



SENSIBILISATION ET PREVENTION DU SIDA/MST AU MALI

DOCUMENT DE PROJET

688-0270

BAMAKO, MALI

AOUT 1994

AGENCE DES ETATS-UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

R.P. 34, BAMAKO, MALI

TABLE DES MATIERES

Mémemorandum d'Action	iv
Autorisation du projet	v
Liste des abréviations	
Résumé Analytique	
I. HISTORIQUE	1
A. Environnement Malien	1
B. Maladies Sexuellement Transmissibles, l'Infection du VIH et le SIDA au Mali: la Situation Actuelle	5
C. Réaction Face à l'Epidémie de SIDA au Mali	6
D. Relation entre ce Projet la Stratégie de la Mission et de l'AID	11
E. Conformité de la Stratégie avec celle du Gouvernement Malien	11
II. DESCRIPTION DU PROJET	12
A. Introduction	2
B. But et Objectif du Projet	12
C. Stratégie et Fondement	12
D. Extrants du Projet	15
E. Intrants du Projet	33
III. PLAN DE REALISATION ET DE SUIVI	33
IV. PLAN FINANCIER ET BUDGET DETAILLE	30
A. L'USAID	4
B. Evaluation des Méthodes d'Exécution et de Financement	5
C. Le Gouvernement du Mali	5
D. Evaluation des Méthodes de Réalisation et de Financement	55
V. RESUME DES ANALYSES DU PROJET	54
A. Analyse Technique et Institutionnelle	54
1. Amélioration de la lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles au Mali	5
2. Changement de Comportement	60
3. Le Programme de Gestion du VIH/SIDA au Mali	65
B. Analyse Economique et Financière	71
C. Validité Sociale	72

VI. STATUS DES CONDITIONS DE CONVENTION ET D'ACCORD

VII. ANNEXES

- A. Cable d'Approbation du Document d'Exécution du Projet
- B. Liste Contrôle Statutaire
- C. Demande de Projet du Pays d'accueil
- D. Cadre Logique
- E. Dérogation en ce qui Concerne la Source/Origine
- F. Evaluation Environnementale Initiale
- G. Document de Notification au Congrès
- H. Analyses du Projet

LISTE DES ABREVIATIONS

AID	Agence pour le Développement International
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
AIDSCAP	Programme de Lutte et de Prévention contre le SIDA.
BID	Deux fois par jour.
CCA/ONG	Comité de Coordination des Actions des Organisations non Gouvernementales.
CHPS (PSPHR)	(Projet Santé Population et Hydraulique Rurale)
EIA	Enzyme Immunoessay (appelé parfois ELISA le test rapide du SIDA)
FHI	Santé Familiale Internationale
FY	Année Fiscale
GDP (PNB)	Produit Intérieur Brute
GNP	Produit National Brut
GRM	Le Gouvernement de la République du Mali
HIV (VIII)	Virus Immuno-Déficitaire Humain
IEC	Information, Education et Communication
KAP	Connaissance, Attitude et Pratique
NGO (ONG)	Organisation Non Gouvernementale ¹
PO	Par Voie Orale
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PVO(OPV)	Organisation Volontaire Privée ¹
QID	Quatre Fois par Jour
RPR	Rapid Plasma Reagin (le test de confirmation de la syphilis)
STD (MST)	Maladie Sexuellement Transmissible
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfant.
USAID	L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VDRL	Recherche en Laboratoire des Maladies Vénériennes (le test de confirmation de la Syphilis)
WHO/OMS	Organisation Mondiale de la Santé

¹Selon ce document, les organisations OVP sont les organisations Américaines et les ONGs sont les autres.

RESUME ANALYTIQUE

Les données sur le VIH et le SIDA au Mali ne laissent aucun doute que l'infection se répand à une vitesse alarmante et que la situation pourrait se détériorer rapidement tel que ce fut le cas dans beaucoup d'autres pays africains. Les premiers cas de SIDA en Afrique furent enregistrés en 1983 et le premier cas diagnostiqué au Mali le fut en 1985.² En 1987, une étude nationale de la prévalence du VIH a révélé des taux de 1 % à 2 % parmi la population en général et un taux de 39 % parmi les prostituées.³ Ces résultats placent le Mali parmi les pays africains où l'infection du VIH se répand à une vitesse intermédiaire.

Les données sur d'autres maladies sexuellement transmissibles indiquent qu'elles sont endémiques et que le problème est sérieux.³ En tenant compte du niveau de morbidité et de l'infrastructure disponible, la Banque Mondiale dans son évaluation des besoins d'intervention contre le VIH/MST, a classé le Mali en première position de priorité parmi tous les pays du Sahel.

Sans action effective de contrôle de l'expansion de l'infection VIH, l'espérance de vie à la naissance baissera et le développement sera compromis dans tous les secteurs. Le but de ce projet est d'améliorer la qualité de la vie au Mali en limitant l'expansion de l'infection VIH. Comme résultat attendu, la prévalence de VIH parmi la population en général sera au-dessous de 7,5 % et l'espérance de vie à la naissance pour un malien moyen pourra augmenter jusqu'à 47 ans au moins.

Il est encourageant de savoir que le gouvernement malien a adopté une stratégie ambitieuse de 5 ans⁴ pour combattre les MST et le VIH, et il existe plusieurs projets de développement à grande échelle tendant à renforcer l'infrastructure de santé.² L'USAID se voit présenter une excellente opportunité pour assister le Mali et d'autres bailleurs de fonds dans l'effort de mettre sur pied un programme national de lutte contre les MST/VIH. Les activités proposées dans ce projet soutiennent et renforcent la stratégie du Gouvernement dans trois domaines clés qui sont les suivants:

- * la prévention de la transmission sexuelle à travers une meilleure gestion des cas de maladies sexuellement transmissibles;
- * la prévention de la transmission sexuelle à travers les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) destinées à la population en général et aux groupes à haut risque en particulier;

²*Plan Stratégique 1994-1998, Revision 4*, PNLS, Février 1994

³Guindo, Aïcha. *Etude de la Prevalance des Principaux Agents Pathogenes Responsables de MST/SIDA dans une Populations de Femmes en Age de Procreer. Une thèse (1993) pour obtenir le grade Docteur en Pharmacie présentée devant l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie, Mali.*

⁴*Ibid.* 2, p.v.

- * la coordination et la direction efficace du programme par le PNLS à travers des activités telles que l'échange d'information, le développement de politiques et la mobilisation des ressources.

Les activités du Projet sont conçues pour atteindre les trois résultats suivants:

- * Un contrôle amélioré des MST
- * Un changement de comportement réduisant le risque de transmission du virus VIH
- * la mise en place d'un Comité National du SIDA dynamique efficace dans les échanges d'informations, l'élaboration de politiques et la mobilisation des ressources.

A. Le Contrôle Amélioré des MST

L'infection du VIH est une maladie sexuellement transmissible (MST). Tous les malades ayant d'autres MSTs risquent d'être infectés par le VIH parce que la présence d'autres MST facilite la transmission du VIH et la portée de cet effet est grande.⁵ Ainsi le traitement des MST aidera à lutter contre l'infection VIH et aura des effets secondaires positifs sur la santé des femmes et des enfants qui souffrent le plus des complications provenant des infections des MST.

La lutte contre les MSTs sera plus efficace grâce à une meilleure gestion des cas de MST, la surveillance, un recensement plus fidèle des cas d'infections et le développement de la capacité institutionnelle du PNLS en vue de la lutte contre les MST. Trois cent cinquante (350) agents de santé seront formés à l'utilisation des algorithmes de l'OMS pour les diagnostics syndromiques et en "counseling" afin de prévenir les infections. Les équipements essentiels de laboratoire seront fournis à tous les centres de santé des 46 districts dans le cadre de la lutte contre les MST. Le projet comprendra aussi une importante composante de recherche opérationnelle afin d'identifier les stratégies optimales pour la surveillance des MST/VIH au Mali et de fournir un "input" continu pour le traitement des cas de MST. La collaboration avec les organisations engagées dans la mise en place d'un système d'approvisionnement de médicaments essentiels est élément clé du projet et la liste des médicaments essentiels sera révisée pour inclure les médicaments les plus urgents pour le traitement des principales MST.

L'amélioration de la surveillance et du recensement des MST se fera par l'incorporation des définitions syndromiques des MST clés dans le système national d'information de santé; en équipant les sites de surveillance sentinelle de VIH avec l'équipement de laboratoire pour les MST, en conduisant une enquête d'évaluation rapide pour fournir une vue d'ensemble de l'évolution des MST au Mali et par la révision des protocoles de traitement basés sur les informations issues des résultats de la recherche opérationnelle.

⁵Over M and Piot P. HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases, in Dean Jamison and WH Mosley (editors), Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press for the World Bank. 1991.

La capacité institutionnelle du PNLS dans le domaine des MST sera renforcée par l'affectation d'un conseiller technique spécialisé dans la surveillance des MST et en fournissant les possibilités de formation à long terme pour deux membres du personnel à la condition qu'ils retournent travailler pour le PNLS à la fin de leur formation.

Jusqu'à présent, dans la majorité des cas de SIDA dépistés au Mali, les patients séropositifs ne sont pas informés du résultat de leur test. Ils ne reçoivent pas non plus de conseils pour éviter la transmission de la maladie à leurs partenaires, ni ne sont orientés sur des centres médicaux appropriés. Cela est dû en partie à l'absence d'une politique nationale claire en matière de "counseling" et en partie à la peur du personnel médical qui travaille dans un système de santé basé sur le soin curatif et dans une société où d'une manière générale toutes les maladies sont supposées être curables. La formation sera donnée aux personnels clés de la santé pour s'assurer qu'ils ont les compétences requises pour informer les personnes séropositives du résultats de leur test et pour les conseiller sur la façon d'éviter la transmission de la maladie à leurs partenaires sexuels. En conséquence, toute personne soumise au test du VIH au Mali pourra, à l'avenir, bénéficier de conseils à la fois avant et après le test.

B. Changement de comportement

En l'absence de vaccin, le changement de comportement est la seule façon d'éviter la contamination ou la transmission du VIH. L'utilisation accrue des condoms (comme l'attestent les ventes) est un indicateur clé prouvant que la connaissance du SIDA et la sensibilisation sur cette maladie ont abouti à un changement de comportement positif.

Les ONG ont déjà fait la preuve de leur capacité à atteindre et à travailler effectivement avec les populations rurales et urbaines du Mali; à faire face aux priorités locales et à être flexibles dans leur approche. Le projet capitalisera ces atouts à travers un programme élargi et amélioré d'activités d'information, d'éducation et de communication sur les MST/SIDA visant la population en général et les groupes à haut risque, programme qui sera exécuté par des ONG. Par ailleurs, le projet apportera son appui aux activités des ONG en fournissant une aide pour le développement de stratégies et de matériels et en assurant la formation sur les techniques d'information, d'éducation et de communication concernant le VIH/SIDA. Le projet cherchera à aussi corriger quelques-unes des principales lacunes identifiées dans le secteur des ONG locales et comme second objectif, il cherchera à augmenter à long terme la capacité institutionnelle du secteur non lucratif au Mali à entreprendre des activités de prévention et de sensibilisation sur le SIDA.

Pour s'assurer que les gens peuvent faire bon usage des informations qu'ils reçoivent, les ONG vont promouvoir la distribution à base communautaire des préservatifs en conformité avec la stratégie de marketing social en vigueur. Cela peut les amener à jouer un rôle actif dans la distribution, mais cela se fera plus probablement à travers le crédit et la formation pour le développement des entreprises.

En vue de créer un point focal pour une action positive, les ONG vont promouvoir

le développement des groupes à base communautaire ou des associations d'entraide qui regroupent des séropositifs qui fourniront à long terme des conseils et un soutien aux séropositifs, aux malades atteints du SIDA et à leurs familles.

C. Un système amélioré de la coordination et de développement des politiques

La lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA exige la conduite rigoureuse du programme afin d'assurer la mobilisation, la coordination et l'utilisation adéquates des ressources financières et humaines multi-sectorielles, tant au niveau national qu'international. Le projet fournira à long et à court terme de l'assistance technique, la formation et l'appui institutionnel au PNLS afin de l'aider à s'engager dans l'échange d'informations, le développement de politiques et la mobilisation de ressources.

Une publication trimestrielle sur les MST/SIDA au Mali servira de forum d'information et d'échange pour les bailleurs de fonds, les planificateurs de santé et les ONG. Avec le concours du GRM et du Ministère de la Santé, des politiques claires seront développées en matière de "counseling" sur le VIH/SIDA, de distribution gratuite des condoms, de prévention et de lutte contre les MST. Des réunions régulières entre bailleurs de fonds et ONG seront tenues en vue d'améliorer la coordination et l'allocation des ressources. Une série d'exposés destinés aux décideurs nationaux et régionaux concernant l'impact socio-économique potentiel du VIH et du SIDA au Mali, augmentera leur connaissance du SIDA et leur appui à la lutte contre le SIDA.

I. HISTORIQUE

A. Environnement Malien

1. Politique et Economique

En 1994, trois ans après la chute du régime de Moussa TRAORE qui avait duré 22 ans et deux ans après les premières élections présidentielles, l'atmosphère d'optimisme qui accompagnait l'introduction de la démocratie pluraliste et la liberté de presse au Mali a été quelque peu tempérée par les réalités économiques rigoureuses auxquelles le pays est confronté. Lourdemment endetté et obligé de réduire ses dépenses, le gouvernement n'a pas été en mesure de répondre aux attentes suscitées par la transition.

Durant toute l'année 1993, de nombreux secteurs (y compris commerçants, médecins, personnel de la radio et de la télévision) se sont engagés dans des mouvements de grève, même si ces grèves n'ont souvent duré qu'un jour ou deux. Plus graves ont été les émeutes déclenchées par les étudiants suite aux changements des critères d'attribution de bourse qui ont conduit en avril 1993 à la démission du Premier Ministre, Younoussi TOURE et de son gouvernement. Le nouveau gouvernement formé la direction du Premier Ministre, Maître Abdoulaye Sékou SOW, a été marqué par l'entrée pour la première fois, de ministres issus des principaux partis d'opposition. Plus tard dans l'année, le gouvernement a été remanié et le nombre des ministres a été réduit de 22 à 17 comme prévu par le programme d'austérité. Les écoles ont été rouvertes en Novembre 1993.

C'est sur ce fond d'agitation estudiantine, de remaniements ministériels et d'insatisfaction générale que la dévaluation du franc CFA tant annoncée, a eu lieu en Janvier 1994. En dépit des dividendes à long terme que la dévaluation devrait procurer à l'investissement local et au secteur de l'exportation, elle a été perçue comme un coup d'ur par les populations urbaines. Confrontées à une hausse substantielle du prix des transports et d'autres produits de base, elles ont peu d'espoir de voir une augmentation équivalente de leurs revenus.

Dans les semaines qui ont suivi la dévaluation, le mouvement étudiant a repris ses revendications pour l'augmentation des bourses avec des explosions de violence dans Bamako qui ont conduit, pour la seconde fois en moins d'un an, à la fermeture des établissements scolaires et à la démission du Premier Ministre. Dans leur tentative de provoquer des élections anticipées, la majorité des membres des partis d'opposition se sont retirés du gouvernement.

Cependant, la stratégie ne semble pas avoir porté ses fruits en faveur de l'opposition et des appels à une grève générale d'un jour à Bamako sont passés inaperçus. Quelque soit la souffrance endurée par la population, il semble se dégager un consensus général reconnaissant que le gouvernement dispose d'une marge de manoeuvre limitée, que le dialogue et la démocratie sont les seules voies possibles.

2. La Santé

Avec une économie déjà soumise à de graves pressions, les ressources maliennes disponibles pour le secteur de la santé sont extrêmement limitées. Seulement 6 % des dépenses budgétaires nationales sont actuellement allouées au département de la santé dont à peu près 80 % représentent les salaires. Le taux per capita d'environ \$ US 1,5 est un des plus faibles au monde. Les services sanitaires sont très mal équipés, il y a une répartition inéquitable des ressources entre les zones urbaines et rurales, et 80 % du budget est destiné aux soins curatifs plutôt que préventifs.

Les services de santé de l'Etat sont organisés suivant quatre niveaux calqués sur la structure administrative du pays. Celle-ci comprend 7 Régions plus la capitale, 46 cercles et 286 arrondissements. Bamako dispose de trois hôpitaux nationaux; chaque région d'un hôpital sauf Koulikoro qui est desservi par Bamako; chaque cercle a un petit hôpital et la plupart des arrondissements (264) ont un centre de santé. Les services sanitaires nationaux, au niveau des cercles et des arrondissements accomplissent les mêmes fonctions, assurant des soins de santé primaires curatifs pour les populations environnantes, et un centre de référence et de contrôle pour l'échelon inférieur. Le Mali possède aussi 362 maternités, 322 dispensaires et 203 dépôts pharmaceutiques au niveau villageois.

