement s'accompagner d'un crédit de maintenance représentant 5 à 10% (par exemple) du fonctionnement.

2. ASACO

2.1 Définir une stratégie de soutien financier

Ceci évitera le développement d'un système à deux vitesses, et la mise en péril des activités de vaccination dans les zones difficiles.

2.2 Clarifier les responsabilités et le système de financement

Ceci impose une analyse microéconomique et un support régional.

Il est ainsi recommandé de créer auprès des DRSP un bureau d'appui doté d'un budget spécifique pour les Asaco non-viables et les aires non-revitalisées

2.3 Maximiser l'apport financier lié aux cartes de vaccination
Il est recommandé de laisser aux Asaco l'intégralité de la vente des cartes.

3. Dépenses

3.1. Appliquer une politique « d'investissement durable »
Il est illusoire de multiplier les structures sanitaires sans leur garantir des moyens de fonctionnement.
Seules les structures répondant à un réel besoin et viables sur le plan financier seront équipées

3.2 Mieux gérer le budget de fonctionnement
Il est recommandé d'expliciter une méthodologie appropriée visant à :

- Introduire la notion de prix et de coûts
  Pour une gestion rigoureuse, le personnel doit acquérir au cours d'une formation spécifique une notion des coûts et prix, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

- Contrôler les dépenses superflues
  Il est impératif de contrôler les dépenses avant de déplorer l'insuffisance des crédits

- Mettre en place une contrôle des dépenses en vaccin
  Ainsi l'instauration d'une politique de vaccins ouverts permettra de réduire les dépenses en abaissant le taux de perte et d'en augmenter l'accessibilité.
  Cette politique, prônée par les directives UNICEF/OMS, est particulièrement importante dans le cadre de l'IIV.

- Mettre en œuvre un programme de gestion des équipements
  (cf. logistique)

- Protéger le budget de fonctionnement de stratégie avancée
  Pour cela, il est recommandé de doter les régions d'un budget spécifique permettant la couverture des frais de fonctionnement et de maintenance du matériel mobile

- Planifier des équipes mobiles en fonction de leur coût
  Ceci signifie prendre en compte le coût financier mais aussi leur efficacité par rapport aux objectifs du PEV

4. Renforcer le rôle de l 'agence technique/ centrale d'achat

- Revitaliser la structure existante
- Allouer un budget suffisant et des compétences appropriées
- Maximiser le « retour sur investissement »
  Les financements disponibles (IIV…) doivent être utilisés dans ce sens.
- Lui attribuer la gestion des équipements
- Impliquer des supports potentiels (ONGs, Privé local)

Ce rôle est d'autant plus important que l'IIV doit conforter l'autonomie nationale et accroître le rendement des dépenses PEV.

5. Réviser la politique de rémunération

5.1 Instituer un système de rémunération valorisant
- fondé sur des objectifs de service
- permettant une rétribution partielle au mérite
- lié à une évaluation rigoureuse

5.2 Diminuer le rôle des perdiems
Ils sont devenus des gratifications pour des activités à l'intérêt variable (séminaires à Bamako). Ils ne devraient être que mécanismes incitatifs à des tâches difficiles (vaccination de brousse).

5.3 Impliquer les agences partenaires
Ces ajustements ne seront effectifs que s'ils sont effectués en accord avec les partenaires extérieurs, qui constituent des sources de paiement non négligeables.

◆ Management

L'équipe d'évaluation considère que le PEV actuel souffre d'abord de problèmes de management.
Il faut définir des méthodologies simples et claires, enseigner leur utilisation et contrôler leur mise en œuvre sur le terrain dans l'ensemble du pays.

1. Améliorer la gestion du programme

1.1 Mettre en œuvre des objectifs réalistes
Les objectifs affichés permettent rarement de déterminer un cadre d'action.
L'appropriation par les agents de terrain des objectifs du PEV est insuffisante.

