

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**MINISTERE DE LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DE LA
SOLIDARITE**

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA 2000-2004**

Décembre 1999

1. INTRODUCTION : LE PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATEGIQUE AU MALI

Au Mali, après l'identification du premier cas de SIDA en 1985 à l'hôpital Gabriel Touré, un plan à court terme de lutte contre le SIDA 1987-88 a été mis en œuvre, puis un premier plan à moyen terme (PMT1) 1989-93, suivi d'un deuxième plan à moyen terme (PMT2) de 1994-98. Pour le plan de troisième génération qui se veut plus stratégique et plus centré sur les réalités du pays, le processus de son élaboration a commencé dès le mois de septembre 1998.

C'est ainsi qu'un projet de programme a été élaboré et discuté avec le Groupe Technique de Travail ONUSIDA. De Septembre 1998 à janvier 1999, des réunions de concertation ont été organisées entre le Bureau de Coordination du PNLS et diverses organisations et institutions nationales et internationales, collaboratrices ou partenaires dans le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les MST (PNLS). Ces concertations avaient pour objectif de s'assurer de la disponibilité de tous les acteurs actuels et potentiels à entreprendre des actions de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali. Elles ont abouti à l'adoption d'un calendrier de travail qui a été présenté par la délégation malienne à l'atelier régional sur le processus de planification stratégique organisé par l'ONUSIDA à Ouagadougou du 10 au 16 janvier 1999.

L'atelier tenu à Fana du 18 au 20/02/1999, a été centré essentiellement sur la préparation de l'analyse de la situation et de la réponse nationale face à l'épidémie. Il a permis d'aboutir à un consensus sur les domaines à investiguer et les termes de référence des études à entreprendre, le profil des personnes chargées de mener ces études et la composition des équipes de recherche, les organes de suivi de la mise en œuvre du processus et le calendrier de déroulement des opérations.

Les études menées sur le terrain par les équipes de recherche et la revue documentaire par un consultant national ont permis une collecte fructueuse des données. Selon la méthode préconisée par l'ONUSIDA, ces données ont été analysées dans le but d'identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité qui favorisent la propagation de l'épidémie, les composantes les plus exposées de la société malienne, les éléments structurels ou contextuels qui peuvent faire obstacle aux initiatives de la réponse nationale ou au contraire les favoriser. De même, les stratégies préconisées dans le PMT2 ont été analysées du point de vue de leur faisabilité, de leur acceptabilité et de leur efficacité.

Pour mieux prendre en compte les spécificités locales et régionales, les résultats de l'analyse de la situation et de la réponse ont été présentés et discutés au niveau des huit régions et du district de Bamako. Ces concertations, menées du 12 au 18 août 1999 ont particulièrement enrichi le travail de l'équipe d'analyse de la situation et de la réponse et lui ont conféré une plus grande représentativité de la réalité nationale concernant l'épidémie de VIH/SIDA et ses impacts.

Le 25 octobre 1999, s'est tenu à Bamako l'atelier national de restitution et de validation des résultats de l'analyse de la situation et de la réponse. Un rapport de synthèse a été élaboré par l'équipe nationale d'analyse de la situation et de la réponse pour résumer les informations essentielles en vue de la formulation du plan stratégique.

Du 08 au 19 novembre 1999, se sont tenus deux ateliers sur le VIH et le développement au Palais des congrès, après une formation de formateurs nationaux qui a eu lieu du 03 au 06 novembre dans les locaux de l'OMS.

Ces ateliers ont proposé des outils de planification/programmation qui ont permis aux nationaux de tous les secteurs du public, aux ONG et agences de coopération partenaires du PNLS ainsi que quelques entreprises privées de définir les grandes orientations du prochain plan stratégique 2000-2004, les priorités d'intervention et les stratégies jugées pertinentes. Les domaines d'action prioritaires de la réponse nationale à l'épidémie de VIH/SIDA pour la période 2000-2004 sont une synthèse des productions des deux ateliers sur le VIH et le développement.

Le 14 décembre 1999, le document préliminaire du plan stratégique 2000-2004 proposé par l'équipe restreinte de rédaction a été présenté, discuté et validé par les participants des deux ateliers sur le VIH et le développement.

Sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Santé, des Personnes Âgées et de la Solidarité (MSPAS), le document ainsi validé par les acteurs qui convergent sur le terrain de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali a été présenté aux cadres du MSPAS. Cette réunion, tenue en décembre 1999, aura permis une appropriation du plan par le ministère de tutelle et la prise en compte des partenariats à développer avec d'autres programmes et services du ministère.

Le document approuvé par le MSPAS a été présenté au Groupe Thématique ONUSIDA, largi aux autres partenaires bailleurs de fonds et aux membres du Groupe Technique de Travail ONUSIDA. Cette réunion est une consécration des concertations bilatérales menées tout au long du processus dans l'objectif de prendre en compte les préoccupations des partenaires au développement et de mobiliser les ressources nécessaires au financement du plan de travail 2000-2001.

Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres MST, pour la période 2000-2004 a été adopté par le Conseil des Ministres du Mali, en 2000, dans un contexte dont l'évolution reste incertaine. En effet, même si les tendances macro-économiques sont à la croissance, des défis majeurs tels que la lutte contre l'appauvrissement continu des populations et pour leur accès à l'eau potable, à la santé et à l'éducation marquent encore ce contexte.

2. LE CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT AU MALI

2.1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE MALI

Situé en Afrique de l'Ouest en plein Sahel, le Mali est un vaste pays continental qui couvre une superficie d'environ 1.240.192 km². Il est enclavé par 7 pays avec lesquels il partage 7.200 Km de frontière et dont deux sont à haute prévalence pour le VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire au sud et le Burkina Faso au sud-est. Les autres pays frontaliers sont l'Algérie au nord, le Niger à l'est, la Guinée au sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest. Cette situation carrefour fait du Mali un espace de forte migration. De plus, la situation économique peu favorable dans tous ces pays incite beaucoup de jeunes à émigrer à la recherche de travail. A cette migration internationale s'ajoute la migration interne campagne/ville.

Répartie inégalement sur le territoire national, la population totale était estimée à 9.790.492 habitants en 1998 contre 7.696.348 en 1987, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,2% et un taux d'accroissement naturel de 3,7%. La densité moyenne est de 7,4 habitants au km² avec de grandes disparités puisque 65% de la population occupe 25% du territoire.

Plus de 75% de la population vivent en zone rurale. Il y a 51% de femmes pour 49% d'hommes. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 22% de la population. Le taux de fécondité à 6,7 enfants par femme est très élevé. A cette fécondité, les adolescentes contribuent pour 14%. Ce qui témoigne de la précocité des rapports sexuels, l'âge moyen au premier rapport étant de 15,8 ans. Les mariages précoces y sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont âgés de 15 à 49 ans.

Les taux de scolarisation sont faibles car, seulement 30% des hommes et 17% des femmes ont pu accéder au niveau d'études primaires. Les valeurs traditionnelles sont de plus en plus ébranlées et les mœurs ont de plus en plus de mal à résister à la mondialisation. La religion musulmane est largement prédominante.

L'agriculture, l'élevage et la pêche constituent les piliers de l'économie malienne qui est deuxième producteur de coton en Afrique, après l'Egypte. Le Mali a d'énormes potentialités énergétiques, touristiques, artisanales et minières. Malgré tout, à l'instar de tous les pays sous-développés, le Mali reste un pays pauvre et endetté qui a besoin du soutien de la communauté internationale pour accompagner les efforts de développement.

Le régime politique est présidentiel avec un Premier Ministre qui est chef du gouvernement chargé de l'exécutif. L'assemblée nationale composée de députés élus exerce le pouvoir législatif. Le Mali comprend 8 régions administratives et le district de Bamako, la capitale. Les régions sont subdivisées en cercles, au nombre de 55 (le cercle correspond au district sanitaire) et les cercles sont subdivisés en communes, au nombre de 702. Le gouvernement malien a opté pour la déconcentration, la décentralisation et la responsabilisation des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies et, le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives.

Le Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité (MSPAS) qui a la responsabilité de conduire la politique du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA en a défini les orientations essentielles dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 dont le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002 constitue l'outil de mise en œuvre. Il décrit les réalisations prévues les cinq premières années du PDDSS et constitue en conséquence, un cadre de référence pour le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Mali pour la période 2000-2004.

2.2. LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PRODESS) 1998-2002 : UN CADRE DE REFERENCE POUR LE PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2000-2004

En 1990, a été élaboré la Déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est «d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants ». Le PDDSS et le PRODESS sont une réplique à la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne malgré les efforts importants déployés par l'Etat malien avec l'appui de ses partenaires.

Le but visé par le PRODESS est d'accroître la *couverture sanitaire* et d'améliorer l'*utilisation des services* par les usagers à tous les échelons du système de santé. Un accent particulier est mis sur le niveau local avec la construction et/ou la rénovation de centres de santé communautaires (CSCOM) et des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA). La **participation et la responsabilisation effective des populations dans la gestion de ces structures sont la garantie de leur viabilité et de leur durabilité.**

En matière de lutte contre le VIH/SIDA qui est une priorité nationale, les objectifs du PRODESS sont : (1) réduire de 3% à 2% la séroprévalence du VIH dans la population générale au Mali ; (2) réduire de 50% le taux d'incidence des MST ; (3) assurer le dépistage et la prise en charge de 70% des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, la tuberculose étant la maladie opportuniste la plus fréquemment associée au SIDA.

Les stratégies retenues sont : (a) la prévention de la transmission par voie sexuelle grâce à une intensification des activités d'IEC en direction de groupes vulnérables, notamment les migrants ; (b) la prévention de la transmission par voie sanguine par une sécurisation des transfusions et des actes dans les établissements de soins et des mesures de protection des professionnels de la santé ; (c) la prévention de la transmission mère-enfant grâce à la systématisation de la thérapie par l'AZT chez les femmes enceintes séropositives ; (d) la prise en charge et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ; (e) l'accroissement de la vigilance sur les MST à l'occasion des consultations médicales à tous les échelons.

Les interventions prévues dans le PRODESS sont : la création de 2 centres de soutien aux personnes vivant avec le VIH à Sikasso et à Mopti ; l'intensification de l'IEC en élaborant et en diffusant des messages bien ciblés ; l'approvisionnement des laboratoires en tests de dépistage du VIH ; l'approvisionnement et l'utilisation de l'AZT dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; l'appui aux ONG dans le cadre du développement des stratégies nationales de lutte contre les MST/SIDA, dans les domaines où leur savoir-faire est démontré ; la prévention de l'infection en milieu hospitalier par l'organisation de sessions d'information dans les hôpitaux et l'approvisionnement régulier en gants ; les conditions d'introduction de la trithérapie seront étudiées au cours de l'année 1999.

Au plan social, le PRODESS a également développé un important volet qui vise à apporter des solutions à des problèmes telle que la désintégration des familles qui est source de délinquance et de prostitution en ce qu'elle génère enfants de la rue, précarité économique et pauvreté. Ces maux des sociétés des temps modernes sont des facteurs de vulnérabilité qui jouent un rôle important dans l'adoption de comportements à risques face au VIH/SIDA. De ce point de vue, le PRODESS est totalement en phase avec le processus de planification stratégique préconisé par l'ONUSIDA. L'analyse de la situation de l'épidémie (y compris ses impacts) et l'analyse de la réponse nationale permettent d'identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité, mais également, les obstacles et les opportunités susceptibles d'influencer les stratégies préconisées. Ainsi, elles fournissent les fondements du plan stratégique 2000-2004.

3. LES FONDEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE 2000-2004 : ANALYSE DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA, DE SES IMPACTS ET DE LA REPONSE NATIONALE

3.1. SITUATION DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA AU MALI

3.1.1. Rappel historique : les bases du PMT2

Dans le Plan à Moyen Terme (PMT2) 1994-1998, au chapitre de la description de la situation épidémiologique il est écrit : «L'enquête nationale effectuée en 1992-93 portait sur 5.326 sujets provenant des 7 régions du pays. Elle indique une *séro-prévalence brute d'environ 3,0%*. La séro-prévalence était globalement la même dans toutes les régions étudiées (autant rurales qu'urbaines). Deux exceptions sont cependant notées une prévalence d'environ 2% dans la région nord-est (Gao et Tombouctou) et de 5,2% dans la région de Sikasso (au carrefour de la route vers la Côte d'Ivoire)... Dans un échantillon de 178 prostituées, la *séroprévalence* était de 52%».

