

# Présidence de la République du Mali

HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE  
SIDA



---

---

## RAPPORT NATIONAL UNGASS 2008

*Période : Janvier 2006 - Décembre 2007*

---

---

*Janvier 2008*

## Sigles et acronymes

AF	Aide Familiales
AFAS	Association des Femmes pour l'Aide et le Soutien aux PVVIH
AGC	Agence de Gestion des Contrats
AGF	Agence de Gestion Financière
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AMAS	Association Malienne d'Aide et de Soutien aux PVVIH
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale
ARCAD SIDA	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile
ARV	Anti Rétro Viraux
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAFO	Coordination des Associations et ONG Féminines
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CEC	Centre d'Ecoute Communautaire
CESAC	Centre de Soins, d'Animation et de Conseils
COFESFA	Coopérative des Femmes pour l'Education à la Santé Familiale et l'Assainissement
CPN	Consultation Pre Natale
CSCOM	Centre de Santé de Communautaire
CSLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA
CSP	Coalition du Secteur Privé
CSRef.	Centre de Santé de Référence
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DNICT	Direction Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
DPSE	Département Planification Stratégique et Suivi Evaluation
EAA	Equipe d'Appui et d'Apprentissage
GPSP	Groupe Pivot Santé Population
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
HDNI	Hemodilatation Normovolémique Internationale
ICPN	Indice Composite de Politiques Nationales

IEC	Information Éducation Communication
INRSP	Institut National de Recherches en Santé Publique
IO	Infections Opportunistes
ISBS	Etude Comportementale et de Séroprévalance du VIH
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	Projet Multisectoriel de lutte contre le SIDA
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PCIOEV	Programme Concerté d'Intervention auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PS	Professionnelles du Sexe
PSAMAC	Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique du Centre
PSAMAO	Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest
PSI	Service International pour la Population
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Ressources et Dépenses de Lutte contre le VIH et le SIDA.
RMAP+	Réseau Malien des Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et Evaluation
SE-HCNLS	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
SFPS	Santé Familiale et de Prévention du SIDA
TDR	Termes de Références
TES	Technique d'Epargne Sanguine
TH	Transfusion Homologue
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAC	Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil
USAID	Agence américaine pour le Développement International
VA	Vendeuses Ambulantes
VIH	Virus de l'Huminodéficience Humaine

## Table des matières

Sigles et acronymes.....	2
Table des matières.....	4
Liste des tableaux.....	6
<b>I. Présentation du Mali.....</b>	<b>7</b>
<b>II. Aperçu de la situation.....</b>	<b>8</b>
2.1 Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport.....	8
2.2 La situation actuelle de l'épidémie.....	9
2.3 La riposte au plan politique et programmatique.....	10
2.4 Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS.....	12
<b>III. Aperçu de l'épidémie de sida.....</b>	<b>15</b>
3.1. Système national de surveillance au Mali.....	15
3.2. Prévalence du VIH dans la population générale.....	16
3.3. Prévalence du VIH au sein des groupes à haut risque.....	18
3.3.1 Professionnels du sexe.....	19
3.3.2 Vendeuses ambulantes.....	19
3.3.3 Aides familiales.....	19
3.3.4 Routiers :.....	20
3.3.5 Coxeurs.....	20
3.4. Surveillance du VIH dans les sites sentinelles.....	20
3.5. Prévalence du VIH dans le programme de PTME.....	22
3.6. Prévalence chez les donneurs de sang.....	22
3.7. Prévalence du VIH chez les malades tuberculeux.....	23
3.8. Déterminants de la transmission du VIH et ampleur de l'épidémie.....	24
3.9.1 Déterminants de la transmission.....	24
3.9.2 Ampleur de l'épidémie.....	25
3.9. Situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV).....	25
<b>IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida.....</b>	<b>26</b>
4.1. Elaboration des politiques.....	26
4.1.1 Planification stratégique.....	27
4.1.2 Appui politique.....	31
4.2. Mobilisation des ressources, dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le SIDA.....	32
4.2.1 Sources de financement.....	32
4.2.2 Financement des programmes.....	36
4.3. Prévention.....	37
4.4. Traitement, soins et soutien.....	38
4.5. Participation de la société civile.....	38
4.6. Connaissances et changements intervenus dans les comportements.....	38
4.7. Atténuation de l'impact.....	38
<b>V. Meilleures pratiques.....</b>	<b>39</b>
5.1. Direction politique.....	39
5.2. Environnement politique propice.....	39
5.3. Intensification des programmes efficaces de prévention.....	39

5.3.1. Réduction de la transmission du VIH chez les PS et leurs clients : Association SOUTOURA .....	39
5.3.2. Cas du Centre de prise en charge à base communautaire de Koulikoro.....	42
5.3.3 Diversification des méthodes dans les approches de prévention contre le VIH et le SIDA, cas du Groupe Pivot Santé Population .....	45
<b>5.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien.....</b>	<b>47</b>
5.4.1 Collaboration entre le SE-HCNLS et le laboratoire privé ALGI dans le cadre du suivi biologique des patients sous ARV .....	47
5.4.2 La décentralisation de l'accès aux soins et aux traitements pour les PVVIH au Mali, Cas de ARCAD SIDA.....	49
5.4.3 Chorale des veuves et orphelins du SIDA.....	51
5.4.4 Utilisation des techniques d'épargne sanguine en milieu chirurgical dans les hôpitaux nationaux.....	52
5.4.5 Le Programme Concerté d'intervention auprès des Orphelins et autres enfants Vulnérables (PCIOEV).....	54
<b>5.5. Suivi et évaluation .....</b>	<b>58</b>
<b>VI. Principaux obstacles et mesures correctives.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2005 à l'UNGASS .....</b>	<b>59</b>
6.1.1. Approvisionnement en lait artificiel.....	59
6.1.2. Elargissement de la couverture dans les districts sanitaires.....	59
6.1.3. Formation du personnel socio sanitaire des secteurs public, privé et communautaire.....	59
<b>6.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale et progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS.....</b>	<b>60</b>
<b>VII. Soutien des partenaires au développement.....</b>	<b>60</b>
<b>7.1. Soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS.....</b>	<b>60</b>
<b>7.2. Actions devant être entreprises par les partenaires afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS.....</b>	<b>63</b>
<b>VIII. Suivi et évaluation .....</b>	<b>63</b>
<b>8.1. Aperçu du système actuel de suivi et évaluation .....</b>	<b>63</b>
8.1.1 Le dispositif institutionnel de suivi- évaluation : les niveaux d'intervention des structures et institutions.....	63
8.1.2 Les sources des données.....	64
8.1.3 Le circuit global des données et de l'information .....	66
8.1.4 Le traitement et l'analyse des données .....	70
<b>8.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système Suivi Evaluation complet.....</b>	<b>70</b>
<b>8.3. Mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés .....</b>	<b>71</b>
<b>8.4. Besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation. ....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA.....</b>	<b>74</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs UNGASS. ....	12
Tableau 2 : Évolution de la prévalence du VIH entre les EDSM III et IV selon le sexe, l'âge, la région et le milieu de résidence au sein de la population générale au Mali .....	17
Tableau 3 : Taux de prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risque.....	18
Tableau 4 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes testées (n) dans les sites sentinelles de 2002 à 2007 au Mali.....	21
Tableau 5 : Bilan des résultats obtenus par les centres de PTME au Mali janvier à novembre 2007.....	22
Tableau 6 : Résultats des tests de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par CSRef.....	24
Tableau 7 : Appuis aux OEV.....	26
Tableau 8 : Montants des ressources disponibles et l'orientation des appuis selon le mécanisme pour la période 2007-2010. ....	61
Tableau 9 : Description des rôles des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et le SIDA selon le secteur.....	64

## I. Présentation du Mali

La République du Mali située au cœur de l'Afrique de l'Ouest se distingue par sa grande taille avec une superficie de 1 241 248 km<sup>2</sup>. Elle partage environ 7200 km de frontière avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud-Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

Le Mali est divisé en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et le District de Bamako qui a rang de région. Il compte 49 préfectures, 289 sous-préfectures, 703 communes dont 19 urbaines et 684 rurales.

La population résidente du Mali est estimée à 12.251.019 habitants en 2006<sup>1</sup> dont 49,5% d'hommes et 50,5% de femmes. La densité moyenne est de 9,2 habitants au km<sup>2</sup>. La population des zones urbaines représente 26,8% du total mais la répartition spatiale est inégale avec plus de 3/4 de la population occupant moins de 10% du territoire.

Les femmes représentent près de 52% de la population. L'espérance de vie est de 51.9 ans pour la population générale et spécifiquement 52.8 ans pour les femmes. L'unité sociale de base est la « grande famille » ce qui implique l'influence substantielle de celle-ci sur le comportement des individus particulièrement en milieu rural où les membres d'une même famille vivent dans des concessions comprenant plusieurs ménages. Presque la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans et plus de 45% pour la tranche d'âge 15-49 ans.

La religion dominante est l'islam avec environ 90% de musulmans.

L'économie du Mali est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le Mali est classé comme pays à faible Indice de développement humain selon les critères du PNUD.

Au plan de l'instruction de la population, 34% d'hommes et 23% des femmes ont fréquenté l'école. Ces proportions bien que faibles indiquent une amélioration du niveau d'éducation des populations par rapport à celles des générations antérieures.

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

- Le niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation, de mobilisation des ressources et de prise décision politique ;
- Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique ;
- Le niveau opérationnel qui planifie, programme et exécute les activités en faveur de la santé des populations.

---

<sup>1</sup> Selon les perspectives de la population résidente au Mali – RGPH98.

## **II. Aperçu de la situation**

### **2.1 Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport**

Le Mali est confronté à la problématique de l'infection à VIH depuis la notification du premier cas de sida en 1985. Depuis 2001 la riposte à l'épidémie a pris une dimension multisectorielle et coordonnée par le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA lequel est présidé par le Président de la République.

Cet engagement national a été plus renforcé avec la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA suite à laquelle chacun des pays élabore tous les deux ans un rapport de suivi des engagements pris. Au Mali, la rédaction de ce rapport (2006-2007) s'est effectuée en collaboration avec différents partenaires dont ceux de la société civile, le processus comporte plusieurs étapes.

#### **Constitution d'un Groupe de travail**

Pour assurer la gestion courante des activités qui s'inscrivent dans le processus de rédaction du rapport, il a constitué un groupe restreint composé de représentants de plusieurs structures parmi lesquelles :

- le SE-HCNLS ;
- ONUSIDA ;
- la CSLS-MS ;
- CDC Mali ;
- RMAP+ ;
- UNICEF.

Ce groupe dont le coordinateur est le Chef du Département Planification Stratégique et Suivi Evaluation du SE-HCNLS a en outre effectué : i) le recueil des données pour le renseignement des indicateurs ; ii) la vérification de la qualité des données collectées ; et iii) le remplissage du questionnaire ICPN.

#### **Tenue de l'atelier d'orientation des partenaires**

Les travaux de l'atelier ont porté sur la présentation et les discussions sur les points suivants :

- Structure du Rapport UNGASS 2008 ;
- Indicateurs à renseigner et leurs sources ;
- Indice composite de politiques nationales notamment l'identification des structures devant être impliquées dans le remplissage du questionnaire ICPN ;
- Validation des propositions des TDR du groupe restreint et du groupe de travail ;
- Chronogramme d'élaboration du rapport UNGASS 2008.



## Collecte, analyse des données et rédaction du Rapport

Au plan de la collecte et de la validation des données, la CSLS-MS et CDC Mali ont contribué au recueil des données relatives à la surveillance sentinelle, la sécurisation de la transfusion sanguine et celles portant sur les enquêtes ISBS. Les données concernant les PVVIH ont été fournies par le RMAP+. Lors du remplissage du questionnaire ICPN, plusieurs structures ont intervenu en l'occurrence le SE-HCNLS, le GP/SP, la CAFO, ARCAD SIDA, RMAP+.

S'agissant de la rédaction, le groupe de travail a bénéficié de l'appui d'un consultant régional UNGASS. Par ailleurs, pour la rédaction du chapitre V (Meilleures pratiques), le Groupe de travail a reçu de plusieurs structures/associations des informations sur les activités, approches d'intervention... qui ont été retenues comme meilleures pratiques en matière de riposte au VIH et au SIDA. Il s'agit de :

- l'association SOUTOURA ;
- l'association ARCAD SIDA ;
- le SE-HCNLS ;
- RIOEV ;
- GP/SP ;
- Bristol-Myers Squibb.

## Tenue de l'atelier de validation du Rapport

Au terme de la rédaction du rapport, un atelier de validation a été réalisé en vue de recueillir les observations, commentaires et suggestions pour améliorer le rapport. Cet atelier a enregistré la participation des représentants des secteurs public, privé, de la société civile ainsi que des PTF.

Tout le processus pour la rédaction du rapport a connu une participation des représentants de l'association des PVVIH (RMAP+), des associations et ONG intervenant dans la prévention, les soins et traitements, le conseil dépistage volontaires et le soutien aux PVVIH et aux OEV.

### **2.2 La situation actuelle de l'épidémie**

Au Mali, le taux de prévalence (1,3% en 2006 selon l'EDSM IV) reste faible. Cependant les données relatives au niveau de connaissance des personnes sur le SIDA révèlent que le pourcentage de personnes ayant entendu parler du VIH a baissé entre l'EDSM III et l'EDSM IV en passant de 90,3% à 86,2% pour les femmes de 15-49 ans et de 98,1% à 90,6% chez les hommes de la même tranche d'âge.

Du point de vue des tests de dépistage du VIH, il ressort qu'au niveau des CCDV, sur 26489 ayant subi un test VIH 25989 (98,1%) connaissent<sup>2</sup> leur statut sérologique. Au niveau des sites PTME, 48 019 femmes enceintes ont été bénéficié de conseil post test sur 99.130 vues en CPN.

---

<sup>2</sup> Pour avoir bénéficié du conseil post test.

Chez les personnes à haut risque, les résultats de l'enquête ISBS indiquent que 61,6% des professionnelles du sexe ont été au moins une fois testées pour le VIH au cours de leur vie ; ce taux est de 13,6% pour les vendeuses ambulantes, 1,7% chez les aides familiales, 26,6% chez les coxeurs et 17,3% chez les routiers. Les données sur la connaissance des résultats ne sont pas disponibles pour la raison que l'information n'a pas été recueillie lors de la collecte.

La prise en charge ARV des personnes déjà infectées se fait dans 45 sites de traitement. En 2006, sur 30 473 personnes (selon les estimations sur Spectrum) 11 508 adultes et enfants bénéficient de ces services, soit 37,8%. Les données montrent que sur 2911 enfants (moins de 15 ans) qui devaient être sous ARV, 690 le sont, soit 23,7%. Ce taux est de 39,2% pour les adultes (15 ans ou plus).

La répartition selon l'âge montre que 13,3% des personnes sous ARV ont moins de 15 ans contre 40,9% pour celles qui ont 15 ans ou plus.

Ce résultat a connu une évolution positive entre 2006 et 2007 avec 47,6% de personnes (adultes et enfants) sous ARV en 2007 ; 31,8% ont moins de 15 ans tandis que 49,4% ont 15 ans ou plus.

Par ailleurs, les activités de PTME ont permis à 928 femmes enceintes de bénéficier de la prophylaxie ARV sur 8570 attendues en 2007, ce qui correspond à un taux de couverture de 10,8% contre 8,6% observé en 2006.

### **2.3 La riposte au plan politique et programmatique**

La riposte nationale contre le fléau est marquée à la fois par des forces et des faiblesses. Parmi les forces, on peut citer une forte volonté et un grand engagement politique, un esprit d'initiative de la société civile. Le cadre de gouvernance général est porteur pour la création de la réponse locale durable et le cadre institutionnel se prête à la pleine participation de l'ensemble des acteurs publics, privés et civils.

La mise en œuvre de la politique de prise en charge laisse entrevoir de grands espoirs en matière de prévention, le dépistage volontaire s'ancre et la politique de gratuité des ARV sauve des vies. Sur une prévision de prise en charge de 26 000<sup>3</sup> personnes à l'horizon 2009, le nombre de personnes ayant bénéficié d'ARV est de 15 450 (enfants et adultes) en novembre 2007, soit un taux de 59,4%.

Les partenaires techniques et financiers contribuent à créer les conditions stratégiques adéquates de lutte à travers : i) le renforcement des capacités des acteurs nationaux, l'appui en matériels et équipements ; ii) l'appui technique et financier dans l'élaboration des plans sectoriels des ministères, etc.

---

<sup>3</sup> Selon les projections du Plan sectoriel de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé.

S'agissant des faiblesses, elles concernent la portée de la couverture de la réponse. Celle-ci doit s'étendre à l'ensemble du territoire national et porter sur l'offre de services de prévention, soins, traitement, etc.

Par ailleurs, il y a un besoin de renforcer les actions sur les questions relatives à la stigmatisation et à la discrimination.

Ayant tiré des enseignements des efforts antérieurs, le Mali a décidé d'étendre davantage la réponse à grande échelle d'une manière multisectorielle et globale. Ainsi, une déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA fut adoptée le 7 avril 2004. Le Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) a été réorganisé. Il comporte une représentation égalitaire entre le secteur public, le secteur privé et le secteur de la société civile qui compte en son sein les représentants des associations de Personnes Vivant avec le VIH. Les représentants des partenaires techniques et financiers y sont aussi associés. La structure, tout comme son organe d'exécution, le Secrétariat Exécutif, ont été placés sous la responsabilité directe du Chef de l'Etat.

## 2.4 Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

**Tableau 1 : Indicateurs UNGASS.**

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
	<b>Indicateurs d'engagement et d'action au plan national</b>		
1	Dépenses consacrées au sida, par catégories et source de financement	Voir résultats REDES	Rapport de la collecte des données sur les ressources et les dépenses nationales (REDES) dans la lutte contre le VIH et le SIDA au Mali, Septembre 2007. SE-HCNLS.
2	Indice composite des politiques nationales (ICPN)	Questionnaire ICPN	SE-HCNLS, GP/SP, ARCAD SIDA, CAFO, RMAP+
	<b>Indicateurs du programme national</b>		
3	Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité	93,6%	100% des poches de sang sont testées systématiquement pour le VIH SIDA. Seules les poches de sang collectées à Bamako ont fait l'objet d'un contrôle de qualité externe.
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	37,8 % pour les enfants et adultes ; 23,7% pour les moins de 15 ans ; 39,2% pour les 15 ans ou plus	Cet indicateur a été calculé à partir des données du Rapport de prise en charge antirétrovirale des personnes infectées par le VIH au Mali et des Estimations faites avec EPP & Spectrum
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	13,4 % en 2007 contre 8,6% observé en 2006	Calculé à partir des données programmatiques (Rapport PTME) et des Estimations faites avec EPP & Spectrum
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	ND	Cet indicateur n'est pas disponible, toutefois une étude récente (2007) révèle que la prévalence du VIH chez les tuberculeux est de 16,2% (36/222) ; 13,3% (19/143) chez les hommes et 21,5%(17/79) chez les femmes.
7	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	Cet indicateur n'est pas disponible, toutefois, selon les données sur les sites PTME : 48019 conseillées post test sur 99 130 vues en CPN ; 25989/26489 pour les CCDV.

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	6,6% pour les PS	La valeur de l'indicateur est sous estimée car le numérateur concerne les PS de Bamako tandis que le dénominateur prend en compte toutes les PS du Mali HSH : ND ; CDI : ND.
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre	ND	Pour cet indicateur, il n'y a pas de données disponibles pour renseigner le numérateur. En effet, l'information disponible est le nombre de contacts et non le nombre de PS atteintes. Ainsi de janvier à juin 2007, 103 653 contacts ont été effectués avec les PS lors de la mise en œuvre des programmes de prévention. HSH : ND ; CDI : ND.
10	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	44,5%	En l'absence d'enquête nationale, les données de programme fournissent les informations parcellaires sur cet indicateur. Nombre = 5548 orphelins bénéficiant de soutien psychosocial (vêtements, scolarités, ...) sur 12 480 recensés sur les sites de traitement ARV.
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	ND	Cet indicateur ne peut pas être renseigné. Néanmoins, des modules d'enseignement ont déjà été élaborés.
<b>Indicateurs de connaissances et de comportements</b>			
12	Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non orphelins âgés de 10 à 14 ans	ND	Les données disponibles concernent tous les orphelins sans distinction selon type (père, mère ou les 2 parents) en termes de réalisation. Selon les estimations faites sur Spectrum & EPP, le nombre d'orphelins du SIDA de père et de mère est estimé à 3544 en 2006.
13	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	55%	Cet indicateur est renseigné partiellement car les données sur le rejet des idées fausses ne sont pas disponibles. Ainsi, 53,9% des femmes et 59% des hommes de 15-24 ans connaissent les 2 premiers moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH. Pour l'ensemble des 2 sexes, 55%.

