

Question 1

INFORMATIONS DE BASE SUR LE VIH/SIDA AU MALI

Le Mali, Pays Sahélien de 1.240.000 km a une population général estimée à 10,4 Millions d'habitants, 54% ont moins de 18 ans, un taux de fécondité de 6,7 enfant/femmes, un taux de croissance démographique de 2,2%/an.

Le Mali fait partie des pays très pauvres avec un revenu de 268 US\$/habts. Le niveau de pauvreté demeure quasiment inchangé selon le rapport national sur le développement humain (année 2000), l'incidence de la pauvreté varie peu, depuis 1994, la pauvreté concerne entre 65 et 70% de la population et se concentre d'avantage en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est à ce titre qu'il bénéficie de l'Initiative PPTE.

Ce chiffre doit être rapproché du pourcentage d'analphabète qui est de l'ordre de 70% de la population.

Comme la plupart des pays africains, le Mali fait face au grand défi du VIH/SIDA. Avec plus de 104.000 personnes infectées (EDS III 2001), le nombre de décès dus au VIH/SIDA deviendra préoccupant dans les années à venir. Selon les projections, il pourrait se situer entre 125 mille et 170 mille d'ici l'an 2010. Et cela ne sera pas sans conséquences graves sur les secteurs de l'économie de la santé de l'éducation. Le nombre d'orphelins du Sida est estimé à 45.000 (source ONUSIDA 2000).

La troisième enquête démographique et de santé (EDS III 2001) fait état d'une prévalence de 1,7% au sein de la population générale. Mais, il existe une grande disparité entre les huit régions d'une part et entre les sexes et les groupes d'âge d'autre part. On constate que Bamako la capitale est la plus infectée avec 2,5% de cas et Gao la 7^{ème} région la moins infectée avec une prévalence de 0,6%.

Cette enquête a montré que les femmes sont plus infectées au Mali que les hommes avec une prévalence de 2% contre 1,3%. Cette disparité est aussi remarquable entre les groupes d'âges. Les hommes et les femmes âgés de 30 à 34 ans (les forces productives du pays) sont les plus infectés avec 3,4% contre seulement 0,8% chez les jeunes de 15 à 19 ans.

Les facteurs qui contribuent à la propagation du VIH/SIDA au Mali sont entre autres : la multiplicité des partenaires sexuels, la prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles, le commerce du sexe, la faible utilisation du préservatif, la grande mobilité de la population, certaines pratiques socioculturelles (excision, mariage précoce, faible statut de la femme, lévirat et sororat).

Question 2

FACTEURS DE VULNERABILITE DES ENFANTS AU MALI

Outre le VIH/SIDA qui constitue le principal facteur contribuant à l'augmentation du nombre d'orphelins, par conséquent d'enfants vulnérables, la pauvreté aussi est sans doute un facteur important de vulnérabilité des enfants.

Une enquête menée par le Programme National de Lutte contre le SIDA avec l'appui du CDC Atlanta en 2000 sur des groupes spécifiques vulnérables, a montré que la pression économique explique le comportement sexuel à risque (par exemple celui des vendeuses ambulantes dans les gares routières). Ces dernières ont le plus bas revenus comparé à celui des autres groupes étudiés et acceptent une maigre somme d'argent échangée contre les rapports sexuels, pour avoir les moyens d'élever leurs enfants. Ces vendeuses ambulantes qui ont de tels comportements finiront pour se contaminer par le VIH et laisseront derrière elles des orphelins vulnérables.

Cette même pauvreté qui rend les femmes vulnérables au VIH/SIDA, peut rendre également les enfants vulnérables au trafic. Dans certaines régions du Mali (Sikasso et Mopti par exemple) la grande pauvreté a favorisé le trafic des enfants vers la Côte d'Ivoire (estimé à 15.000 par un journaliste américain). Exploités dans les plantations, ces enfants n'ont pas les moyens de manger à leur faim, ni de se protéger ni de se soigner en cas de maladie.

A propos du phénomène des enfants de la rue :

Aujourd'hui le phénomène des enfants de la rue prend des proportions inquiétantes. Selon une étude à Bamako il existe 20.000 enfants dans la rue (Direction Régionale du Développement Social).

Les raisons en sont multiples :

- attractions des grandes villes pour un devenir meilleur
- pauvreté
- éclatement de la cellule familiale (éducation familiale)
- principes de l'instruction coranique etc...