«A partir des résultats de l'enquête séro-épidémiologique de 1992-93, l'application du logiciel EPIMODEL à la situation malienne indique *14.500 cas de SIDA* depuis le début de l'épidémie et *11.900 décès* cumulatifs à la fin du mois de décembre 1993. Les cas officiellement déclarés ne représenteraient donc qu'environ 10% du nombre des cas réels».

«Malgré le manque d'études des déterminants de la transmission du VIH, les données sur les cas de SIDA, les informations anecdotiques et les résultats des études effectuées dans des pays avoisinants semblent indiquer que la transmission hétérosexuelle est le plus grand vecteur de l'infection au Mali».

Cette situation décrite en fin 1993 a, sans doute, été favorablement influencée par les importantes actions menées par les acteurs du PNLS au Mali, sous l'impulsion du Bureau de Coordination du PNLS. Les données parcellaires disponibles ne permettent pas de décrire la situation épidémiologique actuelle et de mesurer les acquis de la réponse nationale. Cependant, elles donnent un aperçu de la réalité de l'épidémie dans le pays.

3.1.2. Situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali

En 1999, la *séroprévalence du VIH* chez les femmes enceintes est à 3,5% à Sikasso, 3,2% à Mopti et 0,6% à Koulikoro. Chez les prostituées, elle est à 33,3% à Mopti et à 16,6% à Koulikoro. Selon les régions et les populations étudiées, la séroprévalence varie de manière significative. Selon le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), la séroprévalence chez les donneurs de sang était à 2,75% en 1997. En rapprochant ces chiffres de ceux de 1992-93, le PNLS estime globalement que la prévalence dans la population générale pourrait être entre 3,0% et 4,0% : cette approximation reste à confirmer. Le nombre de personnes infectées par le VIH est estimé à 136.000 par le PNLS. Selon les estimations de l'ONUSIDA, il y aurait 130.000 adultes en 1998.

Les chiffres de séroprévalence chez les femmes enceintes suggèrent l'existence d'une *transmission mère-enfant* relativement importante dont l'ampleur reste à être évaluée. Les enfants représentent 10% des cas de SIDA et succombent à la maladie avant l'âge de 5 ans.

Au 31 mars 1999, le Mali a notifié 5069 cas cumulés de SIDA dont 53% d'hommes et 47% de femmes. Ce chiffre, qui n'inclut pas les cas de SIDA pédiatriques, est largement sous-estimé puisque, seuls les hôpitaux nationaux et quelques hôpitaux régionaux font la notification. Selon les projections de l'ONUSIDA, il y aurait 66.589 cas de SIDA en 1998.

Le nombre cumulé de décès imputables au SIDA n'est pas connu. Il serait estimé par l'ONUSIDA à 62.000 en 1998. Si on considère qu'en 1987 déjà, on notait, au service de gastro-entérologie, une séroprévalence de 24% pour le VIH et qu'à l'état actuel des connaissances et des capacités de réponse au Mali, l'évolution vers le décès est inexorable, il est probable que les estimations de l'ONUSIDA soient proches de la réalité. Ceci doit être confirmé.

Les décès par SIDA peuvent induire un *impact démographique* ; dans son rapport de 1999, l'ONUSIDA prévoit une baisse de l'espérance de vie à la naissance de 59 ans à 45 ans en l'an 2005 si la tendance évolutive actuelle de l'épidémie, en Afrique, se maintient. Ce qui remettrait en question les acquis des programmes de santé tel que le programme élargi de vaccination (PEV) qui, au Mali, a enregistré des résultats appréciables.

En conclusion, l'analyse de la situation épidémiologique montre que les derniers chiffres de surveillance sentinelle disponibles datent de 1995. Les chiffres fournis par les enquêtes sont parcellaires et ne concernent que 3 régions pour les femmes enceintes en 1999, 2 régions seulement pour les prostituées. On note une grande disparité entre les régions. D'une manière générale, on note un manque d'informations sur les comportements et sur les caractéristiques des populations étudiées : âge, catégories professionnelles, lieu de résidence (rural ou urbain). Il n'existe pas d'informations sur les 5 régions autres que Sikasso, Mopti, Koulikoro et le district de Bamako. Il n'y a pas de données sur le milieu rural qui compte plus de 75% de la population du Mali. Il n'y a pas d'informations sur la transmission mère-enfant ni sur les cas de SIDA pédiatriques. Il y a une déperdition d'informations puisque les structures sanitaires périphériques ne participent pas à la notification des cas de SIDA. Les décès par SIDA ne sont pas systématiquement répertoriés.

Cette relative pauvreté des données disponibles s'explique, en grande partie, par le manque de soutien technique et financier, la faiblesse de l'engagement des chercheurs dans le domaine du SIDA au Mali et les insuffisances du système d'information sanitaire. A titre d'exemple, la surveillance sentinelle est suspendue depuis 1995, année de la disparition du Global Programme on AIDS (GPA), alors que le VIH/SIDA est, par la rapidité et l'imprévisibilité de son expansion, la maladie qui exige le plus de vigilance.

A l'heure actuelle, il existe des opportunités pour améliorer les informations sur l'épidémie et ses impacts. Ce sont la troisième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS III) qui va démarrer en janvier 2000, l'enquête sur la sexualité des adolescents, toutes les deux prévues dans le PRODESS. Ce sont également, la surveillance des comportements couplée avec la surveillance épidémiologique (surveillance de deuxième génération), à réaliser avec l'appui technique du CDC Atlanta à compter de l'an 2000, ainsi que l'existence d'institutions de recherche comme le CERPOD, l'INRSP, les ONG spécialisées et l'université, toutes impliquées dans la formulation de l'actuel plan stratégique. La révision des supports du système d'information sanitaire prévue par la Cellule de Planification (CPS) du MSPAS est également une opportunité à saisir par le PNLSP pour mieux appréhender l'ampleur et la dynamique de l'épidémie ainsi que les facteurs qui déterminent sa propagation.

3.1.3. Propagation de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali : facteurs déterminants et groupes vulnérables

L'analyse de la situation a confirmé la large prédominance de la transmission hétérosexuelle du VIH. Elle a fait ressortir les déterminants majeurs de la propagation de l'épidémie qui sont des déterminants comportementaux (multipartenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels et rapports sexuels non protégés, rapports sexuels précoces), des facteurs médico-sanitaires (présence d'une MST, ignorance du statut sérologique pour non-annonce des résultats positifs du test par le personnel de santé), des facteurs socioculturels (mariage précoce, perte des normes sociales, faible statut dans la société, lévirat et sororat, excision), des facteurs socio-économiques (précarité, chômage, pauvreté) et des facteurs politiques (insuffisance du cadre juridique concernant le VIH/SIDA). Quant aux populations à vulnérabilité particulière, ont été identifiés : les migrants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale, les personnes vivant avec le VIH.

La grande mobilité de la population est identifiée comme le premier facteur de propagation de l'épidémie au Mali. Les *migrations internes* campagne/ville avec un taux national de 10,4% et un taux de 43,9% pour le district de Bamako accroît la concentration humaine en milieu urbain. Ainsi, elles favorisent l'expansion des bidonvilles et aggravent la *promiscuité* et la *précarité* des conditions d'existence des migrants et des populations qui les accueillent en ville. Cette situation conduit souvent à des comportements de survie telle que la *prostitution clandestine*. Compte tenu des forts taux de séroprévalence dans les régions de Sikasso et Mopti en général, chez les prostituées en particulier, les migrations internes sont un facteur de propagation de l'infection par le VIH.

Les *migrations internationales*, notamment les flux Côte d'Ivoire-Mali et Burkina Faso- Mali, deux pays voisins à prévalence élevée pour le VIH (5 à 15%), expliquent partiellement la flambée de l'épidémie dans les régions de Sikasso et Mopti. La séparation plus ou moins longue des migrants d'avec leurs familles les amène souvent à avoir des *rapports sexuels occasionnels* parfois, *non protégés*. Une étude réalisée par le Population Council en 1998 dans 5 régions a montré que 18,2% des hommes ont des rapports sexuels occasionnels et que seulement 36,3% des hommes utilisent le préservatif dans la vie. Cette situation est favorisée par le fait que les migrants échappent aux mécanismes de régulation et au contrôle social de leur milieu d'appartenance.

Les migrations internes campagne/ville et internationales, tout comme la prostitution qu'elles engendrent et/ou favorisent, sont les effets de la dégradation des conditions d'existence d'une population de jeunes et d'adultes jeunes (15-49 ans), en situation de *précarité économique* sinon de *pauvreté* totale, le plus souvent *sans qualification professionnelle* sinon qualifié mais au *chômage*.

Les chauffeurs routiers et leurs apprentis constituent une autre population particulièrement mobile le long des axes routiers entre le Mali et les pays limitrophes. Ces personnes en séparation de leurs familles créent, le long de leur trajet, des réseaux sexuels qui font fleurir la prostitution. Les comportements à risque sont sensiblement les mêmes : *rapports sexuels occasionnels* parfois, *non protégés*. Une étude menée par le MSPAS en 1994, sur un échantillon de 322 chauffeurs de camion et leurs apprentis, a montré que seulement 45.3% d'entre eux utilisent généralement le préservatif.

Les militaires sont des populations également mobiles, souvent séparées de leurs familles. Ils sont jeunes et ont le goût du risque. Ils sont dans des réseaux sexuels avec des prostituées et s'exposent aux mêmes risques.

Les prostituées et leurs clients constituent des réseaux sexuels qui contribuent à la propagation de l'épidémie du fait du *multipartenariat* et des *rapports sexuels non protégés*. Une étude réalisée par l'ORSTOM en 1995 sur un échantillon de 176 prostituées a montré que 60.8% d'entre elles ont contracté une MST, ce qui témoigne de rapports sexuels non protégés. Par contre, à Bamako où elles sont encadrées, 99% des 102 prostituées enquêtées par AIDSCAP utilisent toujours le préservatif avec leurs clients.

Les *MST* sont très répandues et jouent un rôle certain dans la propagation de l'épidémie de VIH. Une enquête réalisée par Africare en 1998 à Ségou sur 300 femmes et 300 hommes âgés de 15 à 24 ans a montré une prévalence de 66.7% chez les unes et de 51.4% chez les autres. Une étude de Plan International dans 5 régions et le district de Bamako sur un échantillon de 8.000 femmes et hommes a montré une prévalence globale de 74.2% en 1996. L'existence de MST prouve la persistance des comportements sexuels à risques.

Les femmes en âge de procréer et les jeunes y compris les orphelins constituent des populations particulièrement vulnérables du fait de leur grand nombre et de leur *faible statut* dans la société. De plus, la *précocité des rapports sexuels* hors mariage ou dans le cadre de mariages précoces et l'*immaturité biologique* de l'adolescente créent les conditions d'une contamination facile par le VIH. L'*effritement de l'encadrement familial*, l'*ignorance des risques* liés à certaines pratiques sexuelles et le *non-accès aux préservatifs* pour les jeunes, trop jeunes pour s'adresser aux services qui les distribuent et rejetés par le personnel pour des raisons socioculturelles.

Les personnes vivant avec le VIH peuvent le transmettre, indépendamment de leur volonté si elles ignorent leur statut sérologique. Or, au Mali, la plupart des personnels de santé, y compris les médecins, ne sont pas préparés à l'annonce des résultats du test s'il est positif. De même, une *absence de prise en charge psychosociale*, la *stigmatisation*, la *rupture de la confidentialité* ou la *privation des droits* (droit au travail, droit à l'héritage, droits aux soins par exemple) de la personne vivant avec le VIH peuvent être source de réactions négatives face à un environnement jugé globalement hostile.