1.2 Planifier des activités faisables
Il est, par exemple, irréaliste de planifier, lors de l'hivernage, des activités mobiles/avancées dans de nombreuses régions.

1.3 Mettre sur pied un management effectif de l'ensemble des moyens logistiques
La création de magasins et d'ateliers dotés de moyens et de responsabilité élargis devrait y contribuer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire .

1.4 Revoir le système de gestion des vaccins.
Il est recommandé d'instaurer une gestion commune des médicaments et des vaccins qui prendra en charge le circuit du vaccins et des consommables dans l'ensemble du pays.

1.5 Coordonner les différents intervenants
Beaucoup de partenaires agissent ponctuellement tant au niveau central qu'en région sans coordonner leurs activités avec les autres intervenants. Il est recommandé de revitaliser le Comité National de Vaccinations qui doit, au moins, servir de plate-forme d'échanges.

1.6 Clarifier les responsabilités

- Etablir une description claire des compétences requises et des taches à effectuer à l'intérieur de la description de poste de chaque agent

- Fixer des lignes d'autorité claires
  permettant à chacun de connaître : 1) vis-à-vis de qui il est responsable pour l'exécution de l'ensemble de ces taches ; 2) ses responsabilité de management par rapport à ses subordonnés.

1.7 Affecter des moyens aux activités de gestion

Les moyens affectés à la gestion tant en matériel de base (papeterie) qu'en personnel doté d'une formation à la gestion sont insuffisants. A cette fin, il est possible d'identifier quelques ressources déjà existantes et mal utilisées et de les réaffecter.

1.8 Décentraliser la gestion des intrants

Les agents de terrain n'ont qu'une idée très relative des contributions qui permettent au PEV de fonctionner. Ils les utiliseront d'autant mieux qu'ils en connaissent les montants et participent à leur répartition.

2. Mettre en œuvre une politique des Ressources Humaines

2.1 Accroître l'efficacité du personnel

Des problèmes de motivation, une absence de « culture de service » sont des obstacles à une meilleure efficacité du système de santé. Il est recommandé de :

- Modifier la relation patient-prestataire
  grâce à une amélioration de l'état d 'esprit, de l' éthique du service

- Introduire un système de rétribution au mérite (cf. supra)

- Initiant un système de gratification et de ... sanction
  Les participations à certains séminaires et les avantages qui s'y rattachent devraient être considérés comme des récompenses réservées à certains agents Il est recommandé d'instaurer un système de récompenses (félicitations, médailles) pour les zones obtenant les meilleurs résultats et de ne pas tolérer les comportements déviants (tels que l'usage à des fins strictement personnelles des moyens de transport).

2.2 Adapter les tâches à la qualification

Il faut éviter de confier la charge du PEV aux agents les moins qualifiés
Ainsi la plupart des médecins ne considèrent pas qu'il est de leur rôle de vacciner. Ils renoncent même à animer et contrôler le PEV au profit de l'infirmier PEV qui lui-même délègue ces tâches dès que possible.
Il faut aussi encourager la promotion des meilleurs agents.

2.3 Adapter la formation

En dépit de multiples programmes des besoins existent sur le terrain. Il est donc recommandé de former ceux qui vaccinent . et d'évaluer la validité des formations.

3. Améliorer la supervision du PEV

« Revitaliser la supervision » et donc

3.1 Intégrer la supervision PEV à l'intérieur d'une supervision PMA

3.2 Revoir les activités de supervision

La supervision effective signifie la prise en charge des spécificités et des différentes composantes du PEV donc sur le terrain. Elle doit s'effectuer « en cascade », le niveau supérieur de la pyramide supervisant le niveau inférieur.