Question 3

AMPLEUR DU DEFI des ORPHELINS et ENFANTS VULNERABLES

Nous présentons sous forme de tableau les données suivantes, produites par le CESAC :

SITUATION DES ENFANTS de 1997 à 2001

1 - Situation des Enfants en fonction de leur sérologie

Dépistage/Année	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Nombre de sérologie effectuée	200	379	510	258	159	1506
% de séropositifs	38%	33%	38%	38%	42%	37%

Au total 557 enfants furent dépister séropositifs au cours de cette période.

Ils ont un âge compris entre 0 et 14 ans.

Les plus jeunes (0 - 3 ans) sont les plus touchés.

2 - Situation des Enfants affectés

Année	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Nombre	380	725	1010	998	1233	4346

Au total 4346 enfants affectés furent identifier pendant cette période.

Ils ont été répertoriés à partir des dossiers de leur parent suivis au CESAC

Parmi les 4346 enfants, 1993 sont orphelins de père, de mère ou des deux

NB: Parmi les enfants affectés (4346), 1056 ont été dépistés parce qu'ils présentaient des signes ou sur demande de leurs parents.

3 - Répartition des enfants affectés en fonction des tranches d'âge

	0 à 3 ans	4 à 7 ans	8 à 11 ans	12 à 15 ans	TOTAL
Nombre d'enfants	1235	1143	1011	4343	1233

Parmi les 4343 enfants affectés identifiés, 2771 sont en âge de scolarisation

4 - Nature de soutien apporté au enfants

Désignation	1997	1998	1999	2000	2001
Nutritionnel	64	100	125	92	323
Scolaire	61	100	138	152	309
Médical	30	103	124	143	215
Vestimentaire		50		110	244

Les chiffres mentionnés en 2001, représente le cumul du total des enfants soutenus à cette date

ARCA-SIDA : Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA BP : E2561 - Tél./Fax : 23 64 77 e-mail : cesac@cefib.com

Question 4

LA VOIX DES JEUNES ET DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Groupe de parole des enfants

Des discussions avec les enfants, deux cas de figures se présentent :

- 1- Ceux dont la maladie ou le décès des parents n'affectent pas gravement : ceux-ci bénéficient du soutien médical, scolaire, alimentaire et vestimentaire apporté par le CESAC et des soutiens ponctuels apportés par le groupe AMAS/AFAS et certains parents.
- 2- Ceux dont la maladie ou le décès des parents affectés profondément : 3 exemples concrets :
 - Une fille de 12 ans, quand sa mère est décédée du VIH a abandonné l'école pour faire le ménage et s'occuper de ses cadets. Son père est porteur de bagage à la Régie de Chemin de Fer ne s'est plus remariée
 - Un jeune garçon abandonné par son père, sa mère alitée, l'enfant après la classe fait la navette entre la maison et le CESAC pour apporter à sa mère les médicaments et les aliments. Il adresse souvent à l'association AMAS/AFAS pour des soutiens ponctuels. C'est lui qui prépare les petits plats pour sa mère. Lui et sa mère vivent dans un local sombre, l'enfant devait aller sous les lampadaires pour apprendre.
 - Une autre fille de 14 ans est abandonnée par son père qui vit hors du pays. Sa mère faisait le petit commerce pour nourrir et habiller cette fille et ses cadets. Du fait des épisodes de maladies ce commerce ne marche plus et le soutien a fait défaut. Le relais est assuré par le CESAC.
- 3- Le souhait des enfants
 - Plus de traitement pour leurs parents infectés
 - Soutien aux activités économiques de leurs parents
 - Plus de soutien scolaire alimentaire, vestimentaire
 - Une formation professionnelle pour ceux qui ne vont plus à l'école, leur insertion sociale
 - Une condition de protection entre le rejet et la stigmatisation liés au statut de leurs parents.