En conclusion, au Mali, l'analyse de la situation constate les facteurs de risques classiques et les mêmes populations vulnérables que dans les autres pays africains de la sous-région. Ces facteurs connus et largement pris en compte dans le PMT2 sont encore des domaines d'intervention prioritaires. Cependant, au Mali, un accent particulier doit être mis sur les migrations internes et internationales, sur la précarité économique, sur les réseaux de prostitution et sur le cadre éthique et légal. Dans ce sens, les interventions prioritaires seront en faveur des populations ci-dessus identifiées comme particulièrement vulnérables.

L'ampleur des défis de la lutte contre la pauvreté et la précarité, la difficulté de cerner les contours des phénomènes migratoires et de la prostitution clandestine sont des obstacles dont il faut tenir compte. Néanmoins, il existe des opportunités tels que le Réseau migration et prostitution au Sahel, le Réseau de ressources techniques de l'ONUSIDA sur la migration et la prostitution, le Programme de lutte contre la pauvreté, le Fonds national de solidarité prévu dans le PRODESS. La haute priorité que le chef de l'Etat donne à la lutte contre le VIH/SIDA est un atout majeur.

Au-delà de la prévention qui reste la priorité du plan stratégique 2000-2004, les impacts actuels et futurs de l'épidémie doivent faire l'objet d'une attention particulière les cinq prochaines années.

3.1.4. Les impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA

Dans l'analyse de la situation, les ateliers sur le VIH et le développement ont traité des impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali en utilisant les outils proposés par le PNUD/Projet régional sur le VIH et le Développement basé à Dakar : « le centre de l'analyse » et « l'analyse des impacts croisés ».

L'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet pèsent toujours trop lourd. C'est pourquoi, le soutien psychosocial constitue la première mesure de toute action en faveur des personnes vivant avec le VIH. Au Mali, le nombre de cas de SIDA notifié, en fin 1999, est d'environ 6.000 et le poids de cet impact est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé.

En effet, concernant *l'impact sur le secteur de la santé*, l'enquête menée par l'équipe d'analyse de la situation et de la réponse révèle que, dans les hôpitaux, la charge de travail du personnel s'est sensiblement accrue avec l'augmentation des cas de SIDA. Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation est de 15.000 FCFA pour le SIDA et de 5.000 FCFA au maximum pour une maladie courante autre que le SIDA. Le coût moyen d'un test de dépistage du VIH est de 4.500 FCFA. Le coût mensuel du traitement pour un malade sous trithérapie est de 350.000 à 450.000 FCFA par mois. Dans les formations hospitalières, il n'existe pas une ligne budgétaire pour la prise en charge du SIDA qui n'est pas déclaré maladie sociale.

L'impact social de l'épidémie, exprimé en baisse de revenus des ménages et en nombre de personnes affectées par l'épidémie notamment les orphelins et les veuves, n'est pas encore évalué par les chercheurs en sciences sociales dont regorge le Mali. Néanmoins, à la lumière des coûts ci-dessus rapportés la prise en charge d'un malade du SIDA grève le budget des ménages. On sait également que le SIDA prive toujours le ménage de sa source de revenus si c'est le chef de famille qui est atteint. Conformément aux projections de l'ONUSIDA qui donne le chiffre cumulé de 33.000 orphelins au Mali, depuis le début de l'épidémie jusqu'en 1998, il serait bien indiqué de retenir que le poids l'impact social en terme de personnes affectées se fait effectivement sentir sur les familles affectées et sur la communauté.

L'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie de VIH/SIDA n'a pas encore fait l'objet d'études au Mali. Cependant, quand on sait que l'épidémie de VIH/SIDA touche essentiellement la tranche d'âge 15-49 ans qui constitue la force vive et productive du pays et que sur 100 maliens, au moins les 3 sont infectés par le VIH, l'on peut émettre l'hypothèse de l'existence d'un impact macro-économique et sectoriel non négligeable de l'épidémie. Cette hypothèse reste à être vérifiée.

D'une manière générale, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie de VIH/SIDA ruine les acquis du développement, diminue la productivité dans le travail en général au niveau des entreprises en particulier et grève les budgets des entreprises et autres institutions sociales à travers les lourdes charges induites par la prise en charge des malades du SIDA. De même, les charges financières liées au recrutement et à la formation des personnels nouveaux en remplacement des cadres et personnels techniques qualifiés décédés ou malades du SIDA. Cette situation est une réalité vécue au niveau du Mali.

En effet, pour les besoins de l'analyse de la situation et de la réponse, le BC/PNLS a entrepris une petite enquête dans certaines entreprises et dans le secteur de la santé entre mai et juillet 1999. Dans 16 entreprises publiques et privées, 66 cas de SIDA ont été officiellement répertoriés depuis 1992 et il a été noté une *baisse de la productivité* (du fait des absences prolongées et du faible rendement des malades) et une *augmentation des dépenses sociales notamment en frais médicaux*. Dans les entreprises au Mali, il n'y a pas de politique face au VIH/SIDA, la prise en charge est insuffisante et il y a stigmatisation et discrimination à l'embauche. Des études devront permettre une meilleure évaluation de ces impacts

En conclusion, *l'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH, l'impact social de l'épidémie sur les familles et la communauté, l'impact sur le secteur de la santé et l'impact dans les secteurs autres que la santé* notamment dans les entreprises publiques et privées sont des domaines d'interventions prioritaires.

La précaire situation économique du pays et la couverture sanitaire encore faible sont les obstacles majeurs pour la réduction des impacts de l'épidémie. Cependant, le PRODESS a prévu une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de centres de soins d'animation et de conseil (CESAC) dans deux régions pour la prise en charge des personnes infectées ou affectées, les 150 ONG du Groupe Pivot Santé/Population et du Groupe Pivot Education de base sont prêtes à poursuivre le partenariat établi avec le BC/PNLS et les entreprises commencent à prendre conscience de la menace que constitue l'épidémie pour elles-mêmes. Par ailleurs, les acquis et les leçons apprises de la mise en œuvre du PMT2 sont des atouts à prendre en compte.

3.2. LA REPONSE NATIONALE : ACQUIS ET LEÇONS APPRISES

Les stratégies retenues dans le PMT2 étaient : la prévention de la transmission sexuelle dans la population générale et sur les populations-cibles qui sont quasiment les mêmes que celles décrites ci-dessus ; la lutte contre les MST ; la prévention de la transmission par voie sanguine incluant la transfusion sanguine, les interventions chirurgicales et médicales et les pratiques traditionnelles ; la prévention de la transmission mère-enfant. La réduction de l'impact sur les personnes atteintes et la communauté ; la réduction de l'impact sur les dépenses publiques étaient également retenues dans le PMT2. Par ailleurs, se sont poursuivies les activités d'évaluation et de surveillance de l'épidémie à travers la surveillance sentinelle, la notification des cas, les enquêtes séro-épidémiologiques et les enquêtes CAP. La gestion du PNLS s'est renforcée au cours du PMT2.

3.2.1. Prévention de la transmission sexuelle du VIH

L'information, l'éducation et la communication (IEC) constitue le domaine d'action essentiel de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Elle a reposé sur la communication de masse, utilisant les médias, les films, les brochures, les manifestations culturelles et sportives.

Les interventions rapprochées mises en œuvre par les ONG/Associations et utilisant la communication interpersonnelle et l'éducation par les pairs ont fait la preuve de leur efficacité pour induire un changement du comportement sexuel. Elles devront être poursuivies, plus **généreusement soutenues et intégrées dans les stratégies des autres intervenants.**

Selon l'EDS 1995-96, 77% des femmes et 96% des hommes ont déclaré connaître le SIDA ou en avoir entendu parler. La source d'information était la radio pour 76% et la télévision pour 37% d'entre eux. Efficace pour améliorer les connaissances, l'IEC a prouvé ses limites pour induire un changement des comportements sexuels. Néanmoins, la connaissance étant la première étape vers la prise de conscience et un changement de comportement, cette stratégie sera poursuivie.

La mise en œuvre de plans sectoriels dans les ministères chargés de la jeunesse, de la culture, des forces armées, de l'éducation nationale et de la promotion des femmes sont à poursuivre, à renforcer et à étendre aux autres départements ministériels. Cette multisectorialité amorcée par le PMT2 est une option stratégique fondamentale du plan stratégique national 2000-2004 qui se veut multisectoriel et intégré pour avoir associé tous les acteurs au processus de son élaboration. L'engagement des secteurs autres que la santé devra être plus dynamique, plus volontaire et plus autonome par rapport au financement.

La promotion de l'usage du préservatif a connu des progrès non négligeables, même si l'utilisation du préservatif reste encore globalement faible (3.3% des femmes et 18.0% des hommes de 15 à 49 ans, selon l'EDS 1995-96). Les avancées les plus significatives ont été notées sur le plan de l'engagement politique marqué par : l'existence de la lettre circulaire n° 005/MSPAS/CAB du 25 janvier 1991 portant sur l'intégration du projet marketing social des préservatifs dans le système de santé du pays et autorisant la distribution de préservatifs aux femmes sans le consentement du mari ; l'ordonnance présidentielle de 1991 autorisant la mise à disposition et l'utilisation des contraceptifs comme moyen de planification familiale ; abrogation de la loi de 1920 et adoption d'une ordonnance en juin 1972 autorisant la propagande anticonceptionnelle. Le coût est abordable, le prix de trois préservatifs étant de 50 FCFA. L'acceptabilité et l'utilisation effective du préservatif devront faire l'objet d'une attention particulière, surtout auprès des groupes de populations particulièrement vulnérables, identifiées comme priorité du plan stratégique 2000-2004.

3.2.2. Lutte contre les MST

Au cours de la mise en œuvre du PMT2, d'importants progrès ont été réalisés en matière de lutte contre les MST. Un plan stratégique national a été élaboré, les algorithmes de prise en charge proposés par l'OMS et l'ONUSIDA ont été revus et adaptés à la situation malienne. L'approche syndromique a été mise en œuvre dans la région de Sikasso et dans les communes 5 et 6 de Bamako avec une première dotation en médicaments et le recouvrement des coûts. Un guide du formateur a été élaboré. La prévention primaire des MST n'a pas connu le même succès. Selon l'EDS 1995-96, les MST sont mal connues : 58% des femmes et 20% des hommes ne les connaissent pas. Pour corriger cette situation, la prévention primaire sera développée en même temps que les activités de prévention du VIH/SIDA. Pour la prise en charge thérapeutique des MST, l'approche syndromique sera étendue dans le reste du pays au courant de l'année 2000. L'appui de l'USAID, de l'ACDI et de l'UNICEF est acquis.

3.2.3. Prévention de la transmission par voie sanguine

La sécurité transfusionnelle est assurée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) dont, il est dit dans le PRODESS que «le niveau actuel de son équipement, de son personnel et la nature de son statut ne lui permettent pas de remplir sa mission».

La stratégie de sécurisation de la transfusion qui consiste à sélectionner les donneurs et à tester tous les prélèvements sera poursuivie et renforcée. Le CNTS sera rénové, équipé, renforcé en personnel et doté d'un nouveau statut pour mieux assurer sa mission. Les capacités de collecte et de stockage des hôpitaux régionaux seront améliorées. La réduction du recours à la transfusion sanguine n'est pas effective au niveau des praticiens. La transmission en milieu de soins, y compris les pratiques traditionnelles, n'a pas fait l'objet d'interventions particulières.

3.2.4. Prévention de la transmission mère-enfant

Aucune action spécifique n'a été entreprise, l'introduction de médicament anti-rétroviral étant relativement récente, le PMT2 ne l'avait pas prévue. Conformément aux prévisions du PRODESS, cette stratégie sera mise en œuvre dans le cadre du plan stratégique 2000-2004.

3.2.5. Réduction de l'impact sur les personnes atteintes et la communauté

Le PMT2 a vu la création du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil (CESAC) qui assure actuellement, avec succès, la prise en charge psychosociale de plus de 3.500 personnes vivant avec le VIH. Toutefois, les aspects éthiques et l'adaptation de la législation prévue dans le PMT2, n'ont pas été développés. Priorité du plan stratégique 2000-2004, les dimensions éthique et juridique de l'épidémie feront l'objet d'une attention particulière.