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Usage condoms = 99,1% (PS) ; Fidélité = 10,8% (PS) ; Usage condoms & fidélité = 9,0% (PS).	Cet indicateur est renseigné partiellement. Les données sur le rejet des idées fausses ne sont pas disponibles.  HSH & CDI : données ND
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	15,6%	2,8% pour les hommes ; 26,6% pour les femmes.
16	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.	5,2%	Hommes = 22,8% ; Femmes = 1,5%.
17	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	20,1%	Femmes= 17,3% ; Hommes= 37,5%.
18	Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	98,5%	Moins de 25 ans = 97,4% ; 25 ans ou plus = 99,2%.
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	53,9%	L'enquête a couvert seulement le District de Bamako, elle est la phase pilote d'une étude qui s'étendra à d'autres régions,
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	-
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	ND	-
<b>Indicateurs de l'impact du VIH</b>			
22	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés 15 à 24 ans infectés par le VIH	2,3%	15-19 ans = 2,2% ; 20-24 ans = 2,4%.




N°	Indicateurs	Niveau	Observations
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	PS = 35,3% ; PS (<25 ans) = 25,7% ; PS (25 ans ou plus) = 40,7%. VA = 5,9% ; AF = 2,2% ; Coxeurs = 2,2% ; Routiers = 2,5%.	Pour le sous-groupe des PS, les données sont disponibles seulement pour les femmes car les hommes ne sont pas concernés.  HSH=17% (selon une étude pilote réalisée à Bamako en février 2007). CDI : ND
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	71,7%	Selon le sexe et l'âge (mois de 15 ans et 15 ans ou plus) le taux est le même.
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	3,5%	De janvier à août 2007, sur 141 nourrissons ayant bénéficié de la sérologie VIH à 18 mois, 5 ont été positifs au VIH.

Après la présentation de la situation de la riposte au plan programmatique et des indicateurs, il apparaît important de donner un aperçu de l'épidémie du SIDA au niveau du pays.

### III. Aperçu de l'épidémie de sida

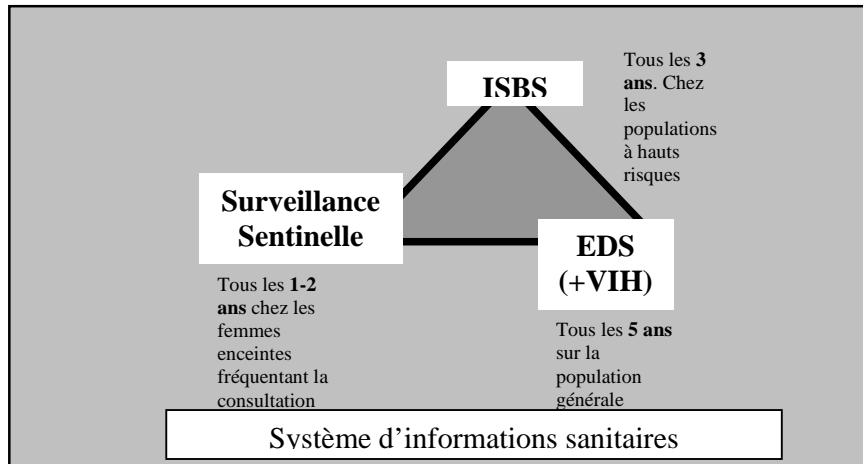
#### 3.1. Système national de surveillance au Mali

La surveillance de l'infection à VIH est réalisée à travers un système comportant les éléments suivants :

-  La surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes ;
-  La surveillance intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements au sein des groupes à risque au Mali (ISBS) ;
-  L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) auprès de la population générale.

Ce trépied repose sur le système d'informations sanitaires (SIS) par la notification des cas de SIDA et des décès dus au SIDA dans les structures sanitaires.

## Modèle de surveillance épidémiologique du VIH au Mali.



### 3.2. Prévalence du VIH dans la population générale

En 2006, la prévalence du VIH au niveau national était de 1,3% avec 1,1% chez les hommes et 1,5% chez les femmes. L'analyse comparative des résultats obtenus de l'ESDM-III (2001) et l'EDSM-IV (2006) permet de conclure :

- une baisse significative du taux de prévalence du VIH dans la population générale passant de 1,7% en 2001 à 1,3% en 2006 ( $p < 0,05$ ) ;
- la prévalence dans les régions est relativement stable sauf dans la région de Kayes où on observe une baisse significative (1,9% en 2001, 0,7% en 2006). Au niveau des régions de Mopti et de Gao, on observe une augmentation de la prévalence qui passe respectivement de 1,4% à 1,6% et de 0,6% à 1,4% ;
- chez les femmes et les hommes la prévalence est restée stable entre 2001 et 2006. Il en est de même pour les milieux urbain et rural ;
- dans tous les groupes d'âge, on observe une relative stabilité entre les différentes tranches d'âge (Cf. tableau 2).



**Tableau 2 : Évolution de la prévalence du VIH entre les EDMS III et IV selon le sexe, l'âge, la région et le milieu de résidence au sein de la population générale au Mali**

Caractéristiques	Taux de Prévalence VIH Sida			Valeur de p
	EDSM III 2001	EDSM IV 2006*	Test X <sup>2</sup>	
<b>Ensemble (Mali)</b>	<b>1.7 (6846)</b>	<b>1.3 (n=8140)</b>	<b>3.92</b>	<b>0.0487</b>
<b>Par Sexe</b>				
Homme (15-19 ans)	1.3 (2978)	1.1 (n=4101)	0.66	0.415
Femme (15-49 ans)	2.0 (3854)	1.5 (n=4526)	3.01	0.082
<b>Par tranche d'âge</b>				
<b>15 - 19</b>	<b>0.8 (1369)</b>	<b>0.7 (n=1866)</b>	<b>0.12</b>	<b>0.726</b>
<b>20 - 24</b>	<b>1.1 (1176)</b>	<b>1.1 (n=1476)</b>	<b>0</b>	<b>0.95</b>
25 - 29	2.3 (995)	1.5 (n=1196)	1.92	0.165
30 - 34	3.4 (916)	2.2 (n=1123)	2.53	0.111
35 - 39	2.1 (805)	1.5 (n=933)	0.92	0.337
<b>40 - 44</b>	<b>1.4 (675)</b>	<b>1.9 (n=788)</b>	<b>0.73</b>	<b>0.392</b>
45 - 49	1.5 (501)	1.0 (n=757)	0.70	0.402
<b>Par Région</b>				
<b>Kayes</b>	<b>1.9 (881)</b>	<b>0.7 (n=1001)</b>	<b>5.63</b>	<b>0.017</b>
Koulikoro	1.9 (1139)	1.4 (n=1351)	1.05	0.304
Sikasso	1.0 (1274)	0.7 (n=1323)	0.89	0.344
Ségou	2.0 (1154)	1.5 (n=1298)	0.95	0.329
Mopti	1.4 (871)	1.6 (n=1149)	0.12	0.728
Tombouctou	0.8	0.7 (n=362)	-	-
Gao	<b>0.6</b>	1.4 (n=315)	-	-
Kidal	1.5	0.8 (n=26)	-	-
Bamako	2.5 (1183)	2.0 (n=1313)	0.88	0.349
<b>Milieu de Résidence</b>				
Urbain	2.2 (2082)	1.7 (n=2917)	1.58	0.208
Rural	1.5 (4764)	1.1 (n=5222)	3.13	0.077

*Extrait: Fiche synthèse SE-HCNLS rapports EDMS-III et EDMS-IV (\* résultats provisoires, 8/04/2007)*

### 3.3. Prévalence du VIH au sein des groupes à haut risque

Au Mali, la population des personnes à haut risque, 5 groupes font l'objet de suivi. Les taux de prévalence sont les plus élevés au sein de ces groupes.

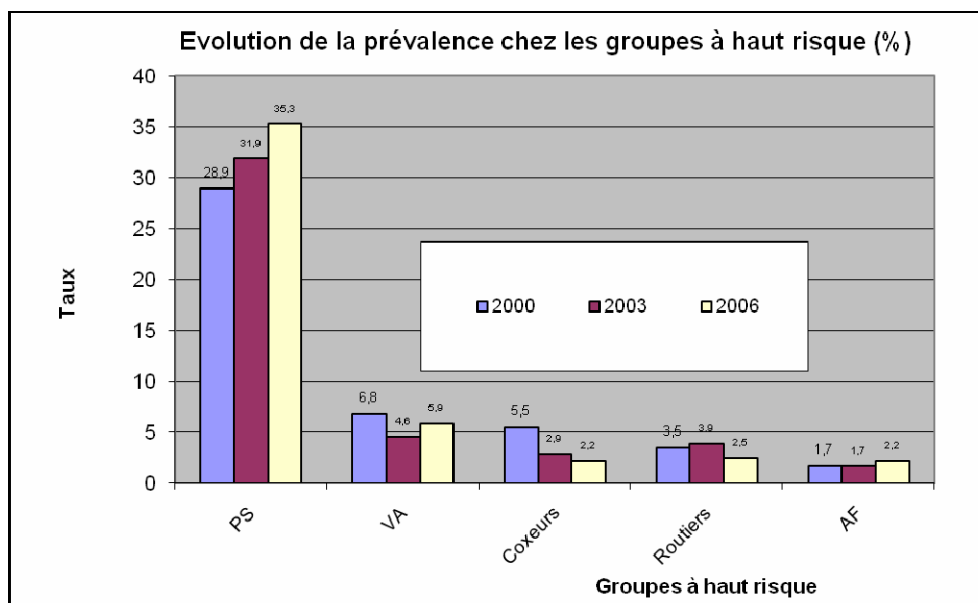
Les résultats de l'enquête comportementale ISBS réalisée en 2006 révèlent un taux de prévalence variant entre 2,2% et 35,3%.

**Tableau 3 : Taux de prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risque**

Groupes	Taux de prévalence observé
Professionnelles du sexe	35,3%
Vendeuses ambulantes	5,9%
Routiers	2,5%
Coxeurs	2,2%
Aides familiales	2,2%

**Sources :** ISBS 2006, CSLS-MS

Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risques entre 2000 et 2006.



Les données du graphique montrent que la prévalence du VIH chez les PS est élevée et en constante progression, alors qu'on observe une baisse chez les coxeurs sur la période 2000-2006. Au sein des autres groupes, la prévalence est plutôt stable.

Les résultats obtenus de l'enquête ISBS montrent qu'au sein de chaque groupe à haut risque, la prévalence du VIH varie en fonction de certaines caractéristiques.

### **3.3.1 Professionnels du sexe**

Pour ce sous-groupe, la prévalence du VIH augmente avec la durée dans la profession. Elle est de 36.1% pour celles qui ont moins de 5 ans d'exercice, culmine à 50% pour celles qui ont entre 6 et 10 ans d'expérience pour baisser au tour de 20% pour celles qui ont plus de 10 ans d'expérience.

Par ailleurs, les taux de prévalence du VIH augmentent avec l'âge des PS avec un minimum de 23.4% pour les plus jeunes (15- 20 ans), des taux intermédiaires de 27.9% (21-25 ans), 37.5% (26-35 ans), 48.3% (31-35 ans), 42% (36-40 ans) et un maximum de 57.7% chez les plus de 40 ans.

Sur un tout autre plan, il est ressorti que le taux est nettement plus élevé chez les femmes qui n'ont jamais été à l'école (44.9%) que chez celles qui ont été scolarisées (30,3%).

Les femmes célibataires avaient un taux considérablement plus faible (29.9%) de VIH comparativement aux femmes qui étaient mariées (36.6%) ou en séparation de corps ou divorcées (45.7%). Le même profil était observé en 2003.

### **3.3.2 Vendeuses ambulantes**

La prévalence observée chez les vendeuses ambulantes (VA) est de 5.9% en 2006, elle est plus élevée chez les veuves (9.2%) contre 7,5% pour les mariées et 3,9% pour les célibataires.

Par ailleurs 97,9% des vendeuses ont déclaré vouloir connaître les résultats de leur test VIH, la prévalence chez ces dernières était de 6,0% alors qu'elle est de 0% chez celles qui ne voulaient pas savoir leur résultat. Il ressort également que la prévalence observée chez les VA qui ont été à l'école (6,0%) diffère peu de celle des autres (5,8%).

### **3.3.3 Aides familiales**

Pour ce sous groupe, la prévalence du VIH était de 2,2% en 2006. L'âge moyen aux premières relations sexuelles était de 15 ans (dont plus de 35 % des filles ont moins de 15 ans). Cette précocité de l'activité sexuelle expose ces filles au risque d'infection au VIH. En outre 38,3% des aides familiales (AF) considère l'usage du condom comme moyen de protection contre le VIH.

Au sein du sous groupe des AF, la prévalence du VIH était plus élevée chez les veuves 30%, suivie par celle des mariées 3,4% et celle des célibataires 1.1% ( $p < 0.05$ ).

Le pourcentage d'AF qui ont déclaré vouloir connaître les résultats de leur test VIH s'est établi à 97,3%. Il est ressorti que la prévalence observée chez ces dernières a été de 2,3% contre 0% chez celles qui ne voulaient pas savoir.

Du point de la corrélation avec la scolarisation ou non, les résultats de l'enquête ISBS montrent que la prévalence du VIH est plus élevée chez les AF qui sont allées à l'école (5,2%) contre 1,6% chez les non scolarisées.

Les AF qui ont déjà eu des relations sexuelles ont une prévalence de 3,6% contre 1,2% chez celles qui déclarent être vierges.

### **3.3.4 Routiers :**

Chez les routiers, le taux de prévalence du VIH était de 2,5% en 2006, il ressort également que cette prévalence augmente avec la durée dans le métier. Elle culmine à 20 ans et les taux de prévalence restent nuls au delà de cette durée.

Près de la moitié des personnes interrogées (48%) déclarent avoir utilisé le condom de façon consistante avec les partenaires occasionnelles au cours des 12 derniers mois. Ce taux est de 37,8% pour ceux qui ont fait une utilisation irrégulière du condom contre 14,2% pour les routiers qui ne l'ont jamais utilisé.

Les résultats de l'enquête montrent que la prévalence du VIH baisse avec l'utilisation du condom, le taux est de 4,8% chez ceux qui n'ont jamais utilisé le condom ; 3,5% chez les routiers qui ont fait un usage irrégulier du condom et 0% dans le cas d'un usage consistant pendant la même période.

### **3.3.5 Coxeurs**

La prévalence du VIH observée chez les coxeurs était de 2,2% en 2006, elle augmente avec la durée dans le métier et atteint le taux le plus élevé à 15 ans. Les résultats de l'enquête montrent également que la prévalence reste nulle au delà de cette durée (15 ans).

Plus de la moitié des personnes interrogées (56,2%) déclarent avoir utilisé le condom de façon consistante avec les partenaires occasionnelles au cours des 12 derniers mois. Ce taux est de 31,9% pour ceux qui ont fait une utilisation irrégulière du condom contre 11% pour les coxeurs qui ne l'ont jamais utilisé.

Par ailleurs, la prévalence du VIH chez les coxeurs qui n'ont jamais utilisé le condom était de 0% contre 3,7% dans les cas d'utilisation irrégulière et 0% dans le cas d'un usage consistant pendant la même période.

## **3.4. Surveillance du VIH dans les sites sentinelles**

La surveillance du VIH dans les sites sentinelles commencée en 2002 s'est effectuée en 2003, 2005 et 2007. Actuellement la fréquence retenue est une fois tous les deux ans. Le nombre de sites de surveillance a évolué depuis la première enquête passant de 10 en 2002, 16 sites en 2003 et 2005.

En 2007, la surveillance a été étendue à trois sites au nord du Mali (Tombouctou, Diré, et Kidal) portant ainsi le nombre de sites à 19. Ces sites bénéficient de l'appui financier et des bailleurs tels que l'USAID et la BAD, avec le support technique du CDC.

La surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes est effectuée dans les centres urbains et semi urbains. L'extension aux sites ruraux demeure un défi.

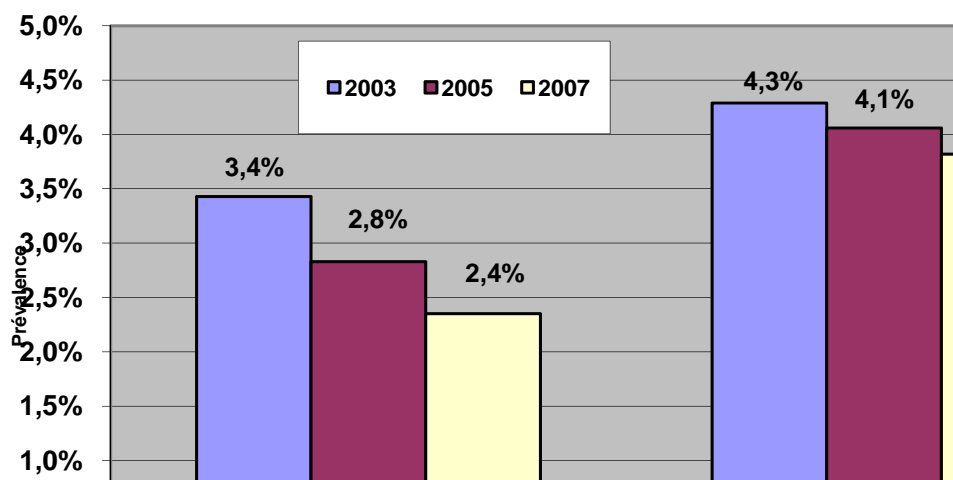
**Tableau 4 : Évolution de la prévalence du VIH par groupe d'âges restreints chez les femmes enceintes**

Âge	2003		2005		2007	
	Effectif (N)	VIH +(%)	Effectif (N)	VIH +(%)	Effectif (N)	VIH +(%)
15-19	1263	2,7	1226	2,4	1449	2,2
20-24	1308	4,1	1505	3,1	1678	2,4
25-29	1032	4,5	1244	4,3	1338	3,3
30-34	733	5,2	734	4,2	854	4,8
35 et +	522	2,5	510	3,1	580	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>4858</b>	<b>3,8</b>	<b>5219</b>	<b>3,4</b>	<b>5899</b>	<b>3,1</b>

Source : Cellule sectorielle du MS, Rapport de la surveillance sentinelle, 2007.

NB : Les données de 2003, 2005 et 2007 prennent en compte les 16 premiers sites de la surveillance depuis 2003 pour l'ensemble des trois mesures. Par ailleurs, les femmes de moins de 15 ans, ainsi que celles dont l'âge est inconnu ne sont pas prises en compte. Ces restrictions visent à rendre comparables les résultats des 3 surveillances et à dégager des tendances si toutes fois elles existent.

**Evolution de la prévalence du VIH par groupes d'âges élargis (16 sites)**



Sur le graphique ci-dessus, on observe une indication de décroissance des niveaux de prévalence du VIH objectivée par une tendance linéaire négative pour les moins de 25 ans entre 2003, 2005 et 2007. Par contre pour les femmes enceintes de 25 ans et plus, la tendance des niveaux de prévalence du VIH est à la stabilisation entre 2003, 2005 et 2007.

### 3.5. Prévalence du VIH dans le programme de PTME

Le programme PTME compte 103 sites de PTME fonctionnels. La prévalence du VIH observée est de 2,5% en juin 2007. Le défi reste la promotion de la PTME auprès des femmes enceintes et l'amélioration du taux d'adhésion au dépistage après le counseling. Le tableau 5 présente les résultats obtenus en 2007.