NB : Nombre d'enfants ayant participé au groupe de parole 21 dont 13 filles et 8 garçons. Nombre d'enfant infecté : 1 fille

Groupes des adultes

Leurs préoccupations :

- La scolarisation des enfants : les dépenses liées à l'infection les empêchent de subvenir aux besoins scolaires des enfants à savoir leur inscription, le paiement des fournitures et des cotisations, les cours à domicile pour le rattrapage.
- Le manque d'encadrement :
 - a) Les épisodes de maladies des parents ou le décès d'un des parents exposent l'enfant à certaines situations
 - ⇒ Le manque de soutien nutritionnel et vestimentaire
 - ⇒ Les enfants sont confiés à leurs grands parents qui n'ont pas les moyens suffisants et la force nécessaire de les encadrer
 - ⇒ Le manque d'éducation
 - ⇒ Le manque d'éducation
 - ⇒ Les enfants sont rejetés par le cercle des camarades à cause du statut sérologique de leurs parents.
 - b) Conséquences
 - ⇒ Les enfants souffrent psychologiquement de la maladie des parents
 - ⇒ Ils abandonnent l'école pour s'occuper du ménage
 - ⇒ Ils sont exposés à la prostitution, à la mendicité, au vol, à virer dans la rue, à noyer leur souci dans la drogue et l'alcool, le truandage n'est pas exclu
 - ⇒ Ils sont souvent agressifs vis à vis du parent infecté
- Besoins exprimés
 - ⇒ Suivi et encadrement adéquats des enfants
 - ⇒ Appui à la scolarisation
 - ⇒ Formation professionnelle des enfants déscolarisés et leur insertion sociale
 - ⇒ AGR pour les familles qui en charge les enfants infectés et affectés
 - ⇒ Le soutien psychologique des enfants
 - ⇒ Attribuer des lots à usage d'habitation aux parents infectés pour l'avenir des enfants

Question 5

POLITIQUE ET LEGISLATION DU MALI SUR LA QUESTION DES ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNERABLES DU SIDA

Forces	Faiblesses
Existence du PRODESS cadre programmatique pour répondre aux questions de santé publique et de solidarité avec les groupes vulnérables et ou défavorisés qui développe la multisectorialité et action de décentralisation	Faible capacité de structures d'encadrement en matière de prise en charge des orphelins et autres enfants affectés par le VIH. Couverture géographique limitée et faible capacités des structures
Leadership au plan politique (tenue d'un conseil de ministre extraordinaire, exclusivement consacré à l'épidémie du VIH-SIDA, engagement du chef d'Etat)	Niveau économique relativement faible du Mali ne lui permettant pas d'appliquer une politique sociale conséquente envers les orphelins du SIDA
Existence d'un plan stratégique de Lutte contre le SIDA(existence de plan sectoriel) depuis décembre 2000.	Mauvaises prises en compte des facteurs socioculturels tels que le mariage précoce , le sororat ou lévirat.
Existence d'un cadre de partenariat dynamique entre le gouvernement, la société civile et les partenaires au développement.	Cadre juridique de protection de l'enfance en danger mal applique y compris ceux affectés ou infectés par le VIH et inexistence d'un tel cadre spécifique aux VIH
Réponse locale : un cercle, une ONG(Contractualisation Etat avec la société civile)	Insuffisance de structures d'accueil, d'orientation et de réinsertion pour les enfants en danger.
Existence d'une structure AFAS	Difficultés d'identification des orphelins

Question 6

REPONSE INSTITUTIONNELLE

La lutte contre le VIH/SIDA a fait l'objet d'un engagement constant du gouvernement qui s'est traduit par un plan à court terme de lutte contre le VIH (1987 – 1988), à moyen terme I (89 – 93) et à moyen terme II (94 – 98).

Un Programme National de Lutte contre le Sida a été mis en place 1987.

En dépit des acquis notables, de nombreuses insuffisances demeurent, en l'occurrence :

- la trop grande centralisation de la gestion du programme
- la faible implication des autres secteurs au développement
- la faiblesse de la réponse locale et de l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- la non prise en compte des besoins de traitement des malades.

C'est ainsi qu'un Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005 a été adopté par le gouvernement lors d'un Conseil des Ministres Extraordinaire le 1^{er} décembre 2000. Il a été conçu sur la base des principes de multisectorialité, de décentralisation, de développement de la réponse locale et de l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Onze Plans Sectoriels et un Plan Opérationnel national 2001-2003 ont été établis.

Un Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) a été créé en décembre 2001. Il constitue un forum de plaidoyer, d'orientation et de mobilisation des ressources présidé par son excellence Monsieur le Président de la République.

Pour assurer une gestion partenariale et collégiale de l'épidémie et de ses impacts, un comité national et des comités régionaux et locaux de lutte contre le Sida a été créé. Un Bureau National de Coordination ainsi que 7 Commissions Techniques Spécialisées (CTS) ont été créées. Trois de ces CTS ont en charge la thématique des OEV : « prise en charge », « réduction des impacts » et « Ethique et Droits ».