3.3 Mieux utiliser les budgets de supervision existants

Des problèmes de gestion semblent entraver la mise en œuvre régulière de cette activité

3.4 Intégrer la gestion des ressources humaines

Et motiver, responsabiliser le personnel

3.5 Mettre en place des supports de supervision intégrés

. Former au management les responsables du PEV

a formation doit mettre en avant les dimensions concrètes des problèmes et des solutions.
insi, il est recommandé d'insister sur la mise en œuvre de stratégies appropriées et pérennes
ui prennent en compte les contraintes, les moyens matériels et en personnel existants et le
oût/efficacité de chaque option.
'apprentissage de l'outil informatique est une nécessité.

◆ Epidémiologie

Doter les agents d'informations de base

Des données telles que :

- les populations-cibles : enfants de moins de 1 an et femmes en âge de procréer
- le taux de couverture : BCG, DTP3, VAR et VAT
- Taux d'abandon : DTP1-DTP3

sont indispensables à la gestion du programme.
Des lacunes d'information marquées doivent être comblées dans de nombreux centres.

Opérationnaliser ces données

2.1 Ne recueillir que les informations utilisables
'est pas justifier d'avoir un système individualisé de données PEV.

2.2 Les utiliser à des fins épidémiologiques et de management.

2. 3 Mettre à niveau les performances
xploitation au niveau central et régional est trop tardive et souvent incomplète et doit être
élioréc.

3. Organiser la retro information

- Ne pas s'arrêter au médecin chef
- Mieux informer la population (Asaco, association de femmes) sur la situation locale.

4. Utiliser l'outil informatique

La plupart des ordinateurs ne sont pas utilisés comme ils le devraient, et ce pour diverses raisons.
Il est donc recommandé :

4. 1 d'étendre progressivement le système informatique à partir d'un noyau efficient.

4.2 d'identifier des agents qui auront la responsabilité du système d'information PEV. Ceux-ci bénéficieront de formation et de rétribution conséquentes.

4.3 de confier la maintenance du système à des agents extérieurs sélectionnés sur des critères stricts.

4.4 de dégager une dotation minimum
Le coût de fonctionnement du système informatique induit des économies marquées : diminution des voyages, des coûts de communication... Reste à réduire en conséquence ces budgets.

4.5 d'utiliser le système informatique dans le cadre du PMA
Un tel système ne se justifie que s'il sert à l'ensemble des activités de santé.

◆ Population

1. Offrir des services appropriés

Intégrer le PEV à une offre de services différenciés. Par exemple :
- multiplier les séances et donc associer services curatifs et services préventifs grâce à une politique des vaccins ouverts;
- offrir un « PMS élargi » par l'intermédiaire d' équipes mobiles efficaces.

2. Développer une approche plus incitatrice

Comme indiqué plus haut la prestation PEV doit s'intégrer dans un ensemble de services plus attractifs à court terme.
A l'instar de nombreux pays, on peut envisager des moyens qui viseraient à faire des vaccinations une obligation légale. Ainsi on pourrait associer enregistrement de l'état civil et carte de vaccination ; conditionner l'inscription scolaire au respect des vaccinations... Le consultant est conscient qu'une telle approche obligatoire requiert des précautions, du temps et devra être modulée en fonction du contexte local. Ceci ne doit pas retarder la réflexion qui s'impose.

3. Appuyer les acteurs locaux

Leur implication est essentielle pour permettre une appropriation par les communautés locales.

Comme indiqué plus haut, il est recommandé d'associer les autorités à l'élaboration des plans et aux résultats du PEV.
Des relais tels que les agents de lutte contre l'onchocercose peuvent être mobilisés pour les actions d'IEC; ceci imposera de définir leur statut.

4. IEC

Il faut adapter l 'IEC et donc :

- différencier les messages en fonction des populations;
- adapter les moyens de diffusion selon celles-ci ;
- focaliser les campagnes sur les groupes à risque ;
- produire des messages adaptés aux groupes difficiles à atteindre ;
- insister sur les aspects qualitatifs : injections répétées, âge adéquat ;
- Élaborer et intégrer les volets IEC dans la micro-planification des cercles.

MANAGEMENT ET RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

Le consultant considère que le management constitue le problème numéro un du PEV.
Les recommandations, ci-dessous, reprennent les aspects essentiels de ce sujet en proposant des interventions par niveau.