**Tableau 5 : Bilan des résultats obtenus par les centres de PTME au Mali janvier au 30 juin 2007.**

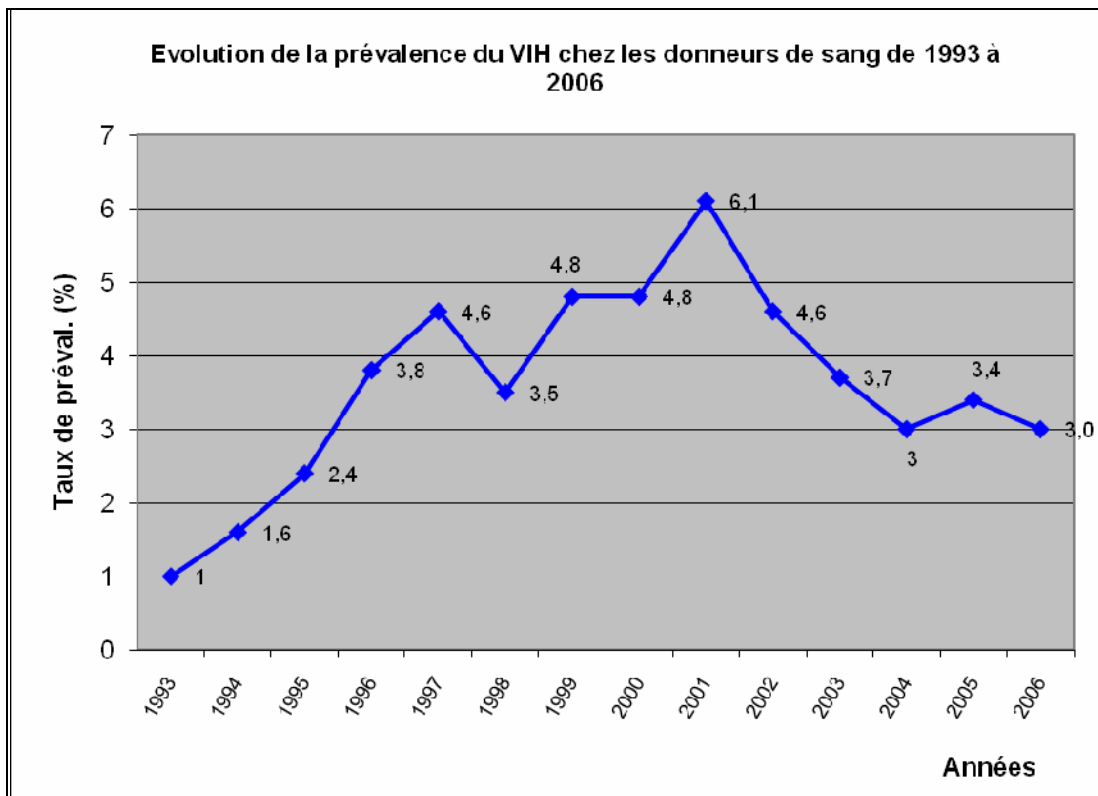
Activités	Effectif	Pourcentage
Nombre de sites PTME fonctionnels	103	
Nombre de sites PTME en voie d'ouverture	36	
Nombre femmes enceintes conseillées	89 187	
Nombre de femmes enceintes testées au VIH	74 187	83,2%
Nombre de femmes enceintes séropositives	1 883	2,5%
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement pour réduire le risque de la TME	1 151	61,1%

**Sources : Cellule sectorielle de lutte contre le SIDA - Ministère de la Santé, 2007.**

### 3.6. Prévalence chez les donneurs de sang

De 1993 à 2005, l'évolution de la prévalence fait apparaître quatre temps :

- une évolution à la hausse du taux de prévalence passant de 1% en 1993 à 3,8% en 1996
- phase de stabilisation avec un taux de prévalence autour de 4,8% laquelle est suivie d'un pic à 6,1% en 2001 ;
- une tendance à la baisse avec un taux passant de 4,6% à 3,4% en 2005.



Pour l'année 2007, les données recueillies de janvier à juin montrent que sur 13.063 poches de sang collectées et testées, 321 ont été positives au VIH soit une prévalence de 2,5%.

### 3.7. Prévalence du VIH chez les malades tuberculeux

Selon les résultats obtenus d'une enquête de séroprévalence réalisée auprès des patients tuberculeux dans 11 districts sanitaires en février 2007 : 16,2% des 222 malades tuberculeux ont été dépistés positif au VIH. Une répartition selon le sexe révèle que sur un total de 143 hommes retenus dans l'étude 13,3% ont été séropositifs au test VIH. Par contre sur les 79 femmes, 21,5% ont été séropositives. Cette prévalence varie d'un centre de santé de référence (CSRef.) à un autre, le tableau 6 donne les taux observés :

**Tableau 6 : Résultats des tests de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par CSRef.**

Centres de Santé de Référence	Résultats Test VIH				Total
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Commune I Bamako	2	(8,0)	23	(92,0)	25
Commune II Bamako	3	(12,0)	22	(88,0)	25
Commune IV Bamako	3	(11,5)	23	(88,5)	26
Commune V Bamako	6	(25,0)	18	(75,0)	24
Commune VI Bamako	4	(17,4)	19	(82,6)	23
Kayes	2	(20,0)	8	(80,0)	10
Dioïla	1	(11,1)	8	(88,9)	9
Sikasso	4	(23,5)	13	(76,5)	17
Ségou	5	(27,8)	13	(72,2)	18
Mopti	6	(23,1)	20	(76,9)	26
Gao	0	(0,0)	19	(100)	19
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>(16,2)</b>	<b>186</b>	<b>(83,8)</b>	<b>222</b>

Sources : enquête sur la prévalence de l'infection à VIH chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire.

N : Effectif ; ( . ) = taux de prévalence du VIH en %.

### 3.8. Déterminants de la transmission du VIH et ampleur de l'épidémie

Le Mali a retenu les trois modes classiques de la transmission de l'infection VIH. L'usage de la drogue par les seringues est une pratique très peu courante.

#### 3.9.1 Déterminants de la transmission

Les principaux déterminants de la propagation de l'épidémie sont les comportements sexuels à risque, l'importance du flux migratoire interne et externe qui accroît la vulnérabilité, la pauvreté qui rend les populations davantage vulnérables aux ravages de l'épidémie.

En outre, les relations inégales dans le genre augmentant le risque de transmission du VIH. Le phénomène du célibat géographique engendré par des exigences professionnelles ou de recherche d'emploi expose certains hommes au risque d'infection par le VIH du fait de la multiplicité de partenaires. L'abstinence de toutes relations sexuelles par les femmes allaitantes après la naissance d'un enfant pour une période d'au moins 40 jours et souvent, de plusieurs mois est un autre facteur d'exposition au multipartenariat du conjoint. Il y a



également l'insuffisance d'informations sur la maladie, ses modes de contamination et/ou les méthodes pour le prévenir.

### **3.9.2 Ampleur de l'épidémie**

L'EDSM-III réalisée en 2001 a révélé un taux de prévalence du VIH de 1,7%. En 2006, à la suite de l'EDSM IV le taux de prévalence du VIH était de 1,3%, les données de la surveillance sentinelle indiquent que le Mali est dans une situation d'épidémie généralisée.

Selon les estimations<sup>4</sup> du VIH et du SIDA au Mali : le nombre de personnes vivant avec le VIH atteindra 85 160 en 2009.

Outre la population générale, la propagation de l'épidémie du SIDA s'avère grave au niveau d'autres sous-groupes. La progression de l'épidémie au sein des PS constitue une menace pour le futur. Par ailleurs, cette question du VIH et du SIDA relève d'un enjeu de sécurité notamment au sein des forces armées et de sécurité à la faveur des opérations de maintien de la paix.

### **3.9. Situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV)**

La situation des OEV est un aspect important des impacts du SIDA, les constats révèlent d'une part que de nombreux enfants vivent dans des familles où un adulte souffre de la maladie. D'autre part, « les droits de ces enfants à la santé, à l'éducation, à un milieu familial épanouissant et à la pleine participation à la vie de leur société ne sont pas assurés. »<sup>5</sup>.

Par ailleurs, l'analyse de la situation des OEV a montré que le nombre total d'enfants orphelins du SIDA est de 70 000, ce qui correspond à 11,6% des enfants orphelins toutes causes confondues.

---

<sup>4</sup> Avec EPP et Spectrum

<sup>5</sup> Les Orphelins et Enfants Vulnérables du Mali face au VIH/SIDA, mars 2006, page 19.

Le tableau ci-dessous montre les efforts réalisés en matière d'appuis apportés à ces enfants :

**Tableau 7 : Appuis aux OEV**

<b>INDICATEURS</b>	<b>Niveau au 30 juin 2007</b>
Nombre d'OEV infectés ou affectés par le VIH/SIDA recensés sur les sites de traitement	<b>12 480</b>
Nombre d'OEV infectés ou affectés par le VIH/SIDA bénéficiant d'un soutien psychosocial (vêtements, scolarité, colonies de vacances, réveillon de fin d'année)	<b>5 548</b>
Nombre d'enfants infectés ayant bénéficié d'un traitement ARV	<b>649</b>
Nombre d'OEV infectés ou affectés par le VIH/SIDA bénéficiant d'un soutien nutritionnel	<b>2 585</b>
Nombre d'OEV ayant bénéficié de formation et d'insertion socio professionnelle	<b>230</b>

**Sources : CSLS-MS (CSLS-MS + RIOEV)**

Les résultats obtenus montrent que les activités de prise en charge ont permis d'apporter le soutien psychosocial à **5 548 OEV**, soit un taux de 44,4%. En outre, 2 585 OEV (20,7%) ont pu bénéficier d'appui nutritionnel.

Sur un tout autre plan, il apparaît important d'opposer à l'épidémie du VIH et du SIDA une réponse adéquate étant donné que les effets/impacts induits sont ressentis tant sur le plan médical que sur celui du développement.

#### **IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida**

##### **4.1. Elaboration des politiques**

La riposte à l'épidémie du VIH au Mali a été marquée par :

- l'engagement politique ;
- l'annonce de la gratuité des ARV ;
- l'adoption de la déclaration de politique de lutte contre le VIH et le SIDA ;
- la réorganisation du Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) ;
- la création d'une commission sur la question à l'Assemblée Nationale ;
- la décentralisation et l'implication des collectivités territoriales dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- la mobilisation des ressources internes, notamment l'initiative PPTE ;
- les partenaires au développement s'impliquent de plus en plus dans la lutte contre le VIH et le SIDA.

Le deuxième cadre stratégique national (CSN) 2006-2010 adopté et validé s'inspire des résultats des différentes expériences que le Mali a enregistrées depuis le début de l'épidémie. Le modèle Goals Mali a été utilisé en 2006 pour mesurer l'impact de l'allocation des ressources sur l'atteinte des objectifs programmatiques de réponse au SIDA. L'analyse a permis d'estimer la réduction de l'incidence du VIH en fonction du financement disponible et de définir les activités de prévention au profit des populations prioritaires pour la période du CSN 2006-2010.

#### **4.1.1 Planification stratégique**

Entre 1987 et 2003, la lutte contre le VIH et le SIDA a été réalisée par un seul département ministériel : celui de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Ainsi les plans à court terme et moyen terme, le Plan Stratégique National 2001-2005 les stratégies de lutte contre le SIDA ont été successivement mis en œuvre.

Depuis 2001 la riposte à l'épidémie a pris une dimension multisectorielle et coordonnée par le Haut Conseil National de Lutte contre le sida lequel est présidé par le Président de la République. Le SE du HCNLS mobilise les fonds d'une part et coordonne au quotidien les interventions des comités et cellules sectoriels des départements ministérielles et institutions connexes, les ONG et la société civile d'autre part en vue de l'atteinte des objectifs.

Ayant tiré des enseignements des limites des efforts antérieurs, le Mali a décidé en avril 2004 d'étendre la réponse à une plus grande échelle de manière multisectorielle et globale. Le Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) a été réorganisé en vue d'une meilleure implication du secteur public, du secteur privé et de la société civile y compris les représentants des associations de Personnes Vivant avec le VIH et les représentants des partenaires au développement. Les nouvelles orientations sont basées sur les « Trois Principes Directeurs » prônés par l'ONUSIDA.

La déclaration de politique nationale adoptée le 7 avril 2004, a fait part des avancées et des limites enregistrées en terme de réponse nationale par rapport au nombre de personnes vivant avec le VIH traitées ou soutenues, au développement des capacités des acteurs, de la création des institutionnelles et de structures ainsi que leur fonctionnement, de la capitalisation d'expériences, de la mobilisation des ressources. L'adéquation de la réponse malheureusement, était restée très insuffisante au regard de l'ampleur du fléau. Les efforts antérieurs de lutte contre le VIH et le SIDA au Mali se sont avérés d'une efficacité limitée, principalement parce que l'initiative était formulée comme une réponse à un problème de santé et le cadre institutionnel n'avait eu ni la capacité, ni les moyens d'engager les mesures vigoureuses conséquentes.

Pour assurer une meilleure réponse au VIH et au SIDA, le Mali doit encore relever plusieurs défis :

- Etendre la portée et la couverture de la réponse pour offrir des services et produits à l'ensemble de la population sur tout le territoire, particulièrement aux groupes les plus vulnérables ;

- Les questions d'appropriation de risques et de vulnérabilités, tout comme celles relatives à la stigmatisation et à la discrimination, méritent des actions fortes ;
- Intégrer les actions de prévention, soins, traitement et soutien pour favoriser l'efficacité et l'efficacité de la réponse ;
- Mettre à profit les opportunités associées à la déconcentration et la décentralisation pour la mise en œuvre d'une réponse locale durable ;
- Créer davantage d'opportunités de dialogue, de concertation et de collaboration entre les acteurs pour favoriser la pertinence et la durabilité de la réponse ;
- Simplifier et harmoniser les procédures de gestion des ressources pour accélérer la riposte ;
- Appliquer les stratégies de mobilisation de ressources pérennes pour favoriser la viabilité ;
- Développer des politiques et stratégies de renforcement continu des compétences et capacités institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles de l'ensemble des acteurs ;
- Développer des stratégies pour positionner le Mali sur le marché international des produits médicaux et non médicaux ;
- Améliorer les fonctions de collecte, d'analyse et de diffusion des informations stratégiques ;
- Développer des stratégies, actions et activités de soutien direct et indirect aux individus, familles et communautés affectés par le VIH pour favoriser non seulement une meilleure lutte contre la pauvreté mais aussi le contrôle des impacts du SIDA sur la croissance économique et le développement durable.

- **Le cadre stratégique 2006-2010**

Le Mali a déjà mis en œuvre trois plans stratégiques à court et moyen terme et un Plan Stratégique National 2001-2005.

Le nouveau Cadre Stratégique National 2006-2010, adopté et validé, s'inspire de cette longue expérience. Issues d'un processus participatif à l'image du modèle malien de la démocratie dont la bonne gouvernance et le développement durable sont les attributs essentiels, les méthodes d'intervention proposées par le Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH et le SIDA pour la période 2006-2010 sont multiformes.

- Elles associent la lutte contre le SIDA au développement démocratique et durable du Mali pour instaurer une dynamique nationale forte, imprégnée des approches créatives, plus proches du terrain et hautement sensibles aux réalités socioculturelles maliennes.
- Elles mettent un accent particulier sur une approche stratégique intégrée, liant des actions massives de prévention à la prise en charge des malades dans une optique d'accès gratuit au traitement antirétroviral pour toute personne dans le besoin au Mali à l'horizon 2010. Cette approche est en parfait accord avec la mouvance mondiale de lutte. Elle s'inscrit dans le cadre des objectifs de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge, aux soins et autres soutiens ;
- Elles favorisent, à la fois, la multisectorialit , l'intersectorialité et le mainstreaming du VIH et SIDA pour investir efficacement et avec efficacité les forces, habilités

et avantages comparatifs de tous les segments de la vie nationale et de tous les domaines du développement.

- Elles créent des conditions critiques à la coordination fructueuse des acteurs multisectoriels ; locaux, régionaux et nationaux.
- Elles placent le renforcement critique des compétences et capacités des acteurs de tous les niveaux au centre des stratégies aux fins de la bonne exploitation des opportunités, la rapide levée des contraintes, la pertinence et la pérennité de la réponse;
- Elles contribuent aux réformes visant la création d'une plateforme, des systèmes et des capacités de suivi évaluation du processus du développement tout entier au Mali, notamment en ce qui concerne le bien être physique et socioéconomique des populations.

Les orientations stratégiques prêtent une attention particulière aux réalités socioculturelles et institutionnelles afin de favoriser la défense et la protection des droits humains et les prérogatives de tous et de chacun. Dans ce cadre, il faut noter que :

- ✓ l'aspect genre est partout privilégié ;
- ✓ des réformes législatives et règlementaires d'une part et d'autre part des actions de sensibilisation sans précédent sont introduites pour protéger les personnes infectées ou affectées par le fléau contre la stigmatisation, la discrimination et les pratiques physiques et psychosociales néfastes;
- ✓ la participation et l'implication des institutions, personnes, structures et organismes leaders influents sont favorisées ;
- ✓ la décentralisation et une plus grande responsabilisation des collectivités territoriales dans la construction de la réponse locale durable sont favorisées par l'ensemble des composantes du cadre stratégique.

Trois axes stratégiques hautement interdépendants, décliné chacun en objectifs, résultats attendus et stratégies porteuses, sont retenus :

- Promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte;
- Réduire les risques et vulnérabilité liés à l'épidémie;
- Atténuer les impacts sociaux, économiques et culturels de l'épidémie.

La mise en œuvre de l'ensemble des stratégies est sous-tendue par le renforcement des compétences et capacités des acteurs publics, privés et de la société civile pour :

- Améliorer la coordination et l'animation de la lutte (notamment les aspects de la gestion et du management) ;
- Renforcer le partenariat multi et intersectoriel ;
- Renforcer le développement institutionnel, organisationnel et opérationnel des secteurs public, privé et de la société civile ;
- Mobiliser des ressources pérennes ;
- Renforcer l'implication et la pleine participation des PVVIH et d'autres personnes particulièrement affectées par le VIH/SIDA ;

- Renforcer la capacité d'instaurer une véritable culture de production et de l'utilisation des informations stratégiques.

Les actions programmatiques essentielles portent sur :

- la prévention de la transmission du VIH par la voie sexuelle particulièrement auprès des populations les plus exposées à l'infection VIH en promouvant l'utilisation du condom comme moyen efficace disponible ;
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, impliquant un ensemble de services (la prévention primaire par le VIH chez les femmes, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH, la prévention de la transmission des mères infectées à leur bébé, la prise en charge, le traitement et le soutien aux femmes infectées et à leur famille) ;
- la sécurité de l'approvisionnement en sang, par le dépistage obligatoire et rigoureux du VIH dans les dons de sang ;
- La promotion d'un meilleur accès au conseil et au dépistage VIH et l'intégration de la prévention du VIH dans les services de traitements du SIDA ;
- La prévention du VIH chez les jeunes ;
- L'accès à l'information et l'enseignement concernant le VIH visant l'amélioration des connaissances des personnes sur la propagation du VIH, les moyens de l'éviter et l'acquisition des compétences essentielles à la prévention du VIH;
- la réduction de la vulnérabilité des personnes frappées par l'épidémie (veufs, veuves, orphelins et enfants vulnérables du SIDA).

Le HCNLS s'appuie sur les structures décentralisées, les organisations de la société civile, les associations des PVVIH et les partenaires techniques et financiers pour l'atteinte des objectifs et à l'Accès Universel.

Le coût estimatif de mise en œuvre du CSN s'élève à 296 000 000 dollars US pour la période de 2006-2010. L'Etat s'est engagé pour la mobilisation des financements internes à partir du budget national et des fonds PPTE. Les collectivités territoriales sont appelées à mobiliser des financements internes pour contribuer à la création de la réponse locale durable en leur sein. Les financements disponibles des sources internes et externes s'élèvent à 148 900 000 dollars US pour la période de référence.

Le Cadre Stratégique National fournit enfin la base de l'élaboration d'un système national de suivi évaluation de la lutte contre le VIH et le SIDA à partir de quatre (4) composantes de monitoring et d'évaluation dont l'évaluation d'impact, la détermination des résultats, le suivi des produits et apports programmatiques (prévention, soins, traitement et soutien, atténuation d'impacts, renforcement des compétences, capacités et partenariat, application des approches visant la multisectorialité, l'intersectorialité et le mainstreaming du VIH et du SIDA) et le suivi évaluation des efforts nationaux (appropriation, engagement et gestion nationale).