Les principales institutions actives dans l'opérationnalisation des actions en ce domaine sont :

- **CESAC** : Centre d'Ecoute de Soins, d'Animation et de Conseil: il assure avec succès la prise en charge médicale et psychosociale les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et ceci.
- Par ailleurs il existe deux associations de personnes vivant avec le VIH : **AMAS** pour les Hommes et **AFAS** pour les Femmes. Elles travaillent ensemble et offrent un soutien financier et psychosocial à leurs membres.

- **AEMO** (Action Educative en Milieu Ouvert), il abrite le centre d'accueil pour les enfants de la rue.
- **SOS Sanankoroba** (chargé des enfants orphelins et autres déshérités)
- **Centres Action Enfants** de tous (Caritas Mali)
- **Foyer d'accueil Kanuya** pour les enfants en situation « bloqué e, problème police, gendarmerie brigade de mœurs, ... ».

Note : selon un document de la Direction Nationale de la Protection de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, on estime à plus de 100 le nombre des structures (d'Etat, des Communes, des ONG et des Associations) qui s'occupent de l'enfance en difficulté au Mali.

Ces structures ont un objectif commun :

- accueillir et écouter les enfants pour pouvoir les orienter
- stimuler et valoriser la créativité des activités socio-culturelles
- contribuer à la réinsertion familiale et scolaire si elles sont possibles
- offrir une formation professionnelle et des l'aide pour leur insertion économique
- prévenir la délinquance juvénile et le refuge dans la drogue.

Question 7

REONSE DE LA COMMUNAUTE

En dehors de la réponse présentée par la société civile (voir question 5), nous nous permettons de présenter une initiative-clé dans le domaine qui permet une mise en perspective des futures actions entreprises dans le domaine :

“ l'Initiative un Cercle, une ONG”, Réponse Locale au VIH/SIDA au Mali

La vision stratégique de la Réponse Locale est celle d'une nation compétente face au VIH/SIDA dans laquelle tous les individus, leurs familles et leurs communautés acceptent le fait que le VIH/SIDA affecte leur vie et leur travail.

Passant du statut de 'bénéficiaires' de conseils et de services, d'informations et d'éducation, à celui 'd'acteurs' compétents, ils prennent en compte dans la gestion de leur quotidien le VIH/SIDA en évaluant correctement leur propre vulnérabilité et en agissant efficacement sur les facteurs de risque.

Cette Réponse Locale permettra de forger au niveau 'local' une mise en commun des énergies, des moyens et des expériences pour enrayer le fléau. C'est dans la mesure où les individus, leurs familles et leurs communautés s'approprient le problème qu'elles rechercheront des solutions et mobiliseront les efforts nécessaires à la mise en œuvre. Ce type de Réponse met ainsi l'accent sur :

- une prise de conscience qui induira une demande de services conformes non seulement aux attentes mais aussi à l'analyse de la situation qu'elles feront avec l'aide d'un organisme facilitateur
- un développement de leur capacité d'agir et de réagir

Le gouvernement du Mali, a opté pour le développement d'une telle Réponse, voulue comme la colonne vertébrale de la mise en œuvre du Plan Stratégique National, en prenant une initiative, dénommée « Un Cercle, une ONG ». Cette initiative se caractérise par une contractualisation avec un certain nombre d'ONG, sélectionnées selon des critères clairement établis, afin qu'elles conduisent et facilitent en partenariat la mise en œuvre de cette Réponse Locale, à l'échelle d'emblee, Nationale.

Quel est le contenu de cette **facilitation**, dénommée au Mali « adjuvance » ?

- identifier des partenaires locaux (associations, leaders, institutions et tous les secteurs de développement)
- les aider à s'approprier des stratégies de la réponse au VIH/SIDA;
- répertorier leurs problèmes qu'ils seraient à même de résoudre
- créer un cadre de concertation entre tous les acteurs de façon à couvrir à terme tous les besoins identifiés et reconnus par la communauté

Ce processus, tel que structuré dans l'Initiative, se décompose en **trois phases** :

➤ une première phase d'**approche** :

- prise de connaissance du tissu social de la communauté, de ses diverses composantes associatives et de ses leaderships ;
- identification de la perception réelle du VIH/SIDA par les communautés ;
- inventaire des actions déjà réalisées et du capital qu'elles représentent ;
- réponse aux questions suivantes : avec qui travailler ? quelle(s) porte(s) d'entrée ?