Du côté du personnel, le Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées (MSSPA), avec quelques 60.000 employés représente le deuxième Ministère. A peu près 2.100 personnes travaillent dans les services socio-sanitaires : 250 médecins, 560 infirmiers d'Etat, 250 sage-femmes, 750 aide-soignants, 65 agents de développement communautaire et 200 agents d'hygiène. Bien que Bamako ne représente que 8,5 % de la population du Mali, 42 % des médecins, 40 % des infirmiers, 51 % des sage-femmes, 35 % des aide-soignants, 30 % des agents de développement communautaire et 37 % des agents d'hygiène y sont concentrés.

Pendant ces dernières années les jeunes diplômés des quatre écoles de santé ont eu des difficultés pour trouver un emploi dans le secteur public à cause de la limitation du recrutement dans la fonction publique. En 1987, par exemple, seulement 4 sur 60 médecins, sur 35 pharmaciens et 19 sur 85 infirmiers ont pu être recrutés dans la fonction publique. Un peu plus du tiers de l'effectif des diplômés a été employé soit par les ONGs, qui travaillent dans environ 10 % des centres de santé et généralement dans les localités éloignées, soit par la Pharmacie Populaire du Mali, l'usine pharmaceutique de l'Etat, soit par l'Union Nationale des Femmes du Mali (l'Organisation féminine de l'ex-parti unique). Le secteur privé, avec en 1990 un total de 16 praticiens privés reconnus (9 médecins, 4 infirmiers, 3 sage-femmes) et de nombreux pharmaciens privés, n'a pas pu jusqu'à présent absorber le surplus.⁶

Quel est l'impact de cette infrastructure sur l'état de la santé au Mali ?

⁶USAID/Mali, L'USAID Mali, le Document du projet PSPHR, 1992.

Hormi le changement politique et économique, l'état de santé est déplorable au Mali. L'espérance de vie à la naissance au Mali est estimée à 45 ans contre 75 ans dans les pays développés. La santé de quelque 56 % des femmes et des enfants maliens est exposée aux risques associés aux naissances précoces ou tardives, aux naissances rapprochées ou nombreuses. Les soins prénataux, les plus importants pour la survie de l'enfant, concernent seulement 31 % des grossesses au Mali. Seulement 16 % des enfants en dessous de 5 ans possèdent des carnets de santé et très peu sont complètement vaccinés. Les estimations du taux de mortalité sont élevées, variant entre 102 à 122 pour mille selon les sources. Plus de la moitié de ces décès est causée par la diarrhée ou par une des six maladies infantiles (la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose, la poliomyélite et le tétanos).⁷

Une analyse récente⁸ a identifié les contraintes suivantes au niveau des infrastructures sanitaires :

- * **L'Accès Limité aux Soins de Santé :** au Mali la structure étatique de soins de santé n'atteint qu'environ 20 % de la population.⁹
- * **La Pauvre Qualité des Soins de Santé :** Les soins de santé atteignant ces 20 % de la population sont dispensés par des centres inadaptés. Peu d'attention est accordée aux besoins de santé locaux. Les centres manquent de médicaments essentiels, sont équipés de personnel mal formé et sans motivation, sont mal gérés et ne sont pas supervisés.
- * **Le Manque de Médicaments Essentiels à la Portée des Populations:** Les médicaments essentiels ne sont ni abordables ni disponibles dans 70 % du pays à cause d'une mauvaise politique et d'une mauvaise gestion au niveau de la pharmacie nationale et de la défunte Union des Femmes, responsables de l'importation, de la production, de la distribution et de la vente des médicaments. Les disparités sont générales entre la demande (des médicaments génériques à des prix abordables) et l'offre (des médicaments coûteux de marques et non essentiels)
- * **L'Utilisation Inefficace des Ressources Sectorielles :** Le Mali est connu pour la mauvaise planification sectorielle, le manque de coordination au niveau des bailleurs de fonds, la gestion inefficace des programmes de lutte contre les maladies, des approches non intégrées de santé publique, le manque d'attention aux alternatives décentralisées et privées de soins de santé primaire, la dépendance des organisations para-étatiques inefficaces,

⁷USAID/Mali, L'USAID Mali, le Document du projet PSPHR, 1992.

⁸*Ibid.*, 2, p.v.

⁹ Définie comme résidant dans un rayon de 15 km du centre de Santé

le mauvais déploiement des agents de santé formés et compétents, et le manque de système durable de financement des soins de santé.

- * **La Demande et la Disponibilité Limitées des Services de Planning Familial :** Seulement 50 % des femmes urbaines et 15 % des femmes rurales en âge de procréer connaissent une méthode moderne de contraception. Avec un taux de prévalence contraceptive de 1,2 % , connaître ne signifie donc pas utiliser. Il y a un manque d'infrastructure, de personnel capable de prescrire et de distribuer des contraceptifs et un manque de messages et de campagnes d'IEC culturellement appropriés.

Ces dernières années, le gouvernement a commencé à mettre au point des politiques qui pourront élargir l'accès aux soins de santé, et améliorer leur qualité; rendre disponible les médicaments essentiels et promouvoir l'utilisation rationnelle des ressources sanitaires. Le résultat est une série de réformes politiques et stratégiques intégrées, qui se renforcent mutuellement et qui créent ensemble une base pour une amélioration des prestations des soins de santé. Les plus remarquables sont :

- * **L'Adoption d'une Politique Nationale de Population** par le Conseil des Ministres en Mai 1991. C'est un pas significatif dans la reconnaissance de l'importance des dynamiques de population et de leurs effets sur la politique de développement du Mali et sur sa croissance économique.
- * **L'Adoption de la Stratégie "Santé pour Tous "** en Décembre 1990 qui assure la promotion des Soins de Santé Primaire et réoriente le rôle du GRM vers la gestion des stratégies et des politiques, des services d'appui; vers l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins médicaux; et vers la promotion de la politique de santé publique.
- * **L'Adoption d'un Plan pour la "Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant"** en Juin 1991. Ce plan révendique l'intégration complète des interventions de la survie de l'enfant dans Les Soins de Santé Primaire et les services de Santé Maternelle et Infantile, y compris les activités du planning familial et de l'espacement des naissances.
- * **L'Adoption des Réformes Pharmaceutiques** en Juin 1991 qui accordent des exonérations d'impôts sur 199 médicaments essentiels, génériques et les produits chimiques utilisés pour leur production, en maintenant les impôts sur tous les médicaments spéciaux. Le monopole de l'importation de la Pharmacie Nationale a été révoqué et elle n'est plus autorisée à importer des médicaments spéciaux qui concurrencent les 60 médicaments les plus essentiels.

- * **L'Adoption des Réformes sur la Privatisation** qui libéralisent les conditions sous lesquelles les praticiens privés du secteur de la santé (professionnels médicaux/paramédicaux, les infirmiers, les techniciens sanitaires et les pharmaciens), peuvent mener des activités privées. Les règlements restrictifs qui imposaient des tarifs d'honoraires et qui contrôlaient les investissements sur l'équipement ont été abolis.
- * **L'Adoption des Réformes du Planning Familial et de l'IEC** en Mars 1991 qui autorisent les agents sanitaires formés à distribuer les contraceptifs jusqu'au niveau de la communauté locale. Une note de service établit qu'il n'existe aucune base légale pour refuser les services du planning familial à des femmes célibataires ou à des femmes mariées qui n'ont pas le consentement de leur mari.
- * **L'Adoption des Réformes des prestations de Services** qui établissent un cadre pour la programmation, le financement et l'implantation de systèmes locaux de soins de santé. Celles-ci permettront aux communautés de gérer et de contribuer au financement de leurs centres de santé.

Ces réformes sont soutenues par le second Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale financé par plusieurs bailleurs de fonds et sont complétées par des réformes macro-économiques destinées à améliorer l'utilisation des ressources et à promouvoir la participation du secteur privé. Ensemble, ils constituent un cadre idéal pour promouvoir les soins de santé au Mali.

B. Les Maladies Sexuellement Transmissibles, l'Infection du VIH et le SIDA au Mali : la Situation Actuelle

Les premiers cas de SIDA ont été signalés en Afrique en 1983 et le premier cas au Mali diagnostiqué en 1985. Dès lors jusqu'en 1993, 4.736 personnes¹⁰ ont été reconnues séropositives dans les deux principaux hôpitaux de Bamako et 1.479 cas de SIDA ont été signalés. Ces chiffres représentent une large sous-estimation. Le nombre réel de personnes séropositives est estimé à 140.000 personnes, alors que le nombre des décès dus au SIDA a été estimé à près de 12.000 personnes en Décembre 1993.¹¹

En 1987, une étude nationale de prévalence du VIH a mis en évidence des taux de 1 % à 2 % parmi la population et 39 % chez les prostituées.¹² Les résultats de 1993 indiquent

¹⁰ Plan Stratégique de 1994-1998, Revision 4, PNLS, Février 1994

¹¹ *Ibid.* 10, p.5.

¹² Brun-Vezinet F. et al, "HIV-1 et HIV-2 au Mali", présenté à Stockholm à la IV Conférence Internationale sur le SIDA en juin 1988.

que le taux de séroprévalence nationale s'est élevé à 5 % pour la population générale avec des variations de 2 % à 6 % selon la région et des taux de 55 % chez les prostituées et 10 % chez les chauffeurs de camion. Ces résultats montrent des niveaux d'infection du VIH chez les prostituées maliennes comparables aux taux de 10 % et 40 % de séroprévalence chez les prostituées de Nairobi et Kinshasa respectivement, et placent le Mali parmi les pays Africains où l'infection VIH se répand à une vitesse intermédiaire.

Les données sur d'autres maladies sexuellement transmissibles sont incomplètes, mais elles suffisent pour indiquer qu'elles sont endémiques et que le problème est sérieux. Dans une étude menée en 1994 sur des femmes ayant besoin de soins prénatals, de planning familial, et de soins gynécologiques à Bamako, on a diagnostiqué chez 42 % d'entre elles des infections de chlamydia et chez 34 % des gonorrhées.¹³ Tenant compte du niveau de morbidité et de l'infrastructure disponible, la Banque Mondiale, dans son évaluation des besoins d'interventions relatives au VIH et aux MST, a classé le Mali comme première priorité parmi tous les pays du Sahel.

D'une manière encourageante, le gouvernement malien a développé une stratégie ambitieuse sur 5 ans pour combattre les MST et le VIH, et il existe plusieurs projets de développement à grande échelle qui tentent de renforcer l'infrastructure sanitaire.¹⁴ L'USAID se voit présenter une excellente opportunité d'assister le Mali et les autres bailleurs de fonds dans l'effort de mettre en place un programme national de lutte contre les MST et le VIH.

C. Reaction Face à l'Epidemie de SIDA au Mali

1. Le Gouvernement

En tenant compte des données collectées dans d'autres pays africains durement frappés et de l'opportunité de limiter la propagation du VIH/SIDA pendant que les taux en 1987 sont comparativement faibles, le gouvernement du Mali a mis en place un comité national de lutte contre le SIDA (appelé le Programme National de Lutte contre le SIDA ou PNLS) et effectué une étude de base sur la prévalence du VIH dans les groupes cibles suivant les prostituées, les prisonniers, les malades hospitalisés et les femmes enceintes.

En 1989, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a nommé un conseiller technique au PNLS et le premier Plan à Moyen Terme (1989-1993) a été élaboré. Ceci avait pour but d'améliorer et de renforcer les efforts pour informer la population sur le VIH et sur le SIDA et de limiter la propagation de l'infection. Une évaluation en 1991 a identifié des faiblesses dans la gestion et l'exécution du programme, l'équipe chargée de la gestion du PNLS a été remplacée sous le gouvernement de la transition.

¹³Ibid., 10, p.5.

¹⁴Ibid., 10, p.5.

Pendant la deuxième phase d'exécution (1991 - 1993), en dépit de l'instabilité qui régnait au sein du Ministère de la Santé¹⁵, un certain nombre d'initiatives furent prises pour renforcer les activités de prévention du SIDA/VIH, y compris la décentralisation des activités et des ressources au niveau régional, l'implication des ONGs dans des initiatives majeures de prévention du SIDA, la promotion des activités de prévention contre le SIDA dans d'autres Ministères, tels que l'Education et la Défense, le développement d'une système régulier de supervision et de contrôle et l'éducation sanitaire des autorités régionales pendant les visites de supervision.

Cependant, le programme a continué à souffrir du manque d'engagement de la part du Gouvernement¹⁶ et de ressources, ainsi que d'une mauvaise gestion. Le PNLS est allé aussi au delà du rôle défini par l'OMS. Au lieu de limiter ses activités à la coordination, au développement des politiques et à la mobilisation des ressources, le PNLS s'est impliqué activement dans la gestion des projets. L'USAID était parmi les organisations qui ont contribué à cette déviation en donnant des fonds qui ont permis au PNLS d'aller au delà des structures gouvernementales, de recruter du personnel et d'exécuter des projets.

En 1993, une équipe d'évaluation de l'OMS a fait une série de recommandations pour la stratégie et l'organisation futures du PNLS. Après un large débat au niveau national, le Ministère de la Santé en collaboration avec plusieurs départements gouvernementaux, des ONGs et des organisations internationales a élaboré un deuxième Plan¹⁷ Stratégique¹⁸ en tenant compte des recommandations de l'évaluation.

Les deux objectifs de ce plan sont la prévention de l'infection par le VIH et la réduction de l'impact de l'infection sur les individus et sur la communauté. Les trois principales stratégies adoptées afin de limiter la propagation de l'infection sont :

- * la prévention de la transmission sexuelle par les activités d'information, d'éducation et de communication visant les jeunes, les prostituées, les émigrants, les forces armées, les prisonniers, le personnel sanitaire, les guérisseurs traditionnels, les chefs de communauté et la population en général :
- * la prévention de la transmission sexuelle à travers une amélioration de la gestion des cas de maladie sexuellement transmissibles dans tout le pays;
- * la prévention de la transmission par le sang à travers un renforcement des

¹⁵ L'actuel Ministère est le troisième depuis 1991

¹⁶ Seulement 6% du budget de la Santé ou moins de 0,005% du budget national est investi dans le PNLS

¹⁷ *Plan Stratégique 1994 - 1998, Revision 4*, PNLS, Février 1994.

¹⁸ *Ibid.* 17, p.8

tests du sang destiné à la transfusion et par la formation du personnel sanitaire et des guérisseurs traditionnels dans les procédures de stérilisation et de désinfection.

Afin de réduire l'impact psychologique et social de l'infection du VIH, la stratégie envisage :

- * une série d'interventions destinées aux séropositifs, à leurs familles et leurs communautés;
- * la révision des directives de conduite professionnelle et de la législation pertinente;
- * l'introduction des soins gratuits pour les personnes atteintes du SIDA et la promotion de leur intégration dans la communauté;

Comme défini dans ce plan Stratégique, le rôle du PNLS doit être limité à la coordination, au développement de la politique et à la mobilisation des ressources suivant les recommandations du Programme.

2. Les Bailleurs de Fonds Bilatéraux et Multilatéraux

Les bailleurs de fonds étrangers ont fourni presque toutes les ressources financières allouées au PNLS y compris un financement de l'USAID d'environ \$1.250.000 jusqu'à l'exercice budgétaire 1994. Depuis 1989, le fonds de l'USAID a été canalisé à travers un amendement du projet d'Assistance Technique au projet de lutte et de prévention du SIDA et a focalisé ses interventions sur les groupes à haut risque.

En 1993, l'UNICEF avec un financement de \$100.000 et des petites subventions limitées de \$5.000, a financé les activités de décentralisation de la lutte contre le SIDA dans huit régions du Mali. L'UNICEF a programmé un montant supplémentaire de \$ 200.000 pour l'année 1994. La Coopération Suisse a financé un Programme de Prévention et de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le VIH (\$20.000 en 1993) dans la région de Sikasso.

Le Programme des Nations-Unies pour le Développement en collaboration avec le PNLS est en train de lancer un programme de prévention du SIDA pour \$800.000 (1994 - 1997). Ces fonds serviront à financer l'assistance technique étrangère à court terme, l'évaluation du programme, des matériels audio-visuels, des voyages d'études, la formation de courte durée et deux véhicules.

La Banque Mondiale a accordé un prêt de \$ 1.400.000¹⁹ pour la période 1993 - 1994 et a déjà financé le système de téléphone du PNLS, la salle de conférence et le Centre de Documentation aussi bien que des rencontres pour élaborer le Plan de Stratégie 1994 - 1997 et, une étude d'évaluation rapide de la prévalence des MST/VIH en 1993. Les fonds de la Banque Mondiale seront destinés à la coordination du programme, au développement des matériels d'éducation sanitaire, de l'équipement pour les laboratoires et à l'achat de deux véhicules.

L'Organisation Mondiale de la Santé a affecté un administrateur qui gère ses propres fonds de dotation et assure le fonctionnement de la cellule de coordination du PNLS avec un financement annuel de \$80.000.

La Coopération Française finance les analyses de sang au Centre National de Transfusion Sanguine de Bamako et les Français sont en train de développer un nouveau programme d'assistance suite au récent engagement du gouvernement français de \$60 millions destinés à la prévention du VIH et du SIDA en Afrique.