3.2.6. Réduction de l'impact sur les dépenses publiques

L'impact sur les dépenses publiques au Mali, comme dans les autres pays de la sous-région, n'est pas connu. Aussi, aucun effort n'est fait pour agir sur l'inconnu. Compte tenu du caractère insidieux et de la progressivité de son installation, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie devraient faire l'objet d'études spécifiques en 2000-2001.

3.2.7. Gestion du PNLS

• Structures du Programme

Comme envisagé dans le PMT2, le PNLS est devenu un service rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique jouissant d'une semi-autonomie de gestion. La DNSP est rattachée au secrétariat général du ministère. Les textes encore en vigueur sont les décisions ministérielles qui créent le PNLS, le Comité National de Lutte contre le SIDA et les commissions techniques et scientifiques. Un nouveau texte est en cours d'adoption. Le Bureau de Coordination du PNLS (BC/PNLS) est appuyé par le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et par les commissions techniques et scientifiques. Le CNLS n'a pas été fonctionnel et les commissions techniques et scientifiques ont travaillé à la tâche.

Dans chacun des départements ministériels clés que sont les ministères chargés de la promotion de la Jeunesse, de la promotion de la Femme, de la Défense nationale, de l'Education de Base, de la Communication et de l'Administration territoriale et de la sécurité, **un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA a été mis en œuvre en 1996 avec l'appui financier de l'ONUSIDA.** Les comités sectoriels créés au sein de ces départements ministériels ne sont pas fonctionnels.

- **Coordination**

Rôle essentiel du PNLS, la coordination est rendue difficile par la léthargie du CNLS qui regroupe les partenaires. Le caractère multisectoriel et intégré du Programme ainsi que la décentralisation qui en est une option stratégique fondamentale, le grand nombre d'intervenants et la nécessité d'éviter les duplications exigent une coordination plus efficace de la part du BC/PNLS. Le présent plan stratégique propose des mécanismes de coordination.

- **Décentralisation**

C'est l'un des points forts du système malien qui est fondé sur la responsabilisation des communautés dans la gestion des affaires publiques. Le PNLS est effectivement décentralisé au niveau régional et au niveau de quelques cercles quant aux activités. La gestion reste du ressort du BC/PNLS qui finance les activités. Une plus grande autonomie dans la gestion financière tout comme dans le financement des plans d'action des régions, des cercles et des communes devra être recherchée. La promotion de la réponse locale étant un axe stratégique central du présent plan stratégique, elle devra bénéficier des conditions optimales pour sa réussite. Elle s'appuiera sur une série d'atelier sur le VIH et le développement.

- **Formation**

Au cours du PMT2, plusieurs cadres du PNLS ont été formés : une dizaine a participé au cours sur les MST organisé par l'Institut Fournier de Paris, quatre au cours de planification et gestion d'un programme MST/SIDA à Dakar, six au cours d'épidémiologie et statistiques organisé par le projet RETROCI à Abidjan, une personne aux consultations sur les MST organisées par l'OMS et l'ONUSIDA à Dakar, Harare et Nairobi, deux au cours sur la mobilisation sociale organisé par l'ONUSIDA à Cotonou. Au niveau national, il y a eu une série de formations sur les MST, des formateurs aux prestataires. Dans le cadre de la mise à niveau sur les connaissances en matière de VIH/SIDA, des membres du PNLS ont participé aux Conférences Internationales sur le SIDA en Afrique organisées à Kampala/Ouganda, Abidjan/Côte d'Ivoire et à Lusaka/Zambie. Le renforcement des capacités reste une priorité du PNLS.

La participation aux rencontres internationales doit se poursuivre pour permettre une mise à niveau continue et un partage d'expériences face à une épidémie qui défie les progrès de la science et l'ingéniosité de la personne humaine. Au-delà, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre un programme de formation pour toutes les catégories de personnel du BC/PNLS et ses structures d'appui technique en vue d'accroître leurs capacités et d'améliorer leurs performances. Ceci nécessite un organigramme plus fonctionnel et une description des postes et des profils ainsi que les missions et compositions des organes d'appui du PNLS.

- **Recherche**

Elle n'a pas été suffisamment développée au cours du PMT2. Cependant, une vingtaine de thèses, deux mémoires et cinq études ont été réalisées. La recherche est une priorité du plan stratégique 2000-2004. Le chapitre 2.1.2. intitulé « Situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali » a fait le point de la situation en matière de recherche.

La surveillance épidémiologique et les enquêtes socio-comportementales et séro-épidémiologiques sur le VIH/SIDA sont une priorité absolue du plan stratégique 2000-2004. Elles sont des éléments d'évaluation et de surveillance de l'épidémie.

- **Evaluation et surveillance de l'épidémie**

Le chapitre 2.1.2. intitulé « Situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali » a fait le point de la situation, à travers la surveillance sentinelle, la notification des cas et les déclarations de décès.

En conclusion, la mise œuvre du PMT2 a enregistré des acquis importants, notamment dans la prévention de la transmission sexuelle, la lutte contre les MST, la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH et la gestion du PNLS s'est renforcée au cours du PMT2. L'IEC de masse et la communication rapprochée mises en œuvre par les ONG ainsi que la promotion de l'usage du préservatif seront poursuivies et les interventions du CESAC seront étendues à Bamako et dans les autres régions du pays.

D'autres stratégies comme la mise en œuvre de plans sectoriels dans les ministères autres que la santé, le renforcement des capacités du PNLS et la recherche en matière de VIH/SIDA seront revues et étendues. Les stratégies de lutte contre les MST seront évaluées et étendues à tout le pays.

Des stratégies nouvelles telles que la prévention de la transmission mère-enfant par l'administration d'un médicament anti-rétroviral, la promotion de la réponse locale, la mise en place de mécanismes de coordination du PNLS seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années.

Les axes stratégiques retenus et le cadre institutionnel pour la gestion du Programme sont en conformité avec les principes directeurs nationaux ; ils définissent le cadre stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA.

4. CADRE STRATEGIQUE

4.1. PRINCIPES DIRECTEURS NATIONAUX

La santé est reconnue, par la Constitution malienne, comme un droit fondamental. La politique sanitaire est conforme aux grands principes énoncés par l'OMS et tient compte des réalités socioculturelles et économiques du pays. Elle est fondée sur le principe d'universalité et fait de l'action sanitaire une œuvre sociale de solidarité des collectivités et de l'individu. Le principe de l'équité qui donne à chacun les mêmes possibilités d'accès aux soins est également un fondement de cette politique. Au Mali, une place de choix est réservée aux communautés avec la mise en place des Associations de Santé Communautaire (ASACO), qui sont les gestionnaires du système de santé au niveau local.

Au Mali, il n'existe pas une législation spécifique au VIH /SIDA. L'analyse de la situation de l'épidémie a été une occasion pour le PNLS de recenser tous les textes juridiques existants et d'identifier ceux qui pourraient s'appliquer au VIH/SIDA en tant que maladie chronique. A l'issue du Conseil inter-ministériel du 30 novembre 1999 tenu dans le cadre du processus de planification stratégique, le Président de la République a demandé de faire le point de la législation existante ; le SIDA pourrait être déclaré maladie sociale.

Le Mali a ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux qui servent de cadre de référence pour répondre de certaines situations juridiques soulevées par le VIH/SIDA : la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Les composantes vulnérables de la société malienne, particulièrement les femmes et les enfants bénéficiant d'une protection légale clairement exprimée à travers ces instruments juridiques, notamment les deux derniers. Egalement, la Déclaration des chefs d'Etat de l'OUA sur le SIDA, en 1992, engage le Mali de même que les plates-formes de Dakar et de Beijing concernant les femmes.

En complément de ce cadre juridique, certains principes fondamentaux peuvent servir de lignes directrices pour aider à l'élaboration de programmes et politiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Ce sont : la prise en compte des normes socioculturelles dans les messages d'IEC, la non-stigmatisation, le respect de la vie privée, la protection de l'emploi et du droit au travail, l'implication des personnes infectées ou affectées dans la réponse nationale, le caractère volontaire et confidentiel du dépistage du VIH et du conseil avant et après le test.

L'élargissement de la réponse nationale et l'implication du secteur privé, des ONG/associations et des leaders de la société civile dans le cadre d'une réponse multisectorielle, gouvernementale et non gouvernementale, coordonnée est une exigence de la situation actuelle de l'épidémie au Mali.

L'engagement politique au plus haut niveau de décision et le plus large possible, impliquant l'ensemble du gouvernement, l'assemblée nationale et les décideurs des structures décentralisées et du secteur privé est une condition sine qua none de la réussite du programme national de lutte contre le SIDA au Mali.

Les approches novatrices comme l'utilisation des médias traditionnels, les pairs éducateurs, les centres d'écoute pour jeunes et adolescents, le marketing social des préservatifs doivent permettre d'informer d'avantage les communautés et d'atteindre les populations particulièrement vulnérables retenues comme prioritaires dans le présent plan stratégique. Ces principes directeurs offrent un cadre d'application des axes stratégiques retenus.

4.2. AXES STRATEGIQUES

Les objectifs généraux du plan stratégique 2000-2004 sont toujours de réduire la prévalence du VIH de 1% et de réduire les impacts de l'épidémie sur les personnes infectées et affectées, sur les communautés et, dans une moindre mesure, sur l'économie du pays.

Les stratégies essentielles restent la prévention de la transmission, l'amélioration du bien-être des personnes infectées, l'allègement du poids de l'impact sur les familles et les communautés, l'allègement du poids de l'impact sur les secteurs les plus touchés tel que celui de la santé et de certaines entreprises particulièrement vulnérables. En conséquence et conformément à la politique gouvernementale, les axes stratégiques ci-dessous ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du plan stratégique 2000-2004.

La décentralisation : le PNLS doit mettre à profit non seulement la réforme du système de santé mais encore la réforme administrative qui est entrain de se mettre en place avec la création des communes et leur mise en place effective après les élections municipales d'avril 1999. Les organes de gestion du programme seront décentralisés au niveau de la région, du cercle et de la commune. Ces organes décentralisés auront une existence légale et jouiront d'une autonomie de gestion et de décision pour être en mesure de développer une *réponse locale* face à l'épidémie de VIH/SIDA. Ils travailleront en étroite collaboration avec les structures nationales du PNLS.

La mobilisation des communautés à la base dans le cadre de la réponse locale à l'épidémie de VIH/SIDA : l'adoption d'un comportement sexuel sans risque ou d'une attitude de non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH est une décision intime, personnelle. Une stratégie rapprochée, au contact des populations à la base, gestionnaires de leur propre destinée, est la plus indiquée pour aborder les questions en rapport avec le VIH/SIDA. La mobilisation des communautés à la base permet de développer une prise de conscience et une volonté d'autoprise en charge dans le cadre de la réponse locale à l'épidémie de VIH/SIDA. De ce fait, elle induit l'instauration d'un environnement social favorable à l'implication individuelle et collective des populations d'une même localité, y compris les personnes vivant avec le VIH, dans les actions de prévention, de prise en charge et de soutien développées dans le cadre de la réponse nationale à l'épidémie.

Le développement de partenariats avec les acteurs sur le terrain : le PNLS mettra l'accent sur son rôle d'impulsion et de coordination. La mise en œuvre sera déléguée aux ONG/associations pour les interventions et aux institutions spécialisées ou ayant les compétences requises pour la formation, la recherche et les aspects éthiques et juridiques relatifs au VIH/SIDA. Le Mali dispose d'un énorme potentiel dans ces domaines. La lutte contre le VIH/SIDA doit être intégrée dans le PRODEC pour une meilleure prise en charge des jeunes scolarisés.

L'élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé : une approche multisectorielle intégrée est un fondement essentiel du présent plan stratégique qui a impliqué l'ensemble des partenaires dans son processus. Tous les ministères du gouvernement, l'assemblée nationale, les institutions décentralisées de la République, les principales composantes de la société civile malienne doivent avoir, chacun en ce qui le concerne, un plan d'action VIH/SIDA dont le cadre de référence est le plan stratégique multisectoriel intégré 2000-2004. L'efficacité de la riposte nationale et locale contre l'épidémie en dépend.