➤ une deuxième phase de **dialogue** :

- capter la confiance et engager un dialogue avec les partenaires choisis ;
- aider les populations à faire le lien entre leurs préoccupations quotidiennes et la problématique du VIH/SIDA ;
- utiliser un outil de « cartographie de la vulnérabilité » ;
- explorer avec elles la mesure dans laquelle certaines actions individuelles et normes sociales peuvent contribuer à la résolution des problèmes ;
- inventorier avec elles les ressources qui peuvent être mobilisées dans la lutte contre le SIDA ;
- fournir un apport d'informations et de méthode aux processus de décision.

▪ une troisième phase dite **passage à l'action** :

- accompagner les actions résultantes, en conseillant les communautés et en facilitant la mobilisation des ressources ;
- renforcer continuellement leur capacité à prendre en charge leurs problèmes, notamment par l'apprentissage ;
- assurer la concertation avec l'ensemble des partenaires et secteurs impliqués.

Les **options stratégiques** de l'Initiative sont :

- La mise en place des structures suivantes à trois niveaux :
 - Au niveau **Central** : une Equipe d'Orientation et de Conseil (ECO), responsable de l'orientation, du pilotage et de la facilitation générale (4 membres : deux de l'Etat, un de la Société Civile et un membre de l'ONUSIDA)
 - Au niveau de la **Région** (province) : un Organisme Chargé de la facilitation (OCF) de la Société Civile (7 organismes)
 - Au niveau du **Cercle** (district) et des Communes : les ONG adjuvantes (130)
- Intégrer l'Initiative dans le **Programme de Développement Socio-Sanitaire (2002-2007)** appuyé par tous les partenaires et mis en place en 1997 et dans le respect du Plan Stratégique National 2001-2005 ;
- **Convrir les 702 communes** du Mali en 5 ans ;
- Concrétiser l'engagement mutuel entre l'ONG, l'Etat et les partenaires locaux à l'aide d'un **protocole de collaboration** ;
- Développer les **compétences**, par la pratique, de tous les acteurs dans le

- cadre d'un processus décentralisé et participatif;
- **Documenter l'expérience** de façon à ce que ses enseignements puissent être exploités dans le cadre de la stratégie nationale par la mise en place d'équipes d'apprentissage à tous les niveaux en incluant les représentants des collectivités;
- Développer un projet de **Recherche Action et d'échanges** d'expériences avec certains pays.

Etat actuel du développement de l'Initiative :

- Le lancement par Mme la Ministre de la Santé a été fait en janvier 2001.
- Dans le courant de l'année, les plans proposés par les organismes contractés ont été validés au niveau décentralisé avec la participation des autorités administratives et techniques (négociation au niveau communautaire) et couvrent pour l'année 2002 tous les Cercles et un peu moins de 20% des Communes;
- Les Plans Sectoriels des 11 départements impliqués sont établis et en cours d'harmonisation. Le problème de leur financement reste à résoudre;
- L'établissement des contrats et la mise à disposition des ressources financières sont en cours (contributeurs actuels : l'Etat, l'IDA, l'ONUSIDA et la coopération des Pays Bas). Les actions débutent timidement dans certaines communautés;
- Le développement de compétences, appuyé par l'UNICEF, est planifié pour la fin du premier semestre 2002;
- Un appui financier a été introduit dans la proposition malienne au Fonds Mondial SIDA/Malaria et Tuberculose, transmise le 10 mars 2002.

Montant du financement pour la première année US\$2,700,000

Principale leçon : nécessité de développer une stratégie de communication dirigée vers tous les partenaires à toutes les étapes du développement et du suivi de l'Initiative: les autorités administratives, les prestataires des services publics, les ONG, les différentes composantes des communautés et les partenaires au développement (particulièrement les contributeurs au Programme quinquennal de Développement Socio-Sanitaire).

Question 8

MEILLEURES PRATIQUES

Nous présentons ci dessous une « meilleure pratique » dans le domaine des OEV. Il y en a d'autres, mais celle-ci est bien documentée.