Outre l'élaboration du CSN, le processus de la réponse au VIH et au SIDA a connu un appui politique qui a été multiforme.

## 4.1.2 Appui politique

Il est marqué par l'engagement des responsables politiques à apporter un soutien aux activités de réponse au VIH et au SIDA. Aussi, depuis sa mise en place en 2004, le HCNLS (l'instance nationale de coordination de la riposte au VIH) est présidé par le Chef de l'État. Cet organe compte en son sein les représentants des différentes composantes de la société en l'occurrence : le secteur public (1/3 des membres) ; le secteur privé (1/3 des membres) et la société civile (1/3 des membres).

Il est important de noter que les personnes vivant avec le VIH figurent parmi les membres du HCNLS représentant la société civile.

Cette instance effectue deux sessions annuelles lors desquelles elle examine les décisions stratégiques à prendre et/ou celles déjà prises. En outre, le HCNLS (à travers son SE) apporte plusieurs appuis aux partenaires impliqués dans la mise en œuvre des programmes. Parmi ces appuis on peut citer :

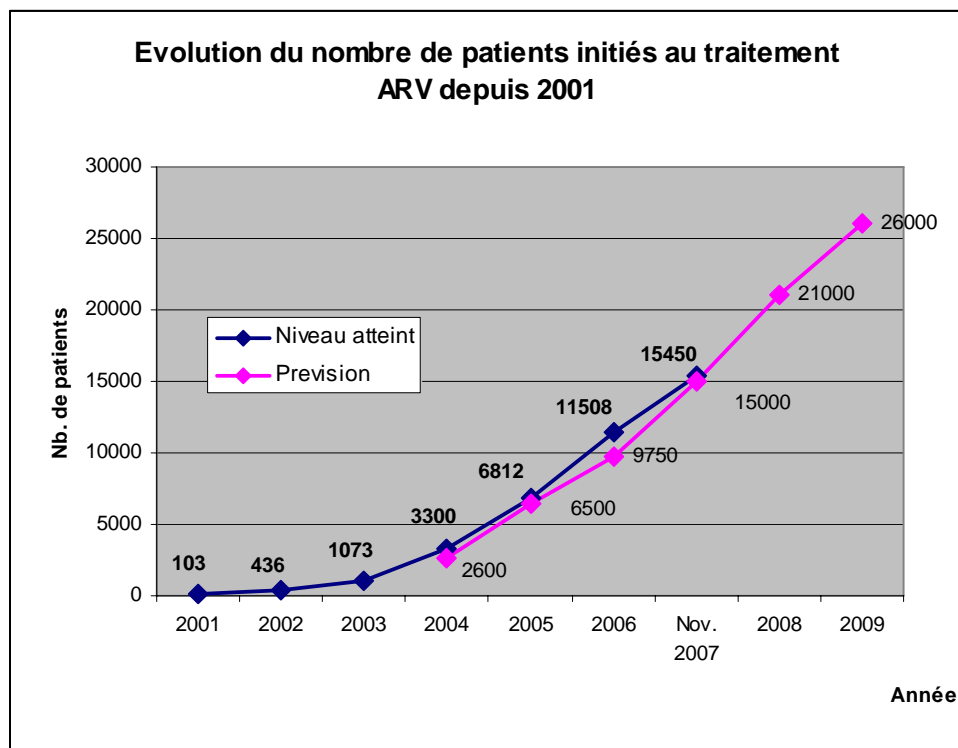
- la fourniture d'informations sur les besoins et les services prioritaires ;
- la mise à disposition des médicaments aux PVVIH ;
- la coordination de la mise en œuvre des programmes en collaboration avec les autres partenaires ;
- le renforcement des capacités.

L'appui politique a permis d'atteindre, entre autres, les résultats suivants :

- L'implication de tous les secteurs tant dans la conception que dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes et projet, notamment : le secteur public (tous les départements ministériels), le secteur privé (institutions et entreprises privées) et la société civile (Réseau des associations des PVVIH, ONG, leaders religieux, et diverses associations) ainsi que des PTF;
- L'amélioration du dispositif législatif et réglementaire à travers : i) la loi N°06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, la prise en charge, au contrôle du VIH et du SIDA et à la protection des PVVIH contre la stigmatisation et discrimination, ii) le décret N°05-147/P-RM du 31 mars 2005, fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'État aux malades du SIDA et personnes vivant avec le VIH et de la garantie de la confidentialité. Pour la mise en œuvre de ces dispositifs légaux, hormis les mécanismes juridiques classiques, des cellules d'appui conseil juridique ont été mise en place auprès des associations de PVVIH ;
- L'accès universel au dépistage gratuit auquel se soumettent volontairement un nombre de plus en plus important de personnes dans l'ensemble, grâce à l'augmentation des CCDV dont le nombre est passé de 2 (2001) à 26 (2005) et à 46 en septembre 2007.
- La mise en place d'une stratégie de dépistage mobile pour atteindre les populations mobiles et des zones les plus reculées;
- L'amélioration du système de surveillance tant sur le plan technique que sur le nombre des sites, du nombre des équipements et matériels, ainsi que du personnel.

- L'accès gratuit aux ARV et aux traitements des IO, ainsi que la prise en charge gratuite du suivi biologique ;
- La décentralisation des CCDV et des structures la prise en charge ARV en les élargissant à toutes les régions du pays, ce qui a permis l'atteinte de plusieurs résultats : le nombre de site de traitement est passé de 31 en fin 2006 à 45 en septembre 2007 dont 13 effectuant la prise en charge des enfants; ces sites ont permis l'initiation de plus de 15000 personnes aux ARV entre 2001 et novembre 2007. Le graphique ci-dessous donne l'évolution du nombre de personnes mis sous ARV.

Le graphique ci-dessous donne l'évolution du nombre de personnes mis sous ARV.



Hormis l'appui politique, l'engagement national s'est également manifesté par l'allocation de ressources financières à la réponse au VIH et au SIDA.

## 4.2. Mobilisation des ressources, dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

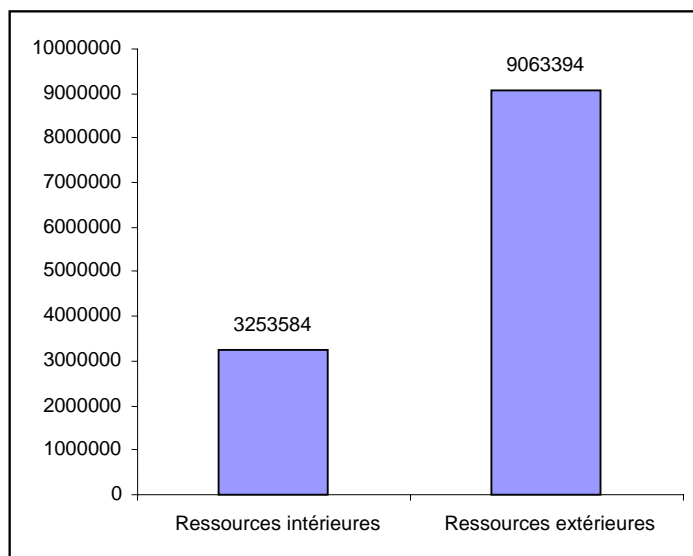
### 4.2.1 Sources de financement

Selon les résultats de l'étude REDES, les dépenses cumulées au titre de l'année 2006 sont estimées à 12.316.977.804 FCFA. On distingue deux sources de financement des dépenses de la lutte contre le SIDA et les IST, il s'agit du financement intérieur et du financement extérieur. Au cours de l'année 2006, les financements extérieurs s'élevaient à 9.063.394 115 FCFA soit 74% contre 3.253.583.689 FCFA soit 26% pour les financements intérieurs.





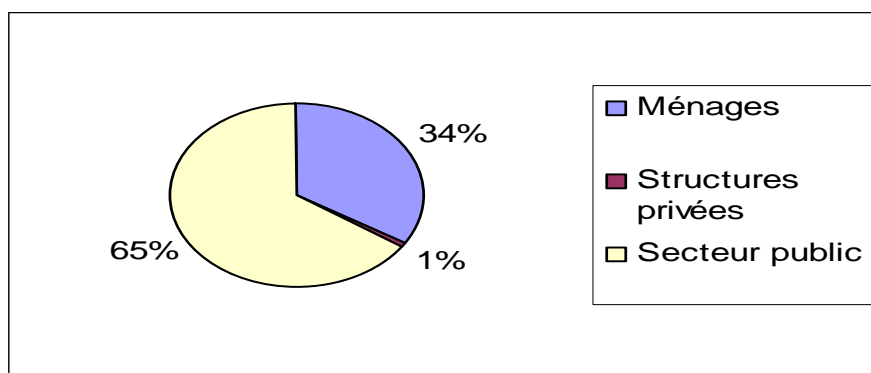
## Répartition des dépenses selon les sources de financement



### 4.2.1.1 Financement intérieur

Le financement intérieur de la lutte contre le VIH SIDA et les IST provenant de trois sources de contributions s'élevaient à **3 253 583 689 FCFA** soit **26%** des dépenses totales. Le graphique suivant donne les trois sources de financement et leur niveau de contribution :

#### Répartition des financements intérieurs.



#### a) Les dépenses des ménages

Les dépenses des ménages s'élevaient à 1 095 695 269<sup>6</sup> FCFA soit 34% du financement intérieur au titre de l'année 2006. Certes, cette contribution paraît faible mais, il faut souligner qu'au Mali, les traitements ARV sont gratuits à l'échelle nationale ainsi que les examens de laboratoires dans le suivi des malades.

<sup>6</sup> Ce montant a été calculé suite à une extrapolation des résultats obtenus à partir d'un échantillon de tradithérapeutes exerçant à Bamako.

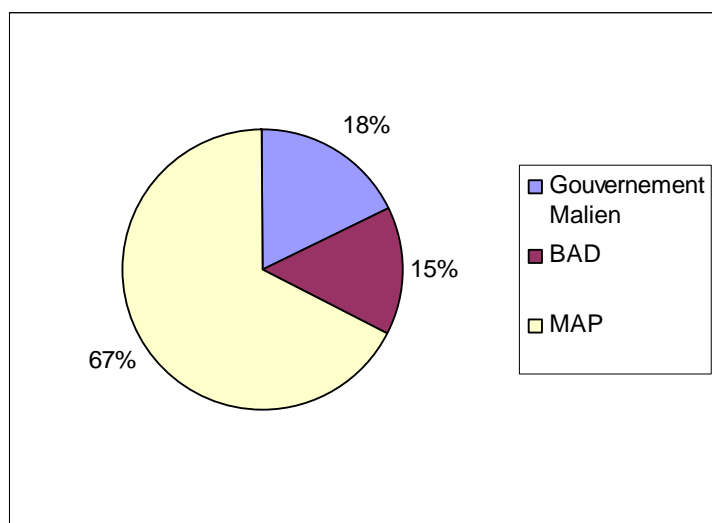
## b) Les dépenses des structures privées

Ce financement concerne les cotisations des structures membres de la coalition du secteur privé dans la lutte contre le VIH et le SIDA et le financement de certaines structures privées (TOTAL Mali, EMBALMALI, MORILA SA, SOFITEL, SIDA-ENTREPRISE, COLINA, CFAO MOTORS). Il s'élève à 29 379 350 FCFA soit 1% du financement intérieur. Il faut noter que ce financement exclut celui du SE-HCNLS en direction du secteur privé.

## c) Les dépenses du secteur public

Les contributions du secteur public se chiffraient à 2 128 509 070 FCFA soit 65% du financement intérieur au titre de l'année 2006. Ces ressources incluent la contribution du gouvernement malien 379 134 722 FCFA (18%), le financement du MAP<sup>7</sup> financé par la Banque Mondiale 1 434 126 947 FCFA (67%) et le financement de la Banque Africaine de Développement 315 247 401 FCFA (15%) à travers le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre (SE-HCNLS).

### Répartition des financements du secteur public.



### 4.2.1.2 Financement extérieur

Le financement extérieur demeure la principale source de financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Mali avec un montant de 9 063 394 115 FCFA soit 74% des ressources et dépenses totales au titre de l'année 2006. Ce financement correspond aux contributions de quatre catégories de bailleurs de fonds qui sont :

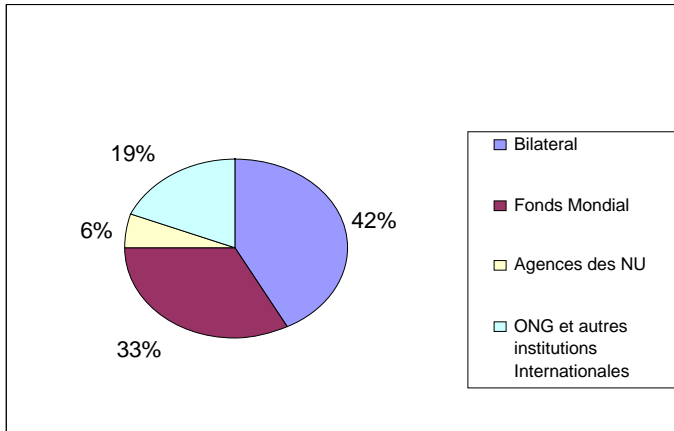
1. Les partenaires bilatéraux pour 3 838 096 462 FCFA : soit 42%
2. Le Fonds Global pour 2 970 959 228 FCFA : soit 33%
3. Les agences des Nations Unies pour 509 681 619 FCFA : soit 6%

<sup>7</sup> Toutes les dépenses concernant le MAP ont été enregistrées sous la rubrique de l'autorité nationale de coordination de la réponse au VIH et au SIDA parce que la Banque Mondiale ne faisait pas partie des sources de financements enregistrées dans le logiciel NASA-RTS.

4. Les ONG Internationales et les autres institutions internationales pour 1 744 656 806 FCFA soit 19%.

Le graphique qui suit présente la répartition du financement extérieur au titre de l'année 2006.

#### *Répartition du financement extérieur*

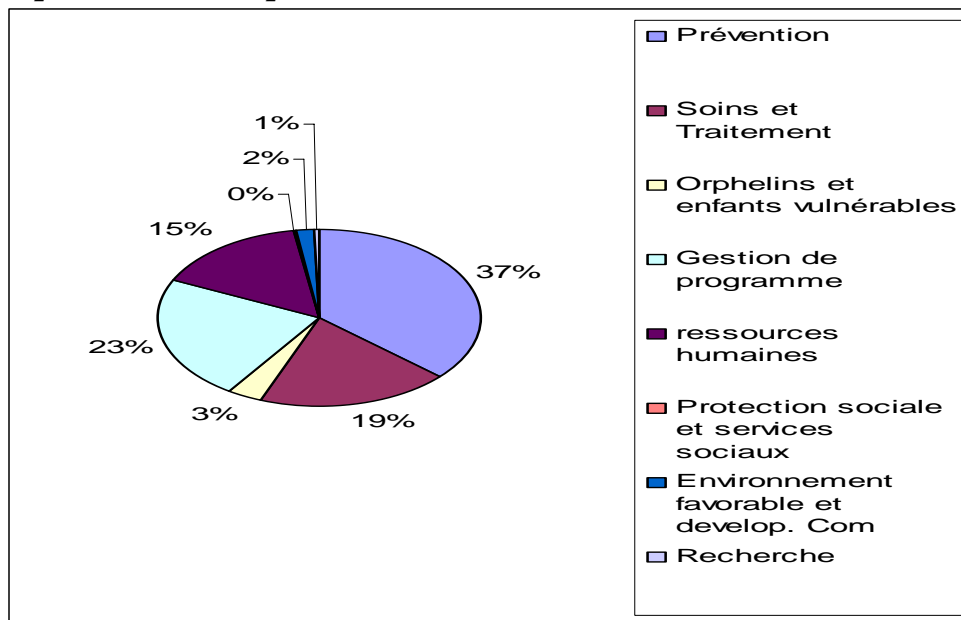


Cette répartition montre une prédominance des ressources allouées par les partenaires bilatéraux dans la lutte contre le VIH SIDA et les IST au titre de l'année 2006.

#### **4.2.2 Financement des programmes**

Les résultats montrent que les ressources et dépenses allouées aux différents groupes de fonction varient d'un domaine à l'autre. Ainsi, le graphique ci-dessous donne la répartition des ressources selon les groupes de fonction.

#### *Répartition des dépenses selon les fonctions.*



Au regard de ce graphique, nous pouvons constater que 37% des ressources ont été allouées au programme de prévention, 23% à la gestion et coordination des programmes, 19% au traitement et soins et 15% aux ressources humaines. Par contre c'est seulement 3% des ressources qui ont été allouées au soutien aux orphelins et enfants vulnérables, les autres fonctions (protection sociale et services sociaux, environnement favorable et développement communautaire et recherche) n'ont bénéficié que de 3% des dépenses au titre de l'année 2006.

Par ailleurs, les ressources allouées au programme de gestion et coordination apparaissent surestimées. En effet, la matrice ne comporte pas la sous fonction « logistique » par exemple alors qu'elle existe dans le logiciel. Alors, toutes les ressources qui étaient allouées à la logistique dans la rubrique « Activités non classées ailleurs » ont été rajoutées dans la fonction de **gestion et coordination de programme** qui nous a paru le plus approprié pour ces ressources.

D'un autre point de vue, plusieurs domaines d'intervention sont concernés par la mise en œuvre de programmes dans le cadre de la réponse au VIH et au SIDA.

### 4.3. Prévention

Au Mali, la pratique de l'IEC est l'un des axes essentiels de la prévention du VIH et du SIDA. Elle consiste en la promotion de plusieurs messages notamment : l'abstinence sexuelle, la fidélité, la limitation du nombre de partenaires sexuels, l'usage régulier du préservatif, l'adoption des comportements sexuels à moindre risque, ....

D'un autre point de vue, l'IEC prône l'acceptation des PVVIH et leur participation au processus de sensibilisation.

Plusieurs sous-groupes en l'occurrence les PS et leurs clients, les personnes incarcérées sont ciblés par les activités de sensibilisation qui visent : i) la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; ii) la promotion des préservatifs et ; iii) le conseil et test de dépistage du VIH

Les associations y compris celles de PVVIH et la société civile jouent un rôle prépondérant dans la prévention. Les activités d'IEC/CCC sont réalisées de façon couplée à d'autres activités.

Par ailleurs, la réponse met un accent sur la sécurité de l'approvisionnement en sang, par le dépistage obligatoire et rigoureux du VIH dans les dons de sang. Il faut noter aussi la promotion d'un meilleur accès au conseil et au dépistage VIH et l'intégration de la prévention du VIH dans les services de traitements du sida.

Les activités de prévention ont aussi porté sur l'amélioration de l'accès aux préservatifs. Dans ce cadre, un total de 935.469 préservatifs ont été rendus disponibles en 2006. Ce nombre est de 120.524 pour la période janvier-septembre 2007.

#### **4.4. Traitement, soins et soutien**

Les PVVIH bénéficient de plusieurs soins allant du traitement ARV à celui des IST en passant par les soins palliatifs, le traitement des IO et les soins nutritionnels. Il y a également les soins à domicile et le soutien psychosocial pour les PVVIH et leur famille.

Par rapport au couple tuberculose – SIDA, des études de séroprévalence ont été faites auprès des patients tuberculeux.

#### **4.5. Participation de la société civile**

Au Mali, l'instance de coordination de la riposte au VIH est composée des représentants des PTF et de 3 secteurs dont la société civile. Les PVVIH sont membres du HCNLS, participent au processus d'élaboration et de mise en œuvre et de suivi des programmes VIH (Plan stratégique, MAP, Fonds Mondial, ...). Il faut en plus noter que les représentants de la société civile et les PVVIH participent aux activités de collecte, de validation, de contrôle de la qualité et de diffusion des données.

S'agissant des services (prévention, traitement, soins et soutien) fournis par la société civile, ils sont fortement inclus dans : i) les plans stratégiques et les rapports nationaux et ; ii) le budget national. L'essentiel des activités de mise en œuvre des programmes VIH est réalisé par les acteurs de la société civile plus singulièrement par les ONG et associations à travers des sous-projets.