I Les Pré-requis

1. Définir et appliquer des description de postes
Celles-ci doivent être remises au personnel et explicitées par les superviseurs. Elles seront utilisées lors des supervisions.

2. Proposer des objectifs professionnels
Ainsi, les formations sanitaires doivent fonctionner dans le cadre d'objectifs à atteindre en terme de contrôle des maladies et doivent attribuer un rôle défini à chaque agent, afin de réaliser ces objectifs.

3. Dégager des lignes d'autorité claires
L'ensemble du programme souffre de l'ambivalence actuelle entre autorité régionale qui peine à s'affirmer et tutelle centrale qui se désengage ; d'autant que les autorités sanitaires n'accordent de fait au PEV qu'une priorité relative.

4. Mettre en place une politique de suivi et d'évaluation
L'exploitation de données informatiques et des visites de terrain doivent permettre de suivre et d'adapter un programme trop souvent routinier.

II La mise en œuvre

1. Au niveau Central

Diverses entités contribuent au PEV. Elles peuvent y participer suivant divers schémas fonctionnels. Il est impératif de renforcer leur coopération.
Il est recommandé de répartir les compétences et les responsabilités entre :

- Les différentes directions du Ministère de la Santé Publique, responsables du management du programme et de la supervision ; des ressources humaines et de l'épidémiologie ;

- Le CNI, qui constitue la structure d'expertise et l'outil de formation ;

- La CPS, chargé de l'évaluation du programme et de la planification au niveau central

- La Pharmacie Centrale / Magasin et Ateliers Centraux chargés de tous les aspects logistiques en particulier de l'approvisionnement en vaccins ;

- La Direction des Affaires Financières qui veille au financement du programme et aux relations avec les financeurs.

2. Région

Toute réforme du PEV doit viser à renforcer les capacités de management des structures locales et leur rôle. Ces structures sont dotées de tâches différentes :

- La DRSP coordonne et contrôle toutes les activités du PEV. Il est responsable de la supervision et de la micro-planification. Il veille à affecter des moyens de gestion (papeterie, ordinateurs..) ;

- Un bureau est responsable du financement des soins de santé de base et du support des Asaco Il est chargé du suivi financier du PEV et dispose d'un budget à cette fin ;

- Le bureau du PEV est, au niveau régional, chargé de l'expertise locale, du suivi des opérations ainsi que du recueil et du traitement des données ;

- La pharmacie régionale et le magasin ont pour tâche la gestion des stocks et des commandes ;

- Les ateliers régionaux ont la charge du fonctionnement de l'ensemble des moyens des services sanitaires et en particulier du parc roulant et de la chaîne du froid.

- La DRSP contribue à adapter aux impératifs locaux, l'information relative au PEV.

. Centre de Santé

'objectif de ces structures doit être de renforcer l'efficacité du PEV

- Le Médecin chef est responsable du management du programme et des ressources humaines. Il est le garant de la qualité du programme ;

- Le bureau PEV est chargé de l'exécution du programme au niveau local ;

- La pharmacie locale est chargée de la gestion et du contrôle des vaccins et des consommables ;

- La gestion des moyens roulants reste à attribuer en fonction des conditions locales.

III Management et Supervision

La nécessité de renforcer la supervision fait l'unanimité. Il faut qu'elle devienne un outil de management.

1. Revitaliser la supervision

- Les activités de supervision impliquent l'ensemble de la pyramide sanitaire : les responsables PEV de cercle sont chargés du suivi des Centres de Santé ; la DRSP est chargée de la supervision des cercles ; les DRSP sont supervisées régulièrement par les départements centraux.
- Toute supervision est une activité intégrée et doit donc rassembler une équipe réduite couvrant plusieurs domaines sur le terrain. Elle s'effectue régulièrement.
- Elle s'appuie sur des outils matériels, les supports de supervision, qui permettent de mesurer le fonctionnement et l'efficacité des programmes.
- Elle doit comporter des actes de formation.
- Une mission de supervision doit se traduire par des résultats tangibles (commande/destruction de matériel, décisions budgétaires, félicitations/sanctions).
- La retroinformation et le suivi des recommandations issues des supervisions sont impératifs.