Le **CESAC** (voir plus haut : Centre de soins, d'Animation et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA) a été créé en 1996 afin d'apporter une réponse médicale et psychosociale adaptée aux problèmes de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Ce Centre a initié un projet "**Soutien à la scolarisation des enfants infectés et affectés par le virus du SIDA suivis au CESAC**" avec l'appui de différents partenaires (**Fondation Partage, Fondation Glaxo, Coopération Française**).

Les objectifs de ce projet sont de permettre aux enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA, issus des familles les plus démunies, de poursuivre leur études dans de bonnes conditions et d'améliorer leur niveau d'études. Parmi les 60 enfants (30 filles et 30 garçons) bénéficiaires, il y a 46 orphelins.

Les activités menées en leur faveur ont consisté à apporter un appui en matériel scolaire, payer les frais d'inscription et de scolarité, effectuer des visites scolaires et familiales et leur assurer un suivi scolaire.

Les résultats pour l'année scolaire 2000-2001 montre que sur les 60 enfants, 54 ont passé de classe, 4 ont redoublé et 2 sont décédés. Ces résultats sont donc très positifs. Cela est du à la rigueur dans le suivi scolaire. Un sociologue du CESAC a été particulièrement chargé de la conduite de ce projet et s'y est fortement investi, de même que l'équipe du CESAC et des membres de l'Association des PvVIH.

Ce projet sera donc poursuivi et étendu en fonction des moyens disponibles. Plus de 4000 enfants sont déjà suivis en 2002.

Question 9

COORDINATION ET CONSULTATION DE L'INFORMATION

Aujourd'hui nous ne disposons d'aucune situation précise et actuelle sur les OEV au Mali et il faut souligner qu'il n'y a pas de réelle coordination de l'information dans ce domaine.

Il est à noté qu'une étude de la Direction Régionale du District de Bamako avait menée une étude sur l'estimation des enfants de la rue (Etude faite à l'heures où les scolaires sont en classe). Selon cette étude il existerait 20.000 enfants dans la rue.

Actuellement une étude est en cours pour une estimation au niveau de l'ensemble du pays par l'AEMO en partenariat avec le Ministère de la Promotion de la Famille et de l'Enfant et le Ministère du Développement Social.

Actuellement le rapport d'activité d'un consultant fait ressortir que 13% des enfants consulter dans les structures d'accueil et d'hébergement des enfants sont positifs (inconvénient différent problème de représentativité).

Question 10

PARTAGE DU SAVOIR ET CAPACITE DE DEVELOPPEMENT

Au niveau des ressources techniques : des réseaux existent, sur la prise en charge psychosocial sur deux autres villes que Bamako (Mopti et Sikasso) et vont s'étendre très prochainement sur deux autres villes (Segou et Kayes).

Il faut relever un gisement de compétences au niveau de la Société Civile, par exemple :

- au CESAC sur le développement d'activités génératrices de revenus
- au Groupe Pivot Santé Population dans le domaine de la mobilisation sociale
- à ENDA Tiers Monde, dans le domaine de la mobilisation sociale et de l'intervention auprès des jeunes déscolarisés.

Question 11

RESSOURCES

Ressources annuelles essentielles : **300.000.000** Fcfa (calcul de base : +/- 77 euros)

Ressources actuellement mobilisables : **22.720.000** Fcfa

(Ministère Promotion Famille et Enfant, Ministère du Développement Social, INPS, PRODESS¹, Coopération Française, Glaxo, Fondation Partage, Mali Enjeu, Ensemble contre le SIDA, VIH Mulhouse, Mutualité de Marseille, OMS, Aide Fédération Nationale, ...)

Au niveau de l'AMAS/AFAS (Association des PvVIH) : il existe des fonds propres (appui à l'Initiative au développement communautaire et activités génératrices de revenu) d'un montant de **40.000.000** Fcfa

Le plan stratégique national cadre bien avec le PRODESS (Programme de Développement Socio-Sanitaire qui est créé en 1990) est une déclaration de politique sectorielle de santé et de population dont le but est d'améliorer le niveau de santé de la population et particulièrement celui des femmes et des enfants.

En ce qui concerne la thématique de la prise en charge : elle se fait à travers une initiative malienne d'accès aux anti-rétroviraux (IMAARV). Trois structures tests dans le cadre de l'IMAARV coordonnent cette activité : 2 hôpitaux nationaux et le CESAC qui est un Centre d'Ecoute de Soin, d'Animation et de Conseil. Cette initiative financée dans le cadre des PPTF, associée aux négociations avec 4 laboratoires pharmaceutiques, permet de une très nette amélioration de l'accès aux soins. 200 patients en bénéficient à ce jour et il est projeté de doubler ce chiffre en 2002.