La prise en compte de l'épidémie de VIH/SIDA et de ses impacts dans les lieux de travail : le VIH/SIDA touchant la tranche d'âge active et productive, pour mieux le traquer, il faut intervenir sur les lieux de travail pour la protection des travailleurs, la prise en charge du personnel infecté et la sauvegarde de la productivité. Il s'agit non seulement des ministères et autres institutions citées ci-dessus, mais également des grandes entreprises publiques et privées.

L'élargissement de la réponse nationale en introduisant des stratégies nouvelles en adéquation avec des problèmes nouveaux, des solutions nouvelles ou des facteurs de vulnérabilité dont la maîtrise dépasse le seul ministère chargé de la santé. Les anti-rétroviraux dans la prévention de la transmission mère-enfant, la lutte contre la précarité économique ou la pauvreté, la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes tels que l'excision, le sororat et le lévirat, les mariages précoces en général, ceux avec un écart d'âge important entre les conjoints en particulier, sont de ces stratégies nouvelles pour le PNLS.

La poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité : information, éducation et communication à l'intention de la population générale ; promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social ; ciblage des groupes de populations les plus vulnérables et les plus exposées à la transmission sexuelle du VIH pour un changement des comportements sexuels à risques ; prise en charge systématique des MST selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les MST ; promotion du conseil/dépistage volontaire ; amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH.

L'amélioration du système d'information sanitaire concernant le VIH/SIDA et les MST : il s'agit de la surveillance continue de la dynamique évolutive de l'épidémie et des changements de comportement ; des enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales sur la population générale et les populations particulièrement vulnérables et incluant les caractéristiques socio-démographiques ; une notification plus exhaustive des cas de SIDA et de décès par SIDA, y compris les cas pédiatriques ; des données globales sur l'ensemble du pays et des données par région, selon le genre et les tranches d'âge.

4.3. CADRE INSTITUTIONNEL

La gestion et la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA est confiée au Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité qui a mis en place un programme de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) et a créé, par décision ministérielle, un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) pour une gestion collégiale de l'épidémie et de ses impacts, un Bureau de Coordination pour assurer la cohérence du programme (BC/PNLS) et des Commissions consultatives techniques et scientifiques chargées de fournir un appui technique au CNLS et au BC/PNLS.

Le Comité national de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS) s'appuie sur le BC/PNLS qui est dirigé par un médecin coordonnateur du programme ; il anime une équipe de quinze personnes environ dont 7 techniciens de la santé. Le BC/PNLS est structuré en 5 unités : IEC, Prise en charge, Transfusion sanguine et laboratoire, Surveillance épidémiologique et MST, et Administration/Gestion. Le BC/PNLS s'appuie sur les commissions consultatives techniques et scientifiques qui sont : la commission IEC actuellement présidée par un membre du BC/PNLS en même temps chef de l'unité IEC, la commission Transfusion sanguine et Laboratoire présidée par le directeur du Centre national de transfusion sanguine, la commission Surveillance épidémiologique présidée par le chef du service de surveillance épidémiologique de la Division Epidémiologie de la DNSP, la commission lutte contre les MST présidée par le chef du service de bactério-virologie de l'INRSP, la commission prise en charge et éthique présidée par le chef du service de médecine interne de l'hôpital du Point G.

La décentralisation du programme a amené le BC/PNLS à mettre en place des Comités régionaux de lutte contre le VIH/SIDA (CRLS), dans les 8 régions du Mali et le district de Bamako. L'émergence d'une réponse massive des ONG/Associations a nécessité la mise en place de comités de cercle de lutte contre le VIH/SIDA.

Le PNLS est rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) et bénéficie d'une semi-autonomie de gestion. La DNSP est rattachée au secrétariat général du ministère. A la lumière de la dynamique participative qui a marqué le processus de planification stratégique piloté par la DNSP, la coordination multisectorielle par le ministère chargé de la santé ne pose aucun problème, ni dans le principe ni dans la réalité.

Le problème le plus important à résoudre est la non-fonctionnalité du CNLS et le caractère consultatif des commissions techniques et scientifiques qui travaillent à la tâche et n'apporte qu'un soutien ponctuel au PNLS. La solution à ce problème nécessite une redéfinition de l'organigramme du PNLS et la mise en place de mécanismes de fonctionnement et de coordination. Ainsi, tout en restant sous la tutelle du ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité et rattaché à la DNSP, le PNLS devra se structurer autrement et s'appuyer sur des organes dynamiques pour être en mesure de conduire, avec succès, le présent plan stratégique multisectoriel, intégré et décentralisé. (Cf. chapitre 7. Gestion du programme).

Le cadre stratégique étant ainsi défini, il reste à déterminer, sur la base de l'analyse de la situation de la réponse, les domaines prioritaires d'interventions conformément aux besoins de réponse identifiés.

5. DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

A la suite des ateliers sur le VIH et le développement, l'atelier de consensus national a retenu les domaines prioritaires d'intervention du plan stratégique 2000-2004 définis sur la base des conclusions de l'analyse de la situation et de la réponse. Les priorités définies dans le PRODESS 1998-2004 en matière de lutte contre le VIH sont prises en compte. Il a été tenu compte de la grande diversité et des capacités démontrées des intervenants actuels et potentiels dans les différents volets de la réponse nationale, notamment la prévention et la prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Le rôle d'impulsion et de coordination du Bureau de Coordination du PNLS ayant été reconnu et confirmé, il a été décidé de prendre en compte tous les domaines de la réponse nationale face au VIH/SIDA. Les priorités ont été établies en tenant compte de l'importance du problème (ampleur et sévérité), de la gravité de la menace qu'il constitue pour les populations (potentiel de propager l'infection par le VIH) et des possibilités existantes ou potentielles à le résoudre. Les interventions visant à prévenir l'infection par le VIH dans la population générale restent la toile de fond du PNLS, ce sont :

- l'Information, l'Education et la Communication à l'intention de la population générale ;
- la promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social ;
- la prévention primaire des MST, en même temps que la prévention du VIH/SIDA ;

Ainsi, l'ordre de priorité établi est le suivant :

- l'engagement politique le plus élevé, le plus large au sein des institutions de la République et de la société civile malienne ;

- la prévention de la transmission hétérosexuelle en ciblant les groupes de populations les plus exposés aux facteurs de risque et de vulnérabilité et qui sont les migrants, les prostituées, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les prisonniers, les jeunes scolarisés et non scolarisés, les femmes en âge de procréer et les personnes vivant avec le VIH ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- la prévention de la transmission mère-enfant ;
- la prise en charge systématique des MST dans tous les CSCOM et les CSAR selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les MST (juin 1997) ;
- l'allègement du poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ;
- l'instauration d'un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne ;
- la réduction de l'impact sur les services de santé ;
- la prise en compte de l'épidémie du VIH/SIDA sur les lieux de travail ;
- le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins.

L'analyse de la situation et de la réponse a également fourni d'importantes informations sur la gestion du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres MST. Compte tenu de l'importance des données épidémiologiques et de la connaissance des caractéristiques socio-démographiques des personnes infectées par le VIH dans le choix des stratégies de lutte et des zones géographiques d'intervention, il a été retenu, entre autres priorités de recherche :

- la surveillance continue de la dynamique évolutive de l'épidémie et des changements de comportement ;
- la disponibilité de données actualisées comportant les caractéristiques socio-démographiques sur la population générale et les populations particulièrement vulnérables ;
- une information plus exhaustive sur le nombre de cas de SIDA et de décès par SIDA, y compris les cas pédiatriques.

5. OBJECTIFS, STRATEGIES POUR LES PRIORITES DU PLAN STRATEGIQUE 2000-2004

Les besoins de réponse identifiés à l'issue de l'analyse de la situation et de la réponse étant la traduction de l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée, les objectifs sont l'expression de cette situation désirée que le plan stratégique se fixe d'atteindre d'ici la fin de l'année 2004.

6.1. Objectif 1 : **Rendre effectif l'engagement des leaders politiques et de la société civile à travers des actions concrètes de lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA au sein des institutions de la République et d'organisations communautaires, dans le cadre d'une réponse multisectorielle élargie et décentralisée.**

Les institutions de la République dont il s'agit ici sont, au niveau national : la Présidence de la République, la Primature, les départements ministériels, l'assemblée nationale, et au niveau décentralisé : les assemblées régionales, les conseils de cercle et les conseils communaux ainsi que les représentations de l'Etat aux niveaux décentralisés (région, cercle et commune). Il est retenu ici comme composante de la société civile : les ONG, les organisations religieuses et syndicales ainsi que les entreprises publiques et privées.

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ont été retenues : plaider au niveau des institutions de la République, des organisations religieuses et syndicales et des entreprises identifiées ; mise en œuvre de plans d'action sectoriels par chacune des entités identifiées ; définition d'une politique de prise en charge des personnels infectés par le VIH et des membres de leurs familles dans les entreprises publiques et privées.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : la Présidence de la République, la Primature, les ministères, les assemblées régionales, les conseils de cercle et les conseils communaux, les ONG/Associations, les organisations religieuses et syndicales et les grandes entreprises telles que la CMDT, la SOTELMA, la COMATEX, l'EDM, la SONATAM, les Usines Sada Diallo, ITEMA, SOMAPILE, HUICOMA, COMANAV, Office du Niger (ON).

Les zones d'interventions sont : l'ensemble du pays et au niveau de toutes les régions, de tous les cercles et de toutes les communes.

Le financement de ces stratégies sera assuré par les institutions et organisations concernées. Une partie de leur budget sera consacrée au financement de leur plan d'action interne. Le complément de financement éventuel sera recherché par l'institution ou organisation elle-même en collaboration avec le BC/PNLS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre d'institutions nationales ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total d'institutions nationales recensé

Situation en 1999 : 6 départements ministériels

But pour 2004 : 15 institutions¹

¹ Institutions recensées : les ministères de l'éducation, enseignement supérieur et de la recherche scientifique, promotion de la femme, jeunesse, forces armées, développement rural, industrie et mine, transport, justice, administration territoriale, sports, finances, culture et tourisme, plan et économie et assemblée nationale.

Indicateur 2 : Nombre de régions ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total de régions + le district de Bamako

Situation en 1999	3
But pour 2004	8 (régions + district de Bamako)

Indicateur 3 : Nombre de cercles ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total de cercles existant

Situation en 1999	40
But pour 2004	55 cercles

Indicateur 4 : Nombre de communes ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total de communes existant

Situation en 1999	6 communes de Bamako
But pour 2004	13 (6 communes de Bamako et 7 communes des capitales régionales)

Indicateur 5 : Nombre de grandes ONG² chargé de coordonner les activités de lutte contre le SIDA/MST menées par les ONG nationales

Situation en 1999	15
But pour 2004	15

Indicateur 6 : Nombre d'organisations religieuses ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total d'organisations religieuses visées

Situation en 1999	0
But pour 2004	3 (CAMUPI, Eglise catholique, Eglise protestante)

Indicateur 7 : Nombre d'organisations syndicales ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total d'organisations syndicales visées

Situation en 1999	0
But pour 2004	1 (syndicat des transporteurs, UNTM)

Indicateur 8 : Nombre d'entreprises publiques et privées ayant mis en œuvre un plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA/Nombre total d'entreprises publiques et privées visées

Situation en 1999	0
But pour 2004	11 (CMDT, SOTELMA, COMATEX, EDM, SONATAM, SADA DIALLO, ITEMA, HUICOMA, SOMAPILE, COMNAV, OFFICE DU NIGER)

Les initiatives prises par les pouvoirs publics en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA seront prises en compte dans l'évaluation de cet objectif.

² ONG : Plan International, Groupe Pivot, Enda Tiers Monde, Save Children, AFRICARE, SIDA 2. ARCAD - SIDA, ASDAP, CAFO, Fondation parage, Fondation Enfance, DANAYASO

6.2. Objectif 2 : amener la population générale au Mali et plus spécifiquement les populations les plus exposées aux facteurs de risque et de vulnérabilité à adopter des comportements sexuels qui les mettent à l'abri d'une infection par le VIH

Les *populations identifiées* comme les plus exposées aux facteurs de risques et de vulnérabilité sont : les migrants, les prostituées, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les prisonniers, les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire, les femmes en âge de procréer (FAP) et les personnes vivant avec le VIH.