#### **4.6. Connaissances et changements intervenus dans les comportements**

Selon les résultats de l'EDSM IV (2006) les connaissances sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH concernent seulement la fidélité, l'usage du préservatif et l'abstinence. Ainsi, pour les personnes de la tranche d'âge 15-49 ans, 57% des femmes et 70% des hommes déclarent que l'utilisation du préservatif est un moyen pour éviter le VIH SIDA.

De façon globale, 53% des femmes de 15-49 ans et 63,1% des hommes de la même tranche d'âge ont cité à la fois la fidélité et l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention du VIH.

S'agissant du rejet des idées fausses sur la transmission du VIH, les données ne sont pas disponibles.

#### **4.7. Atténuation de l'impact**

Diverses actions ont été réalisées dans le but d'atténuer l'impact de la maladie sur les personnes infectées et affectées. Il s'agit notamment de l'appui aux OEV dans leur scolarisation et d'autres types d'appuis d'une part et d'autre part la promotion d'AGR. Dans ce dernier domaine, 796 AGR ont été mises en place par les personnes infectées et affectées par le SIDA au 30 novembre 2007.

Dans la mise en œuvre des différents projets/programmes, certaines activités, approches d'interventions, etc. se sont avérées efficaces et/ou efficaces dans l'atteinte des objectifs fixés. Ces activités ou approches qui couvrent plusieurs domaines de la réponse au VIH et au SIDA constituent les **meilleures pratiques**.

## **V. Meilleures pratiques**

### **5.1. Direction politique**

Au Mali, le dispositif de réponse au VIH et au SIDA est caractérisé par un niveau d'engagement élevé des plus hautes autorités du pays. En effet, le point d'ancrage institutionnel de l'instance nationale de coordination de la réponse (SE-HCNLS) est la Présidence de la République. Il faut aussi noter que le HCNLS est présidé par le Président de la République.

La composante VIH et SIDA est prise en compte dans le programme d'évaluation trimestrielle des ministres par le premier ministre.

### **5.2. Environnement politique propice**

Depuis mars 1991, le Mali s'est engagé dans un processus de démocratie pluraliste et la construction d'un Etat de droit. Le démarrage de ce processus s'est matérialisé le 12 janvier 1992, avec l'adoption par voie de référendum d'une nouvelle Constitution promulguée le 25 février 1992.

Ce contexte politique a contribué à accroître l'adhésion de plusieurs responsables à la mise en œuvre des stratégies de réponse au VIH et au SIDA à travers le plaidoyer effectué sur la question.

### **5.3. Intensification des programmes efficaces de prévention**

#### **5.3.1. Réduction de la transmission du VIH chez les PS et leurs clients : Association SOUTOURA**

##### **a) Processus**

Dans un premier temps, SOUTOURA devait identifier avec précision la population cible. L'équipe a donc procédé au recensement de tous les cites de prostitution à couvrir à Bamako, Kati, Niono et à Kayes. Dans un souci d'action facilitée, efficace, légale et pérenne, les propriétaires des sites ainsi que les autorités locales sanitaires et administratives ont été consultés par l'association.

L'association a organisé son travail en réunissant PS et leurs clients en groupes de discussion, afin de déterminer leurs besoins et priorités, mais aussi d'identifier les acteurs du programme. Suite aux discussions et aux entretiens individuels, des PS et des clients ont accepté d'être sélectionnés et formés à la sensibilisation de leurs pairs.

Afin de renforcer les capacités des PS, un accord de collaboration a été négocié et signé avec la caisse d'épargne communautaire DJEMINI. Le dépôt de fonds de garantie aux financements des activités génératrices de revenus (AGR) a pu être réalisé, et les activités individuelles ont débuté.

Un système de recouvrement des coûts pour renouveler les stocks de préservatifs masculins et féminins, du lubrifiant, des médicaments) et une cotisation annuelle obligatoire par membre ont été mis en place.

#### **b) Interventions menées pour atteindre ces objectifs :**

- Formation en technique de communication pour un changement de comportement réduisant le risque de transmission des IST et du VIH ;
- Sensibilisation des travailleuses et leurs clients sur les modes de transmission, les modes de prévention, le port correct des préservatifs féminins et masculins, le dépistage volontaire ;
- Promotion et vente des préservatifs masculins et féminins, et de lubrifiant ;
- Promotion du dépistage volontaire du VIH et IST ;
- Suivi et prise en charge des infections opportunistes ;
- Orientation des PVVIH vers les centres de prise en charge et de dispensation d'ARV ;
- Appui nutritionnel et médicamenteux aux PVVIH qui le nécessitent ;
- Création d'un fonds de garantie auprès des caisses d'épargnes communautaires pour le financement des AGR ;
- Appui au départ volontaire des PS séropositives vers leur pays d'origine ;

#### **c) Résultats**

##### **1) Au niveau des PS et clients.**

- 125 pairs éducatrices formées à Bamako, 175 à Kayes, 32 à Kati et à Niono dont 8 PS ont été recrutées comme animatrices à plein temps ;
- Les PS se sont totalement appropriées du programme, ce qui a permis d'améliorer leur auto-estime et de créer une émulation : dans cette population très solidaire, les anciennes servent toujours de guide pour les nouvelles.
- Les leaders ont ainsi demandé la création d'un centre de dépistage volontaire au sein de l'ONG. Centre aujourd'hui fonctionnel et bien fréquenté :
  - ✓ Au total 1030 tests réalisés du 5 mai 2006 au 11 décembre 2007
  - ✓ 89 cas VIH positifs dont 9 hommes clients de PS
  - ✓ 170 anciens (ayant subi tous les trois mois un test et ont gardé leur statut sérologique négatif)
  - ✓ 98,36% des PS de Bamako, Kayes, Kati et Niono disent avoir utilisé « systématiquement » les préservatifs avec leurs clients.
  - ✓ Dans leur vie privée, elles disent l'utiliser toujours ou souvent de 12 à 20 % selon les sites
- Certaines animatrices ont abandonné totalement la prostitution et vivent de leur salaire.



- Un système de suivi régulier mensuel pour dépistage actif des IST a permis à l'équipe de faire la sensibilisation au cas par cas, de vérifier la maîtrise du port correct des préservatifs masculins et féminins par les PS et d'enregistrer les indicateurs de comportements dans un registre et logiciel conçu spécifiquement pour les besoins de SOUTOURA. Ce logiciel permet de fournir à tout moment des informations sur le changement de comportement des PS
  - ✓ 1158 nouvelles travailleuses de sexe vues pour la première fois dans les cliniques de SOUTOURA ;
  - ✓ 2391 anciennes PS vues plus d'une fois à la visite ;
  - ✓ 620 cas de syndrome d'IST dépistés chez les nouvelles PS vues pour la première fois, soit 53,47%, contre 3,15 % à la troisième visite ;
  - ✓ 12804 consultations réalisées pendant les deux ans ;
  - ✓ 2641 femmes n'ont présenté aucun symptôme d'IST après la troisième visite ;
  - ✓ 429 clients ou boy-friends des PS vus en consultations tous pour un syndrome d'IST ou pour traitement de cas contact ;

## 2) Au niveau de SOUTOURA

- a. Quatre centres fonctionnels (Kayes, Bamako, Kati et Niono)
- b. Un système de suivi médical mensuel des PS a été adopté par le programme. Ce suivi permet d'enregistrer des indicateurs comportementaux (utilisation des préservatifs avec les clients et dans la vie privée) et des indicateurs cliniques depuis 2000 ;
- c. Quatre médecins et une infirmière formés à la prise en charge des IST et des infections opportunistes du SIDA et disponibles à temps plein ;
- d. Analyses des données disponibles : établissement du profil des clients des PS :
  - ✓ Toutes les couches socio professionnelles sont représentées.
  - ✓ Les clients des PS sont jeunes : le célibat prolongé et leur absence d'emploi les poussent à recourir aux services des PS et pour certains à ce faire entretenir par les PS.

## d) Leçons apprises

L'encadrement des PS et de leurs clients, même s'il s'agit d'une priorité pour une lutte efficace contre les IST, le VIH et le SIDA rencontre des sérieux problèmes de financement car il coûte plus cher que les autres projets de sensibilisation.

Les objectifs des programmes nationaux de lutte contre le VIH/ SIDA et les IST sont accessibles et ce projet contribue largement à leur réalisation chez l'un des groupes les plus exposés

Projet réalisé dans un contexte difficile : l'absence de lois régissant la prostitution et les considérations sociales et religieuses donnent lieu à toutes sortes d'abus, favorisent la prostitution clandestines- et ses dérivés comme le viol, les raquettes et exposent davantage les PS aux risques d'infection.

L'encadrement des PS et de leurs clients est faisable et est indispensable à la réussite des programmes nationaux de lutte contre les IST et le VIH et le SIDA. Aussi s'il est bien organisé le programme peut à lui seul couvrir certains aspects du projet (approvisionnement en préservatifs, lubrifiant, médicaments) par le recouvrement des coûts sur ces produits

La persistance des Infections et la haute prévalence des IST et du VIH est liée à l'insuffisance de couverture nationale de paquet de service de prise en charge des IST/VIH (soins IST, sensibilisation, vente des préservatifs, lubrifiants et d'accès aux ARV). La très forte prévalence du VIH à 35 % chez cette population cible nous exige des actions accrues et étendues sur toute l'étendue du Mali pour éviter l'expansion de l'épidémie à la population générale.

Toute action en faveur des PS et leurs clients doit les impliquer de la conception jusqu'à l'exécution du programme.

### **5.3.2. Cas du Centre de prise en charge à base communautaire de Koulikoro**

**Organisation : ARCAD Sida**

Localisation : Région de Koulikoro, Mali

#### **Bénéficiaires**

Les habitants de la région de Koulikoro, dans le cadre du plan de décentralisation nationale pour l'accès aux ARV et aux soins.

#### **a) But**

Contribuer à la réduction de la propagation de l'infection à VIH et sida et atténuer l'impact sur l'individu, la famille et la communauté.

#### **b) Objectifs**

- D'ici fin 2007, amener la population de Koulikoro, surtout les jeunes, à adopter des comportements responsables face au VIH.
- D'ici fin 2007, assurer la prise en charge globale, y compris les ARV, de 50% des PVVIH de la région de Koulikoro.

#### **c) Processus de création**

Une analyse situationnelle de la région de Koulikoro a permis de connaître davantage le terrain et de démontrer que :

- ✚ La prévention par la sensibilisation, assurée par des ONG très engagées sur le terrain, n'atteignait pas les résultats escomptés.
- ✚ L'utilisation du préservatif n'était pas acquise, et stigmatisation et discrimination y étaient encore fortes.

- ✚ L'accès au dépistage volontaire y était particulièrement limité puisque la ville ne disposait pas d'initiatives dans ce sens. La commune de Banamba – 90 km de Koulikoro – disposait elle d'un centre de dépistage, à renforcer.
- ✚ Les patients, souvent dépistés à leur insu, étaient référés vers Bamako pour la prise en charge des infections opportunistes et des ARV.
- ✚ Aucune prise en charge psychosociale n'était proposée.

Toutefois, des signes encourageants ont également été relevés : d'une part, les autorités sanitaires du Mali et les ONG ont porté un vif intérêt au programme ; d'autre part, la région possède une organisation fonctionnelle du système de santé et un plateau technique disponible. Au sein de la ville de Koulikoro se trouve un hôpital régional, dont dépendent tous les centres de santé.

Il a donc été décidé que l'Unité de soins, d'accompagnement et de conseil (USAC) du projet serait implantée dans le Centre de Santé de Référence de Koulikoro, une structure de service public. ARCAD-SIDA en a fait ensuite un site intégré de prise en charge, incluant l'implication des ONG et associations à base communautaire.

L'équipe a élaboré une stratégie articulée autour de 5 axes tenant compte de tous les champs d'intervention, de la prévention aux soins, pour atteindre ces objectifs.

### **1) La mobilisation sociale**

Les communautés ont été informées et mobilisées sur le projet. Des leaders communautaires et des élus communaux ont accepté d'être formés comme pairs éducateurs, pour ensuite sensibiliser les familles.

Les ONG partenaires sont intervenues en organisant des séances de prévention, en sensibilisant au conseil dépistage volontaire et en assurant l'accompagnement psychosocial. Particulièrement implantées sur le terrain, leurs messages sont passés par la technique de porte à porte, par des bulles d'information sur les antennes des radios communautaires ou lors de causeries organisées dans les villages.

Les associations partenaires pour cette mobilisation sociale ont été : AFAS, ESAF, AMPPF, COFESFA, ONG Donko

### **2) Accès au conseil et au dépistage**

Deux sites de dépistage volontaire intégrés aux centres de santé de référence de Koulikoro et de Banamba ont été ouverts. Un centre de conseil, pré et post-test, a également été mis en place par l'AMPPF, qui en assure la gestion. Enfin, afin de toucher le plus grand nombre, des stratégies de dépistage mobile ont également été créées, par l'AMPPF et le COFESFA.

### **3) Prise en charge médicale**

Pour les infections opportunistes comme pour les ARV, la prise en charge est assurée à l'USAC, mise en place par ARCAD Sida au sein du centre de santé de référence de

Koulikoro. Un médecin et un pharmacien sont présents pour suivre médicalement les patients, notamment ceux dépistés séropositifs. Une antenne décentralisée de l'USAC a également été ouverte au centre de santé de référence de Banamba, pour assurer le suivi des patients sous ARV.

#### **4) 4. Soutien communautaire**

Il est assuré par les ONG de terrain. Leurs cadres d'intervention sont variés de sorte qu'elles puissent toucher le plus grand nombre par:

- des visites et soins à domicile, avec des entretiens individuels ;
- un appui alimentaire, avec des activités culinaires et du conseil nutritionnel ;
- un soutien psychosocial et économique à travers les AGR ;
- La formation des membres des associations, des relais communautaires et des personnels socio-sanitaires pour augmenter les capacités ;
- La prise en charge des orphelins et enfants vulnérables : soutien scolaire et vêtements de fête.

Les personnes séronégatives bénéficient également d'informations de prévention afin de conserver ce statut négatif. Un élément très important pour contenir l'épidémie.

#### **5) Renforcement des capacités et du plateau technique**

10 000 foyers touchés, 60 pairs éducateurs formés parmi les communautaires.

##### **a) Résultats**

###### **Résultats médicaux**

- 4 469 dépistages effectués. Près de la moitié ont eu lieu en dépistage mobile. Ce taux de prévalence élevé par rapport à la moyenne nationale s'explique par le fait que l'accent du conseil au dépistage est porté sur les populations à risque.
- 8 235 consultations ont eu lieu à Banamba et Koulikoro. Au cours du dernier trimestre, la fréquence s'établit, sur le site de Koulikoro, à 17 personnes par jour.
- Tous les bébés nés dans le cadre de la PTME et ayant atteint les 18 mois sont négatifs.
- File active de 476 personnes séropositives dont 196 personnes sous ARV suivies régulièrement (auxquelles s'ajoutent 11 perdus de vue et 16 décès). Les traitements sont bien supportés, seuls 10 sont en seconde ligne.
- Moyenne des CD4 à l'inclusion : 170
- Moyenne des CD4 à un an : 420

###### **Résultats communautaires**

- Plus de 1 000 visites à domicile réalisées ;
- 500 bénéficiaires de vivres ;
- 1 200 participants aux activités culinaires ;
- Près de 10 000 préservatifs distribués ;
- 418 enfants pris en charge en soutien scolaire, 500 tenues de fête offertes ;
- 137 groupes de parole ;

- 67 AGR initiées.

L'impact de la prise en charge communautaire est indéniable. En effet, grâce à cette prise en charge globale, les résultats à 24 mois sont de 3 à 5 fois supérieurs aux prévisions :

- 250 inclusions prévues, 239 réalisées,
- 900 dépistages prévus, 4 469 réalisés,
- 80 groupes de soutien prévus, 137 réalisés,
- 195 visites à domicile prévues, 1 045 réalisées,
- 200 enfants soutenus envisagés, 765 en réalité.

#### e) **Leçons apprises**

- Le partenariat entre les trois secteurs, public, associatif et communautaire, est une des clés de réussite du programme ;
- Offrir la prévention par la mobilisation sociale, le dépistage par la mise en place d'un centre de conseil et de dépistage volontaire et l'accès aux soins et aux ARV est un modèle efficace ;
- Le dépistage en stratégie avancée permet de toucher les communautés les plus reculées.
- L'appropriation de la communauté de la lutte contre le VIH est capitale ;
- Faire en sorte que les associations de PVVIH soient à la fois acteurs et bénéficiaires des actions dans la lutte contre le VIH est une stratégie efficace contre la stigmatisation et la discrimination ;

### **5.3.3 Diversification des méthodes dans les approches de prévention contre le VIH et le SIDA, cas du Groupe Pivot Santé Population**

#### **1) Intégration des actions de planification familiale dans les activités de lutte contre le VIH et le SIDA de 23 ONG intervenant sur l'ensemble du territoire national**

Le Projet de Réduction des IST-VIH/SIDA dans les Milieux à Haut Risque (financé par l'USAID) au GP/SP et à PSI, exécuté par 23 ONG nationales après quelques années d'exécution a intégré les activités de planification familiale du projet Flexible Fund en termes de supervision, monitoring, exécution des activités sur le terrain et rapportage.

#### **2) Les Petites Actions Faisables (PAF)**

Dans le cadre du programme fonds mondial de lutte contre le SIDA dénommé : Extension des réseaux intégrés de Prévention et de Prise en charge globale de l'infection à VIH, SIDA et des IST à Bamako et dans les huit (08) capitales régionales du Mali ; le GPSP en tant que Bénéficiaire Secondaire a mis en place dans chaque capitale Régionale une équipe d'appui et d'apprentissage (EAA) qui est multisectorielle et pluridisciplinaire. Cette équipe visite des communautés exemple : Vendeuses ambulantes, aides familiale, routiers, des structures étatiques et privées, ... afin d'évaluer leur compétence en matière de lutte contre le VIH et le SIDA avec une grille comprenant 10 pratiques et 5 niveaux de compétences. Chaque communauté et structure évaluée élabore un petit plan d'action et

la mise en exécution ne dépasse pas 3 mois pour quitter du niveau actuel au niveau souhaité (exemple si la communauté est au niveau 2 dans 3 pratiques, au niveau A dans 2 pratiques et au niveau 3 dans 4 pratiques ; cette communauté choisie de façon consensuelle 3 maxi 5 pratiques pour rehausser leur niveau de compétence sur ces pratiques à travers des petites actions faisables consignées dans un plan d'action).

### **3) Communication pour le Changement de Comportement ciblée basée sur l'approche participative développée le projet régional PSAMAO**

#### **i) Résumé de l'approche participative**

L'approche participative de Communication pour le Changement de Comportement a été développée dans le cadre du projet régional de Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (PSAMAO/PSAMAC). En effet, suite à l'évaluation finale du projet SFPS (Santé Familiale et de Prévention du SIDA), une approche participative a été retenue comme stratégie qui favoriserait un réel changement de comportement des populations ciblées par les projets. Le concept, les stratégies et les outils ont été développés par le bureau PSI Côte d'Ivoire avec pour vision une adaptation et une mise en œuvre sous régionale. PSI Mali faisant partie du réseau PSAMAO a entrepris une adaptation des supports développés dans le cadre régional aux réalités du Mali. Les équipes du Projet Réduction des IST-VIH/SIDA dans les Milieux à Haut Risque (financé par l'USAID) au GP/SP et à PSI Mali ont opéré cette adaptation qui s'est avéré être salutaire pour les autres pays couverts par le projet AWARE HIV/AIDS qui a fait suite à celui SFPS.

#### **ii) Le concept de la communication pour le changement de comportement**

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement.

Il est reconnu et admis qu'actuellement les difficultés observées en matière de lutte contre le VIH/SIDA sont essentiellement liées à des comportements à risque individuels et collectifs. C'est toute l'importance d'orienter les messages et les stratégies de prévention vers le changement de comportement ou l'adoption sinon la promotion de comportements à moindre risque qui s'articulent autour de la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation systématique et consistante du préservatif mais aussi la promotion du conseil et dépistage volontaire (CDV).