2. Identifier de nouveaux outils de management

- Les réunions PEV ont lieu régulièrement au niveau opérationnel et s'organisent autour d'objectifs précis.
- Les réunions doivent s'achever sur des comptes-rendus écrits qui incluent les résultats et les objectifs PEV.
- Résultats et les objectifs doivent être réalistes, contrôlables et ... contrôlés. L'informatique facilite ce processus.
- Une démarche identique doit être appliquée aux formations. Celles-ci sont organisées dans un but précis et doivent se traduire par impact sur le programme.

3. Etablir un tableau de bord

- Les responsables du PEV doivent établir des références communes en terme d'objectifs, de moyens (matériels, financiers, personnel) et de résultats. Ces données seront vérifiables et exhaustives.
- Elles sont présentées de façon régulière et diffusées tant dans les régions qu'au niveau national.
- Elles permettent une analyse comparative des réalisations du PEV à travers le pays, et donc la mise en œuvre d'activités appropriées.

ANNEXE VII

DEFINITION DES TERMES DE PRESTATION DE SERVICE

PHASE II « ENQUETE OPERATIONNELLE DU PEV »

Cette annexe définit la mission des experts responsables de l'Enquête Opérationnelle du PEV et en particulier celle des experts internationaux.

I OBJET de la PRESTATION

Réaliser, en appui des structures nationales, une évaluation visant à cerner, au niveau national, les aspects opérationnels du PEV :

- organisation institutionnelle
- financement
- logistique
- système d'information

II ORGANISATION DE LA CONSULTATION

2.1 Consultants internationaux

Une équipe de trois experts internationaux, un spécialiste de l'économie de la santé, un logisticien, un médecin de santé publique est requise. Ils sont respectivement chargés des :

- aspects institutionnels et financiers du PEV
- équipements de la chaîne de froid et de la logistique du PEV
- problèmes relatifs à l'utilisation et à la qualité des services ainsi que du système d'information. Il assurera en outre la coordination de l'intervention.

2.2 Consultants nationaux

Afin de mener à bien ce programme, des experts nationaux seront sélectionnés d'un commun accord entre la CPS et la société de service retenue dans les domaines suivants :

- santé publique et épidémiologie
- économie de la santé et sociologie
- logistique

Y seront adjoints des personnels de soutien chargés de la gestion, du secrétariat et du transport.
Leurs termes de référence seront définis dans un document ad-hoc.

2.3 Fonctionnement

Les experts sont placés sous la coordination du comité de pilotage
et sous l'autorité de son directeur

Ils collaborent étroitement avec

les experts nationaux responsables du domaine de référence

les agences internationales partenaires du PEV en particulier, Unicef, PNUD, USAID, OMS ....

L'expert principal international a charge de cordonner l'ensemble du projet et en particulier le travail des équipes d'enquête.

III TACHES COMMUNES

3.1 Organisation

- Veiller à la mise en place des structures nationales : Comité de Pilotage, Comité National d'Enquête, Equipe de gestion
- Assister à la constitution des équipes régionales
- Définir le calendrier d'activités

3.2 Expertise

Mettre en œuvre l'évaluation en particulier :

- Finaliser la méthodologie en élaborant les outils en particulier : questionnaires, échantillons, logiciels de saisie.
- Organiser/participer à la formation
- Participer à l'enquête sur le terrain

Servir de référence technique dans le cadre de l'évaluation du PEV et pour les aspects opérationnels suivants :

- aspects institutionnels et gestion du programme
- financement
- chaîne de froid et logistique
- gestion du stock des vaccins et des consommables
- qualité des services

Réaliser l'analyse des résultats au niveau national

Rédiger un rapport de synthèse

Contribuer à la bonne gestion du programme d'évaluation entreprise

IV TACHES PARTICULIERES

4.1 Experts en Economie de la Santé

Outre les tâches communes précédemment définies qui constituent l'objet de la mission d'expertise, l'expert(e) en économie de la santé sera plus particulièrement chargé(e)

- des problèmes du financement et de gestion du PEV
- des aspects institutionnels.