Pour atteindre cet objectif, *les stratégies* suivantes ont été retenues : intensification de l'IEC, du marketing social du préservatif et prévention primaire des MST à l'intention de la population générale ; promotion du dépistage/conseil volontaire dans le respect de la confidentialité ; mise en œuvre de l'éducation par les pairs au sein de ces groupes ; implication de personnes vivant avec le VIH dans les actions de prévention ; intensification des activités d'information de proximité ; promotion de l'estime de soi et du respect de l'autre ; promotion de l'utilisation du préservatif.

Les stratégies spécifiques à chaque groupe sont : mise en place de système d'épargne et de réinsertion des migrants de retour au Mali ; organisation et suivi régulier des prostituées ; reconversion dans d'autres activités professionnelles à travers des projets générateurs de revenus, le Programme de lutte contre la pauvreté ou le Fonds de Solidarité nationale prévu dans le PRODESS ; introduction de l'éducation sexuelle à l'école ; retardement des mariages et du premier rapport sexuel jusqu'à la maturité biologique surtout pour les jeunes filles ; mise en œuvre d'une politique de jeunesse ; dynamisation et réorientation des maisons de jeunes ; implication des jeunes dans la gestion des communes ; promotion de la formation professionnelle des jeunes ; sensibilisation et promotion de l'hygiène et information en milieu carcéral.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : tous les départements ministériels concernés dont principalement le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le ministère des Transports, le ministère des Forces Armées, le ministère de la promotion de la jeunesse, le ministère de l'Education de base, le ministère de l'enseignement Secondaire Supérieur et Technique les ONG spécialisées dans le domaine, les associations de personnes vivant avec le VIH, les syndicats de transporteurs et d'enseignants, les radios de proximité, le réseau des communicateurs pour le SIDA.

Les zones d'interventions sont : le long des axes routiers dans les zones de transit intense, au sein des groupements de prostituées à Bamako, Sikasso, Mopti et Koulikoro, dans les établissements d'enseignement secondaire, les maisons de jeunes, les formations sanitaires qui pratiquent les consultations prénatales.

Le financement de ces stratégies sera assuré par l'UNICEF, l'ONUSIDA et dans le cadre du PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Pourcentage de la population âgée de 15-49 ans citant au moins un moyen de protection pour prévenir l'infection par le VIH.

Proportion en 1999 : 76 % des femmes et 96 % des hommes

But visé pour 2004 : 100%

Indicateur 2 : Nombre total de préservatifs disponibles , sur la distribution durant les 12 derniers mois/population totale âgée de 15 à 49 ans.

Situation en 1999	6 150 000 / 11 100 000 (55%)
But visé pour 2004	100%

Indicateur 3 : Nombre total de préservatifs distribués durant les 12 derniers mois/nombre total de préservatifs au stock initial durant la même période.

Situation en 1999	5 149 500 / 6 150 000 (83%)
But visé pour 2004	100%

Indicateur 4 : Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans rapportant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel/Nombre total de personnes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois.

Situation EDS II 1996	11% des hommes ont utilisé un condom au cours de leur derniers rapports sexuels précédents l'enquête
But visé pour 2004	30%

Indicateur 5 : Proportion des hommes ayant déclarés avoir eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur épouse et leur partenaire régulière

Situation EDS II 1996	40% des hommes ont eu les derniers rapports sexuels avec une personne autre que leur épouse et leur partenaire régulière
But visé pour 2004	40%

63. Objectif 3 : améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ont été retenues : promotion du conseil/dépistage volontaire y compris l'information systématique de la personne concernée sur son statut sérologique après le test ; prise en charge psychologique et sociale de la personne ; prise en charge médicale des personnes ayant développé le SIDA ; promotion d'un environnement convivial et de respect des droits de la personne ; suivi des personnes sous anti-rétroviraux ; implication de la communauté dans la prise en charge psychosociale.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : la commission prise en charge du PNLS, le CESAC, les ONG/Associations.

Les zones d'intervention sont : le District de Bamako où se trouve le CESAC, les régions de Sikasso et Mopti où le PRODESS a prévu d'implanter des structures de prise en charge. compte tenu de la prévalence élevée du VIH, seront les sites prioritaires pour la mise en œuvre.

Le financement de ces stratégies sera assuré dans le cadre du PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

¹ En 1999, il y a eu 2 préservatifs par personne âgée de 15 à 49 ans. Sur la base de 3 rapports sexuels par semaine, le besoin serait de 144 préservatifs par personne âgée de 15 à 49 ans et par an

Indicateur 1 : Nombre de personnes vivant avec le VIH pris en charge par les CESAC entre 1999 et 2004 et par an

Situation en 1999	4% (CESAC Bamako)
But visé pour 2004	30 % des personnes vivant avec le VIH identifiées

6.4. **Objectif 4 : réduire au niveau minimum possible la transmission mère-enfant**

Pour atteindre cet objectif, *les stratégies* suivantes ont été retenues : prévention de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer ; conseil et dépistage volontaire ; administration d'un anti-rétroviral aux femmes enceintes séropositives selon un des protocoles préconisés par l'ONUSIDA ; choix de l'alimentation du nourrisson.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le ministère chargé de la santé, ministère chargé des femmes, le ministère chargé de la promotion de la jeunesse, les ONG et Associations de femmes et des jeunes sous l'impulsion de la commission IEC et de la commission prise en charge du PNLS.

Les zones d'interventions sont : pour la prévention de l'infection chez les FAP, elle est prise en compte par l'objectif 1. Quant au conseil et dépistage volontaire ainsi que l'administration d'anti-rétroviraux, ils seront limités au District de Bamako où se trouve le CESAC et dans les régions de Sikasso et Mopti où le PRODESS a prévu d'implanter des structures de prise en charge, compte tenu de la prévalence élevée du VIH dans ces deux régions. Il s'agira d'un programme pilote à évaluer avant extension dans d'autres régions.

Le financement de ces stratégies sera assuré dans le cadre du PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre de femmes séropositives enceintes ayant bénéficié de la prévention par anti-rétroviral au niveau des centres de prise en charge de Bamako, Sikasso et Mopti /Nombre total de femmes enceintes séropositives répertoriées au niveau de ces structures

Situation en 1999	10
But visé pour 2004	100 femmes enceintes séropositives par structure de prise en charge bénéficient de la prévention par ARV/an

6.5. **Objectif 5 : assurer le diagnostic et le traitement des MST dans les toutes les formations sanitaires**

Cet objectif sera réalisé à travers les stratégies décrites dans le plan stratégique de lutte contre les MST (juin 1997), à savoir : formation à la prise en charge syndromique des MST ; mise en place d'un stock initial de médicaments essentiels anti-MST et recouvrement des coûts ; encadrement rapproché à travers le suivi et la supervision ; évaluation et recherche opérationnelle dans le domaine des MST.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le ministère chargé de la santé/DNSP, à travers les structures de prestation de services conformément aux normes et procédures, et sous l'impulsion de la commission MST du PNLS.

Les zones d'interventions sont : toutes les structures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'approche syndromique sera utilisée au niveau des CSCCM et des CSAR. L'approche syndromique sera complétée autant que possible par l'approche étiologique dans les structures des niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire.

Le financement de ces stratégies sera assuré par l'USAID, l'ACDI, l'UNICEF et le FNUAP.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre de cas de MST pris en charge selon les algorithmes de traitement sur une période (12 mois)/Nombre total de cas de MST diagnostiqués durant la même période.

Situation en 1998 : 80 % 5 cercles de Sikasso et 2 communes de Bamako
But visé pour 2004 : 90% des cas MST diagnostiqués sont pris en charge selon les algorithmes de traitement

Indicateur 2 : Nombre de cercles et communes ayant reçu la formation en prise en charge syndromique des MST / Nombre total de cercles et communes.

Situation en 1999 : 5 cercles de Sikasso et 2 communes de Bamako
But visé pour 2004 : 90% des 55 cercles et 6 communes de Bamako

Indicateur 3 : Nombre de cercles et communes formés disposant d'un stock initial de médicaments anti-MST/Nombre total de cercles et communes.

Situation en 1999 : 5 cercles de Sikasso et 2 communes de Bamako
But visé pour 2004 : 90 % des 55 cercles et 6 communes de Bamako disposent de stock initial de médicament anti-MST après la formation

Indicateur 4 : Nombre de cercles et communes n'ayant pas eu de rupture de stock de médicaments anti-MST/Nombre total de cercles et communes ayant eu un stock initial.

Situation en 1999 : 5 cercles de Sikasso et 2 communes de Bamako
But visé pour 2004 : 90 % des 55 cercles et 6 communes de Bamako n'ont pas eu de rupture de stock

6.6. Objectif 6 : alléger le poids de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur les familles et la communauté

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ont été retenues : identification des veuves et orphelins du SIDA ; protection des droits des veuves et orphelins ; prise en charge sociale des orphelins ; plaidoyer pour l'application des conventions internationales ; mise en œuvre de programme/projets générateurs de revenus ; implication de la communauté ; inscription des orphelins sur la liste des pupilles de la Nation.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le CESAC, les ONG spécialisées dans le domaine, la Fondation pour l'Enfance, le Réseau sur l'éthique, le droit et le VIH/SIDA et la commission prise en charge du PNLS.

Les zones d'interventions sont : l'ensemble du pays, avec un accent particulier à Bamako, Sikasso, Mopti et Koulikoro qui ont les plus forts taux de séro-prévalence.

Le financement de ces stratégies sera assuré par le PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre d'orphelins du SIDA bénéficiant d'une aide au cours des 12 derniers mois/Nombre total d'orphelins identifiés au niveau des CESAC pour les 12 derniers mois.

Situation en 1999	100
But visé pour 2004	80 % des orphelins identifiés bénéficiant d'une aide

Indicateur 2 : Nombre d'enfants affectés par le VIH/SIDA bénéficiant d'une aide au cours des 12 derniers mois au niveau des structures de prise en charge / nombre d'enfants d'affectés identifiés par ces structures pendant la même période

Situation en 1999	5% (CESAC Bamako)
But visé pour 2004	30 % des enfants affectés par le VIH bénéficiant d'une assistance

Indicateur 3 : Nombre de familles bénéficiant d'un projet générateur de revenus/Nombre total de familles éligibles recensées.

Situation en 1999	7% (CESAC Bamako)
But visé pour 2004	60 % des familles éligibles recensées bénéficiant d'un projet générateur de revenus

6.7. **Objectif 7 : créer un environnement éthique et juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes infectées ou affectées**

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ont été retenues : plaidoyer/sensibilisation des décideurs ; création d'un réseau éthique, droit et VIH pour traiter des questions éthiques et juridiques relatives au VIH/SIDA ; promotion du respect et du partage de la confidentialité ; sensibilisation/implication de l'entourage.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : les associations spécialisées en droit, l'ordre des médecins, la commission prise en charge du PNLS, le CESAC, les ONG et les associations de personnes vivant avec le VIH.

Les zones d'interventions sont : essentiellement Bamako et secondairement, les régions à forte prévalence.

Le financement de ces stratégies sera assuré par le PNUD et l'ONUSIDA.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Existence de textes de loi en faveur des personnes vivant avec le VIH votés par l'assemblée Nationale concernant la non-discrimination, l'accès aux soins et le respect des droits au travail, à l'héritage.

Situation en 1999	0
But visé pour 2004	Existence de textes de loi en faveur des personnes vivant avec le VIH

6.8. Objectif 8 : Réduire l'impact sur les services de santé grâce à l'extension de la couverture sanitaire et au développement des capacités aux niveaux local et communautaire

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ont été retenues : réalisation des interventions prévues dans le PRODESS ; inclusion de la prise en charge psychosociale et des soins aux personnes vivant avec le VIH dans le paquet minimum d'activités des CSCOM ; développement des soins à domicile ; accroissement des capacités d'intervention des formations hospitalières ; organisation du système de référence.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le ministère chargé de la santé/direction nationale de la santé à travers les structures de prestation de services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, sous l'impulsion du CESAC et de la commission prise en charge du PNLS.

Les zones d'interventions sont : toute l'étendue du territoire national avec une priorité aux régions à forte prévalence de VIH.