L'information ayant été largement fournie par les interventions de différents acteurs sur le terrain (communication interpersonnelle, de masse et mass media), il est important de faire participer et de mettre en commun toutes ces connaissances pour permettre aux uns et aux autres de manière participative pour élaborer des solutions locales (de groupes) avec l'utilisation de supports adaptés à cet effet. Ces supports, dans le cadre de ce projet, appelés des outils de CCC ou jeux, tiennent du vécu des cibles dans leurs communautés et lors de leurs activités. Ils ont été élaborés par PSI Côte D'Ivoire et adoptés par les équipes chargées du projet au contexte socioculturel du Mali.

L'utilisation de la stratégie et des outils de CCC du projet sous régional PSAMAO dans l'approche participative a suscité des débats plus approfondis sur les thèmes et entraîné un engouement des cibles avec une participation plus active aux activités de

sensibilisation. Les outils ou supports de Communication pour le Changement de Comportement basée sur l'Approche Participative adaptés à partir de la stratégie sous régionale utilisés dans le cadre du projet ont été adoptés comme support de sensibilisation au niveau national au Mali.

### **iii) Stratégie Mobile de Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme**

La Stratégie Mobile de Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) est organisée par les ONG partenaires avec l'appui de PSI/Mali à travers les Centres "l'Éveil". En effet, il s'agit d'approcher les services de CDV des cibles du projet étant donné leur mobilité caractéristique et surtout pour les raisons de temps à perdre pour aller dans une structure fixe chargée du test de dépistage. Cette stratégie qui n'était pas prévue au départ dans le cadre du projet mais qui paraît innovatrice car assez adaptée aux cibles vivant dans les Milieux à Haut Risque, a été imaginée, testée et adoptée pour permettre aussi une meilleure atteinte de certains indicateurs communs aux activités de CCC et de CDV des centres l'Éveil de PSI/Mali.

Il s'est agi de renforcer une synergie d'action entre les centres l'Éveil et les ONG partenaires intervenant dans les mêmes zones. Les ONG partenaires sont, en effet, chargées de faire la mobilisation lors d'une activité de masse et les centres "l'Éveil" offrent les services de CDV Anonyme. Les événements de masse ou activités événementielles organisés par les ONG partenaires sur le terrain contribuent fortement à la commémoration du Mois de la lutte contre le SIDA au Mali.

Les activités d'appui de l'équipe vidéo mobile de PSI/Mali aux ONG partenaires pour l'organisation et l'évaluation des activités événementielles ont été mises à profit pour renforcer cette stratégie. Elle a permis aux ONG qui ne sont pas dans une zone de couverture d'un centre l'Éveil de bénéficier de cet appui. C'est donc une opportunité de palier l'insuffisance de couverture du territoire national en centres de CDV et surtout de répondre aux besoins créés par la sensibilisation des cibles en rapprochant les services des cibles et bénéficiaires.

La Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé a élaboré des documents de Normes et Procédures en matière de CDV. Ces documents viennent d'être validés au mois de septembre 2007. Aussi, le Groupe Pivot Santé Population, en août 2006, a commis des consultants pour mener une étude sur cette stratégie de conseil et dépistage mobile afin de capitaliser les expériences des différentes ONG sur le terrain. Cela a abouti à l'élaboration d'un guide pratique en conseil et dépistage mobile.

## **5.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien**

### **5.4.1 Collaboration entre le SE-HCNLS et le laboratoire privé ALGI dans le cadre du suivi biologique des patients sous ARV**

Le suivi Biologique des patients sous ARV au Mali est un projet initié et mis en place par le SE-HCNLS en partenariat avec le Ministère de la Santé et le Réseau Malien des Personnes Vivant avec les VIH.

Financé par le MAP pour une durée d'un an, ce projet Exécuté par ALGI est un exemple type de la participation et de l'intervention du secteur privé dans la lutte contre le Sida. En effet, pour renforcer le diagnostic de laboratoire et le suivi biologique, le SE-HCNLS a passé un contrat de consultance pour prestation de services, avec le Laboratoire d'Analyse Biologique ALGI, entreprise privée du secteur Médical.

#### **a) Objectif**

L'objectif du projet est d'assurer le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement anti rétroviral et qui ne bénéficient pas encore de suivi biologique au sein d'une autre structure de prise en charge gratuite.

#### **b) Services offerts aux patients**

Ces prestations non facturées aux patients, fournies par une clinique privée en l'occurrence ALGI comporte un paquet de services de qualité qui sont entre autres :

- Rendre disponibles les prestations en matière (i) de suivi de l'efficacité du traitement anti rétroviral ; (ii) de suivi de la tolérance et des effets secondaires du traitement ARV, aussi bien dans le District de Bamako, que dans les autres localités du territoire national.
- Procéder à des prélèvements périodiques dans les principales localités retenues sur la base d'une cartographie élaborée par la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé
- Exécuter les tests recommandés dans la politique nationale de prise en charge anti rétrovirale des personnes vivant avec le VIH pour environ 3000 personnes.

#### **c) Résultats obtenus**

Ces différentes prestations ont permis d'atteindre entre autres ces résultats :

Du 18 avril 2006 au 18 décembre 2006, environ 6000 charges virales et 8200 CD4 ont été effectuées. En moyenne 8000 tests ont été effectués pour le bilan de base (Numération Formule Sanguine, Créatininémie, Aminotransferase et Glycémie). Le bilan lipidique était de l'ordre de 3000 tests pour les cholestérols et les triglycérides. L'amylasémie et le test de grossesse étaient respectivement de l'ordre de 2400 et 400 tests.

#### **d) Effets des interventions**

Ces acquis ont eu comme impact :

- La ponctualité, la rigueur et la rapidité du rendu des résultats ;
- L'accès amélioré à la mesure de la charge virale ;
- La facilité dans la prise de décisions thérapeutiques ;
- La réduction de la durée d'inclusion ;
- L'accroissement du nombre de personnes sous ARV grâce à la disponibilité du bilan biologique ;
- La bonne collaboration entre structures publiques et privées dans le suivi biologique ;



- L'amélioration de la communication entre les patients et les personnes ressources du laboratoire sur les résultats rendus ;
- La mise en place d'une démarche qualité dans la gestion des dossiers (traçabilité) ;
- La synergie et la complémentarité d'actions avec d'autres partenaires comme le Fonds Mondial, ESTHERS, SOLTHIS et BIOMALI qui développent également des activités de suivi biologique dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida.

Le Projet MAP, suivi biologique des patients sous ARV a offert une opportunité de traitement efficace et de qualité tout en minimisant les risques d'effets secondaires des ARV et de complication de la maladie , toutes choses qui mettent le patient dans un état d'assurance psychologique et morale sans oublier l'aspect « gratuité » de ce service qui en atténuant les impacts socio économiques du VIH et du SIDA contribue sans faute à améliorer les conditions de vie des bénéficiaires et à lutter contre la pauvreté de façon générale.

#### **5.4.2 La décentralisation de l'accès aux soins et aux traitements pour les PVVIH au Mali, Cas de ARCAD SIDA**

Créée en 1994 à Bamako, reconnue d'utilité publique par le Ministère de la santé et membre du réseau Afrique 2000, ARCAD SIDA œuvre – avec les personnes touchées par le VIH et leurs proches – à améliorer les conditions de prise en charge sociale, médicale, économique et psychologique

##### **a) Objectif**

Développer la prise en charge globale de l'infection par le VIH, la recherche et la communication.

##### **b) Les principes**

- ✚ Respect des droits des personnes
- ✚ Focalisation sur les thématiques :
  - ✚ accès au dépistage conseil,
  - ✚ Décentralisation de l'accès aux soins médicaux
  - ✚ l'accompagnement psychosocial jusqu'à domicile des PVVIH et leurs familles
  - ✚ Transfert de compétences
  - ✚ Réseautage des soins.

Éthique et équité du traitement pour tous y compris les ARV.

##### **c) Les stratégies**

Création de centre de prise en charge globale à travers lesquels sont mis en œuvre des programmes d'intervention d'ARCAD SIDA: CESAC de Bamako ;

Décentralisation de l'expérience du CESAC dans les principales capitales régionales et les centres de santé de référence ;

Mise en place d'un centre de formation DONYA à Bamako ;

Création d'une cellule pour la réinsertion socioéconomique des PVVIH à travers les activités génératrices de revenus (AGR).

#### **d) Démarche de la décentralisation**

##### **Deux modèles existent**

##### **Site communautaire offrant une prise en charge globale :**

**1. Le modèle CESAC :** Centre d'Ecoute de Soins, d'Animation et de Conseils des PVVIH. C'est un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) caractérisé par une autonomie de gestion et l'inexistence de lourdeurs administratives.

**2. Site intégré dans une structure publique du Ministère de la santé : le modèle USAC** (Unité de Soins d'Accompagnement et de conseils).

Il est caractérisé par l'existence d'un partenariat tripartite (public - communautaire - privé) et le transfert de compétences.

#### **e) Processus d'implantation**

- + Démarche auprès des autorités compétentes pour l'identification des zones
- + Analyse de situation sur l'état des lieux et la faisabilité technique d'une prise en charge globale ;
- + Restitution des résultats à l'ensemble des acteurs politiques, techniques et administratifs ;
- + Présentation du modèle d'intervention dans le système sanitaire du district, du cercle et du centre hôte ;
- + Formation de l'équipe soignante du centre hôte sur le conseil dépistage et la prise en charge globale des PVVIH ;
- + Mise à disposition d'une équipe réduite au niveau du centre après une formation pratique au niveau du CESAC de Bamako ;
- + Renforcement du plateau technique des laboratoires par l'Etat ou les PTF (BMS, ESTHER) ;
- + Lancement officiel des activités avec une large mobilisation de la population générale: média, public et communautaire ;
- + Réseautage de soins avec les structures communautaires et privés.

#### **e) Bilan des réalisations des sites : Cf. Annexe 1.**

#### **f) Les leçons apprises**

- + l'implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH est incontournable ;
- + la mise en commun des efforts des trois secteurs: public, privé et communautaire est aujourd'hui un atout majeur qu'il faut savoir exploiter ;
- + la solution à la lutte contre le VIH et la prise en charge du malade n'est pas propre à une seule entité, l'implication communautaire et familiale assure un optimum de soins de qualité partout et pour tous les malades.

#### **Défis**

- + La question de la pérennité des CESAC et des USAC se pose avec acuité.
- + L'exiguïté des locaux des USAC pour la réalisation des activités de soutien psychosocial au niveau de certains sites public.

- ✚ L'offre des soins de qualité concernant la globalité d la PEC: dépistage, soins (IO, ARV), soutien psychosocial dans les sites intégrés

#### g) Perspectives

- ✚ Assurer un transfert de compétences pour faciliter l'accès à des soins de qualité au plus grand nombre de malades ;
- ✚ Mettre en réseau de soins tous les acteurs concernés dans la lutte contre le VIH y compris les PVVIH pour une solidarité thérapeutique plus grande ;
- ✚ Assurer l'accès universel aux soins de qualité aux groupes vulnérables et marginalisés ;
- ✚ Mobilisation sociale pour le dépistage de proximité et l'accès aux traitements.

#### h) Réplicabilité

La réplication du modèle est bien possible, cependant :

- ✚ l'implication des services publics est indispensable dans le processus d'implantation
- ✚ l'adhésion et l'appropriation du site et de ses activités par le personnel des centres hôtes sont un gage de pérennité des acquis.

### 5.4.3 Chorale des veuves et orphelins du SIDA

#### Organisation : Réseau Malien des PVVIH (RMAP+)

#### Objectifs :

- 1) Sensibiliser l'opinion publique sur l'impact négatif du SIDA
- 2) Faire le plaidoyer pour l'accès pour tous aux soins, soutien et traitements ARV

#### Activités réalisées

1. La Chorale des veuves a été présentée pour la première fois le 08 Mars 2000 lors de la journée internationale de la femme en présence de plus de trois mille femmes venues des quatre coins du Mali.
2. Les veuves ont chanté, un orphelin du fait du sida a récité un poème au terme duquel il demandait : « toi, que peux tu faire pour un orphelin du sida ? ».

#### Résultats :

- Ce fut le déclic pour la prise en compte de la prise en charge médicale par les ARV au Mali
- Chaque premier Décembre cette chorale est invitée au lancement du mois de lutte contre le sida au Mali ;
- Une plus grande attention a été accordée aux problèmes des femmes infectées /affectées par le VIH ;
- Le problème des enfants infectés/affectés et les orphelins dus au sida a été pris en compte (résultat : aujourd'hui il existe une politique nationale de prise en charge des orphelins et enfants affecté de sida)

- Le Mali est cité aujourd'hui en exemple dans le respect et la promotion des droits et devoirs des PVVIH.

#### **5.4.4 Utilisation des techniques d'épargne sanguine en milieu chirurgical dans les hôpitaux nationaux**

**Investigateur :** Pr Abdoul Traoré dit Diop

**Localisation :** Bamako

**Partenaires :** Hôpital du Point G, hôpital Gabriel Touré, hôpital de Kati

**But :** Etudier la faisabilité des techniques d'épargne sanguine (TES) dans les services chirurgicaux des hôpitaux nationaux du Mali.

##### **Objectifs**

- Déterminer le taux d'acceptabilité des TES par les futurs opérés.
- Evaluer la faisabilité d'un suivi clinique et biologique des autotransfusés.
- Décrire les conditions cliniques et biologiques des patients-tests et des témoins en pré, per et post-opératoire.
- Déterminer le surcoût des techniques.

**Délai d'exécution :** Août 2003 – Décembre 2004 (18 mois)

##### **Méthodologie**

Les techniques d'épargne sanguine (TES) occupent une place importante dans la stratégie transfusionnelle des pays développés, notamment en raison des risques tels que la transmission d'agents infectieux ou l'alloimmunisation.

Au Mali, les problèmes transfusionnels sont encore plus aigus en raison des accidents, qui s'élevaient à 4,22 % en 1995 à Bamako, des taux élevés de prévalence de l'hépatite B, et du VIH, mais aussi en raison des difficultés d'acquisition du sang. Par crainte d'être détectés séropositifs au VIH, pour des raisons socioculturelles ou religieuses, les donneurs se font rares. Ainsi, pour des besoins annuels estimés à 40 000 unités de sang, le Centre national de transfusion sanguine n'en a collecté, en 2000, que 14 138, dont seules 11 029 ont été validées.

Pour contrer cet obstacle, deux études ont été réalisées en milieu chirurgical à Bamako : la première, en 1994, sur la transfusion homologe différée, la seconde, en 1996 sur l'hémodilution normovolémique.

Ces TES ayant été acceptées par tous les patients et n'ayant eu de conséquences ni sur la mortalité ni sur la morbidité, il a été décidé d'étudier la faisabilité des TES dans les

services chirurgicaux des trois hôpitaux nationaux du Mali, en comparant la transfusion homologue (TH) et l'hémodilution normovolémique intentionnelle (HDNI).

Les patients ont été recrutés dans les trois hôpitaux nationaux du Mali (l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel

Touré et l'hôpital de Kati) sur 12 mois, et ont été suivis pendant les 4 mois suivant l'intervention chirurgicale.

Ont donc été recrutés des patients programmés pour une intervention chirurgicale à froid, dont l'état

bioclinique nécessite une transfusion, éligibles aux indications de l'autotransfusion, ne portant aucune pathologie infectieuse évolutive et ayant donné leur consentement éclairé.

Sont exclus tous les patients ayant un cancer, une maladie infectieuse évolutive ou cardiaque. L'échantillon obtenu a été de 148 patients ; 75 dans le groupe HDNI, 73 dans le groupe TH.

Le prélèvement sanguin effectué était suivi de l'administration d'un soluté isotonique de volume équivalent pour maintenir un hémocrite autour de 30 %. En cas de chute de l'hémocrite en dessous de 25 %, le prélèvement est réinjecté. Sinon, il est donné à la banque du sang.

## **Programmes médicaux et de recherche Programmes médicaux et de recherche**

### **Résultats**

Pendant les 16 mois de durée de l'étude, 6 337 interventions chirurgicales ont été effectuées dans les 3 hôpitaux ; 286 d'entre elles ont nécessité une transfusion sanguine, soit 4,5 %.

Les patients ayant reçu l'HDNI en ont représenté 26 %, soit plus d'un malade sur 4.

Acceptée par tous les patients sollicités, l'HDNI n'a entraîné ni troubles cliniques, ni perturbations hémodynamiques, ni troubles transfusionnels majeurs, en comparaison avec la TH, en per comme en post-opératoire.

Le suivi post-opératoire des patients a pu être assuré dans des conditions satisfaisantes.

Les réserves sanguines ont été augmentées de 80 unités soit environ une unité par patient sur la période de l'étude.

### **Signification**

L'étude fera l'objet d'une publication dans l'*e-journal* de l'International AIDS Society.

L'étude a donc prouvé que l'HDNI ne nuit pas au patient. Mieux, elle lui est bénéfique car permet d'éviter tout risque transfusionnel, qu'il soit de transmission d'agents infectieux ou d'incompatibilité sanguine sans risque d'altérer le suivi clinique et biologique du patient. Parallèlement, elle bénéficie à d'autres malades, notamment ceux opérés en urgence, qui pourront bénéficier des unités de sang ainsi épargnées.

*« Il n'y a plus de risque de transmission puisque le patient reçoit son propre sang. »* Pr Diop.

94,6 % du personnel soignant interrogé souhaite que l'HDNI soit adoptée comme stratégie transfusionnelle dans les hôpitaux.

Pour y parvenir et développer l'HDNI, il faut donc introduire ce concept dans le *curriculum* des écoles sociosanitaires, former le personnel des blocs opératoires en exercice. Sur le plan institutionnel, il convient d'inclure l'HDNI dans la stratégie nationale et donc améliorer l'environnement institutionnel en matière de techniques transfusionnelles.

Enfin, d'un point de vue logistique, il faudra ensuite équiper les blocs opératoires en matériel d'hémodilution adéquat, le coût moyen d'un équipement en micro-centrifugeuse et accessoires ne dépassant pas 3 millions de FCFA (4 500 €), un coût modeste compte tenu des bénéficiaires escomptés.

La sensibilisation est en cours auprès des autorités sanitaires.

#### **5.4.5 Le Programme Concerté d'intervention auprès des Orphelins et autres enfants Vulnérables (PCIOEV).**

##### **Organisation : Réseau des Intervenants auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (RIOEV)**

Le RIOEV met en œuvre le volet relatif aux Orphelins et Enfants Vulnérables du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA à travers le Programme Concerté d'intervention auprès des Orphelins et autres enfants Vulnérables (PCIOEV). Au terme deux années activités, le RIOEV et ses partenaires ont appris à travailler en synergie afin de couvrir tous les aspects de la problématique des OEV. Le dispositif communautaire de prise en charge des OEV a permis la participation des populations au processus d'identification, d'orientation et de référence vers les structures de prise en charge des OEV.

Les résultats ont été obtenus grâce à un partenariat dynamique que le RIOEV a développé et entretenu avec les services techniques du développement social, de la promotion de l'enfant, des Assemblées Régionales, des communes du District de Bamako, des communautés à travers les groupes locaux de soutien aux OEV et les institutions spécialisées de prise en charge des enfants vulnérables à savoir :

- Les enfants en conflit avec la loi
- Les enfants victimes d'abus sexuels
- Les enfants handicapés
- Les enfants de et dans la rue
- Les enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA
- Les enfants victimes d'abus sexuels

Grâce à ce partenariat, le RIOEV a obtenu des résultats majeurs. D'une part, la décentralisation des actions de prise en charge des OEV à l'échelle nationale à travers son concept de réponse locale. D'autre part, le dispositif institutionnel mis en œuvre à travers le PCIOEV, gravite autour des collectivités territoriales. Ce choix obéit au souci de voir émerger dans toutes les régions une réponse locale en matière de prise en charge globale des OEV.

Le RIOEV mène ces actions dans les 8 capitales régionales et les 6 communes du District de Bamako. L'approche repose sur un soutien fort des Présidents des Assemblées Régionales apportant leur appui au programme à travers la dotation au RIOEV d'un bureau en leur sein afin de démontrer leur volonté et leur engagement pour la cause des OEV. De plus, les services techniques déconcentrés accompagnent les élus dans la prise

en charge globale des OEV. Ils se sont appropriés le concept d'OEV mais également les modalités et le processus de mise en œuvre des activités en faveur de ce groupe cible. Ainsi, chaque capitale régionale et commune du District de Bamako est dotée d'une Equipe Cadre Régionale composée essentiellement d'agents des 3 Ministères concernés (Développement Social, Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille ainsi que celui de la Santé), d'élus siégeant aux Assemblées Régionales et aux conseils communaux chargés des affaires sociales, d'ONG spécialisées dans le domaine du VIH et de l'enfance et de techniciens. A cela, il faut ajouter les animateurs des 8 Centres d'Ecoute Communautaire (CEC) du District de Bamako.