4.2 Experts en logistique

Outre les tâches communes précédemment définies qui constitue l'objet de la mission d'expertise, l'expert(e) en logistique sera plus particulièrement chargé

- des problèmes de la chaîne de froid et de logistique
- de la gestion du stock des vaccins et des consommables.

4.3 Experts en santé publique

Outre les tâches communes précédemment définies qui constitue l'objet de la mission d'expertise, l'expert en santé publique sera plus particulièrement chargé

- du système d'information
- de la qualité des services

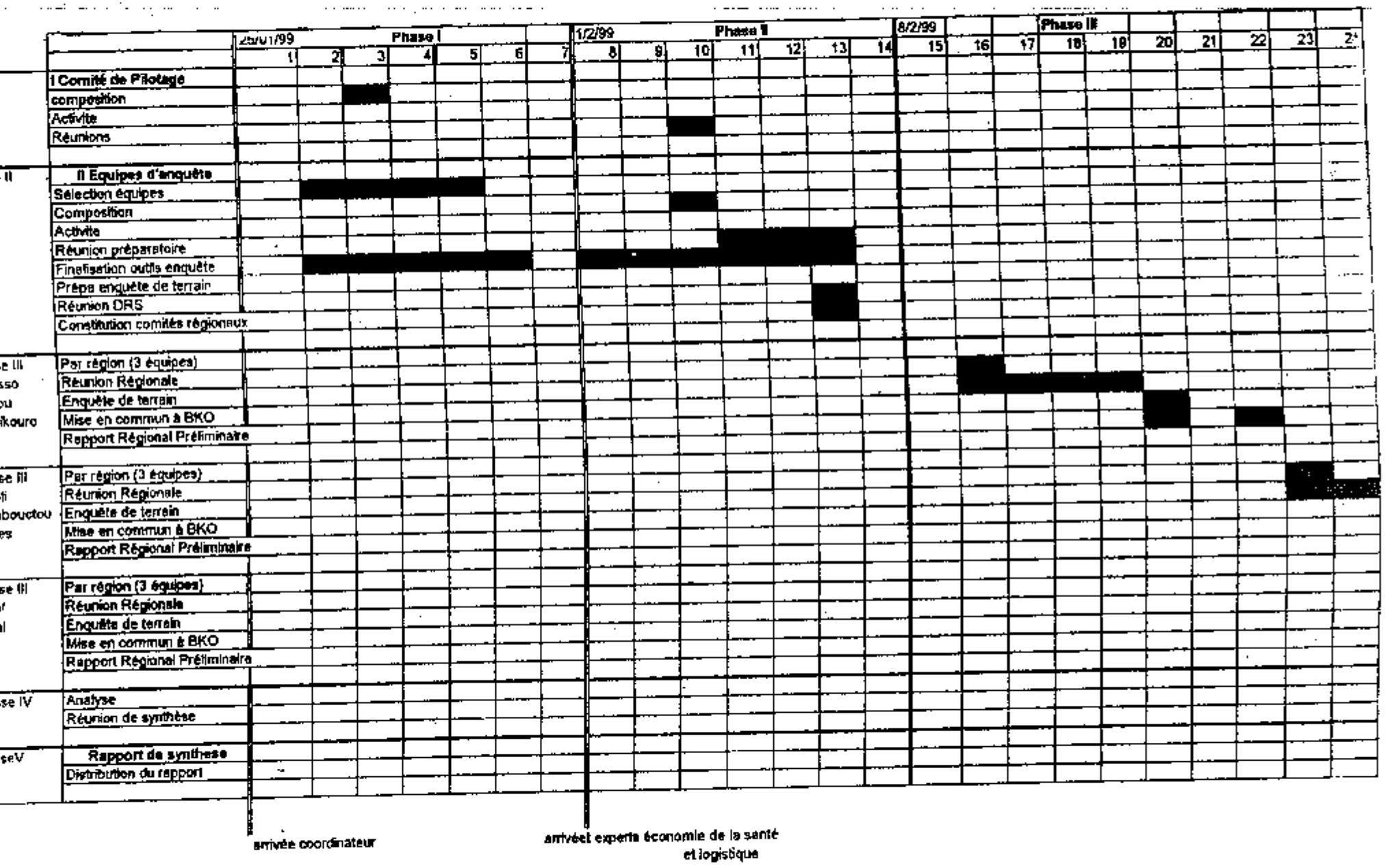
4.4 Coordinateur

4.4.1 Participer à la Gestion du programme d'évaluation et de :

- Proposer un cadre budgétaire détaillé
- Définir les termes de référence des experts nationaux
- Participer à la supervision du personnel
- Superviser les aspects logistiques de l'évaluation

4.4.2 Coordonner la rédaction du rapport

4.4.3 Le Coordonnateur International participera ultérieurement au processus de restitution et de dissémination des résultats de l'enquête.


25/01/99
Phase I
1/2/99
Phase II
8/2/99
Phase III
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
I Comité de Pilotage
composition
Activite
Réunions
II Equipes d'enquête
Sélection équipes
Composition
Activite
Réunion préparatoire
Finalisation outils enquête
Prépa enquête de terrain
Réunion DRS
Constitution comités régionaux
Par région (3 équipes)
Réunion Régionale
Enquête de terrain
Mise en commun à BKO
Rapport Régional Préliminaire
Par région (3 équipes)
Réunion Régionale
Enquête de terrain
Mise en commun à BKO
Rapport Régional Préliminaire
Par région (3 équipes)