L'Union Européenne et le Japon sont en train de négocier un programme de soutien au PNLS d'une valeur de 1.000.000 d'ECU et de deux à quatre millions de dollars respectivement.

3. Les Organisations Non Gouvernementales

Jusque tout récemment la réaction des ONG à l'épidémie du SIDA au Mali est restée limitée tant sur le plan financier que sur le plan géographique. Cela est dû en partie au manque de fonds destinés à l'information et à la prévention du SIDA, mais aussi à l'ignorance concernant le VIH et le SIDA de la part du personnel des ONGs. Les principaux bailleurs de fonds des activités des ONGs à ce jour sont les Canadiens (Solidarité Canada Sahel et Save the Children Fund), l'USAID, le Plan International et OXFAM UK.

Ainsi en 1991, Solidarité Canada Sahel et Save the Children Fund (Canada) ont financé un programme biennal d'activités d'information sur le SIDA, le Projet Prévention SIDA, prenant pour cible des jeunes des zones urbaines, et de près de 100 villages dans la région de Koulikoro. Une évaluation extérieure menée en 1993 a découvert une prise de conscience significative du SIDA et quelques changements de comportement de la part de la population cible. Les évaluateurs recommandèrent qu'une deuxième phase du projet soit initiée en tenant compte des leçons tirées de la première phase.

A la fin de l'année 1992, l'USAID a, à travers Santé Familiale Internationale, financé quatre jeunes ONG (Solidarité SIDA, Sahel Action, BAR KANS, l'Association pour l'Univers Familial) pour un total d'environ \$20.000 pour mener des

¹⁹Le gouvernement malien considère ce prêt comme l'une de ses contributions majeures à la prévention du SIDA.

campagnes de sensibilisation et de prévention du SIDA, avec comme cibles principales les jeunes de Bamako. Ce programme a été élargi en 1993 à un total de 11 ONGs. Il doit prendre fin en 1993 et être remplacé par le présent projet.

En 1993, le Plan International a financé huit ONG pour exécuter un programme d'activités d'information, d'éducation et de communication sur le SIDA et des distributions de condoms dans ses deux zones de projet : Banamba et Kangaba. Sur la base de cette expérience, le Plan International est en train de lancer un programme de cinq ans (pour un coût total d'à peu près \$4 millions) pour effectuer des activités d'éducation sanitaire dans 100 arrondissements, fournir une assistance aux groupes d'entraide organisés par des séropositifs et financer une campagne nationale médiatique.

Aussi en 1993, le Projet de Co-financement des ONG de l'USAID a accordé \$1.250.000 sur 18 mois au Groupe Pivot Survie de l'Enfant²⁰ dans le cadre d'un projet quinquennal de Planning Familial/SIDA bénéficiant d'un budget total d'environ \$7 millions. Ce projet fournira la formation et des subventions pour permettre aux ONGs de mener principalement des activités de planning familial, mais en prévoyant tout en comprenant un volet important de sensibilisation et de prévention du SIDA. A nos jours, un total de huit subventions a été accordé.

OXFAM UK, organisation de financement des ONGs, a encouragé ses partenaires locaux à ajouter des activités d'information sur le VIH/SIDA à leurs programmes existants. En 1993, elle a organisé un stage à l'intention de douze de ses partenaires ONG opérant dans la Région de Mopti sur le rapport entre l'épidémie de SIDA et le développement.

Plusieurs ONG locales, en raison des populations qu'elles visent et de leurs intérêts spécifiques, ont étendu leur programme d'activités existents à la sensibilisation et à la prévention du SIDA. Ainsi, l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille, fondée en 1972, a incorporé la sensibilisation et la prévention du SIDA dans son programme pour promouvoir l'utilisation des contraceptifs. L'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille joue aussi un rôle important pour soutenir d'autres ONGs à travers la formation et la location d'équipements audio-visuels, mais le manque de fonds fait qu'elle ne peut pas satisfaire le niveau actuel de la demande.

Deux autres ONG, l'Association des Femmes Educatives du Mali et l'Association Malienne pour la Promotion et l'Insertion des Jeunes, ont des programmes de formation visant spécialement les jeunes filles migrantes à Bamako. Les deux organisations projettent des films sur le SIDA et animent des débats pendant des cours d'alphabétisation d'enseignement ménager dans le cadre d'un programme d'éducation sanitaire plus élargi. En plus, l'Association Malienne pour la Promotion et l'Insertion des Jeunes a déjà eu l'occasion de

²⁰ Créé en 1992, le Groupe Pivot Survie de l'Enfant est un département technique du collectif des ONG qui est le CCA-ONG. Il regroupe 60 ONGs locales et étrangères travaillant dans le secteur de la santé. Il fonctionne comme un forum pour la formation et la professionnalisation.

conseiller un certain nombre de filles séropositives. Ses membres sont présentement en train de mener une étude qui a pour titre: "Filles migrantes et SIDA".

D. Relation entre ce Projet, la Stratégie de la Mission et de l'AID

Les activités proposées dans ce projet sont conformes au second objectif stratégique de l'USAID relatif à l'amélioration de la qualité de la vie. L'indicateur spécifique correspondant aux activités proposées est l'espérance de vie à la naissance dans la vie.

La prévention et la lutte contre le SIDA font aussi partie des centres d'intérêt du Congrès Américain. Le Bureau pour l'Afrique encourage l'utilisation des budgets annuels du Fonds de Développement pour l'Afrique pour financer de telles activités.

Ce projet s'inscrit bien dans les nouvelles Stratégies de l'USAID pour le Développement Durable. Celles-ci prévoient que l'USAID concentre ses programmes concernant la population et la santé sur deux types de pays, dont ceux dans lesquels les conditions démographiques et sanitaires constituent un obstacle au développement soutenu. La Stratégie pour la Stabilisation de la Croissance de la Population Mondiale et la Protection de la Santé Humaine souligne que la limitation de la propagation du VIH/SIDA est un investissement économique et essentiel pour atteindre le développement soutenu. Elle cite les soins de santé pour la procréation, y compris la prévention et la lutte contre les MST, particulièrement le VIH/SIDA, et l'amélioration des services de soins prénatals et d'accouchement comme étant les domaines où la majeure partie des ressources de l'USAID sera destinée.

E. Conformité de la Stratégie avec celle du Gouvernement Malien

Les activités proposées par ce projet s'accordent avec la stratégie du Gouvernement Malien telle qu'elle est définie dans le Plan Stratégique (1994 - 1998) mentionné ci-dessus. Ce projet propose spécifiquement de financer et de renforcer les activités dans les trois principaux domaines suivants de la stratégie :

- * la prévention de la transmission sexuelle à travers une meilleure gestion des cas de maladies sexuellement transmissibles;
- * la prévention de la transmission sexuelle à travers des activités d'information, d'éducation et de communication destinées à la population en général et aux groupes à haut risque en particulier;
- * la coordination et la direction efficace du programme par le PNLS à travers des activités d'échange d'informations, le développement des politiques et la mobilisation des ressources.

II. DESCRIPTION DU PROJET

A. Introduction

Les données sur le VIH et le SIDA au Mali ne laissent aucun doute que l'infection se répand à une vitesse alarmante et que la situation pourrait se détériorer rapidement tel que ce fut le cas dans beaucoup d'autres pays Africains.

En 1992, l'OMS a constaté que la diarrhée demeurait la principale cause de mortalité infantile et que le paludisme aussi était en train de prendre une ampleur significative. Cependant, les décès dus à la rougeole ont notablement diminué suite à un programme élargi de vaccination. On estime que vers la moitié des années 1990, le SIDA supplétera le paludisme et la rougeole et deviendra la seconde cause la plus importante de mortalité infantile en Afrique sub-saharienne.

Le SIDA affecte surtout les gens entre 15 et 44 ans, période pendant laquelle ils sont le plus productifs tant au niveau familial que national. Les décès dus au SIDA risquent d'exacerber les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur agricole menaçant ainsi la sécurité alimentaire et la subsistance même en milieu rural. De même beaucoup de ménages urbains seront dépourvus de leur soutien principal. L'augmentation des charges économiques et sociales d'entretien des enfants et des personnes âgées annulera effectivement tout progrès économique modeste que le Mali serait autrement capable de faire et perpétuera sa dépendance vis à vis de l'aide extérieure.

B. But et Objectif du Projet

Le but du projet est d'améliorer la qualité de la vie au Mali et l'objectif est d'y parvenir par la limitation de la propagation de l'infection du VIH.

Sans intervention pour limiter l'expansion de l'infection du VIH, l'espérance de vie à la naissance diminuera. Les décès dus au SIDA saperont les efforts visant à réduire la mortalité grâce à la vaccination, l'éducation sanitaire et une meilleure nutrition. Les activités de développement dans tous les secteurs seront compromises. Comme résultat de ce projet, la prévalence du VIH dans la population en général sera maintenue au dessous de 7,5 % et l'espérance de vie à la naissance pour un Malien moyen pourra augmenter jusqu'à 47 ans au moins.

C. Strategie et Fondement

Pour limiter l'expansion de l'infection du VIH, le projet mettra l'accent sur trois composantes indépendantes mais reliées entre elles, dont le contrôle amélioré des MST, la promotion du changement de comportement et l'amélioration de l'élaboration et la coordination des politiques:

1. Contrôle Amélioré des MST

L'infection du VIH est une maladie sexuellement transmissible (MST). Tous les malades ayant d'autres MST, sont exposés au risque d'infection par le VIH parce que la présence d'une autre MST facilitant la transmission du VIH et l'impact de cet effet est important. Les MST inflammatoires telles que la chlamydia et la gonorrhée peuvent augmenter jusqu'à quatre fois la probabilité de contracter ou de transmettre le VIH. Pour les MST provoquant les ulcères génitaux (telle que la chancroïde), les risques sont très élevés avec une augmentation de plus de dix fois du risque de transmission du VIH. Le traitement des MST contribuera directement à prévenir l'infection du VIH et aura des avantages sanitaires secondaires pour les femmes et les enfants qui supportent plus les frais des infections de MST et de leurs complications.

L'amélioration de la lutte contre les MST se réalisera à travers un traitement, une surveillance et un recensement améliorés des cas de MST et l'augmentation de la capacité institutionnelle du PNLS dans le domaine des MST. La collaboration avec les organisations ayant à leur charge le développement d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels est une composante de la stratégie. Sans l'accès aux médicaments abordables, beaucoup de cas de MST, bien que correctement diagnostiqués et reportés risquent de ne pas être traités. Les agents de santé seront formés dans l'utilisation des algorithmes de l'OMS pour le diagnostic par syndrome et dans les activités de conseil pour prévenir l'infection. Des équipements élémentaires de laboratoire de MST sommaire seront fournis aux centres de santé aux niveaux des cercles. Le projet comprendra aussi une composante importante de recherche opérationnelle destinée à identifier les stratégies optimales pour la lutte contre les MST et le VIH au Mali et à fournir un appui permanent à la gestion des cas de MST.

Une meilleure surveillance et un meilleur recensement des MST seront atteints par l'introduction des définitions syndromiques des principales MST dans le système national d'informations sanitaires; l'équipement des sites de surveillance sentinelle du VIH avec du matériel de laboratoire pour les MST; la réalisation d'une enquête d'évaluation rapide pour fournir une vue d'ensemble de l'évolution des MSTs au Mali et la révision des protocoles de traitement basés sur les informations issues des résultats de la recherche opérationnelle.

La capacité institutionnelle de lutte contre les MST au sein du PNLS sera renforcée grâce à un conseiller technique à long terme spécialisé dans la surveillance des MST et à la fourniture d'opportunités de formation à long terme pour deux membres du personnel à la condition qu'ils retournent travailler pour le PNLS au terme de la formation.

2. Le Changement de Comportement.

En l'absence de vaccin, le changement de comportement est la seule façon d'éviter la contamination et la transmission du VIH. L'utilisation accrue des condoms (comme l'attestent les ventes) est un indicateur clé prouvant que la connaissance et la sensibilisation sur le SIDA ont entraîné un changement de comportement positif.

Les ONG ont déjà fait la preuve de leur capacité à atteindre et à travailler efficacement avec les populations rurales et urbaines du Mali, à répondre aux priorités locales et à être flexibles dans leur approche. Le projet tirera profit de ces atouts à travers un programme élargi et amélioré d'activités d'information, d'éducation et de communication sur les MST et le SIDA visant l'ensemble de la population et les groupes à haut risque. En plus le projet appuyera les activités des ONG en aidant ces dernières à mettre au point des stratégies et à des matériaux et à fournir la formation dans les techniques d'information, d'éducation et de communication concernant le VIH/SIDA et dans la gestion de projet.

Pour s'assurer que les gens réagissent aux informations qu'ils reçoivent, les ONG vont promouvoir la distribution des condoms au niveau communautaire en collaboration avec la stratégie de marketing social en vigueur. Cela peut les amener à jouer un rôle actif dans la distribution mais cela se fera plus probablement à travers le crédit et la formation pour le développement des entreprises.

A ce jour, dans la majorité des études de cas de dépistage du VIH au Mali, les personnes séropositives n'ont pas été informées de leurs résultats. Elles n'ont été ni conseillées pour éviter la contamination de leurs partenaires, ni orientées vers des soins médicaux. Cela est partiellement dû à l'absence d'une politique nationale claire en matière de fourniture de conseils. C'est en partie une expression de la peur du personnel médical qui travaille dans un système de santé basé sur le soin curatif et dans une société où d'une manière générale toutes les maladies sont supposées être curables.

L'USAID a déjà entrepris certaines actions visant à promouvoir le développement des politiques et continuera à en faire autant. Dans le cadre de la composante concernant la lutte contre les MST une formation sera donnée au personnel sanitaire clé pour s'assurer qu'ils ont les compétences requises pour notifier à toutes les personnes séropositives leurs résultats et les conseiller sur la façon d'éviter la transmission de la maladie à leurs partenaires sexuels. Pour créer un point focal pour une action positive, les ONG vont promouvoir le développement de groupes au niveau communautaire ou de groupes d'entraide. Ces groupes fourniront des conseils à long terme et un soutien aux séropositifs, aux malades atteints du SIDA et à leurs familles.

3. Un Système Amélioré de Coordination Centrale et de Développement des Politiques.

Faire face à l'épidémie du VIH/SIDA exige un programme élargi avec de bonnes qualités de direction pour la mobilisation, la coordination et l'utilisation appropriée des ressources financières et humaines internationales, nationales et multi-sectorielles. L'utilisation efficace des ressources massives générées pour la prévention du VIH nécessite l'élaboration de plans stratégiques et opérationnels, la décentralisation des activités et la participation coordonnée des différentes organisations gouvernementales et non-gouvernementales y compris les associations à base communautaire.

En plus, beaucoup de dirigeants africains ont tendance à considérer le VIH/SIDA comme étant similaire à d'autres maladies infectieuses plus anciennes et il y a un besoin continu d'engager et de maintenir un dialogue entre les décideurs au niveau international, national et communautaire sur l'impact socio-démographique, économique et multi-sectoriel potentiel du VIH et du SIDA en Afrique sub-Saharienne.

Le projet fournira des conseils techniques à long et à court terme, la formation et l'appui institutionnel au PNLIS pour l'aider à s'engager dans l'échange d'informations, le développement de la politique et dans la mobilisation de ressources. Une publication trimestrielle de revues sur les MST et le SIDA au Mali fournira un forum pour l'information et l'échange pour les bailleurs de fonds, les planificateurs de santé et les ONG et, en collaboration avec le GRM et le Ministère de la Santé, des politiques claires seront développées en matière de conseil sur le VIH/SIDA, de distribution gratuite de condoms, de prévention et de contrôle des MST sur les droits et responsabilités des séropositifs et des malades atteints du SIDA. Des réunions régulières entre bailleurs de fonds et ONG seront tenues en vue d'améliorer la coordination et l'allocation des ressources. Une série d'exposés aux décideurs nationaux et régionaux concernant l'impact socio-économique potentiel du VIH/SIDA au Mali augmentera leur connaissance du SIDA et leur soutien à la lutte contre le SIDA.

D. Les Extrants du Projet

Les activités du Projet sont conçues pour atteindre les trois résultats suivants:

- * Une meilleure lutte contre les MST
- * Le changement de comportement réduisant le risque de transmission du virus VIH
- * Un Comité National de Lutte contre le SIDA actif dans l'échange d'informations, le développement de politiques et la mobilisation des ressources.

1. Une Meilleure lutte contre les MST

L'incidence des MST, dans la population en général, baissera grâce à une meilleure lutte contre les MST. Ceci réduira la probabilité d'infection du VIH à la fois directement en soignant les ulcères génitaux et l'inflammation qui facilitent la transmission et l'acquisition du virus, et indirectement parce que les malades atteints de MST seront ciblés pour recevoir l'éducation préventive. Un avantage secondaire sera l'amélioration de la santé des femmes et des enfants qui sont le plus victimes des MST et de leurs effets secondaires. L'impact des activités du projet sera la réduction de dix pour cent de l'incidence des MST chez la population en général par rapport aux données fournies par l'évaluation rapide de la Banque Mondiale en 1993.