Le financement de ces stratégies sera assuré par le PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre de centres de santé dont le personnel a été formé ayant inclus la prise en charge psychosociale et les soins aux personnes vivant avec le VIH dans le paquet minimum d'activités (PMA) / Nombre total de centres de santé existant.

Situation en 1999 : 2 (CESAC de Bamako et centre MOMO de Sikasso)
 But pour 2004 : 60% des centres de santé dont le personnel a été formé ont inclus la prise en charge psychosociale et les soins au PVVIH dans le PMA

Indicateur 2 : Nombre de centres de prise en charge qui font les soins à domicile / Nombre total de centre de prise en charge .

Situation en 1999 : 1 (CESAC)
 But visé pour 2004 : 60% des centres de prises en charge assurent les soins à domicile

6.9. Objectif 9 : assurer un meilleur contrôle de la transmission par voie sanguine

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes seront mises en œuvre : renforcement du centre national de transfusion sanguine (CNTS) ; renforcement de la capacité de collecte et de stockage des hôpitaux de deuxième référence ; poursuite de la sélection et fidélisation des donneurs de sang ; réduction des indications de la transfusion sanguine au strict minimum nécessaire ; adoption des mesures de précautions universelles par le personnel soignant.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le ministère chargé de la santé notamment la direction nationale de la santé publique, sous l'impulsion de la commission sécurité transfusionnelle du PNLS.

Les zones d'interventions sont : toutes les formations sanitaires pour l'adoption des mesures de précautions universelles et dans celles où se pratiquent la transfusion sanguine ou la collecte et le stockage du sang pour les interventions concernant la transfusion.

Le financement de ces stratégies sera assuré par l'UNICEF et dans le cadre du PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur 1 : Nombre d'hôpitaux national et régional ayant utilisés des macromolécules devant une indication de la transfusion pendant les 12 derniers mois / nombre total d'hôpitaux régional national

Situation en 1999

But visé pour 2004 : 50% des indications de la transfusion sanguine sont prises en charge par les macromolécules

Indicateur 2 : Nombre de formations sanitaires ayant reçu les directives concernant les précautions universelles à prendre pour se préserver de la contamination en milieu de soins/Nombre total de formations sanitaires.

Situation en 1999

0

But visé pour 2004 : 80 % des formations sanitaires disposent des directives concernant les précautions universelles

Indicateur 3 : Nombre de poche de sang testé / nombre total de poche collecté .

Situation en 1999

But visé pour 2004 : 100 % des poches de sang sont dépistés avant transfusion

Indicateur 4 : Nombre de centre de santé de référence n'ayant pas connu une rupture de stock en réactif de dépistage pendant les 12 derniers mois / l'ensemble des centre de santé de référence.

Situation en 1999

But visé pour 2004 : 80 % des centres de santé de référence n'ont pas connu de rupture de stock de réactif

6.10. Objectif 10 : Collecter et diffuser les données épidémiologiques sur la population générale et les populations vulnérables ainsi que les impact de l'épidémie en milieu rural et urbain

Pour atteindre cet objectif *les stratégies suivantes* seront mises en œuvre : reprise de la surveillance épidémiologique et couplage avec la surveillance des comportements (surveillance de deuxième génération préconisée par l'ONUSIDA et IOMS) ; réalisation d'enquêtes socio-comportementales nationales ; réalisation d'études ponctuelles socio-comportementales et séro-épidémiologique au niveau des populations particulièrement vulnérables (cf. objectif 2) ; prise en compte dans l'enquête démographique et de santé des besoins du PNLS (voir les indicateurs retenus dans le "Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases" sur le Mali, publié par l'ONUSIDA et les indicateurs retenus dans le présent plan stratégique) ; systématisation de la notification des

cas de SIDA y compris le SIDA pédiatrique sur la base d'une fiche d'information contenant les informations souhaitées ; déclaration des cas de décès par SIDA avec les mêmes informations.

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : des institutions de recherche et/ou des ONG nationales et internationales œuvrant dans le domaine du VIH/SIDA au Mali, en sous-traitance avec le PNLS, le ministère chargé de la santé, notamment la DNSP à travers les formations hospitalières et la Division Epidémiologie/section statistique, en collaboration avec les commissions épidémiologie et laboratoire du PNLS.

Les zones d'interventions sont : toute l'étendue du territoire national avec un accent particulier sur les régions à forte prévalence et sur le milieu rural, les formations hospitalières.

Le financement de ces stratégies sera assuré dans le cadre du PRODESS.

Les indicateurs suivants sont retenus pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

Indicateur : Nombre d'études réalisées/Nombre d'études prévues

Situation en 1999	4 en cours
But pour 2004	6

7. GESTION DU PROGRAMME

Un nouveau texte organisant la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) est en cours d'adoption. Ce texte rattache le PNLS à la DNSP avec une autonomie par rapport aux autres programmes de santé qui sont tous intégrés dans la division «lutte contre la maladie». Il n'a pas pris en compte l'organisation interne du PNLS. Une proposition de loi portant création du PNLS et un projet de Décret présidentiel fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLS sont en cours d'adoption.. C'est une des conditions à remplir pour une plus grande efficacité dans la gestion du présent plan stratégique. Par ailleurs, la structuration de l'ONUSIDA dans le pays demande une clarification des rôles et responsabilités. C'est dans ce sens que les organes décrits ci-dessous ont été proposés.

7.1. ORGANES DE GESTION ET D'APPUI DU PNLS

L'organigramme actuel du PNLS n'implique pas dans la gestion du programme, les principaux acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA qui sont sur le terrain. En effet, le caractère consultatif des commissions techniques et scientifiques ne leur permet pas d'assumer pleinement les responsabilités qui sont les leurs dans la gestion du programme. Le nouvel organigramme proposé tient compte des exigences d'une réponse nationale élargie impliquant, d'une part, toutes les composantes du secteur public, le secteur privé, les ONG, les associations et réseaux travaillant dans le domaine du SIDA, d'autre part, tous les niveaux de l'administration territoriale. Les organes ci-dessous sont proposés.

7.1.1. Bureau de coordination du PNLS (BC/PNLS)

Dirigé par un coordonnateur, le BC/PNLS est composé d'une quinzaine de personnes dont sept techniciens de la santé, deux administrateurs gestionnaires et le personnel de soutien. Le BC/PNLS est composé de six unités qui sont : IEC, Prise en charge médicale et

psychosociale, Sécurité transfusionnelle et laboratoire, Surveillance épidémiologique, Lutte contre les MST, Formation et recherche. Chacune de ces unités est gérée par un membre du BC/PNLS. Les missions du BC/PNLS sont la conception, l'impulsion, la coordination, le suivi/évaluation et la mobilisation des ressources. Il se réunit une fois par semaine pour le suivi et la coordination de ses activités.

7.1.2. Commissions Techniques et Scientifiques Permanentes (CTSP)

A chaque unité correspond une commission technique et scientifique permanente. L'unité gestion-administration assure la gestion des ressources du PNLS. Les commissions proposées sont : la commission IEC présidée par le directeur du CNI ECS, la commission prise en charge médicale et psychosociale présidée par le chef du service de médecine interne de l'hôpital national du Point G, la commission épidémiologie présidée par le chef du service de surveillance épidémiologique de la division épidémiologie de la DNSP, la commission sécurité sanguine et laboratoire présidée par le directeur du centre national de transfusion sanguine, la commission MST présidée par le chef du service de bactério-virologie de l'INRSP et la commission éthique et juridique présidée par le directeur de l'Institut juridique. Les chefs d'unité assurent le secrétariat de leur unité respective. Chaque commission regroupe les intervenants dans le domaine concerné et se réunit une fois par trimestre et chaque fois que le besoin l'exige. Les commissions font rapport au BC/PNLS.

7.1.3. Comité national de lutte contre le VIH/SIDA et les MST (CNLS)

Présidé par le ministre chargé de la santé, il regroupe les représentants de toutes les entités qui mobilisent des ressources pour la lutte contre le SIDA au Mali : les départements ministériels, les Groupes pivot, les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux y compris les membres du Groupe thématique ONUSIDA et le conseiller ONUSIDA pour le Mali. Le coordonnateur du PNLS en assure le secrétariat. Il se réunit une fois par an et chaque fois que le besoin l'exige. Sa mission est de mobiliser les moyens financiers et matériels nécessaires au financement des actions de lutte contre le VIH/SIDA.

7.1.4. Comités régionaux de lutte contre le VIH/SIDA (CRLS) et comités locaux de lutte contre le VIH/SIDA

Dans chaque région, il est créé un comité régional de lutte contre le VIH/SIDA présidé par le Haut commissaire et regroupant les représentants des entités intervenant dans le domaine du VIH/SIDA, le médecin-directeur de région en assure le secrétariat. Au niveau de chaque cercle (ou district sanitaire) et de chaque commune, il est créé un comité local de lutte contre le VIH/SIDA présidé par le Délégué du gouvernement et regroupant les représentants de toutes les entités intervenant dans le domaine du VIH/SIDA, le chef du service de santé de cercle ou de commune en assure le secrétariat. Chacun de ces comités se réunit une fois par trimestre et chaque fois que le besoin l'exige ; ils font rapport au BC/PNLS et à la structure administrative hiérarchiquement supérieure.

7.1.5. Comité mixte de coordination et de suivi (CMCS)

Présidé par le directeur national de la santé publique, le Comité Mixte de Coordination et de Suivi regroupe : les chefs d'unité du PNLS, les présidents des commissions techniques et scientifiques, les points focaux ONUSIDA, les points focaux des ministères et un représentant de chacun des partenaires bilatéraux et multilatéraux du PNLS. Il s'agit

principalement du Groupe Pivot Santé, du Groupe Pivot Education, du CCA/ONG, de l'USAID, de l'ACDI, de l'Union Européenne, du FAC, de la Coopération suisse, de ENDA, de Plan International, de Care, de Africare, de Save the Children. Il reste ouvert à tout autre **partenaire significatif du PNLS. Le conseiller ONUSIDA pour le Mali en assure le secrétariat. Sa mission est de coordonner les actions de lutte contre le VIH/SIDA.**

Il se réunit une fois par trimestre et chaque fois que le besoin l'exige. il propose les grandes orientations et les politiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les MST au Mali. De ce fait, il est le cadre idéal pour la formulation des plans stratégiques, les revues du programme et les exercices de planification/reprogrammation.

7.1.6. L'ONUSIDA dans le pays est organisé comme suit :

- **Groupe thématique ONUSIDA**

Il doit s'ouvrir aux autres agences de coopération. Actuellement présidé par l'OMS, il regroupe les six agences co-parrainantes du Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA), que sont la Banque Mondiale, le FNUAP, l'OMS, le PNUD, l'UNESCO et l'UNICEF. Il représente l'ONUSIDA dans le pays et constitue un cadre de concertation et de coordination des actions de tous les bailleurs de fonds. En tant que structure de plaidoyer pour le PNLS, il doit jouer un rôle important dans la mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique. Il se réunit une fois tous les trois mois et chaque fois que le besoin l'exige.

- **Groupe de travail ONUSIDA**

Structure technique, il regroupe les points focaux des 6 agences co-parrainantes. Il a pour rôle de gérer les aspects techniques, de préparer et de suivre les dossiers techniques. Il travaille en étroite collaboration avec le PNLS. Il est animé par le conseiller ONUSIDA pour le Mali. Il se réunit tous les deux mois et chaque fois que le besoin l'exige.

7.2. COORDINATION DU PROGRAMME

La mission essentielle du Bureau de coordination du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les MST communément appelé PNLS est d'impulser et de coordonner les interventions des différents acteurs de la réponse nationale à l'épidémie de VIH/SIDA et ses impacts. L'approche multisectorielle prônée par le PNLS pour faire face aux problèmes multidimensionnels engendrés par le VIH/SIDA, l'implication des ONG et la priorité donnée à la réponse locale rendent nécessaire et urgente la coordination des interventions. Elle se fera à travers les organes décrits ci-dessus.