Réunion Régionale
Enquête de terrain
Mise en commun à BKO
Rapport Régional Préliminaire
Analyse
Réunion de synthèse
Rapport de synthèse
Distribution du rapport
arrivée coordinateur
arrivée experts économie de la santé et logistique

Annexe IX

Composition du Comité de Pilotage

CPS	:	Mr Mamadou Ballo, Président du Comité
DNSP	:	Dr Mamadou Kané
DNAS	:	Dr Gaoussou Traoré
		Mr Ousmane Guindo
CNIECS	:	Felix Sidibé
CNI	:	Mamadou Konaté
	:	Alpha Mahamoudou Guiteye
OMS		Dr Sidi Konaré
		Dr George Kertesz
PNUD	:	Mme Haoua Paul Diawara
Union Européenne	:	Dr Laurent Lob
USAID	:	
Unicef	:	Dr Bruno Martin
		Bréhima Diallo
PHI Consulting	:	Dr M. Duprat

Annexe X

Liste des abréviations

ASACO	Association de Santé Communautaire
CNI	Centre National d'Immunisation
CNIECS	Centre National d'Information, Education, Communication Sanitaire
CPS	Cellule de Planification Sanitaire
CSA	Centre de Santé
CSAR	Centre de Santé Revitalisé
CSC	Centre de Santé de Cercle
CSCom	Centre de Santé Communautaire
DAF	Direction des Affaires Financières
DE	Division d'Epidémiologie
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
ENCV	Enquête Nationale de Couverture Vaccinale
EOP	Enquête Opérationnelle
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations Communautaires
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IIV	Initiative d'Indépendance Vaccinale
MSAPS	Ministère de la Santé des Personnes Agées et de la Solidarité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNUD	Programme de Nations Unies pour le Développement
TT	(antiar)Toxine Tétanique
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPO	Vaccin Polio Oral

SOMMAIRE