Une meilleure lutte contre les MST sera réalisée à travers un traitement, une surveillance et un recensement améliorés des cas de MST et l'augmentation de la capacité

institutionnelle du Comité National contre le SIDA dans le domaine des MST.

a. Une Meilleure Gestion des Cas de MST

Une meilleure gestion des cas de MST sera atteinte en révisant la liste des médicaments essentiels contre les MST pour y inclure des médicaments de première ligne; en assurant la formation dans le diagnostic, le traitement des MST et la fourniture de conseils à leur sujet; en fournissant le matériel élémentaire et des trousse de test pour les laboratoires de MST au niveau des cercles et à travers une meilleure connaissance des stratégies appropriées pour la prévention et la gestion des cas de MST au Mali.

1) Les Médicaments Essentiels

Pour reviser la liste des médicaments essentiels, le projet collaborera avec la Banque Mondiale afin de s'assurer que la liste de médicaments essentiels et les achats comprennent des médicaments de première ligne pour le traitement de la chancroïde et de la gonorrhée. Cela sera effectué au cours de la première année d'activités pour s'assurer qu'un traitement efficace et abordable des MST est disponible dans les meilleurs délais.

2) La Formation

Pour améliorer la gestion clinique des cas de MST, une formation sera fournie à 350 agents de santé primaire du gouvernement et à 100 autres agents sanitaires ou para-sanitaires (pharmaciens par exemple) à travers un contrat avec une organisation du secteur privé ou non gouvernementale utilisant une équipe de professionnels maliens. Une assistance technique à court terme sera assurée pour le développement des matériels et la formation des formateurs. L'appui logistique et les per diems pour le personnel sanitaire à former seront inclus dans le contrat de formation.

La formation sera aussi offerte au personnel des Centres de Santé Communautaires en collaboration avec le "Projet Santé Population et Hydraulique Rurale", projet multi-latéral qui est en train de constituer un réseau de 120 centres de santé communautaires dans les régions de Kayes, Mopti, Koulikoro et Ségou. Bien que le projet multi-latéral n'opère pas dans les deux régions ayant le taux de prévalence de VIH le plus élevé (Bamako et Sikasso), la collaboration offre l'opportunité d'ajouter le diagnostic et le traitement des MST aux activités minimales des services cliniques qui seront offerts et surtout de lier le diagnostic amélioré des MST à un système d'approvisionnement en médicaments essentiels.

De même, d'autres organisations similaires soutenant le développement du secteur de soins de santé primaire, tels que le projet Néerlandais de Soins de Santé Primaire dans certains cercles de Ségou et Sikasso, seront encouragés à adopter les mêmes protocoles et "buy-in" par rapport au programme de formation ou aux matériels développés s'ils le souhaitent. Cette activité sera coordonnée par le PNLS.

La formation comprendra une session de deux jours, organisée au niveau du cercle ou de la commune. Le premier jour, destiné aux docteurs et aux infirmières, sera consacrée à l'utilisation des algorithmes de l'OMS pour le diagnostic par syndromes des MST, et le traitement présomptif de ces syndromes lorsqu'il n'y a pas d'équipements de laboratoire. La formation sera aussi axée sur la nécessité d'envoyer les malades en traitement et de gérer les partenaires sexuels, et d'inclure la fourniture de conseils par le docteur en face à face sur la prévention dans le cadre de la gestion des cas. Le second jour, principalement à l'intention des docteurs, mettra l'accent sur les techniques élémentaires de diagnostic des MST en laboratoire, sur l'utilisation des algorithmes de l'OMS conçus pour être utilisés là où il existe le matériel élémentaire de laboratoire et sur la supervision et le recensement des cas.

La formation sur les techniques de fourniture de conseils sur le VIH sera aussi donnée aux professionnels clés de la santé pour s'assurer qu'à la troisième année du projet tous les tests VIH sont précédés d'une séance de fourniture de conseils et que tous les gens séropositifs sont informés de leurs résultats et reçoivent des conseils pour éviter d'infecter leurs partenaires. Les sessions de formation seront tenues annuellement pendant toute la durée du projet afin de permettre surtout aux participants de partager leurs expériences et adapter les méthodes de fourniture de conseils et les messages en conséquence.

La qualité de la formation sera mesurée selon la capacité du personnel de santé formé à diagnostiquer et à traiter correctement les MST. La qualité de la fourniture de conseils sera aussi évaluée. Le suivi sera effectué au début et à la fin de la première formation. Une année après avoir reçu la formation, 70 % d'un échantillon représentatif de ceux qui ont été formés devraient être capables de diagnostiquer, de traiter correctement les MST et donner des conseils précis sur la prévention des MST. Des séances de recyclage suivant le même modèle seront organisées durant les troisième et quatrième années du projet et la qualité sera évaluée de la même façon.

3) Les Laboratoires de MST

En vue d'améliorer la capacité de diagnostic, le projet équipera et approvisionnera un laboratoire élémentaire de MST pour chacun des 46 centres de santé au niveau des cercles. Ce laboratoire sera équipé d'un microscope simple, sera en mesure d'effectuer la coloration Gram et un test rapide pour la syphilis. L'installation se fera pendant la formation en gestion de cas de MST décrite ci-dessus. La formation portera sur l'utilisation du laboratoire et des algorithmes conçus pour les centres équipés de laboratoire élémentaire.

4) La Recherche Opérationnelle

Le projet fournira une meilleure connaissance des stratégies appropriées pour la prévention et la gestion des cas de MST au Mali à travers des séries d'études qui seront entreprises par des instituts de recherches locaux et privés et par des organisations non-gouvernementales. Ces études contrôleront l'efficacité des stratégies adoptées et testeront

d'autres. Partout où c'est possible, le personnel sanitaire chargé du traitement des maladies sexuellement transmissibles sera lui-même impliqué dans la recherche. En plus des publications régulières de rapports d'activité, des séries d'ateliers et de séminaires seront organisées. Une diffusion rapide et à large échelle de tous les résultats avec la réaction des médecins assurera que partout où cela est possible la recherche sera utilisée pour modifier et améliorer les stratégies retenues.

L'un des premiers points à être examiné sera l'impact sur le patient du prix de revient des médicaments contre les MST, actuellement pris en charge par la Banque Mondiale. Les partenaires sexuels de malades atteints de MST sont les plus exposés à contracter les MST, mais ils ne sont pas prêts à acheter des médicaments coûteux, spécialement dans le cas de partenaires qui ne présentent pas de symptôme. Dans le cas des MST, il est possible que des circonstances spéciales (tels que le refus de reconnaissance de la maladie chez les patients asymptomatiques, le traitement des partenaires et les barrières psycho-sociales à la recherche de soins) nécessitent la distribution sur place des médicaments gratuits.

En plus du coût du traitement, la notification aux partenaires est associée à beaucoup de problèmes éthiques et psycho-sociaux. La recherche évaluera l'efficacité des différentes stratégies au Mali. Elle examinera aussi le coût-rentabilité de la thérapie à dose unique qui assure une totale conformité mais est généralement plus chère que les thérapies à doses multiples en terme de coût initial du médicament.

Le dépistage pourrait être une autre question à examiner. Les modèles des coûts efficaces suggèrent que pour les pays Africains, le dépistage est rarement plus coûteux que le traitement empirique sur la base d'un diagnostic syndromique, ou le traitement après un test de laboratoire. Une exception potentielle est le dépistage prénatal et la possibilité de lancer une recherche pour examiner le coût-efficacité d'un dépistage et d'un traitement normaux dans les centre de planification familiale, de santé maternelle et infantile.

Enfin, la recherche évaluera la performance des algorithmes de l'OMS (chez les groupes avec des taux de prévalence différents, par exemple les femmes enceintes, les jeunes, les chauffeurs et les prostituées).

b. Meilleure Surveillance et Rapportage des MST

La surveillance des MST constitue un défi quand la prévalence est élevée et que par conséquent le travail potentiel pour le recensement peut être important. Beaucoup de malades ne présentent pas de symptômes et sont donc difficiles à identifier. Or, un diagnostic complet des MST, même chez des patients qui ne présentent pas de symptômes, nécessite des ressources importantes pour les tests en laboratoire. Les catégories actuellement utilisées par la Division d'Epidémiologie pour le recensement des MST ne fournissent pas d'informations suffisantes pour servir comme étant un outil efficace de surveillance. Elles sont soit trop spécifiques (ex. la syphilis et la gonorrhée présomptive) ou trop vagues (comme la catégorie "autres"). Pour tenter de surmonter ces difficultés, le projet utilisera une stratégie basée

sur 4 éléments complémentaires : la signalisation de cas de syndromes normaux, la surveillance sentinelle, des études d'évaluation rapide et le test de sensibilité aux antibiotiques.

1) La Signalisation de Cas de Syndromes Normaux

Le diagnostic et le traitement des MST étant basé sur une approche syndromique, un système de surveillance passive sera introduit, basé sur la signalisation de 4 des syndromes : le SIDA, les ulcères génitaux, le cervicite chez les femmes et l'urétrite chez les hommes.

La mise en place du système d'information sanitaire du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) offre une possibilité unique de renforcer la surveillance des MST de cette manière sans occasionner de coûts pour le projet. La Division Epidémiologie et le personnel du PSPHR, en collaboration avec ce projet, sont actuellement en train de réviser la liste des maladies repertoriées et remplaceront les 4 syndromes de MST par les MST identifiées à l'heure actuelle et existantes. La formation en gestion des MST, telle que décrite ci-dessus, comprendra le recensement des cas pour qu'à la fin de la seconde année du projet, tous les centres de santé puissent signaler régulièrement les cas de MST en se basant sur les syndromes de MST généralement constatés.

2) La Surveillance Sentinelle

Bien que le relevé des cas offre l'avantage de donner un état géographique complet, on a besoin de plus amples informations sur le niveau des MST chez des populations données. On doit aussi établir si l'augmentation des cas relevés est due à l'augmentation de la prévalence ou à l'efficacité des campagnes d'IEC qui encouragent plus de personnes à se présenter pour se faire soigner.

Un système de surveillance sentinelle du VIH fonctionne déjà dans quatre des sept sites, les trois restants devant commencer leurs opérations en 1994. Durant la première année du projet six des sept sites de surveillance du VIH recevront des équipements supplémentaires pour la surveillance des MST (excepté celui situé au centre de transfusion sanguine) et approvisionnés en réactifs pendant toute la durée du projet. Ces sites sont là où il existe déjà un laboratoire et une infrastructure de recherche et où un module de diagnostic des MST peut être ajouté à moindre frais.

3) Etudes d'Evaluation Rapide

Entre la surveillance sentinelle et l'évaluation de la recherche, le projet financera une série de trois études toutes couches sociales confondues sur la prévalence des MST et du VIH afin de déterminer la prévalence au cours des deuxième, quatrième et sixième années du projet. Ces études utiliseront les mêmes protocoles chez les mêmes populations et dans les mêmes sites de surveillance sentinelle que ceux utilisés par la Banque Mondiale dans son étude d'évaluation rapide des MST et du VIH de 1993. Ceci

permettra d'utiliser ces données comme base pour comparer les évolutions dans le temps.

4) Test de Résistance des Germes aux Antibiotiques

Finalement, un élément important du système de surveillance sera un programme de laboratoire pour estimer la prévalence de la gonorrhée qui résiste aux antimicrobes. Actuellement l'Institut National de Recherche en Santé Publique et l'Hôpital du Point G, tous deux situés à Bamako, effectuent la culture gonorrhéenne et le test de sensibilité aux antibiotiques sur leur patients, mais les résultats ne sont pas régulièrement publiés et communiqués à d'autres agences du Ministère de la Santé chargées de la mise à jour de la liste des médicaments essentiels et de la fourniture d'éducation médicale continue aux agents de la santé.

Dans le cadre du projet, le PNLS organisera la collecte et la publication de ces informations sur une base annuelle et distribuera le rapport à tous ceux qui peuvent l'utiliser. Ceci comprend les médecins privés, les pharmaciens, les ONG et tout le personnel médical ayant reçu une formation dans le cadre de ce programme. Le PNLS coordonnera aussi la révision des protocoles de traitement et des listes de médicaments quand la résistance aux antibiotiques en fait une nécessité.

c. Amélioration de la Capacité Institutionnelle contre les MST

En liaison avec les activités dans le cadre du projet multilatéral, la Banque Mondiale doit investir 1,4 million \$ en soutien infrastructurel au PNLS. Ce projet complètera le financement de la Banque Mondiale de deux manières : en fournissant un conseiller technique à long terme pour assister le PNLS dans ses activités, particulièrement dans le domaine de la lutte contre les MST et en offrant une opportunité de formation à long terme à deux membres du personnel du PNLS à la condition qu'ils retournent travailler pour le PNLS.

Le conseiller technique à long terme s'assurera de la qualité et du respect des échéances des activités de gestion améliorée des MST, y compris le développement de matériels, la formation, les équipements de laboratoire et la surveillance. Le conseiller fournira aussi de l'assistance technique au PNLS afin de l'aider à déterminer ses besoins en consultants à court terme et il fonctionnera comme un catalyseur pour assurer la coordination entre le PNLS et ses partenaires. Il ou elle facilitera l'échange des informations en supervisant l'élaboration et la publication des rapports de surveillance des MST et du VIH, des matériels de formation, d'autres informations et aidera à la conception d'outils standards de suivi et de systèmes appropriés pour les visites de supervision.

Des formations à long terme dans la lutte contre les MST contribueront à la pérennisation du programme et doteront le PNLS de personnel ayant les qualités requises pour superviser un programme national de lutte contre les MST. L'idéal sera que la formation fournisse aux membres du personnel des connaissances techniques sur les aspects cliniques et de laboratoire des soins concernant les MST et le VIH, sur l'épidémiologie,

la santé publique et la gestion de programme. Aussi, l'idéal serait que le conseiller technique à long terme puisse collaborer avec les membres du personnel avant leur départ et après leur retour de formation. Ceci assurera la continuité du programme en permettant un chevauchement du personnel formé dans le domaine des MST.

d. Indicateur de Progres dans la lutte contre les MST

- * A la fin de la première année, la liste des médicaments essentiels contre les MST comprend les médicaments de premier choix pour traitement du chancroïde et de la gonorrhée.
- * A la fin de la deuxième année, 350 agents sanitaires au niveau des arrondissements et des cercles (y compris les centres de santé communautaires) et au moins 100 personnes des professions para-médicales (les pharmacies, les services sociaux etc...) recevront une formation en gestion des cas de MST.
- * A la fin de la deuxième année, 10 agents sanitaires au niveau régional recevront une formation en fourniture de conseils aux personnes séropositives et aux malades atteints du SIDA.
- * A la fin de la quatrième année, 90 % des personnes formées auront participé à des cours de recyclage.
- * A la fin de la deuxième année, 46 centres de santé au niveau des cercles seront équipés de laboratoires élémentaires pour le dépistage des MST qui seront approvisionnés pendant toute la durée du projet.
- * 10 subventions de recherche seront accordées
- * A la fin de la première année, six sites de surveillance-sentinelles seront équipés de laboratoires de dépistage des MST.
- * Les résultats des tests de résistance anti-microbienne de la gonorrhée effectués par le Laboratoire National de Recherche, l'Hôpital Gabriel Touré et les algorithmes révisés de traitement sont publiés par le PNLS et distribués annuellement à tous ceux qui suivent la formation et à au moins 500 autres agents sanitaires et pharmaciens.
- * Un conseiller résident à long terme sera affecté au PNLS à la fin de la première année.
- * Deux membres du Comité National de Lutte contre le SIDA seront identifiés et envoyés en formation de longue durée sur les MST à la fin de

la deuxième année.

e. Indicateurs d'Impact pour la lutte contre les MST

- * Une année après la formation, 70 % d'un échantillon représentatif de ceux qui ont été formés peuvent diagnostiquer et traiter correctement les MST et donner des conseils adéquats sur la prévention des MST.
- * Dans la deuxième année du projet 100 % qui des gens font le test du VIH recevront des conseils avant et après le test.
- * Les résultats des recherches ont confirmé les stratégies adoptées sur le terrain ou ont entraîné leur modification. Le calendrier de la recherche a été influencé par l'expérience pratique menée sur le terrain.
- * A la fin de la seconde année du projet, tous les centres de santé recenseront régulièrement les cas de MST selon les syndromes normaux de MST constatés.
- * Six sites assureront la surveillance-sentinelles des MST à partir de la seconde année jusqu'à la fin du projet.
- * Les résultats des évaluations des deuxième, quatrième et sixième années complètent les données fournies par la surveillance-sentinelles et fournissent un tableau d'ensemble de l'évolution des MST au Mali.

2. Changement de Comportement

En l'absence de vaccin, le changement de comportement est la seule façon d'éviter de contracter ou de transmettre le VIH. L'utilisation accrue du préservatif (comme l'attestent les ventes) est un indicateur clé prouvant que la connaissance et la sensibilisation sur le SIDA ont entraîné un changement de comportement positif.