¹ Programme quinquennal de développement socio-sanitaire

Question 13

PROCESSUS

Steps/Work Process Used in Preparation for the West and Central Africa Region Workshop on Orphans and Vulnerable Children

- In preparation for the workshop, the Mali country HIV/AIDS focal persons of the workshop organizing agencies (UNAIDS, UNICEF, and Save the Children) met to discuss the initial steps in forming a work group. We determined an initial list of potential participants to invite to the first organizing meeting based on their roles related to government agencies, civil society, partner organizations, workshop organizer agencies, and representation of adults and children affected/infected by HIV/AIDS.
- During the initial organizing meeting, those invited added to the list of organizations that should be included in the working group (including representation by youth, and noting the need to program the scheduling of meetings accordingly).
- Two group reporters and two group animators were named to assist with group functioning. The terms of reference for the working group were presented, discussed, and accepted by the group.
- Specific aspects of initial ToR included: the structure of the composition of the group and the characteristics needed in representatives (namely, that members should have experience in one or more domains of interest, and ability to contribute to the work of the group), the need to determine a delegation of 4 people to represent Mali's interests in the workshop with representation from the govt, civil society, and adults and children affected/infected by HIV/AIDS, to mobilize financial resources necessary, and to respond to the information requested by the workshop organizers concerning Mali's experience/status of OEV.
- Follow-up meetings related to :
 - naming and agreeing on the members of the delegation, determining on the need for an appropriate cross-section of representation, as suggested by the workshop organizers and in the interest of future work in Mali on OEV strategies; and being sure to include representation in the delegation by an adult and a child infected/affected by HIV/AIDS, and
 - obtaining financial resources for the funding of the conference.
- Finally, further work was required in dividing up the work of responding to the questions for information requested by workshop organizers and following up its submission.

Participants in the Mali working group include :

Name	Organization and Title	Telephone	E-mail
COLLINS, Susan	UNICEF Administrator for HIV/AIDS Save the Children /USA	Tel : 223-20-44-01	Susanromai@yahoo.com
CONNORS, Patrick	Deputy Director for Programs	Tel : 223-23-48 98 223-22-61 34	Pconnors@saveusamali.org
COULIBALY, Salif	USAID Senior Health Advisor Save the Children /USA	Fax : 223-22 08-08 Tel : 223-22-36-02	Scoulibaly@usaid.gov
CUNNINGHAM, Maureen	Health Advisor		Mcunningham@saveusamali.org
DIALLO, Assitan	Youth working with AFAS/AMAS	Tel : 223-23-48 98 223-22 61-34	CESAC@spider.toolnet.org
KANE, Modibo	AMAS (Association of men living with HIV/AIDS) President	Fax : 223-22-08-08	CESAC@spider.toolnet.org
KANE Seydou	Youth working with AFAS/AMAS	Contact through CESAC Tel : 223-23-64-77	CESAC@spider.toolnet.org
LEDECQ Jean-Louis	UNAIDS Country Representative	Contact through CESAC Tel : 223-23-64-77	Afasanas@yahoo.fr
SACKO, Aissata	AFAS (Association of women living with HIV/AIDS) Presidente	Tel : 223-23-64-77	CESAC@spider.toolnet.org
SANGARE, Issaka	PNLS IEC Coordinator	Tel : 223-22-36-15	
SOGOHA, Bakary	Save the Children /UK Country Representative	Tel : 223-23-42-55 223-74-56-29	Bsgogoha@scifuk.org.mli

Name	Organization and Title	Telephone	E-mail
SOW, Aissa	UNICEF Coordinator / Protection	Tel : 20-44-01	Asow@unicef.org
SYLLA, Aliou	CESAC (Centre d'Ecouté de Soins, d'Animation et de Conseil) Director	Tel : 223-23-64-77	CESAC@spider.tounet.org
TOGO, Amadjou	CESAC (Centre d'Ecouté de Soins, d'Animation et de Conseil)	Tel : 223-23-64-77	CESAC@spider.tounet.org
WELE Aly dit Agali	Sociologist Groupe Pivot/Santé Population Health information systems and Operations research coordinator	Tel : 21-21-45	Wele_agali@yahoo.fr