### **Le renforcement des capacités des Intervenants**

Les élus, les services techniques, les organisations de la société civile et les institutions spécialisées de prise en charge des enfants en situation difficiles ont reçu les formations suivantes :

- IEC/Counseling en matière de VIH de l'enfant ;
- Droits des OEV dans le contexte du VIH ;
- Communication sociale et l'orientation des enfants ;
- Prise en charge psychosociale des OEV ;
- Formation des pédiatres et médecins au suivi clinique et biologique des enfants nés de mères séropositives pour les corps médical;
- Mise en place des groupes locaux de soutien et de prise en charge des OEV.

Les différentes sessions de formation ont eu des répercussions positives sur les enfants. A court terme, le processus d'identification et de suivi des OEV est mieux conduit au niveau communautaire et sur les sites PTME. Les enfants les plus vulnérables sont ciblés par les interventions du RIOEV. A moyen et long terme, les sessions de formation organisées par le RIOEV assurent une certaine continuité dans la prise en charge des OEV. En effet, grâce à la référence, de nombreux OEV initialement pris en charge au niveau communautaire sont de plus en plus suivi au niveau des structures de santé et des centres d'écoute.

De surcroît, les membres des Equipes Cadres Régionales venant d'horizons professionnels divers, sont formés à "comment mieux travailler ensemble" pour améliorer la mise en œuvre des actions et assurer la vision stratégique du programme reposant sur l'appropriation du programme par les acteurs.

### **Organisation et animation de cadres de concertation et d'échanges**

L'organisation et l'animation du cadre de concertation et d'échanges impliquent la tenue de rencontres et l'animation des groupes locaux de soutien aux OEV. Ces derniers constituent des espaces d'information, de partage et de mise à niveau des activités du RIOEV au niveau national et régional. Les cadres de concertation du RIOEV sont constitués des 2 instances suivantes :

1. Les rencontres des Equipes Cadres Régionales (ECR) et des Equipes Cadres Communales (ECC) composées d'agents points focaux du développement social, de la promotion de l'enfant, de l'ONG partenaire, du point focal Assemblée Régionale et du technicien de développement communautaire ; représentent l'instance technique de mise en œuvre des activités du RIOEV

2. Le cadre de concertation régionale, forum organisé au niveau régional et regroupant tous les intervenants dans le domaine de l'enfance. La fréquence des rencontres est d'une à 2 selon les régions. C'est un véritable cadre d'échanges d'informations, de planification et de suivi des activités du RIOEV.

Les cadres de concertation sur les OEV regroupent les intervenants du domaine de l'enfance, notamment ceux en situation difficile dans les régions et dans les communes du District. L'ensemble des actions menées par les Equipes Cadres Régionales, en faveur des OEV sont restituées aux acteurs intervenants auprès des OEV partenaires du RIOEV et autres acteurs. Cela se fait pour le partage et la validation des informations sur les actions mais également pour la recherche de partenariat et de cohérence des interventions en faveur des OEV au niveau local.

### **Les actions directes en faveur des OEV**

Dans le cadre du Programme Concerté d'intervention auprès des Orphelins et autres enfants Vulnérables (PCIOEV), 2 500 OEV ont bénéficié d'appuis nutritionnels et vestimentaires à une fréquence trimestrielle sur une période de 2 ans et d'appui aux soins de façon continue afin de soulager leur souffrance.

Dix (10) Centres d'Accueil d'Ecoute et d'Orientation (8 à Bamako, 1 à Koulikoro, 1 à GAO, 1 à Tombouctou et 1 à Kayes ont été rénovés et dotés en jeux de société dans les quartiers les plus défavorisés facilitant ainsi l'accès des enfants vulnérables aux services de prise en charge psychosocial de proximité. leurs encadreurs et les groupes locaux de soutiens aux OEV (groupes communautaires) ont reçu une formation d'encadrement. Il en est de même pour le Centre Spécialisé de Rééducation pour les enfants en conflit avec la loi et le CEAO pour les enfants de la rue. Environ 100 enfants fréquentent ces lieux où ils bénéficient d'imprégnation et de formations aux métiers de l'art, de l'artisanat et de la culture malienne comme mode d'expression de leur vécu : chant, danse, ballet, théâtre et apprentissage du Bogolan.

Un appui en AGR de 100 000 FCFA est donné à 300 femmes, mère de ces enfants, ce qui leur permet de disposer de ressources financières pour une première activité économique. Ces fonds sont domiciliés dans les institutions de microcrédit chargées de l'accompagnement de ces familles avec l'appui des antennes régionales et communales du RIOEV. Des conventions ont été signés entre les antennes du RIOEV et les structures de micro finance.

Le bon déroulement des actions de prise en charge des OEV assure un appui à 110 familles d'accueil et à 60 structures. Cela entraîne l'installation d'un processus de capitalisation, de pérennisation et de suivi des actions du RIOEV.

### **L'émergence d'un cadre institutionnel et juridique pour les OEV**

Une commission de relecture des textes composée de magistrats et d'intervenants existe. Les travaux de celle-ci ont aboutit à l'élaboration d'un projet de proposition de d'une loi portant sur «les dispositions particulières relatives à la prévention et à la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables dans le contexte du VIH/SIDA».

### **Les Groupes Locaux de Soutien aux OEV**

Le RIOEV a mis en place et anime de 66 groupes locaux de soutien aux OEV dans les 8 régions et dans les communes du District de Bamako. Il contribue ainsi à l'identification



et la prise en charge communautaire des OEV. Les groupes locaux de soutien et de prise en charge psychosociale des OEV est une démarche classique du RIOEV. La stratégie de mise en place de ces groupes est fondée sur la nécessité de développer la réponse communautaire dans le cadre de la prise en charge globale des enfants. Le processus et la méthodologie permettent une participation communautaire accrue à toutes les étapes d'identification, de soutien, de référence et de suivi des enfants.

### **Le Développement de la recherche sur la problématique des OEV au Mali**

Le RIOEV a procédé à un diagnostic dans les 8 régions et les 6 communes du District de Bamako sur la situation des OEV afin de connaître les OEV au niveau local, la nature des interventions en leur faveur, le gap à combler, l'identification des institutions, la constitution d'une base des données sur les intervenants et la cartographie des acteurs intervenants auprès des OEV. Il faut ajouter à cette recherche opérationnelle, l'élaboration et la conception d'une base de données sur l'identification et le suivi des OEV sur tous les sites.

Il y a deux études en cours : l'une étude sur le dépistage du VIH des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV) et l'autre sur la réponse médicale et communautaire dans le cadre de la prise en charge globale et multisectorielle dans le contexte du VIH au Mali. Les résultats seront disponibles en février 2008.

### **Leçons apprises**

Les principales leçons apprises sont les suivantes :

Le manque de ressources dans les institutions et l'extrême pauvreté des parents fait que dans certains cas, les droits des enfants ne sont pas respectés. Les connaissances locales en matière de soutien et de prise en charge des enfants en situation difficile dans toutes les sociétés maliennes montrent l'enfant comme un être fragile donc vulnérable. Il fait l'objet d'une attention de tous afin de créer les conditions propices à son développement : cette valeur soit communément partagée par tous.

Le dispositif opérationnel de mise en œuvre du programme au niveau des régions et dans le District de Bamako est en bonne place pour son intégration dans les Plans de Développement Socio Economique et Culturels des Communes (PDSEC).

La gestion concertée du programme à travers l'interaction entre Elus des Assemblées Régionales, agents des structures techniques, techniciens du RIOEV et notables locaux; permet la prise en charge globale des questions relatives aux OEV. Le dispositif de prise en charge globale des OEV combine la prise en charge communautaire et médicale. Grâce aux efforts déployés par tous les acteurs, ce dispositif est fonctionnel et a permis l'identification des enfants vulnérables, la prise en charge au niveau local et l'orientation vers les structures médicales pour les cas dépassant les compétences locales.

### **Défis**

Les défis majeurs se résument comme suit :

- Il reste beaucoup à faire quant à la prise en charge de la dimension du VIH pédiatrique dans les actions visant spécifiquement les enfants bien que le Mali ait adopté une loi sur le VIH/SIDA. L'insuffisance des textes sur le VIH de l'enfant

conjugée à la faible connaissance du VIH pédiatrique chez certains médecins des Centres de santé de référence, doit être vite comblée si l'on veut préserver les droits des enfants infectés et affectés par le VIH.

- L'intégration des dimensions relatives aux OEV dans les Plans de Développement Socio Economique et Culturel en cours d'exécution au niveau des collectivités décentralisées est un défi majeur qu'il convient de relever.

## **Perspectives**

La 2<sup>ème</sup> phase d'exécution du PCIOEV sera consacrée à la consolidation des acquis des deux premières années. La collaboration avec les services centraux et déconcentrés du développement social, de la promotion de l'enfant et de la santé sera être renforcée. La mise à la disposition du RIOEV, de 20 agents points focaux relevant du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, est une opportunité pour le RIOEV pour atteindre ses cibles au niveau des cercles et des communes.

Les questions relatives aux OEV sont d'autant plus complexes qu'il existe plusieurs catégories d'enfants vulnérables. Le RIOEV développera une synergie d'action avec les autres intervenants, notamment avec les institutions spécialisées dans la prise en charge des enfants en situation difficile. Ce point est essentiel pour répondre efficacement aux besoins réels de toutes les catégories d'enfants vulnérables,

Enfin, le RIOEV est en pourparler avec des services techniques et des Députés de l'Assemblée Nationale du Mali pour contribuer à l'émergence d'un cadre institutionnel et juridique en faveur des OEV. Cette dynamique sera renforcée durant la 2<sup>ème</sup> phase avec le nouveau Comité National OEV (CNOEV) du Haut Conseil National de lutte contre le Sida.

### **5.5. Suivi et évaluation**

La fonctionnalité du dispositif de suivi évaluation au niveau opérationnel requiert l'intervention de plusieurs acteurs, surtout au niveau déconcentré.

Ainsi, il a été mis en place au niveau de chaque région administrative et à Bamako un Secrétariat Exécutif Régional qui effectuera la collecte et la transmission des données produites par différents les différents acteurs intervenant dans sa région. Ces répondants du SE-HCNLS au niveau régional ont été installés courant 2007.

Les meilleures pratiques évoquées ont porté sur plusieurs domaines de la réponse au VIH et au SIDA. Cependant on remarque que des améliorations doivent faites sur certains aspects du fait des obstacles décelés dans le processus de la riposte.

## VI. Principaux obstacles et mesures correctives

### 6.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2005 à l'UNGASS

Le rapport UNGASS 2005 a retenu un certain nombre de défis parmi lesquels : i) le renforcement de la prise en charge nutritionnelle (lait artificiel) des enfants nés de mères séropositives ; ii) l'élargissement de la couverture des programmes PTME et ; iii) la formation du personnel socio sanitaire. Les progrès réalisés sont les suivants :

#### 6.1.1. Approvisionnement en lait artificiel

Les activités de suivi nutritionnel des enfants s'inscrivent dans le cadre de l'accélération de l'accès universel à la prévention, aux soins et traitement, ... En septembre 2007, 1 678 nouveaux nés de mères séropositives ont été alimentés avec le substitut du lait maternel.

Les besoins en lait artificiel sont satisfaits dans les 103 structures de PTME et au niveau des pédiatres chargés du suivi des bébés nés de mères séropositives.

#### 6.1.2. Elargissement de la couverture dans les districts sanitaires

Le nombre de sites PTME a connu une augmentation assez importante passant de 55 en 2005 à 88 en fin 2006. En septembre 2007, le nombre total des sites PTME était de 103.

#### 6.1.3. Formation du personnel socio sanitaire des secteurs public, privé et communautaire

Les formations reçues portent sur divers thèmes. On distingue :

- Gestion des médicaments (pharmaciens, médecins) : **12** personnes en Algérie, France, Pays-Bas ; **90** personnes à Bamako ;
- Approche syndromique IST révisée : **178 formateurs** dans les régions et le District de Bamako;
- Laboratoire (pharmaciens, techniciens de laboratoire): **200** personnes au Mali et au Sénégal (techniques de dépistage, bilan de suivi biologique, CD4, Charge Virale, sécurité transfusionnelle) ; **4** personnes pour le contrôle de qualité au Maroc, en France et au Ghana.
- PTME, Accidents d'Exposition Sanguine, infections nosocomiales : **692** médecins, sages femmes, infirmiers ;
- Prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle : **1160** agents.

## **6.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale et progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS**

Durant la période 2006-2007, les difficultés rencontrées sont relatives à la couverture de l'ensemble des interventions s'inscrivant dans la réponse au VIH et au SIDA au Mali, et cela du fait de la multiplicité des acteurs.

Par ailleurs, les changements opérés sur les indicateurs UNGASS rendent difficiles leur collecte étant donné que les différents acteurs auront effectué leur rapportage avant l'adoption de la liste des indicateurs.

En outre, il faut signaler :

- la non effectivité de la fonctionnalité du système de suivi évaluation, cette situation a causé des difficultés dans la collecte des données ;
- la non disponibilité de certaines données pour la raison qu'elles ne sont pas collectées durant la mise en œuvre des projets/programmes au niveau des secteurs concernés (ex : données sur la scolarisation des orphelins dans les statistiques du Ministère de l'Education Nationale,...) ;
- le besoin de renforcer la participation des acteurs impliqués dans la réponse au mécanisme de coordination et de suivi de la riposte nationale.

## **6.2. Mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS.**

Les mesures correctives prévues portent essentiellement sur la couverture de la réponse au VIH et au SIDA notamment l'extension des services offerts sur tout le territoire national.

Il est également question de rendre effectif la fonctionnalité du système de suivi évaluation en complétant les composantes au niveau desquelles le besoin est ressenti (Cf. Besoins en assistance technique).

D'un autre point de vue, les différents acteurs de la réponse au VIH et au SIDA ont bénéficié du soutien des partenaires au développement.

## **VII. Soutien des partenaires au développement**

### **7.1. Soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS**

Le soutien apporté par les partenaires au développement est essentiellement de nature financière. Ainsi, plusieurs financements ont été accordés au pays. Le tableau 8 retrace les financements octroyés et les périodes couvertes.

**Tableau 8 : Montants des ressources disponibles et l'orientation des appuis selon le mécanisme pour la période 2007-2010.**

Ressources financières provenant des mécanismes MAP, BAD et Fonds Mondial 2007-2010																					
Mécanisme	Contributions en milliers de dollars US				Prévention								PEC et SS	Droits et VIH	GIS						Renforcement des capacités des parties prenantes
	2007	2008	2009	2010	PTS - PGRPV	PTME	PIST	CDV	ST	HMS -AESS	GDB	SS			EC	ESP	NC	ER	SEPF		
FM	11741	10 447	10676	7 733 (au fin juin 2010)	X	X	X		X	X	X	X				X	X	X	X		
BAD	3417	3417	3417	3 417 (au 31 décembre 2010)	X		X	X		X	X	X	X	X				X	X		
Banque Mondiale MAP	12976	3071	3010		X	X		X				X				X	X	X	X		
<b>TOTAL</b>	<b>28188</b>	<b>16 935</b>	<b>17103</b>	<b>11150</b>	<b>TOTAL POUR 2007-2010 = 73 376 000 DOLLARS US</b>																

Sources : Plan opérationnel du CSN 2006-2010, SE-HCNLS.

**Légende :**

***Prévention***

CDV – Centres de dépistage volontaire

EC – Enquête comportementale

ER – Etudes et recherche

ESP – Enquête au Sein de la Population

GDB – Gestion des déchets biomédicaux

***GIS – Gestion des Informations Stratégiques***

HMS/AESS – Hygiène en milieu de soins/Accidents  
poste exposition sang/exposition sexuelle

NC – Notification de cas

***PEC et SS – Prise en charge et soins/soutien***

PIST – Prévention des IST

PTME – Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

PTS-PGRPV – Prévention de la transmission sexuelle et prévention au sein des groupes à  
risque et/ou vulnérables

SEPF – Suivi Evaluation Programmatique et Financier

SS – Surveillance Sentinelle

ST – Sécurité transfusionnelle

Outre les mécanismes FM, MAP et BAD, d'autres partenaires participent au financement de la réponse nationale. L'étude REDES réalisée en 2006 montre la contribution des partenaires suivants :

- ✓ Coopération bilatérale : 3 838 096 462 FCFA ;
- ✓ Agences des Nations Unies : 509 681 619 FCFA ;
- ✓ ONG et autres institutions internationales : 1 744 656 806 FCFA.

## **7.2. Actions devant être entreprises par les partenaires afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS**

L'atteinte des objectifs de l'UNGASS nécessite un appui qui devra permettre d'assurer une fonctionnalité effective du système de suivi évaluation. Cet appui pourra être sous forme d'assistance technique (Cf. section 8.4).

## **VIII. Suivi et évaluation**

Le suivi évaluation n'a pas toujours bénéficié d'une attention suffisante depuis le début de l'épidémie. C'est seulement durant ces dernières années qu'un accent particulier est accordé au suivi évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Cela se traduit aujourd'hui par une mobilisation des gouvernements des pays et des partenaires techniques et financiers à soutenir la mise en place d'un dispositif performant de suivi évaluation.

Malgré une mobilisation des acteurs pour soutenir la mise en place de dispositifs nationaux performants de suivi- évaluation, les actions menées n'ont cependant pas encore permis la mise en place d'un système de Suivi- évaluation suffisamment opérationnel.

### **8.1. Aperçu du système actuel de suivi et évaluation**

Le système est doté de plusieurs éléments clés. L'illustration par le **schéma 4** suivant met en lumière ces éléments, les rapports entre eux et les principes de leur mise en œuvre.

#### **8.1.1 Le dispositif institutionnel de suivi- évaluation : les niveaux d'intervention des structures et institutions**

##### **Les acteurs**

Les acteurs de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA interviennent dans un cadre multisectoriel de réponse coordonnée par le HCNLS, ancré dans les organes de gouvernance locale, enraciné dans les communautés et activement soutenu par un partenariat fructueux entre tous les acteurs concernés.

Ainsi les rôles et responsabilités des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA sont fonction de leurs forces, habilités et avantages comparatifs et sont résumés dans le **tableau** ci-dessous :

**Tableau 9 : Description des rôles des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et le SIDA selon le secteur.**

Acteurs des secteurs	Rôles dans la mise en œuvre des activités de lutte
<b>Secteur Public</b>	Leadership, orientation, mobilisation, impulsion, législation, prestations, coordination, contrôle, S&E,
<b>Secteur Privé entreprises</b>	Protection du personnel et leurs familles, utilisateurs de leurs services et des populations vivant dans leur environnement, S&E
<b>Société civile (secteur privé, associations &amp; OSC)</b>	Protection, défense et promotion des intérêts et droit de la population : prévention, mobilisation sociale, soutien et assistance aux PVVIH, familles, prestations et services, S&E
<b>Partenaires au développement</b>	Accompagnement stratégique, technique et financier, faciliter l'harmonisation et la simplification des procédures, S&E

### 8.1.2 Les sources des données

Les sources de données sont essentiellement les rapports de routine, les rapports d'enquêtes et de surveillance. Les données et informations provenant des sources de données servent à alimenter le système suivi-évaluation.

Des rapports spécifiques seront élaborés pour satisfaire certains engagements du PNMLS notamment auprès des partenaires techniques et financiers.

#### Les Rapports d'activités de routine (programmatiques)

##### a. Rapports mensuels

C'est le rapport d'activités de routine préparé sur une base mensuel par les différents départements techniques du SE-HCNLS ainsi que l'AGC et l'AGF. C'est un document à présentation simplifiée sous forme de fiche de suivi. Il s'agit de six types de rapports (y compris des rapports spécifiques) mensuels prioritaires classés par la nature des informations ainsi que les dates de dépôt pour alimenter le système S-E.