Ce projet incitera à un changement de comportement réduisant le risque de contamination par le VIH en créant au niveau des ONG un volet prévention et sensibilisation sur le SIDA. Les ONG tant locales qu'internationales ont une longue expérience bien documentée en matière de capacité d'atteindre et de travailler efficacement avec les populations rurales et urbaines du Mali. Le projet tirera profit de ces atouts des ONG en leur fournissant des ressources pour des activités dans les trois domaines suivants.

- * Un programme élargi et amélioré des activités d'IEC concernant les MST et le SIDA.

- * Une meilleure commercialisation des préservatifs comme résultat de l'engagement des ONG dans la promotion et le développement des réseaux de distribution de préservatifs au niveau communautaire dans le cadre de la stratégie de marketing social en vigueur.
- * La promotion de groupes communautaires ou d'entre-aide pour les personnes séropositives et leurs familles.

Le projet se penchera aussi sur quelques unes des faiblesses principales identifiées dans le secteur des ONG locales et comme second objectif, il cherchera à développer la capacité institutionnelle à long terme du secteur non lucratif au Mali à mener des activités de prévention et de sensibilisation sur le SIDA.

a. Développement de la Capacité Institutionnelle

Une structure de gestion pour la composante ONG sera mise en place en collaboration avec une organisation volontaire privée qui a de l'expérience aussi bien dans la sensibilisation et la prévention du SIDA que dans le partenariat avec les ONG maliennes. Cette structure servira d'organisation "parapluie" et sera chargée de définir les critères et les procédures d'octroi de subventions aux ONG, de l'exécution d'activités de supervision régulière, du suivi des impacts et du rapport financier adressé à l'USAID. De plus, cette structure appuyera les activités des ONG en aidant à développer la stratégie et des matériels et en fournissant la formation en techniques d'IEC sur le VIH et le SIDA et en techniques de gestion d'une ONG.

Bien que créée à partir d'une source différente, la gestion du projet se rapproche beaucoup de la structure du Groupe Pivot introduit avec succès au Mali par le projet de co-financement des PVO. Le développement des procédures et critères de sélection se fera à partir de l'expérience des Groupes Pivot et d'autres organisations engagées dans le financement des ONG pour mener des activités de sensibilisation et de prévention du SIDA, en l'occurrence le projet SIDA de l'USAID, le Plan International et les Canadiens.

Par exemple pour éviter d'exclure des partenaires potentiellement valables mais non testés, l'enthousiasme des ONG et leur expérience et leur engagement à travailler sur la prévention du SIDA auront plus d'importance au début que leur proposition écrite ou leurs compétences en gestion. Un système de contrôle étroit et une présentation rigoureuse de rapports financiers seront adaptés et après un certain temps (mettons 6 mois) la compétence des ONGs sera formellement évaluée. Celles qui s'avéreront prometteuses seront retenues; et celles qui auront fait preuve de négligence fiscale seront exclues.

Comme résultat de ce processus de partenariat et de formation, au moins 10 ONGs locales auront à la fin de ce projet comme activité principale la promotion de la sensibilisation et de la prévention du MST/SIDA et auront acquis les connaissances nécessaires pour élaborer et gérer des projets avec succès. L'un des critères de réussite sera que l'ONG

reçoive des fonds de plusieurs sources. Ceci démontre la capacité de l'ONG de soutenir leurs activités et leur donne suffisamment d'autonomie pour développer une approche stratégique à long terme. Bien que plusieurs ONG maliennes soient spécialisées dans les activités de sensibilisation et de prévention du SIDA, aucune d'elles ne possède actuellement les compétences de gestion requises suivant les critères du projet de co-financement des PVO.

b. Information, Education, Communication

Beaucoup de programmes de sensibilisation et de prévention du SIDA ont ciblé des groupes comme les prostituées et leurs clients, dont le comportement sexuel les expose à risque élevé de contracter et transmettre l'infection du VIH. Bien que rentable du point de vue coût-efficacité en ce sens qu'elle canalise les ressources vers le groupe dénommé groupe principal, cette approche est critiquée à cause du fait qu'elle renforce l'image populaire du SIDA comme étant une maladie "honteuse" qui affecte que les gens de moeurs légères.

La composante ONG de ce projet développera un programme coordonné d'activités d'information, d'éducation et de communication pour rehausser la sensibilisation et approfondir les connaissances sur les MST et le SIDA chez la population en général et pour promouvoir le comportement "sans danger" en particulier. A la lumière des objectifs généraux du programme, les campagnes d'IEC mettront l'accent sur l'utilisation des préservatifs aussi bien avant le mariage qu'en dehors du mariage. Des stratégies visant à promouvoir le traitement précoce des MST seront élaborées, en mettant l'accent sur la sensibilisation concernant les symptômes, le rapport entre les MST et le VIH et la nécessité de recherche de soins immédiatement.

Quatre types de "projets" IEC sont envisagés: 1) les campagnes d'IEC axées sur une zone géographique donnée (cercles/arrondissements, etc ...); 2) les activités d'IEC orientées vers des groupes spécifiques tels que les prostituées, les chauffeurs et les migrants; 3) la formation du personnel et les matériels d'appui pour les ONGs établies ayant plus d'objectifs de développement général; et 4) un appui les campagnes médiatiques et la production de matériels en langues locales (des émissions de radio, des brochures et des posters).

1) Les Campagnes d'IEC Localisées

En ce qui concerne les sous-subsidations accordées pour les campagnes d'éducation sanitaire dans des zones géographiques données, la priorité sera donnée aux zones couvertes par le réseau de Centres de Santé Communautaires du projet multilatéral (Bamako, Koulikoro, Mopti et Kayes) pour renforcer le programme de lutte contre les MST. Cependant les sous-subsidations ne seront pas exclusivement réservées à ces zones et le projet collaborera étroitement avec les autres bailleurs de fonds et l'ensemble de la communauté des ONG pour assurer une répartition équitable de l'effort.

De nombreuses techniques d'IEC seront employées, dont des séances de vidéo, le théâtre, groupes-focaux, des tables-rondes et des matches de football.

Les séances de vidéo, les manifestations théâtrales, les matches de football seront précédés ou suivis de débats en groupes répartis selon l'âge et le sexe. De plus, les moyens de communication aussi divers que possibles seront recherchés et un accent particulier sera mis sur les approches innovatrices. Les ONGs se concentreront sur l'identification et la collaboration avec des personnalités locales importantes dont les opinions sont respectées au sein de leur groupe social (des jeunes, des filles non mariées, des femmes mariées) ou qui occupent une certaine position de respect au sein de la communauté (par exemple les griots, les forgerons, les soigneurs/guérisseurs du village, les agents d'alphabétisation). De cette façon, le projet cherchera à faire passer des messages de prévention et de sensibilisation du SIDA avec autant d'efficacité que possible auprès de toutes les couches de la population.

2) Groupes à Haut-risque

Des sous-subsidations pour travailler avec des groupes-focaux seront vraisemblablement concentrées dans les centres urbains et les ONGs utiliseront partout où cela est possible la fourniture de conseils par des groupes-pairs chargés de transmettre les messages de préventions et de sensibilisation. Ainsi des prostituées peuvent être utilisées pour atteindre des prostitués, les représentants des syndicats et des associations de transport, pour atteindre les chauffeurs, leurs apprentis et les membres d'associations d'immigrés peuvent être utilisées pour joindre les immigrés sitôt qu'ils arrivent dans les milieux urbains. Ils peuvent aussi chercher dans les villages des associations de jeunes, pour donner des conseils appropriés aux jeunes hommes et femmes avant même qu'ils ne quittent le village.

Cependant, il est impossible de prédire en détail comment la composante ONG évoluera, on estime qu'à tout moment environ 10 ONGs recevront des subventions et qu'un total de 25 subventions sera attribué pour les activités d'IEC. On prévoit qu'au moins 5 ONG se consacreront spécifiquement au travail avec des groupes à haut risques. Durant les étapes initiales, les ONG peu expérimentées pourront bénéficier de subventions à court terme (6 à 12 mois) pour leur permettre d'acquérir le savoir faire et la capacité institutionnelle dans le cadre d'une supervision étroite. Les ONG plus expérimentées recevront des subventions pour une période qui ne sera pas inférieure à trois ans.

3) Formation du Personnel Général sur le Terrain des ONG

On estime entre 4 000 et 5 000 les membres actifs des ONG dans les différents programmes de développement à travers le Mali. Ce projet utilisera cette ressource jusqu'ici inexploitée pour assurer la formation générale d'environ 20 à 25 % des ces membres en sensibilisation sur le SIDA. Le but de cette formation générale est de fournir aux membres des ONG qui peuvent travailler dans des domaines qui n'ont aucun rapport avec le SIDA tels que le crédit, le développement de micro-entreprises et la gestion des ressources naturelles, des messages adaptés de prévention et de sensibilisation. Ils seront ainsi en mesure de sensibilisation et de prévention du SIDA. Ils seront ainsi en mesure de communiquer des messages corrects sur le SIDA et les MST à la population qu'ils visitent et connaissent bien.

La formation du personnel de terrain des ONG sera organisée sur une base régionale ou, individuellement pour les ONG importantes. Elle couvrira la sensibilisation et la prévention des MST/SIDA pour le personnel même de l'ONG et les messages les plus importants devant être communiqués aux villageois. La formation sera aussi focalisée sur les moyens appropriés pour parler des MST et du VIH/SIDA et permettra aux agents de vulgarisation d'acquérir des connaissances pour transmettre convenablement un message de prévention partout où l'occasion se présente. Ce qui permettra d'utiliser au maximum le matériel mis au point et occasionnera peu de frais supplémentaires pour le projet qui peut faire parvenir le message dans les milieux reculés, très importants tels que les régions du Nord. A la fin de la troisième année du projet, 1 000 agents de terrain appartenant à des ONG auront assisté au moins à un jour de formation sur la prévention et la transmission des MST et du SIDA, comprenant une formation spécifique sur les messages appropriés et les méthodes de communication à utiliser auprès de la population.

4) Les Campagnes Médiatiques

Les médias ont longtemps été perçus comme le meilleur moyen pour atteindre une population. Les campagnes médiatiques accompagneront les activités d'IEC pour renforcer des messages particuliers et soulèveront des questions, telles que à savoir s'il faut effectuer ou non un test de VIH et comment réagir si une personne qu'on connaît est séropositive. Une attention particulière sera accordée au changement de l'image du préservatif afin qu'il soit vu plutôt comme une protection des deux parties que comme un aveu ou une accusation d'infidélité. Dans le cadre du Plan Stratégique 1994-98 du PNLS, la Banque Mondiale et le Plan International sont intéressés à couvrir les coûts principaux de télévision et la production et l'émission radiophonique. Ce projet mettra l'accent sur le soutien à ces efforts en prenant charge les coûts associés à la traduction dans les langues locales et à la publication de matériel et d'affiches.

c. Amélioration de la Commercialisation des Préservatifs

Pour s'assurer que les personnes peuvent agir à partir des connaissances qu'elles ont acquises dans les activités d'IEC, les ONG feront la promotion de la diffusion des préservatifs au niveau communautaire en collaboration avec la stratégie de marketing social en vigueur.

L'utilisation accrue du préservatif (comme l'attestent les ventes) est un indicateur clé prouvant que la connaissance et la sensibilisation à propos du SIDA a entraîné un changement de comportement positif. En 1993 environ 1 000 000 de préservatifs étaient vendus au Mali et un nombre équivalent était distribué gratuitement. Résultant des activités du Projet, les ventes de préservatifs augmenteront à travers la durée de celui-ci. Les ventes cumulées s'élèveront au moins à 10 millions en 1999 et les ventes annuelles atteindront au moins 3 millions à la fin du Projet.

Les ONG contribueront à ce chiffre global de ventes en jouant un rôle

rôle actif dans la distribution par exemple des régions aux cercles. Elles formeront et doteront aussi des organisations villageoises telles que les comités de santé et les associations de jeunes ou des individus déjà formés (agents de santé). Elles peuvent aussi fournir des crédits et de la formation pour la promotion du développement d'entreprise aux commerçants villageois ou à des groupes d'entreprises à vocation sanitaire qui sont engagés dans la vente des préservatifs.

Il est prévu qu'à la fin des activités de la seconde année du projet, les ONG travaillant dans au moins 20 cercles appuieront un réseau de commercialisation des préservatifs au niveau communautaire et qu'à la fin du projet les ventes annuelles de préservatifs réalisées à travers ce réseau soutenu par les ONG s'élèveront à 1000 000 au moins. L'efficacité du réseau en ce qui concerne l'approvisionnement des zones rurales en préservatifs sera évaluée. Pour assurer un approvisionnement régulier aucune ONG membre du réseau de distribution ne devra connaître une rupture de stocks plus d'une fois par an et la rupture ne devra pas durer plus de 7 jours.

Le réseau de vente de préservatifs devra être auto-financé; pour cela ces ONGs achèteront des paquets de 3 préservatifs à 10 frs pour les revendre à 50 frs par paquets. Ceci est un bénéfice considérablement supérieur à celui que peuvent fournir certaines marchandises rapidement disponibles dans les villages, telles que le thé, le sucre, les cigarettes. Les revenus de la vente stimuleront les individus ou organisations à continuer la vente.

d. Les Groupes de Soutien

Au Mali relativement peu de séropositifs ont été informés de leurs résultats et la plupart n'ont pas reçu de conseils pour éviter la contamination de leurs partenaires, ni reçu de soins médicaux. Ceci est dû partiellement à un manque de politique nationale en matière de conseils. C'est aussi en partie une expression de la peur d'un personnel sanitaire dans un système de santé basé sur le soin curatif.

D'autres volets de ce projet s'attèleront à résoudre ces contraintes à travers le soutien au GRM pour le développement d'une politique de conseils et à travers la formation du personnel médical dans les techniques de conseils avant et après le test. Pour pourvoir un point focal de suivi avec les personnes séropositives et augmenter la sensibilisation chez l'ensemble de la population, les ONGs établiront ou encourageront une communauté de groupes d'entre-aide pour les personnes séropositives, les malades atteints du SIDA et leurs familles.

Il existe beaucoup de réseaux de solidarité traditionnelle, basés sur la famille, les groupes d'âge et les liens ethniques. Par exemple, des groupes de jeunes villageois peuvent être invités pour cultiver les champs de quelqu'un qui est malade. Certaines associations d'émigrants financent les funérailles de toute personne de leur milieu qui décède à l'étranger. Les activités de l'ONG porteront autant que possible sur ces réseaux et chercheront à revitaliser ceux que l'urbanisation et la fragmentation des familles étendues ont affaiblis. Beaucoup d'ONG ont bien établi des liens avec des organisations communautaires telles que les Groupes de Crédit et les Associations de Parents d'Elèves et d'Enseignants. Ceux-ci peuvent être le point de départ

pour les nouvelles formes d'action communautaire en vue de soutenir les malades atteints du SIDA.

La promotion des groupes d'entraide donner aux personnes séropositives un réseau de soutien mutuel, un lieu où elles peuvent obtenir des conseils pratiques et la motivation de "vivre positivement". On estime aussi qu'elle contribuera à supprimer la honte et de les stigmates qui entourent l'infection VIH et le SIDA. Au cours du projet un total d'au moins cinq sous-subsventions sera accordé pour développer les groupes de soutien à Bamako et dans trois autres régions.

e. Supervision, Encadrement et Evaluation

La supervision des activités des ONG se fera à travers des rapports bi-annuels et au cours de visites régulières sur le terrain de la part de l'équipe gérant la composante ONG. Les activités à Bamako et Koulikoro seront supervisées à partir du bureau de Bamako. Pour faciliter la logistique, le projet affectera une personne aux bureaux régionaux de Kayes et de Mopti suivant le modèle des "antennes" mises en place par l'organisation "parapluie" malienne, l'UNICEF et l'OXFAM. Ces bureaux peuvent être indépendants ou installés au sein d'une ONG ou OVP bien établie. En plus de s'occuper de la supervision, ils agiront comme éléments centraux pour décentraliser le réseau SIDA des ONGs et faciliteront les échanges d'information avec le PNLS au niveau régional.

Des enquêtes rapides et locales CAP avant et après les campagnes d'information seront utilisées pour contrôler la compréhension et la réaction aux différents messages et pour évaluer l'efficacité des différentes techniques d'IEC à atteindre les différents groupes-cibles dans les villages. Ces enquêtes CAP serviront pour alerter le personnel quand il sera nécessaire d'apporter des modifications au programme. Les informations provenant des enquêtes seront largement disséminées.

Pour agir comme un contrôle, des enquêtes CAP locales seront menées dans des villages où aucune ONG n'est active. Le projet participera à une enquête nationale CAP qui surveillera les changements dans la connaissance et dans les attitudes en ce qui concerne l'infection VIH et le SIDA et les stratégies de prévention. Les campagnes médiatiques seront supervisées et leur impact sur les différents groupes-cibles, évalués.