Les agences de coopération au Mali, actives dans la lutte contre le VIH/SIDA et les MST sont sensibilisées à la nécessaire coordination de la réponse nationale. Elles devront faciliter la tâche au PNLS en coordonnant leurs propres interventions au sein du groupe thématique ONUSIDA élargi aux autres bailleurs de fonds. Le PNLS devra être informé des projets directement financés par les partenaires et les chefs de projet devront envoyer des rapports d'activités périodiques au PNLS pour les besoins du suivi et de la coordination des actions du plan stratégique 2000-2004.

7.3. DECENTRALISATION DU PROGRAMME

La décentralisation est une option du gouvernement de la République du Mali. Elle est un fondement de la politique de santé actuelle, les structures du PNLS connaissent un début de **décentralisation au cours du PMT 2**. Elle sera poursuivie et accélérée grâce aux ateliers sur le **VIH et le développement** qui doivent déboucher sur des plans d'action au niveau de la région, du cercle (ou district sanitaire) et de la commune.

Les aspects en rapport avec la décentralisation, premier axe stratégique, sont pris en compte dans l'objectif 1 du plan stratégique.

7.4. RECHERCHE

Au cours du présent plan, les recherches à développer sont :

- une enquête nationale de séroprévalence et sur les comportements, dès le début du plan, permettra de connaître les niveaux de départ des indicateurs pour évaluer les objectifs du plan (cf. objectif 10) ;
- la surveillance sentinelle couplée à la surveillance des comportements sera mise en place dès le début de l'année 2000 (cf. objectif 10) ;
- l'impact socio-économique du VIH/SIDA fera l'objet d'une étude ;
- l'administration de médicament anti-rétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant se fera sous forme de recherche opérationnelle pour apprécier la faisabilité et les implications éthiques ;
- la mise en œuvre de l'approche syndromique pour la prise en charge des MST sera accompagnée d'une étude sur la résistance des germes en vue de l'adaptation continue des traitements ;
- les modalités de prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH seront étudiées.

Les recherches seront confiées aux membres des groupes spécialisés du CNLS qui en ont les capacités ou sous-traitées avec des institutions ou individus dont l'expertise est reconnue, au niveau national ou international.

7.5. FORMATION

Compte tenu de l'insuffisance des personnels de santé, de l'introduction de nouvelles prestations de services dans les programmes d'activités des formations sanitaires et compte tenu de l'implication de non professionnels de la santé dans l'approche multisectorielle, le PNLS mettra en œuvre un programme de formation et/ou recyclage dans la période du présent plan stratégique. Les domaines prioritaires de formation sont :

- les ateliers sur le VIH et le développement au niveau national, régional, cercle et commune ;
- le diagnostic et le traitement des MST par l'approche syndromique à l'intention des personnels de santé ;
- la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH, en milieu hospitalier, à l'intention des personnels de santé ;
- la prise en charge psychosociale et les soins infirmiers des personnes vivant avec le VIH, en milieu communautaire, à l'intention des personnes relais ;

Parallèlement, la participation à des cours et stages internationaux, à des rencontres internationales tels que colloque, conférence, symposium sera encouragée. Le PNLS Mali doit partager son expérience, à travers des publications lors de ces rencontres.

Un plan de formation sera proposé dans le cadre du renforcement des capacités du PNLS à la suite de la description des postes et des profils. De même, pour les besoins de la décentralisation des activités, de la multisectorialité et de la promotion de la stratégie d'éducation par les pairs, des formations seront nécessaires.

Les ateliers sur le VIH et le développement constitueront l'épine dorsale du programme de formation du PNLS au niveau du pays pendant les deux premières années du plan afin de rendre effectifs l'engagement des leaders, la décentralisation et la multisectorialité.

Les formations seront confiées aux groupes spécialisés du CNLS qui doivent élaborer les programmes de formation et de recyclage pour les différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les MST. Les formations pour lesquelles les capacités n'existent pas au sein du CNLS seront sous-traitées avec des institutions ou individus connus pour leur expertise, au niveau national ou international.

7.6. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION

La surveillance épidémiologique qui mesure l'ampleur de l'épidémie et à suit ses tendances, repose sur :

- la notification des cas de SIDA et la déclaration des décès ;
- le réseau sentinelle qui mesure la prévalence du VIH chez les femmes enceintes ;
- les enquêtes nationales de séro-surveillance et sur les comportements sexuels (BSS) ;
- les études de cohortes ;
- les études spécifiques telles que les enquêtes CACP ;
- la notification des cas de MST.

Le PNLS profitera de la troisième enquête démographique et de santé (EDS III) au Mali pour obtenir des informations sur les indicateurs retenus dans le présent plan stratégique ainsi que ceux inclus dans le Epi Fact Sheet sur le Mali publié par l'ONUSIDA. L'EDS III démarre en janvier 2000.

7.7. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE

Les méthodes classiques de suivi et d'évaluation seront utilisées pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des projets du plan stratégique 2000-2004. Les indicateurs retenus sont ceux du PMT2 réadaptés et complétés en fonction des interventions prioritaires.

7.7.1. Rapports périodiques

Le PNLS élabore un rapport tous les trois mois et un rapport annuel. Des modèles de rapports existent et leur utilisation sera poursuivie. Le PNLS doit intégrer les rapports des autres partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA afin de donner la situation la plus proche de la réalité. Les rapports du PNLS seront diffusés aux bailleurs de fonds et à tous les autres partenaires en guise de feed-back.

7.7.2. Revues internes et externes du PNLS

Pour le présent plan stratégique, il est prévu une revue interne chaque année, suivie d'une reprogrammation. Deux revues externes sont prévues dont la première aura lieu à la fin de la deuxième année du plan et la seconde au cours de la cinquième année du plan. Les procédures des revues internes et externes devront être améliorées afin de fournir les bases d'une planification/programmation les plus pertinentes possible.

Dans le cadre du projet ONUSIDA/PNUD, il est prévu une mission de suivi et d'encadrement rapproché pour la mise en œuvre du plan, tous les six mois.

7.8. GESTION FINANCIERE

La démarche du présent plan, qui est de concentrer les moyens sur les priorités nationales retenues de manière consensuelle tout en respectant les domaines d'intérêt des partenaires, exige une gestion rigoureuse mais souple des fonds. La souplesse des mécanismes permettra de prendre en compte de nouvelles stratégies émergeant des recherches à entreprendre.

8. FINANCEMENT DU PLAN POUR LES DEUX PREMIERES ANNEES

Objectifs	Domaines d'intervention	Financement			
		Coût	Acquis	A rechercher	Source
Objectif 1 Rendre effectif l'engagement des leaders politiques et de la société civile à travers des actions concrètes de lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA au sein des institutions de la République et d'organisations communautaires dans le cadre d'une réponse multisectorielle élargie et décentralisée.	Stratégie 1 : Plaidoyer au niveau des institutions de la République, Assemblée Nationale, partis politiques, syndicats etc ... Stratégie 2 : Elaboration et mise en œuvre de plans d'actions sectoriels Stratégie 3 : Définition d'une politique nationale de prise en charge et d'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	42.000.000 114.000.000 98.000.000		42.000.000 114.000.000 98.000.000	
Sous Total 1		254.000.000		254.000.000	
Objectif 2 Amener la population générale du Mali et plus spécifiquement les populations les plus exposés aux facteurs de risque et de vulnérabilité à adopter des comportements sexuels qui les mettent à l'abri d'infection par le VIH/SIDA	Stratégie 1 : Intensification de l'IEC par des actions communes et spécifiques Stratégie 2 : Marketing social des préservatifs	1.835.951.000	337.000.000	1.498.951.000	FED
Sous Total 2		1.835.951.000	337.000.000	1.498.951.000	
Objectif 3 Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH	Stratégie 1 : Promotion du conseil et dépistage volontaire y compris l'information systématique de la personne concernée sur son statut sérologique après le test Stratégie 2 : Prise en charge psychologique et sociale des personnes infectées et affectées par le VIH	210.000.000 48.000.000		210.000.000 48.000.000	
Sous Total 3	Stratégie 3 : Prise en charge médicale	2.077.400.000	415.000.000	1.662.400.000	USAID SIDA 2
		2.335.400.000	415.000.000	1.920.400.000	

Objectifs	Domaines d'intervention	Financement		
		Coût	Acquis	A rechercher Source
Objectif 4 Réduire de 35% à 10% la transmission du VIH mère - enfant chez les femmes enceintes séropositives au niveau des structures de prise en charge de Bamako, Sikasso et Mopti par la thérapie anti rétrovirale .	Stratégie 1 : Etude sur la transmission VIH mère - enfant Stratégie 2 : Choix de l'alimentation du nourrisson Stratégie 3 : Suivi	60.000.000 50.000.000 30.000.000 140.000.000		60.000.000 50.000.000 30.000.000 140.000.000 USAID ACDI
Sous Total 4		219.000.000	219.000.000	USAID
Objectif 5 Assurer le diagnostic et le traitement des MST dans toutes les formations sanitaires	Stratégie 1 : Formation Stratégie 2 : Suivi Stratégie 3 : Disponibilité » des médicaments anti - MST Stratégie 4 : Recherche opérationnelle	15.000.000 360.000.000 17.400.000	15.000.000 17.400.000	360.000.000 PDY
Sous Total 5		611.400.000	251.400.000	360.000.000
Objectif 6 Alléger le poids de l'épidémie de VIH/SIDA sur les familles et la communauté	Stratégie 1 : identification des veuves et des orphelins du SIDA Stratégie 2 : Prise en charge sociale des orphelins et veuves et personnes vivant avec le VIH.	4.500.000 296.000.000	 36.000.000	4.500.000 260.000.000 ADS
Sous Total 6		300.500.000	36.000.000	264.500.000
Objectif 7 Créer un environnement éthique et juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	Stratégie : Elaboration de textes spéciaux	15.000.000		15.000.000
Sous total 7		15.000.000		15.000.000

Objectifs	Domaines d'intervention	Financement			
		Coût	Acquis	A rechercher	Source
Objectif 8 Réduire l'impact sur les services de santé grâce à l'extension de la couverture sanitaire et au développement des capacités aux niveaux local et communautaire	Stratégie 1 : Prise en charge psycho - sociale et des soins	340.000.000		340.000.000	
Sous total 8		340.000.000		340.000.000	
Objectif 9 Assurer un meilleur contrôle de la transmission par voie sanguine	Stratégie 1 : Renforcement du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)	397.000.000	397.000.000		FED
	Stratégie 2 : Renforcement / création des banques de sang régionales	132.400.000		132.400.000	
	Stratégie 3 : Renforcement des plateaux techniques des centres de santé de références	32.000.000		32.000.000	
	Stratégie 4 : Réduction des indications de la transfusion sanguine au strict minimum	10.000.000		10.000.000	FED
	Stratégie 5 : Renforcement / poursuite de la sélection et fidélisation des donneurs de sang	15.000.000		15.000.000	
	Stratégie 6 : Adoption de mesures et précautions universelles pour le personnel soignant	PM			
Sous total 9		641.792.000	397.000.000	244.792.000	
Objectif 10 Collecter et diffuser les données épidémiologiques sur la population générale et les populations vulnérables ainsi que les impacts de l'épidémie en milieu rural et urbain	Stratégie 1 : Surveillance épidémiologique	296.000.000	76.000.000	220.000.000	
	Stratégie 2 : Actualisation et diffusion des supports de surveillance épidémiologique	20.000.000		20.000.000	
Sous total 10		316.000.000	76.000.000	240.000.000	

Objectifs	Domaines d'intervention	Financement			Source
		Coût	Acquis	A-rechercher	
Objectif 11 Renforcer les activités de coordination et de gestion	Stratégie 1 : fonctionnement courant du bureau PNLS	80.000.000	40.000.000	40.000.000	BSI
	Stratégie 2 : Achat de véhicules	60.000.000		60.000.000	
	Stratégie 3 : Fonctionnement des comités locaux et régionaux	31.000.000		31.000.000	
	Stratégie 4 : Supervision et coordination des activités	18.000.000		18.000.000	
	Stratégie 5 : Décentralisation des activités	42.000.000		42.000.000	
	Stratégie 6 : Formation des cadres	105.000.000	25.640.000	79.360.000	
Sous total 11		336.000.000	65.640.000	270.000.000	
TOTAL GENERAL FCFA		7.126.043.000	1.578.040.000	5.548.003.000	