##### b. Rapports Trimestriels

Les rapports trimestriels concernent l'ensemble les structures d'exécution et de coordination impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit principalement de trois sortes rapports :

- un rapport par structure d'exécution /Acteurs de terrain et bénéficiaires. Il s'agit d'un document de présentation simple, qui comprendra l'ensemble des activités effectuées durant le trimestre écoulé et celles programmées pour le trimestre suivant. Il prendra en compte dans la mesure du possible, des informations sur les ressources afin de pouvoir identifier les écarts au niveau des finances.

- un rapport par structures d'exécution/acteurs de terrains et bénéficiaires du secteur sanitaire. Les données relatives à luttes contre le VIH/SIDA ont été intégrées dans le système d'information sanitaire du Ministère de la Santé.



-un rapport par structure de coordination et par niveau comprenant et informations et transmises par les structures d'exécution dans leur zone de compétence et des résultats des supervisions effectuées sur le terrain y compris toutes autres informations disponibles à leur niveau.

- un rapport des différents départements du SE-HCNLS et de l'AGC/AGF

### **c. Rapports semestriels**

Ce sont les rapports de l'Agence de gestion des contrats (AGC), l'Agence de gestion financière (AGF) et le rapport du SE-HCNLS pour la revue semestrielle du MCS.

Les rapports semestriels concernent deux structures à savoir l'AGC/AGF et SE-HCNLS. L'AGC/AGF établira un rapport qui portera sur les activités menées le semestre écoulé et celles programmées au cours du semestre à venir.

### **d. Rapports annuels**

Les rapports annuels sont principalement une compilation des rapports trimestriels et doivent satisfaire tous les indicateurs alimentés par les rapports trimestriels.

Les rapports annuels sont des rapports de routine des structures de coordination et les rapports spécifiques. Ce sont des rapports qui portent sur les synthèses activités sur la période de Janvier à Décembre de chaque année par organisme concerné.

- **Les Rapports d'études, d'enquêtes et de recherche Surveillance**

Les enquêtes, études et évaluations font partie des activités de recherche du pays Les activités de surveillance prioritaire par rapport au suivi et l'évaluation de l'impact.

- **Les Bases de données**

Aux différents types de rapports identifiés et classés par nature, ou par structure productrice de l'information, il faut ajouter la liste des bases de données accessible au DPSE du SE-HCNLS et celles des structures de mise en œuvre qui pourront dans certain cas, bénéficier d'un appui pour être fonctionnelles, Un état des lieux doit être fait par le DPSE du SE/HCLNS pour constater celles déjà fonctionnelles à satisfaction, celles non fonctionnelles et celles à créer. Dans cette partie, toutes les sources de données prioritaires et la liste des bases données utiles sont présentées en détail. Un « check-list » de sources de données reçues est utilisé périodiquement (mois, trimestre et année) au niveau de l'administrateur de système.

Pour alimenter le système suivi-évaluation, il y a d'autres sources de données possibles. Les principales sont les suivantes :

- **Base de données SE-HCNLS à concevoir et à mettre en place (suivi, évaluation, surveillance, recherche)**

C'est la base électronique de données VIH/SIDA au plan national qui contiendra les données du suivi des activités, du financement, de la surveillance biologique et comportementale, de la recherche et évaluations. Le logiciel d'application choisi sera choisi bientôt. Cette base de données sera fonctionnelle et centralisée au niveau du Département planification stratégique, suivi et évaluation. Il sera géré par un administrateur du système.

- **Base de données AGC/AGF**

C'est la base de données de l'Agence de Gestion des Contrats et l'Agence de Gestion Financière qui contient de l'information clé de chaque contrat signé. Actuellement, un logiciel de suivi pour les activités des sous projets et pour la gestion financière est disponible.

- **Base de données des Cellules sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA**

Ce sont les bases de données qui sont principalement au niveau des Cellules sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA des départements ministériels et autres institutions publiques.

- **Base de données du CSLP**

C'est la base de données multisectorielle DEVINFO pour le suivi du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) et les objectifs du millénaire pour le développement.

- **Base de données DNSI : base de données des statistiques nationales**

- **Base de données des Collectivités décentralisées**

C'est la base de données disponible au niveau de la DNICT de l'Organe Intégré de Suivi et Evaluation (OISE) qui est alimentée par les informations des collectivités décentralisées.

- **Base de données PTF**

Ce sont les différentes bases de données disponibles au niveau des partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA.

- **Autres Bases de données SE-HCNLS**

Une base de données commune au SE-HCNLS et l'AGC pour la liste des prestataires. Le Secrétaire Exécutif à travers l'AGC invite par une large publicité (annonce dans les journaux) les (Entreprises, Consultants, ONG...) à déposer leur dossier pour la constitution d'une liste de prestataires qui seront éventuellement consultés pour la réalisation des activités entrant le cadre du Programme. Les domaines d'activités doivent être précisés.

Une base de données pour le spécialiste des passations de marchés sur la gestion des **avis de non objection de la Banque Mondiale** dans le cadre du projet MAP. Cette base sera extensible pour prendre en compte l'ensemble des marchés passés avec un inventaire permanent des fournitures de biens et services, des contrats relatifs aux activités trans-sectorielles (contrats de formation, contrat d'audit et d'évaluation, contrat de contrôle de qualité, contrat de mobilisation sociale

### 8.1.3 Le circuit global des données et de l'information

Le circuit global des données et de l'information se manifeste à travers les 4 étapes suivantes :

- ✚ **La collecte des données**

La collecte des données pour le suivi - évaluation s'intéresse aussi bien aux données techniques qu'aux données financières. Elle est faite sur la base d'outils élaborés selon les niveaux et diffusés auprès des acteurs sectoriels par le Secrétariat Exécutif. Ce qui permet de disposer des informations aussi bien quantitatives que qualitatives nécessaires pour calculer les indicateurs et apprécier le niveau d'atteinte des objectifs visés. Les données nécessaires peuvent être disponibles à travers plusieurs sources qui constituent entre autres, des outils d'évaluation. On distingue :

- *La collecte des données primaires*

Elle est effectuée par les structures d'exécution et basée sur le système d'information de routine provenant du suivi de la mise en œuvre des plans d'actions et sous projets et du système de surveillance épidémiologique pour le secteur de la santé. La collecte des données primaires constitue le noyau du système de suivi des activités et fournit les informations quantitatives et qualitatives nécessaires pour renseigner les indicateurs de produits/processus. Ce sont les données brutes, non synthétisées, recueillies au moment de l'action elle-même dans le registre, le cahier de note ou la fiche de compte rendu d'activité et qui sont ensuite utilisées pour le rapport mensuel ou trimestriel d'exécution des activités.

- ***La collecte des données lors des visites de terrain, missions de supervision***

Elle est effectuée à partir des activités de suivi/supervision de l'échelon supérieur à l'échelon inférieur. Les activités de suivi des structures d'exécution et des structures de coordination des secteurs d'intervention sont effectuées par les différents départements du Secrétariat Exécutif qui organisent des missions périodiques d'appui technique à ces structures.

Le suivi des activités des structures d'exécution est à son tour effectué par les structures de coordination des secteurs d'intervention.

Il faut également retenir les missions de supervision du Secrétariat Exécutif par les partenaires financiers.

- ***La collecte des données par les activités d'évaluation et d'enquêtes***

Elle est utilisée pour obtenir des informations sur certains indicateurs (résultats, impacts) que le suivi ne fournit pas.

Les activités d'évaluation (auto-évaluations, évaluations annuelles, évaluations initiales et à mi-parcours, évaluations finales et évaluations d'impact), s'effectuent au plan interne et/ou externe et permettent de consigner des informations relatives à l'efficacité, l'efficience et à l'impact des interventions. Les informations sont également quantitatives et qualitatives et permettent aussi bien la vérification des indicateurs que la définition de nouvelles approches d'intervention.

A ce niveau on a également les données d'enquêtes ponctuelles. Elles résultent de données recueillies à partir d'enquêtes spécifiques commanditées par la structure nationale de coordination ou les partenaires et prévues dans le cadre d'évaluation des indicateurs. Ces données sont utilisées pour obtenir des informations sur des indicateurs de résultats et d'impact.

On distingue également les données de séro-surveillance du VIH/SIDA par les sites sentinelles, recommandées par l'OMS/ONUSIDA pour permettre de suivre l'évolution des tendances de l'infection du VIH auprès du groupe cible représenté par les femmes enceintes qui constituent un groupe représentant la population sexuellement active.

- ***La collecte des données financières***

Le suivi des réalisations physiques et financières permet d'apprécier les différents niveaux de décaissement et de constater les écarts par rapport aux prévisions. Les données financières doivent être liées aux renseignements concernant l'avancement physique des activités pour permettre de vérifier la cohérence entre l'évolution de la situation financière et les progrès au plan physique en référence à la programmation établie.

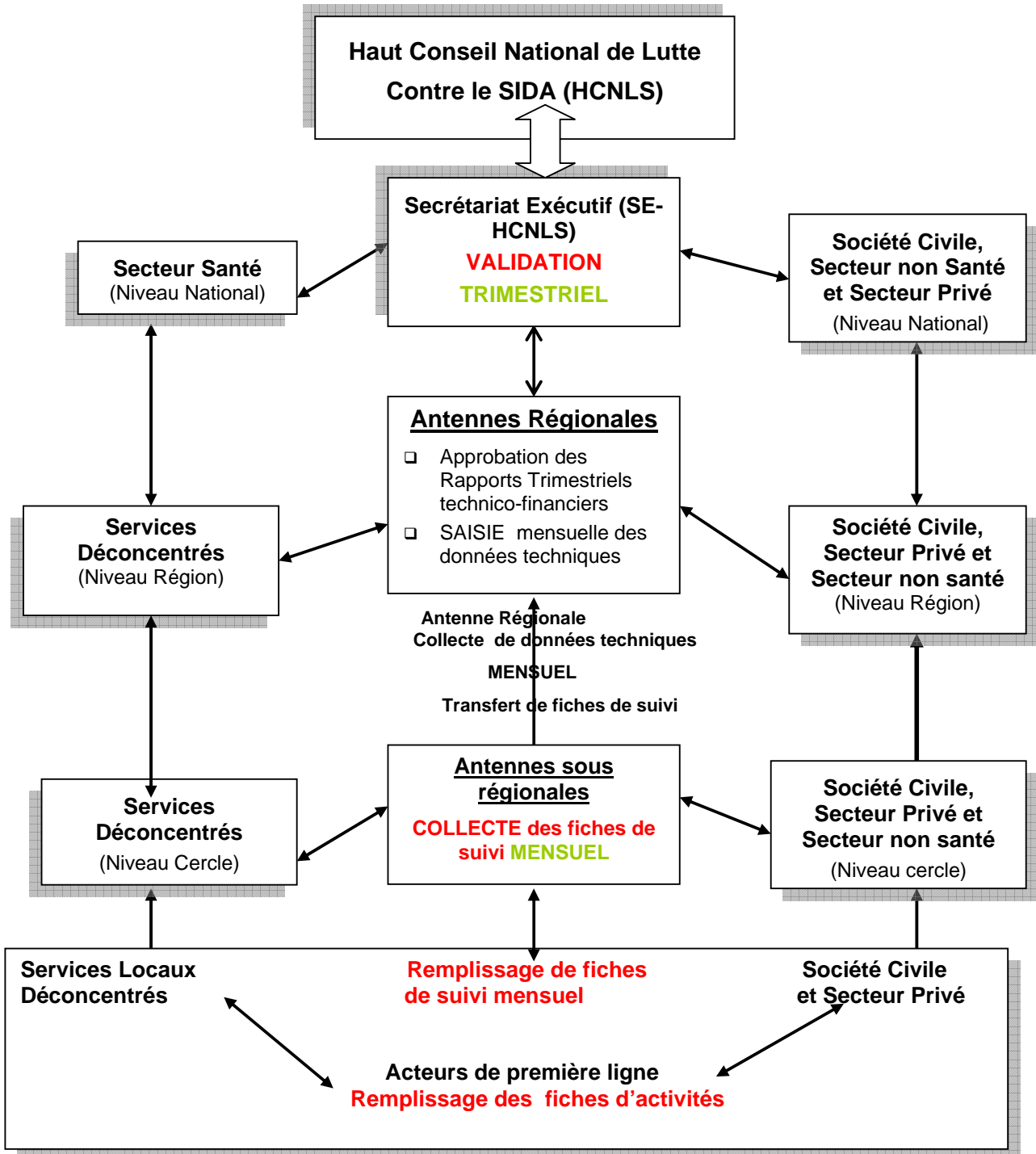
La collecte est effectuée sur la base de tableaux types de collecte des informations financières mis en place par la DAF du SE-HCNLS et dont certains aspects sont contenus dans les canevas d'élaboration des rapports d'exécution des activités et dans les fiches de supervision qui seront mises en place par le DPSE. Ces rapports d'exécution des activités incluent un état financier indiquant pour la période considérée et en valeur cumulée, les fonds reçus par origine, les dépenses et les tableaux comparant les dépenses effectives et les dépenses prévues.

## **La transmission et la remontée des données et des informations**

L'acheminement des données consiste en la transmission des rapports de routine standardisés et d'autres rapports suivant un circuit en cascade en partant des niveaux inférieurs aux niveaux supérieurs. La transmission des rapports incombe au responsable de la structure ou à toute autre personne désignée ou à désigner à cette fin et s'effectue selon un échéancier déterminé.

**Schéma 3 : Remontée de données, Rapports et Feed back**

Suivi, Supervision, Feedback  
Acheminement des Données et Rapport



### **8.1.4 Le traitement et l'analyse des données**

a. *Le traitement des données* est la transformation des données en informations à travers la centralisation, la synthèse, l'analyse et l'interprétation.

Toutes les données collectées doivent en premier ressort, être compilées manuellement ou saisies pour être traitées. Ces données concernent aussi bien celles du suivi de routine que celles recueillies à partir des activités d'évaluations et d'enquêtes. Les données doivent être disponibles de façon régulière pour permettre d'apprécier l'évolution de la situation.

## **8.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système Suivi Evaluation complet**

Les difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en place du système concernent plusieurs composantes du système de suivi et d'évaluation. On distingue selon les composantes :

### **1. Structures organisationnelles avec des fonctions sur le S&E du VIH**

- Absence d'unité de suivi évaluation dans les structures intervenant dans la lutte contre le VIH ;
- Faiblesse de la participation des acteurs impliqués dans la réponse ;
- Faible concertation entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH et le SIDA ;

### **2. Capacités Humaines en matière de S&E**

- Faible disponibilité des ressources humaines et des compétences en matière de suivi évaluation ;
- Insuffisance des ressources financières allouées au S&E.

### **3. Partenariat pour la planification, la Coordination et la gestion du système de S&E**

- Insuffisance dans l'appropriation des indicateurs par certains acteurs impliqués ;

### **4. Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH**

- Faible perception de l'importance du S&E

### **5. Suivi routinier des programmes de S&E du VIH**

- Existence de plusieurs mécanismes de collecte pour les données non sanitaires ;
- Faible capacité des agents (en matière de S&E) au niveau des structures d'exécution ;
- Inexistence d'agence nationale spécialisée pour la formation de ces agents.

### **6. Base de données sur le VIH au niveau central et décentralisé**

- Base de données existe (à travers la Base de Données multisectorielle Malikunafonni, celle du SE-HCNLS est en cours de mise en place).

## **7. Supervision et Audit des données collectées**

- Contrôle de la qualité des données non régulier.

## **8. Évaluation du VIH et agenda pour la recherche**

- Il existe un inventaire d'études d'évaluation et de recherche, mais non exhaustif.

## **9. Dissémination et utilisation des données**

- Insuffisance de l'adéquation entre besoins en données exprimés par les utilisateurs et les données produites;
- Dissémination des données faite, mais non selon un plan préétabli ;

### **8.3. Mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés**

La résolution des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du système de suivi évaluation requiert différentes mesures à savoir :

- ✓ Renforcer la concertation entre les différents intervenants dans la réponse au VIH à travers la redynamisation du Mécanisme de Coordination et de Suivi ;
- ✓ Mise en application du manuel du système de Suivi évaluation ;
- ✓ Prise en compte des indicateurs du Plan Opérationnel CSN dans le Plan de suivi évaluation du SE-HCNLS ;
- ✓ Renforcer les capacités de tous les acteurs intervenant dans le suivi évaluation de la réponse au VIH et au SIDA ;
- ✓ Constituer un pool de formateurs en suivi évaluation au niveau national ;
- ✓ Accélérer le processus de mise en place de la base de données du SE-HCNLS ;
- ✓ Effectuer un plaidoyer auprès des décideurs, responsables des structures opérationnelles sur l'importance du suivi évaluation dans la réponse au VIH et au SIDA.

### **8.4. Besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation.**

Les besoins ressentis en matière de suivi évaluation, renforcement des capacités concernent plusieurs composantes du système de suivi et d'évaluation :

#### **1. Structures organisationnelles avec des fonctions sur le S&E du VIH**

Besoins en assistance technique :

- Assistance technique locale pour l'animation du mécanisme de S&E et le renforcement en ressources humaines nationales.

#### **2. Capacités Humaines pour le système de S&E**

Besoins en assistance technique :

- Élaboration du plan de formation et de renforcement des capacités institutionnelles;
- Assistance technique pour la réalisation de la formation.

3. Partenariat pour la planification, la Coordination et la gestion du système de S&E
  - Amélioration de l'harmonisation des indicateurs;

4. Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH

Besoins en assistance technique :

- Intégration d'un plan de communication et de plaidoyer en faveur du S&E dans la stratégie nationale de communication sur le VIH

5. Suivi routinier des programmes de S&E du VIH

Besoins en assistance technique :

- Assistance technique pour la formation des formateurs en suivi évaluation

- 6 . Base de données sur le VIH au niveau central et décentralisé

Besoins en assistance technique :

- Harmonisation des indicateurs et/ou mise en relation des systèmes de gestion.



## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA**

- 1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires d'indicateurs ?
- |                                      |              |            |
|--------------------------------------|--------------|------------|
| a) CNLS ou équivalent .....          | <i>Oui x</i> | <i>Non</i> |
| b) PNLS .....                        | <i>Oui</i>   | <i>Non</i> |
| c) Autres (Prière de préciser) ..... | <i>Oui</i>   | <i>Non</i> |
- 2) A partir des données des **Ministères :**
- |                                  |              |              |
|----------------------------------|--------------|--------------|
| Education .....                  | <i>Oui</i>   | <i>Non x</i> |
| Santé .....                      | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| Emploi .....                     | <i>Oui</i>   | <i>Non x</i> |
| Affaires étrangères.....         | <i>Oui</i>   | <i>Non x</i> |
| Autres (Prière de préciser)..... | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
- (Associations, ONG, Réseau malien des PVVIH)
- |  |              |              |
|--|--------------|--------------|
| Organisations de la société civile ..... | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| Personnes vivant avec le VIH .....       | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| Secteur privé.....                       | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| Institutions des Nations Unies .....     | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| Organismes bilatéraux .....              | <i>Oui x</i> | <i>Non</i>   |
| ONG internationales .....                | <i>Oui</i>   | <i>Non x</i> |
| Autres (Prière de préciser).....         | <i>Oui</i>   | <i>Non</i>   |
- 3) Le rapport a-t-il fait l'objet d'un débat dans un grand forum ? *Oui x Non*
- 4) Les résultats de l'enquête sont-ils conservés de manière centralisée ? *Oui x Non*
- 5) Le public peut-il consulter ces données ? *Oui x Non*
- 6) Qui a été chargé de la soumission du rapport et de répondre aux questions éventuelles concernant le Rapport de situation national ?

**Nom / titre :** Daouda Y. DIAKITE, Chef Département Planification Stratégique et Suivi Evaluation – SE-HCNLS au Mali.

**Date :** Janvier 2008 \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Prière de fournir les coordonnées complètes :**

**Adresse :** Hamdallaye ACI 2000 -Avenue du Mali – Côté Ouest du rond point de l'Obélisque.  
BP 2551

**Courriel :** [sehnl@sehcnls.org](mailto:sehnl@sehcnls.org) \_\_\_\_\_

**Téléphone :** 00 (223) 229 42 62 – 229 40 91