La vente des préservatifs sera considérée comme l'indicateur le plus fiable du changement de comportement, doublée de la chute du taux de prévalence des MST et particulièrement d'une prorogation des intervalles moyens de répartition de l'infection (temps écoulé depuis la dernière infection de "chaude pisse" ect...). Les évaluations du programmes dans son ensemble seront menées au cours des deuxième et quatrième année, en utilisant principalement des consultants locaux. Les recommandations seront utilisées pour réorienter la stratégie du programme. Une évaluation à la fin de la sixième année sera conduite par une équipe dans laquelle on trouvera au moins une personne ayant l'expérience des programmes de prévention du SIDA dans d'autres pays. Cette évaluation formulera des recommandations

concernant le besoin et l'orientation des futurs programmes de prévention et de sensibilisation

f. Changement de Comportement Encouragé par les ONG: les Indicateurs de Progrès

- * Six mois après le démarrage du projet, une structure de gestion pour les subventions des ONG avec des règles et des procédures appropriées, sera mise en place et sera opérationnelle.
- * A la fin du projet au moins 25 subventions ont été accordées aux ONG pour des activités IEC contre les MST/SIDA, dont au moins 5 subventions pour des activités visant des groupes spécifiques à haut risque.
- * A la fin de la troisième année, 1 000 agents du personnel de terrain des ONG auront assisté au moins à une journée de formation sur la transmission et la prévention des MST et du SIDA comprenant une formation spécifique sur les messages et les méthodes de communication appropriés à utiliser avec la population.
- * A la fin de la deuxième année, au moins 20 ONGs deviendront membres du réseau de marketing social des préservatifs et ce réseau appuiera ou assurera au niveau communautaire la commercialisation des préservatifs dans tous les cercles.
- * A la fin du projet, au moins 5 subventions auront été accordées aux ONG pour promouvoir des groupes communautaires ou d'entre-aide à Bamako et dans au moins 3 autres régions du Mali.

g. Amélioration du Changement de Comportement

- * Les ventes de préservatifs augmenteront tout le long de la durée du projet et les ventes cumulées atteindront au moins 10 000 000 en 1999. Les ventes annuelles atteindront au moins 3 000 000 à la fin du projet.
- * A la fin du projet, au moins dix ONG locales auront comme activité principale la promotion de la prévention et de la sensibilisation des MST/SIDA et auront les compétences nécessaires pour élaborer et gérer des projets conformément aux critères de financement du projet co-financement des OPV.
- * Aucun membre du réseau de distribution ne doit être en rupture de stocks de préservatifs plus d'une fois par an et pendant plus de 7 jours.

- * Les chiffres de vente annuelle de préservatifs par le réseau des ONG augmentent tout au long du projet et atteignent au moins 1 000 000 en 1999.

3. Appui au PNLS

L'un des éléments essentiels de la réussite d'un programme de prévention et de lutte contre les MST/SIDA est l'existence d'une gestion efficace de programme et d'une cellule de coordination. Pour combattre efficacement l'épidémie il faut de bons dirigeants à la tête du programme pour assurer la mobilisation, la coordination et l'utilisation appropriée des ressources humaines, financières, internationales, nationales et multi-sectorielles.

Ce projet aidera le PNLS à remplir ses rôles dirigeants, en augmentant la capacité de la cellule centrale de coordination à s'engager dans des activités dans trois domaines spécifiques : l'échange d'informations, le développement de politiques et la mobilisation des ressources. Le projet s'attaquera aux obstacles identifiés au PNLS et complètera l'appui d'autres bailleurs de fonds, principalement à travers l'assistance technique à court terme et la formation. Les matériels alloués au projet SIDA financé par l'USAID sera transféré au PNLS. Ce projet continuera de prendre en charge les coûts de fonctionnement et d'entretien. De nouveaux matériels comprenant une photocopieuse et des logiciels seront fournis.

a. L'Echange d'Information

Un échange d'information et une coordination efficaces entre départements gouvernementaux et les bailleurs de fonds seront un élément clé dans la réussite de la prévention et de la lutte contre le SIDA/VIH au Mali. Selon le Plan Stratégique 1994-98, plusieurs services parallèles au sein du Ministère de la Santé seront engagés dans les différents aspects de ce projet. Ces services comprennent la Division de la Santé Familiale qui s'occupe de la fourniture des soins cliniques dans les structures gouvernementales; le projet financé par plusieurs bailleurs de fonds qui met l'accent sur le renforcement de l'infrastructure des soins de santé et la formation du personnel; l'institut national de recherche qui est le seul laboratoire de référence du pays et où travaille la majorité des experts des MST; la Division Epidémiologie qui sera chargée des activités de surveillance; et la Pharmacie Populaire du Mali qui est chargée de la liste des médicaments essentiels et la distribution de médicaments. Une coordination efficace et un échange d'informations sont indispensables pour la viabilité de ce projet.

Jusqu'à cette date, il y'a eu peu d'échanges d'informations entre les bailleurs de fonds, les ONG et les autres parties intéressées par la lutte contre la propagation du SIDA. La coordination qui a vu le jour a eu tendance à être informelle et initiée par un seul bailleur de fonds ou plusieurs ONG. Il est urgent pour le PNLS de rassembler et de partager les informations entre ses partenaires multilatéraux et bilatéraux (l'USAID, l'UNICEF, le PNUD, la Coopération Suisse, la Banque Mondiale, l'OMS, la CEE, le Japon...), les ONG et les organisations d'ONGs "parapluie", telles que l'Association Malienne de Planification familiale.

le Groupe Pivot pour la Survie de l'Enfant, le Plan International, l'Organisation de Coordination des ONG maliennes et l'OXFAM.

Pour améliorer l'échange d'informations, le projet soutiendra des réunions de coordination qui se tiendront au moins une fois tous les six mois. Ces réunions serviront à promouvoir la discussion à travers toutes les organisations actives dans la prévention et la sensibilisation du SIDA. La publication et la distribution des bulletins d'information sur les MST et le SIDA au Mali seront coordonnées par le PNLS et serviront de forum pour les bailleurs de fonds, les planificateurs sanitaires, les professionnels de la santé et les ONG, pour partager les informations sur la prévalence du SIDA/VIH et échanger leurs expériences.

Ce projet renforcera la capacité du PNLS à suivre de près les tout derniers développements sur le SIDA, le VIH et les MST à travers des tournées d'études, des conférences internationales, des travaux d'ateliers et des formations techniques à court terme à l'étranger, à travers la documentation fournie par le contractant institutionnel et l'abonnement à des journaux clés. Un accent particulier sera mis sur la participation des membres régionaux du comité de lutte contre le SIDA et du personnel sanitaire clé au niveau régional à ces activités. Sept personnes de la cellule centrale de coordination du PNLS et 22 venant des régions seront envoyées à des conférences et ateliers internationaux.

L'assistance technique locale à court terme sera utilisée comme demandée résoudre le manque de personnel ou le manque de compétences requises au PNLS. Les matériels fournis au projet SIDA financé par l'USAID seront transférés au PNLS. Ce projet continuera à prendre en charge les coûts de fonctionnement et d'entretien. De nouveaux équipements comprenant une photocopieuse et des logiciels seront fournis pour aider le PNLS à accomplir son rôle de coordination et faciliter l'échange d'informations.

b. Le Développement de Politique

L'adoption de politiques clairement définies est indispensable pour la réussite de la lutte contre les MST et le SIDA. En ce qui concerne ce projet, il existe un besoin pressant d'élaborer trois politiques spécifiques contre les MST/SIDA au Mali : la prévention et la lutte contre les MST, la fourniture de conseils relatifs au SIDA/VIH et la distribution gratuite des préservatifs. A long terme, une politique nationale se rapportant aux droits et responsabilités des séropositifs et aux malades atteints du SIDA est nécessaire. Le conseiller technique sur les MST jouera un rôle important dans cette procédure et la collaboration étroite entre les bailleurs de fonds et l'ensemble des ONG jouera une part essentielle.

1) La Prévention et la lutte contre les MST

Le Mali n'a jamais eu auparavant un programme formel de contrôle des MST. Une partie du rôle du conseiller technique sera de développer avec le PNLS et le Ministère de la santé une série de directives officielles pour le personnel sanitaire définissant les niveaux minimums pour le traitement, la consultation, l'information du partenaire et le

recensement. Sur la base de la nouvelle politique concernant les MST, le PNLS et les comités régionaux de lutte contre le SIDA pourraient avoir besoin de réformer les plans régionaux d'activités de prévention du SIDA/VIH. De plus ce projet aidera le PNLS à superviser l'introduction d'activités de prévention dans les autres ministères tels que le Ministère de l'Education, de la Jeunesse, le Ministère de la Défense et le Ministère du Développement Rural aussi bien que les ONG.

2) Fournitures de Conseils sur les MST/SIDA

Dans la majorité des études de dépistage de cas de VIH au Mali, les séropositifs n'ont pas été informés de leurs résultats. Ils n'ont pas été conseillé afin d'éviter la contamination de leurs partenaires ni été soumis à des soins médicaux. Le projet promouvra le dialogue entre le PNLS et le Gouvernement du Mali et les assistera pour développer et publier des directives officielles claires. Au minimum elles exigeront que tous les tests VIH soient précédés et suivis d'une consultation et que tous les gens séropositifs soient informés de leurs résultats.

Dans le cadre de la composante "lutte contre les MST" de ce projet, la formation en techniques de conseil pré et post test sera fournie au personnel sanitaire-clé pour s'assurer qu'il a les compétences requises pour informer toute personne séropositive de ses résultats et la conseiller sur la façon d'éviter de transmettre la maladie à ses partenaires sexuels. La composante ONG encouragera la formation de groupes communautaires et de groupes d'entre-aide pour les séropositifs, les malades atteints du SIDA et leurs familles.

3) Distribution Gratuite des Préservatifs

En 1993 le PNLS a distribué environ 2 millions de préservatifs gratuits aux gens qui venaient à son siège et, à travers le projet SIDA financé par l'USAID, aux gérants de bars et d'hôtels, aux prostituées et à leurs clients. En 1993, le nombre total de préservatifs distribués gratuitement était deux fois plus important que le nombre vendu par le Projet de Marketing Social. La distribution gratuite à cette échelle ne peut pas être maintenue et des mesures ont été prises pour la limiter. Le projet travaillera avec le PNLS pour développer une politique nationale de distribution gratuite de préservatifs en donnant des directives claires concernant les groupes, s'il y en a, qui peuvent les recevoir. Les préservatifs gratuits pourraient être distribués aux personnes suivant un traitement contre les MST ou séropositives. La distribution gratuite de préservatifs peut être faite aussi lors des sessions de prévention et de sensibilisation du SIDA dans les écoles. Une collaboration étroite avec le Projet de Marketing Social assurera la continuité.

c. Mobilisation des Ressources

Les réunions régulières entre bailleurs de fonds et ONG contribueront non seulement à améliorer l'échange d'informations mais aideront le PNLS dans la coordination et l'affectation des ressources. Les études entreprises par les éléments de

surveillance, recherche opérationnelle, contrôle et évaluation du programme de lutte contre les MST mettront en lumière les problèmes techniques ou les zones géographiques exigeant une attention particulière et donneront au PNLS les données nécessaires pour entraîner et justifier des interventions.

Pour mettre l'accent sur l'importance potentielle du problème, deux études sur l'impact démographique et socio-économique de l'épidémie du VIH/SIDA seront menées sur contrats avec des institutions de recherche locales ou des bureaux d'études. Les résultats de ces études seront publiés et largement diffusés. Une analyse secondaire de la littérature sera entreprise et publiée dans une forme qui mettra les données à la disposition des décideurs politiques et des leaders d'opinion.

Le projet fournira au PNLS le Modèle d'Impact SIDA (MIS) et formera le personnel à son utilisation. Le MIS est un modèle informatique développé par le "Futures Group" à partir du modèle fort efficace de RAPID population. Il donne les prévisions des niveaux de prévalence du SIDA et estime ses conséquences socio-économiques sur les cinq ou vingt-cinq prochaines années dans un pays Africain "générique" à la fois en l'absence de mesures préventives et quand des interventions y sont exécutées. Le modèle sera modifié explicitement pour le Mali et, les résultats des différents scénarios seront présentés lors d'ateliers, publiés et largement diffusés pour qu'ils soient disponibles pour les décideurs.

Enfin, pour augmenter l'engagement dans la prévention du HIV/SIDA, les données recueillies à partir des desdites enquêtes et études seront développées dans une série d'exposés aux décideurs politiques au niveau régional et national sur l'impact socio-économique potentiel du VIH et du SIDA au Mali.

d. Echange d'Informations, Développement de Politiques et
Mobilisation des Ressources: Indicateurs de Progres

- * A la fin de la première année, le PNLS publie et distribue à moins 1 000 personnes ou organisations un bulletin trimestriel d'information sur le MST/SIDA au Mali servant de forum d'information et d'échange pour les bailleurs de fonds, les planificateurs sanitaires et les ONG.
- * A la fin de la première année, des politiques bien définies sont développées sur la prévention et la lutte contre le SIDA.
- * Des réunions de coordination de bailleurs de fonds sont tenues tous les mois.
- * Deux études sur l'impact socio-économique et démographique du SIDA au Mali ont été menée à bien.
- * A la fin de la deuxième année, au moins deux scénarios sur l'impact

socio-économique du SIDA au Mali sont développés à partir du Modèle Impact du SIDA et sont présentés à 10 au moins décideurs politiques au niveau national et régional.

E. Intrants du Projet

Pour réaliser les objectifs du projet, l'USAID fournira les contributions suivantes au Gouvernement Malien, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, le Programme National de lutte contre le SIDA et l'ONG dirigeante:

1. Gestion des Maladies Sexuellement Transmissibles 3.957.600 \$

1.1 Appui et Formation 364 000 \$

- * Développement de matériels de formation sur les MST/VIH (53 000 \$)
- * 46 formations sur la gestion des cas de MST dans les deux premières années avec cours de recyclage au cours des troisième et quatrième années (92 000 \$).
- * 1 cours de formation en fourniture de conseils sur le VIH pour une dizaine de 10 personnes par an (7 000 \$).
- * 6 formations pour les laboratoires de surveillance sentinelle dans l'utilisation de l'équipement de diagnostic durant la première année et des cours de recyclage au cours de la troisième année (12 000 \$).
- * 2 opportunités de formation à long terme pour le personnel du PNLS dans les domaines liés à la lutte contre les MST et à la gestion de programme (200 000 \$).

1.2 Fournitures et Equipements 1 462 500 \$

- * Equipement élémentaire pour les laboratoires de MST pour 46 centres de santé au niveau des cercles (115 000 \$)
- * Equipement de laboratoire de MST pour 6 centres de surveillance-sentinelle (390 000 \$).
- * Fournitures pour 46 laboratoires de base pour les MST pendant la durée du projet (747 500 \$)
- * Fournitures pour 6 laboratoires de MST dans les centres de surveillance pendant la durée du projet (210 000 \$).

1.3 Assistance Technique, Recherche et Evaluation 2 131 000 \$

- * Un conseiller technique pendant deux ans ayant une expérience de spécialiste dans le domaine de la lutte contre les MST durant les premières quatre années du programme (1 000 000 \$).
- * Un assistant au conseiller technique pendant les sept ans du projet (161 000 \$).
- * Recherche opérationnelle sur la gestion des cas de MST (210 000 \$).
- * Au cours des troisième, cinquième et septième années, études d'évaluation rapide des

MST/VIH (375 000 \$).

* Surveillance de la sensibilité aux antibiotiques (35 000 \$)

* Suivi et évaluation de la gestion des cas de MST (350 000 \$)

2. Les Organisations Non-Gouvernementales 3 159 700 \$

2.1 Subventions à l'ONG, formation et appui 1 925 500 \$

- * Subventions aux ONGs 1 120 000 \$
- * Formation et appui de l'ONG 169 000 \$
- * Campagnes médiatiques 224 000 \$
- * Dépenses de fonctionnement 413 000 \$

2.2 Fournitures et Equipements 374 000 \$

2.3 AT, Gestion et Evaluation 859 700 \$

- * Gestion du projet (personnel) 539 200 \$
- * Suivi et évaluation 320 500 \$

3. Coordination Efficace (Programme National de Lutte contre le SIDA) 1 052 700 \$

3.1 Formation et appui 559 700 \$

- * 2 cours de formation par an en planification et gestion de programme pour les membres du PNLS au niveau national et régional (210 000 \$)
- * Documentation (35 000 \$)
- * Publication et distribution des bulletins d'information et autres rapports (35 000 \$)
- * Ateliers sur le Modèle d'Impact du SIDA au cours des première et deuxième années (50 000 \$)
- * Fournitures de bureau pour le PNLS (24 500 \$)
- * Conférences, ateliers et voyages d'études (156 000 \$)
- * Entretien des équipements (17 500 \$)
- * Entretien et réparation de véhicules (21 000 \$)

3.2 Fournitures et Equipements 6 000 \$

- * Une photocopieuse pour le PNLS (4 000 \$)
- * Logiciels de bureau (2 000 \$)

3.3 Assistance Technique 497 700 \$

- * 63 jours-personnes par an pour l'assistance technique extérieure, perdiems et frais de déplacement pour la coordination, la supervision, le développement de programme et

de politique (214 200 \$);

4. Assistance Technique à long terme de l'USAID 1 655 000 \$

- * Un conseiller technique (pour 7 ans) pour la gestion du projet SIDA et Survie de l'Enfant (1 550 000 \$)
- * Un Assistant de Projet pour 7 ans dans le domaine de l'appui à la gestion de projet (164 100 \$)

5. Audits 175 000 \$

- * Un audit annuel des trois composantes du projet.

6. Les Différentes Composantes du Projet 10 000 000\$

6.1	<i>Gestion des Maladies Sexuellement Transmissibles</i>	3 957 600 \$
6.2	<i>Changement de Comportement (composante de l'ONG)</i>	3 159 700 \$
6.3	<i>Coordination Efficace (Programme National de Lutte contre le SIDA)</i>	1 052 700 \$
6.4	<i>Assistance Technique à Long Terme de l'USAID</i>	1 655 000 \$
6.5	<i>Audits</i>	175 000 \$

III. PLAN D'EXECUTION ET DE SUIVI

Le plan d'exécution du projet est amplement décrit dans le plan détaillé du projet. Ce plan d'exécution sera considéré comme un instrument qui donnera d'avantage de détails et qui permettra le suivi du projet; Il sera amélioré au fur et à mesure qu'on identifie de nouvelles tâches et fera l'objet de modification selon en fonction des situations réelles. Du point de vue temps et ressources, la conclusion la plus importante qu'on ait tirée est que les objectifs du projet sont réalisables.

Cette composante du document du projet comportera le plan d'exécution au regard des trois principaux objectifs du projet: un système amélioré de lutte contre les MST, le changement des comportements et un PNLS chargé de la communication, de l'élaboration des politiques et de la mobilisation des ressources. Le système amélioré de lutte contre les MST sera possible grâce à un système amélioré de gestion de cas de MST, une meilleure surveillance des MST, la déclaration fidèle des cas de MST et l'amélioration de la capacité institutionnelle du PNLS dans le cadre de la lutte contre les MST.

A. Système Amélioré de Gestion de Cas de MST

1. Année 1

Afin de mettre en place un système amélioré de gestion de cas de MST, l'on fera appel à une institution par contrat. Cette organisation placera un expert en MST au PNLS pour deux ans. Cet expert sera chargé de toutes les activités relatives à la lutte contre les MST. De plus, il/elle doit aider le PNLS à établir des rapports de partenariat avec les bailleurs et les ministères concernés. Parmi toutes les responsabilités de l'expert, celle qui aura l'impact le plus durable consistera à aider le PNLS à identifier 2 personnes (sur lesquelles on peut compter pour venir au PNLS) pour une formation de longue durée sur les MST aux E.U. La première personne devra partir pour la formation pendant un an. L'expert en MST travailler avec la seconde personne jusqu'au retour de la première. D'autres activités prévues dans cette rubrique sont, entre autres:

Année 1	Gestion de cas de MST
1	* Recruter le conseiller Technique en MST
1	* Acheter une photocopieuse et un logiciel de mise en page
2-3	* Recruter et former l'équipe chargée de la formation en gestion de cas de MST
2-3	* Recruter et Former le formateur en conseils sur le VIH
2-6	* Elaborer les matériels de Formation
2-6	* Préparer des brochures d'IEC à distribuer aux patients
2-6	* Préparer des équipements de distribution de préservatifs, les cartes de référence de partenaires
2-6	* Elaborer des registres de supervision, les formes de reportage etc.
2-6	* Réviser la liste des médicaments essentiels
2-6	* Elaborer de nouveaux systèmes de déclaration des cas de SIDA
6	* Identifier une personne et l'envoyer à l'étranger pour une année de formation
8 et 11	* Rédiger et Editer les bulletins d'information sur les MST/VIH
9 et 12	* Publier et vulgariser les bulletins d'information sur les MST/VIH
6-12	* Elargir la formation en gestion de cas de MST à 175 professionnels de la Santé et à 50 autres agents de professions apparentées.
6-12	* Former 10 professionnels sanitaires dans les méthodes de counselling sur le VIH
6-12	* Equiper 23 centres de santé de cercle avec les laboratoires élémentaires de MST
6-12	* Former 23 agents sanitaires dans l'usage de laboratoires élémentaires de MST
6-12	* Approvisionner en fournitures 23 laboratoires élémentaires de MST
6-12	* Equiper six sites sentinelles de surveillance de laboratoires
6-12	* Former le personnel de 6 laboratoires cibles de surveillance
6-12	* Collecter, publier et vulgariser des données sur la sensibilité antibiotique de la gonorrhée
6-12	* Elaborer un programme de recherche et accorder les premiers financements
12	* Procéder à la gestion, au suivi et à l'évaluation de cas de MST
1-12	

2. Année 2

Au cas où la composante "Gestion améliorée de cas de MST" serait opérationnelle pendant la première année, les activités de l'année 2 seront essentiellement une continuation des activités de l'Année 1, c'est-à-dire, former le personnel sanitaire des 23 cercles restants, collecter des données sur les MST dans les sites sentinelles, doter les 23 centres sanitaires des cercles restants d'équipements de laboratoire pour les MST, etc.. Par ailleurs, le premier des deux stagiaires serait de retour au PNLS entre temps. Cet agent collaborera avec l'expert en MST pour comprendre et exploiter les connaissances qu'il a acquises aux Etats-Unis.

Année 2	Gestion de cas de MST
6	* Identifier une personne et l'envoyer pour une année de formation
6 et 12	* Réviser les programmes de recherche et accorder les financements
10	* Faire le Suivi et l'Evaluation
1-12	* La formation sur la gestion de cas de MST pour 175 agents de santé et 50 autres agents de professions apparentées
"	* La formation de 23 agents de santé dans l'usage de laboratoires élémentaires de MST
"	* Equiper 23 centres de santé de cercle de laboratoires élémentaires
"	* Former 23 agents de santé dans l'usage de laboratoires élémentaires
"	* Approvisionnement en fourniture 6 laboratoires sentinelles de surveillance de MST
"	* Collecter, publier et vulgariser des données sur la sensibilité de la gonorrhée
"	* Publier et vulgariser les bulletins d'information bi-hebdomadaires sur les MST/SIDA, des rapports et autres informations si nécessaires.
"	* Procéder à la gestion, au suivi et à l'évaluation de cas de MST
"	* Collaborer avec la PPM et la Banque Mondiale pour s'assurer que tous les centres de soins de santé primaire sont ravitaillés en médicaments essentiels contre les MST

3. Année 3

La base de cette composante aura été jetée, c'est-à-dire la formation pour développer la capacité institutionnelle et l'équipement des laboratoires et des sites sentinelles de surveillance. Au cours de cette année, le second stagiaire sera de retour et l'expert en MST de l'institution sous contrat rentrera. Ensemble, les deux cadres formés entreprendront une série d'activités visant à assurer la qualité des travaux pendant la troisième année. Ils veilleront à ce que la qualité soit maintenue à un niveau élevé grâce au renforcement des connaissances. De plus, l'échange d'informations, l'une des pierres angulaires pour les résultats escomptés pendant la troisième année aura été opérationnel pendant deux ans. Les agents de santé de la périphérie auront reçu des feedback de leurs actions pendant au moins deux ans. Conformément à l'objectif de décentralisation du PSPHR, les centres de santé de cercle seront à mesure d'utiliser les informations obtenues en mettant en pratique leur formation afin de prendre leurs propres décisions sur le traitement des MST.

Année 3	Gestion de cas de MST
1-3	* Faire des études rapides d'évaluation de MST/VIH
6+12	* Réviser les programmes de recherche et accorder les financements
10	* Étendre la formation et/ou le perfectionnement à 10 professionnels de la santé dans les techniques de counselling sur le VIH
1-12	* Former en gestion de cas de MST 175 professionnels de la santé et 50 autres agents de professions apparentées.
"	* Approvisionner en fournitures 46 laboratoires élémentaires de MST
"	* Equiper 6 laboratoires sentinelles de surveillance
"	* Collecter, publier et vulgariser les données sur la sensibilité antibiotique de la gonorrhée
"	* Publier et vulgariser les bulletins d'information bi-hebdomadaires, des rapports et autres informations si nécessaires sur les MST/VIH
"	* Assurer la gestion, le suivi et l'évaluation de cas de MST
"	* Continuer la collaboration avec la PPM et la Banque Mondiale sur l'approvisionnement en médicaments essentiels
"	* Procéder au suivi et à l'évaluation

4. Années 4, 5 et 6

Ces années seront des périodes pendant lesquelles le corps sanitaire engagé dans la lutte contre les MST et la population en général recevront constamment des feedback. Des études de résistance antibiotique seront faites pendant au moins deux ans, et permettront de confirmer ou de modifier la liste des médicaments essentiels. Un bulletin d'information sera publié pendant au moins deux ans contenant des informations d'intérêts tant au niveau régional que national. Le corps médical aux niveaux périphériques aura la preuve palpable que les activités de collecte de données se déroulent dans le sens de la politique nationale et que localement, dans des zones à haute prévalence de MST des ressources additionnelles sont utilisées pour combattre les MST.

Enfin, un suivi régulier et un programme d'évaluation globale périodique seront exécutés pour affiner les activités du projet.

Année 4	Gestion de cas de MST
10	* Organiser la formation et/ou le perfectionnement à 10 agents sanitaires dans les techniques de counselling
6 et 12	* Réviser le programme de recherche et accorder les subventions
1-12	* Faire l'évaluation et le suivi
"	* former en gestion de cas de MST 175 agents de santé et 50 autres agents de professions apparentées.
"	* Equiper 46 laboratoires élémentaires
"	* Collecter, publier et vulgariser les données sur la sensibilité biologique de la gonorrhée
"	* Publier et vulgariser les bulletins d'information, rapports et autres informations si nécessaires sur les MST/VIH
"	* Faire suivi et l'évaluation de la gestion de cas de MST
"	* Collaborer avec la PPM et la Banque Mondiale sur l'approvisionnement en médicaments essentiels contre le MST

Année 5	Gestion de cas de MST
1-3	* Faire l'étude d'évaluation rapide
10	* Former et/ou recycler 10 agents de santé dans les techniques de counselling sur le VIH
6 et 12	* Réviser le programme de recherche et accorder les subventions
1-12	* Equiper 46 laboratoires élémentaires de MST
"	* Equiper 6 laboratoires sentinelles de surveillance de MST
"	* Collecter, publier et vulgariser les données sur la sensibilité antibiotique de la gonorrhée
"	* Publier et vulgariser les bulletins d'information et rapports bi-hebdomadaires et autres informations si nécessaires sur les MST/VIH
"	* Faire le suivi et l'évaluation de la gestion de cas de MST
"	* Collaborer avec la PPM et la Banque Mondiale sur l'approvisionnement en médicaments essentiels
"	* Faire le suivi et l'évaluation

Année 6	Gestion de cas de MST
10	* Former et/ou recycler 10 agents de santé dans les techniques de counselling
6 et 12	* Réviser le programme de recherche et accorder les subventions
1-12	* Faire le suivi et l'évaluation
"	* Equiper 46 laboratoires élémentaires de MST
"	* Collecter, publier et vulgariser les données sur la sensibilité antibiotique de la gonorrhée
"	* Publier et vulgariser les bulletins d'information et rapports bi-hebdomadaires sur les MST/VIH et autres informations si nécessaire
"	* Faire l'évaluation et le suivi de la gestion de cas de MST
"	* Collaborer avec la PPM et la Banque Mondiale dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments essentiels.

5. Année 7

Pratiquement, ce sont les activités des cinq années précédentes qui se poursuivront pendant la septième année. La garantie de qualité des travaux, les coûts de fonctionnement des laboratoires sentinelles de surveillance, la publication et la vulgarisation des données obtenues à partir des sites sentinelles de surveillance et de bulletins d'information bi-hebdomadaires figureront en bonne place dans ce programme. Le projet prendra fin et des recommandations seront formulées pour des actions complémentaires.

Année 7	Gestion de cas de MST
4-8	<ul style="list-style-type: none">* Comme l'année 5* Elaborer de nouveaux dossiers de projet pour la lutte contre les MST au Mali selon les résultats de l'évaluation* Recommandations

B. Changement de Comportement

Le changement de comportement permet de réduire le risque de transmission du virus VIH. Cela sera possible grâce à l'élargissement et à l'amélioration des activités d'éducation des ONGs sur les MST et le SIDA; l'amélioration de la commercialisation des condoms à travers les ONGs et à la gestion de cas de SIDA/VIH au bénéfice des séropositifs et de leur famille. Il est prévu que toutes ces activités seront effectuées sous les auspices d'une ONG "parapluie". Cette organisation sera chargée de la sélection, la formation, la gestion quotidienne, etc...des ONGs qui seront impliquées dans le projet.

1. Année 1

Ce sera l'année de démarrage de cette composante du projet. Pendant cette année nous préparerons les jalons des activités des années à venir. Les structures fondamentales de gestion des ONGs ainsi que les réalisations des organisations plus grandes seront en place. Les critères pour l'octroi de subventions, la mise en place de comités de sélection, la coordination avec le PNLS pour la régionalisation des activités devront être réalisés pour la réussite de cette composante du projet dans les années qui suivront. En plus des activités déjà mentionnées, d'autres activités telles que celles qui suivent seront entreprises:

Année 1	Changement de comportement
1	* Identifier les PVO pilotes pour qu'ils agissent comme une organisation "parapluie"
2	* Accorder des financements aux PVO pilotes
1-2	* Fournir des commodités et des équipements
2-6	* Etablir une structure de gestion
2-6	* Nommer les membres du comité de sélection, définir des critères et établir des procédures de subvention aux ONGs
2-6	* Identifier les partenaires essentiels des ONGs
2-6	* Elaborer des matériels et la stratégie
6-12	* Accorder des subventions pour l'IEC
6-12	* Accorder des subventions pour le marketing des condoms
6-12	* Accorder des subventions à l'organisation de support
6-12	* Organiser la formation technique d'ONG (IEC/STD/AIDS)
6-12	* Organiser des campagnes médiatiques
6-12	* Surveiller et évaluer les activités des ONGs
6 & 12	* Soumettre des rapports d'activités
6 & 12	* Soumettre des rapports financiers

2. Année 2

L'année 2 consistera, dès que les structures de gestion seront mises en place, à utiliser celles-ci. Ce sera la première année de plein fonctionnement. Durant cette année, les financements seront accordés, les ONGs recevront une formation spécifique sur les MST et le SIDA et les enquêtes de KAP seront menées dans les zones du projet. Les activités seront surveillées. L'ONG "parapluie" commencera à recevoir le support du projet marketing social des condoms dans le cadre des techniques du marketing social des condoms spécialement réservés aux ONGs. Des campagnes spéciales seront entreprises pour la promotion des condoms dans les zones de forte concentration d'ONGs.

Il est prévu qu'avant l'année 2 une politique régissant le counselling sur le VIH aura été adoptée, diffusée et régulièrement pratiquée par ceux qui organisent les tests de non-blind. Les ONGs supporteront cette action par la création des centres de support aux séropositifs et à leur familles. Ces centres suivront les très célèbres ONG modèles d'Uganda, TASO.

Année 2	Changement de Comportement
1-12	* Identifier les ONG partenaires éventuelles
"	* Elaborer des matériels et des stratégies
"	* Accorder des subventions pour l'IEC
"	* Accorder des subventions pour le marketing des condoms
"	* Organiser la formation et l'appui des ONGs
"	* Organiser des campagnes de médiatiques
"	* Evaluer et surveiller les activités des ONGs et les Campagnes de médiatiques
11	* Faire l'évaluation externe
6&12	* Soumettre des rapports d'activités
6&12	* Soumettre des rapports financiers

3. Année 3

Selon les résultats de l'évaluation externe, l'on procèdera au cours de la troisième année à la confirmation ou la modification dans les stratégies afin d'atteindre les principaux objectifs de cette composante du projet. Des financements seront accordés aux ONGs. La coordination avec le PNLs pour l'ensemble des activités des ONG sera assurée ainsi que la coordination avec d'autres bailleurs des fonds aux ONG. Cela évitera la duplication des efforts. Les résultats seront observés à partir des intrants investis dans les ONGs par projet Marketing Social des Condoms. L'année 3 permettra aussi de faire une revue de cette stratégie.

Année 3	Changement de Comportement
1-12	* Identifier les potentielles ONGs partenaires
"	* Elaborer des matériels et stratégies
"	* Accorder des subventions pour l'IEC
"	* Accorder des subventions pour le Marketing des condoms
"	* Accorder des subventions aux ONGs de support
"	* Organiser la formation et le support des ONGs
"	* Organiser des Campagnes de médiatiques
"	* Evaluer et surveiller les activités des ONGs et les campagnes de Médiatiques
6&12	* Soumettre des rapports d'activités
6&12	* Soumettre des rapports financiers

4. Années 4, 5 et 6

Au cours de ces années, les ONGs opérant sur le terrain auront constamment des feedback sur la réussite ou la réussite potentielle de leurs activités. Des financements seront accordés aux d'autres ONGs dans les domaines où il y a eu une certaine réussite. Les ONGs qui gèrent des cas impliquant des séropositifs et leur famille auront opéré pendant au moins deux ans. Des approches spécifiques qui ont réussi aussi bien que celles qui ont échoué seront utilisées pour encourager cette activité. Une conférence nationale des ONGs

aura lieu au cours de l'An 4. Cette conférence permettra aux ONGs de se rencontrer afin de discuter des approches problématiques et d'échanger d'idées avec ceux qui ont réussi à surmonter leurs problèmes en inventant de nouvelles approches. Pendant, les Années 5 et 6, des subventions seront accordées aux ONG; les activités de ces ONGs feront l'objet d'un suivi et de nouvelles informations et approches seront communiquées aux bénéficiaires potentiels de subvention.

Année 4	Changement de Comportement
6	* Comme l'Année 2, plus * Remplacer les équipements des ONG
Année 5	Changement de Comportement
6	* Comme l'Année 3, plus * Remplacer les équipements informatiques de la structure de gestion et les équipements
Année 6	Changement de Comportement
	* Comme l'Année 2

5. Année 7

Au cours de cette année, les mêmes activités que celles de l'année 3 seront poursuivies. En fonction des résultats de l'évaluation externe, pendant l'Année 7, il y aura une confirmation ou une modification des stratégies afin d'atteindre les principaux objectifs de cette composante du projet. La coordination avec le PNLS dans le cadre des activités globales de l'ONG continuera ainsi que la coordination avec d'autres bailleurs qui accordent des financements aux ONG. Les résultats continueront d'être perçus à partir des intrants investis dans les ONGs par le projet Marketing Social de Condoms. Le projet prendra fin et des recommandations seront formulées pour des actions complémentaires.

Année 7	Changement de Comportement
4-8	* Comme l'Année 3, plus * Etablir de nouveaux dossiers de projet pour le changement de comportement selon les recommandations de l'évaluation.

C. Echange d'information, Développement des politiques, la Mobilisation des Ressources

Un des aspects les plus importants pour la réussite d'un programme de prévention et de lutte contre le VIH et le SIDA est l'existence d'une unité efficace de gestion et de

coordination de programme. La lutte contre l'épidémie du SIDA et le VIH nécessite une conduite rigoureuse du programme afin d'assurer la mobilisation, la coordination et l'emploi approprié des ressources humaines et financières internationales multi-sectorielles, tant au niveau national qu'international.

C'est la troisième composante du projet dont les réalisations doivent renforcer la capacité institutionnelle du PNLS. En l'occurrence, le PNLS s'impliquera dans l'échange d'informations, l'élaboration de politiques et la mobilisation des ressources avant la fin de ce projet. Cet objectif sera atteint grâce à la création d'une composante d'échanges d'informations opérationnelle, à la mise en place d'une unité d'élaboration de politiques et la mobilisation des ressources.

1. Année 1

Comme pour les autres composantes du projet, cette année l'on procèdera à la préparation des appels d'offres dans lesquels les tâches du consultant extérieur et du consultant local seront définies. Ces consultants aideront le PNLS à élaborer des politiques dans les domaines relatifs au counselling sur les VIH/SIDA, la distribution gratuite des condoms et la lutte contre les MST. En outre, des fournitures et des équipements seront achetés, la formation et des voyages d'études pour le personnel du projet organisés. Un mécanisme d'échange d'informations sera mis en place, y compris les réunions de coordination des bailleurs et la production d'un bulletin d'information.

Année 1	Echange d'informations, Développement des politiques, et Mobilisation des ressources
1-12	* Fournir l'assistance technique pour 63 jours/personnes
1-12	* Fournir l'assistance technique pour 120 jours/personnes
1-3	* Installer le logiciel AIM et apprendre son utilisation au personnel
4-11	* Développer les scénarios sur l'impact du SIDA au Mali en utilisant le modèle d'impact du SIDA
12	
2 et 8	* Organiser des ateliers sur le Modèle d'Impact du SIDA
1-6	* Organiser des réunions de coordination des bailleurs de fonds
1-6	* Elaborer des politiques sur le Counselling sur le VIH/SIDA
1-6	* Elaborer des politiques sur la distribution gratuite des condoms
3 et 9	* Elaborer des politiques sur la prévention et la lutte contre les MST
	* Organiser des cours de planification et de gestion de programmes
6	* Financer des études sur l'impact socio-économique et démographique du SIDA au Mali
10-11	* Rédiger et éditer le premier bulletin d'information bi-hebdomadaire
12	* Publier et distribuer le premier bulletin d'information bi-hebdomadaire
1-12	* Fournir au PNLS et aux régions des documents et des revues
	* Identifier et envoyer des participants aux conférences et ateliers et en voyages d'études
1-12	* Assurer les fournitures de bureau du PNLS
1-12	* Assurer l'entretien des équipements du PNLS
1-12	* Assurer le fonctionnement et l'entretien des véhicules du PNLS

2. Année 2

L'année 2 sera la première année de pleine opération du PNLS renforcé. Pendant cette année, le bulletin d'information cherchera une plus grande audience et deviendra une source d'informations pour toutes les personnes et organisations travaillant sur le SIDA au Mali. Les politiques développées pendant la première année seront promulguées dans tout le pays. Les personnes chargées de l'application de ces politiques seront formées. Le suivi effectué par le Ministère de la Santé et les feedback qu'il recevra permettront l'exécution fidèle progressive de ces politiques. Des enquêtes finales sur les personnes soumises au test du SIDA et des diagnostics des MST doivent être menés comme un moyen de vérifier que les politiques sont effectivement appliquées. Les résultats de ces enquêtes pourraient être utilisés comme un stimulus positif par les ceux chargés d'appliquer ces politiques.

A la fin de cette année deux études sur l'impact socio-économique et démographique du SIDA seront effectuées au Mali. les résultats de ces études serviront à équilibrer les fonds du bailleur.

Année 2	Echange d'information, Développement des politiques, et Mobilisation des Ressources
1-12	* Fournir l'assistance technique extérieure pour 63 jours/ personnes
1-12	* Fournir l'assistance technique locale pour 120 jours/personnes
1-5	* Développer les scénarios sur l'impact socio-économique du SIDA au Mali en utilisant le modèle de l'impact du SIDA
6	* Organiser l'atelier sur le modèle de l'impact du SIDA
2 et 8	* Organiser des réunions de coordination des bailleurs de fonds
3 et 9	* Organiser des cours de planification et de gestion de programmes
2, 5, 8, & 11	* Rédiger et Editer le bulletin d'information bi-hebdomadaire
3, 6, 9 & 12	* Publier et distribuer le bulletin d'information bi-hebdomadaire
1-12	* Fournir au PNLS et aux Régions des documents et des revues
1-12	* Identifier et envoyer des participants aux conférences et ateliers et en voyage d'études
	* Assurer des fournitures de bureau au PNLS
1-12	* Assurer l'entretien des équipements informatiques du PNLS
1-12	* Assurer le fonctionnement et l'entretien des véhicules du PNLS

3. Années 3,4,5 et 6

Les jalons des activités des années 3-6 auront déjà été placés pendant les années 1 et 2. Durant ces années, il y aura de l'assistance technique supplémentaire pour la formation, des visites de supervision pour la création ou l'actualisation des programmes SIDA au niveau régional et/ou national afin d'aider à la coordination des bailleurss de fonds. Comme pour l'année 1, la description des tâches se fera et les contractants seront choisis. Une évaluation du projet sera faite pendant l'année 3. Elle servira de base pour modifier ou confirmer les activités du projet.

Années 3-6	Echange d'information, Développement des politiques, et Mobilisation des Ressources
1-12	* Fournir le service d'assistance technique journalière de 63 personnes
1-12	* Fournir l'assistance technique et journalière de 120 personnes
2 et 8	* Organiser des réunions de coordination pour le bailleur
3 et 9	* Organiser des cours de programmation et de gestion
3,5,8 & 11	* Rédiger et éditer le bulletin d'information bi-hebdomadaire
3,6,9 & 12	* Publier et distribuer le bulletin d'information bi-hebdomadaire
1-12	* Fournir au PNLS et aux régions la documentation et les journaux
1-12	* Identifier et envoyer des participants aux conférences et ateliers et en voyages d'étude
	* Réserver des locaux au PNLS
1-12	* Fournir des services de maintenance au PNLS
1-12	* Fournir des services d'opération et de maintenance de véhicule au PNLS
1-12	* Année 3 l'évaluation du programme.

4. Année 7

Cette année poursuivra les mêmes activités de l'année 6. Selon les résultats de l'évaluation, l'année 7 fera une confirmation ou une modification dans les stratégies afin que cette composante du projet puisse atteindre de grands rendements. La coordination au sein du GRM aussi bien que la coordination avec les bailleurs continueront. La garantie de la qualité d'exécution des politiques sera maintenue. La fin du projet et les recommandations pour un nouveau suivi des activités seront effectuées.

Année 7	Echange d'information, Développement des politiques et Mobilisation des Ressources
1-6	* Comme l'année 3 plus * Elaborer de nouveaux dossiers de projets pour un nouveau programme

IV. Plan Financier et Budget Détaillé

A. Contribution de l'USAID Mali

USAID Mali donnera 10.000.000 \$ US sur les Fonds de Développement pour l'Afrique (FDA) pour supporter le contrôle des MST, le changement de comportement, une coordination efficace, l'assistance technique à long terme de l'USAID, et la vérification des comptes. Ce qui suit consiste en un résumé de quatre tableaux et un budget détaillé, illustrant le plan financier du projet:

Tableau1: Résumé des financements au cours du projet

Tableau2: Résumé du budget

Tableau3: Budget détaillé: Répartition des coûts par an en devise étrangère et en devise locale

Tableau4: Evaluation des méthodes d'exécution et de financement

Tableau5: Contribution du pays hôte

Tableau 1
Résumé des Financements au Cours du Projet
(000\$)

Rubriques du Budget	Montant Exigé pour AF94	Montant Prévisionnel Exigé	Montant Total Exigé
Contrôle des MST	1.020	2.937	3.957
Changement de comportement	686	2.474	3.160
Coordination efficace	181	872	1.053
Assistance Technique à Long Terme	215	1.440	1.655
Vérification des comptes	25	150	175
Total	2.127	7.873	10.000

I. SURVEILLANCE DE L'EST

10-Ago	1	2	3	4	5	6	7	TOTALS	TOTAL
ance	DF	DL	DE	LC	DE	DL	DE	Local	GENERAL
60 000	50 000	27 118	50 000	24 000	50 000	1 000	0	184 446	384 446
0	535 000	0	1 45 000	0	145 000	0	0	0	1 452 500
105 000	250 000	103 442	233 442	106 442	233 442	0	0	1 130 652	2 130 652
105 000	535 000	135 050	283 442	132 442	145 000	105 442	145 000	1 256 100	2 052 500
									3 667 500

II. CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

283 500	17 500	255 000	17 500	255 000	17 500	255 000	17 500	1 803 500	1 803 500
10 000	188 000	0	0	0	120 000	0	0	40 000	374 000
97 100	110 000	92 100	87 100	92 100	5 000	82 100	0	634 700	466 700
370 600	315 500	352 100	347 100	341 100	137 500	347 100	17 500	2 445 200	3 158 700

III. COORDINATION EFFICACE

54 000	50 000	45 000	41 000	20 000	50 000	20 000	50 000	228 000	549 000
0	6 000	0	0	0	0	0	0	5	6 000
30 800	40 500	30 600	40 500	50 800	40 500	30 600	40 500	214 200	407 700
44 800	86 000	75 600	81 500	56 000	92 800	50 800	50 500	440 200	1 052 700
15 000	290 000	16 000	15 000	15 000	200 000	15 000	200 000	106 000	1 050 200
25 000	0	25 000	0	25 000	0	25 000	0	175 000	175 200
665 200	1 447 500	578 500	625 000	546 112	573 000	522 142	453 200	4 288 500	5 825 240
660 200	1 447 500	603 500	625 000	570 112	573 000	547 142	453 200	4 463 500	10 000 000

TOTAL (avec ventilation US\$40)

A. SUBVENTIONS DES ONGS, FORMATION, ET AIDE: \$1,520,000										TOTAL \$										TOTAL GENERAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DL	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DL	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DL	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE	EL	DE</

A. FORMATION ET APPUI: \$540,000

2 Form. à DT (Résidentaire de Prozd)
Documentation
Bedlines, photo & données publication
Abolition du Modèle d'Impact du SIDA
Conférence Médicale (5 ou 2 par an)
Fournitures de Bureau
1 Maintenance des Équipements
1 Maintenance et Opération des Véhicules

B. FOURNITURES ET EQUIPEMENT: \$8,000

1 Copieuse
1 Logiciel de mise en page

C. ASSISTANCE TECHNIQUE: \$497,700

AT système à court terme
93 Services journaliers
3 Frais de retour par avion
68 Déplacements imprévus à 815 \$/jour
AT Local à Court Terme
120 Services journaliers
60 Fournitures journalières

SOUS-TOTAL 3

AT à LT de l'USAG
Vieillesse USAG

TOTAL (sans ventilation USAG):
TOTAL (avec ventilation USAG):

	Amende DL	1 DE	Amende EL	2 UE	Amende UL	3 UE	Year LC	4 BE	Amende DL	5 DE	Amende UL	6 DE	Amende UL	7 DE	Local	TOTAL \$	Branger	TOTAL GENERAL
	0	30,000	0	30,000	0	30,000	0	30,000	0	30,000	0	30,000	0	30,000	0	210,000	210,000	210,000
	0	5,000	0	5,000	0	5,000	0	5,000	0	5,000	0	5,000	0	5,000	0	35,000	35,000	35,000
	25,000	0	25,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25,000	25,000	25,000
	15,000	15,000	0	15,000	0	15,000	0	15,000	0	15,000	0	15,000	0	15,000	0	150,000	150,000	150,000
	3,500	0	3,500	0	3,500	0	3,500	0	3,500	0	3,500	0	3,500	0	3,500	24,000	24,000	24,000
	2,500	0	2,500	0	2,500	0	2,500	0	2,500	0	2,500	0	2,500	0	2,500	11,000	11,000	11,000
	3,000	0	3,000	0	3,000	0	3,000	0	3,000	0	3,000	0	3,000	0	3,000	21,000	21,000	21,000
	0	4,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,000	4,000	4,000
	0	2,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,000	2,000	2,000
	0	10,800	0	10,800	0	10,800	0	10,800	0	10,800	0	10,800	0	10,800	0	132,300	132,300	132,300
	0	9,000	0	9,000	0	9,000	0	9,000	0	9,000	0	9,000	0	9,000	0	63,000	63,000	63,000
	0	12,800	0	12,800	0	12,800	0	12,800	0	12,800	0	12,800	0	12,800	0	88,200	88,200	88,200
	20,800	0	20,800	0	20,800	0	20,800	0	20,800	0	20,800	0	20,800	0	20,800	201,800	201,800	201,800
	1,800	0	1,800	0	1,800	0	1,800	0	1,800	0	1,800	0	1,800	0	1,800	12,800	12,800	12,800
	64,800	0	64,800	0	64,800	0	64,800	0	64,800	0	64,800	0	64,800	0	64,800	1,452,700	1,452,700	1,452,700
	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	200,000	18,000	1,850,000	1,850,000	1,850,000
	25,000	0	25,000	0	25,000	0	25,000	0	25,000	0	25,000	0	25,000	0	25,000	175,000	175,000	175,000
	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	1,447,000	455,200	5,559,500	5,559,500	5,559,500
	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	1,447,000	600,200	6,039,500	6,039,500	6,039,500

B. Evaluation des Méthodes d'Exécution et de Financement

Tableau 4
Evaluation des Méthodes d'Exécution et de Financement

Composition	Méthode d'Exécution	Méthode de Financement	Montant (\$)
Contrôle des MST: Assistance Technique à Long Terme, Formation, Equipement et Approvisionnement de laboratoire, Commodités, Dépenses opérationnelles, Recherche et Evaluation	Contrat direct avec un contractant institutionnel ²¹	Payement Direct	3.957.600\$
Changement de Comportement	Accord Coopératif	Payement Direct	3.159.700\$
Coordination Efficace: Assistance Technique à Court Terme, Formation, Approvisionnements, Dépenses Opérationnelles	Contrat Direct avec un Contractant Institutionnel	Payement Direct	1.052.700\$
Assistance Technique à Long Terme de l'USAID TAACS	PASA	Payement Direct	1.550.000\$
Assistance Technique à Long Terme de l'USAID: Assistant du Projet	Contrat Direct	Payement Direct	105.000\$
Vérification des comptes	REDSO/WCA IQC	Payement Direct	175.000\$

²¹Un contractant institutionnel sera employé pour exécuter les composantes de lutte contre le SIDA et la Coordination Efficace du projet. Le financement total maximum du contrat sera 5.010.300\$ (3.957.600\$ pour le contrôle des MST + 1.052.700\$ pour la Coordination Efficace).

C. Contribution du Gouvernement de la République du Mali

La Section 110 de l'Acte de l'Assistance Etrangère exige que la contribution du pays hôte à un projet financé par l'USAID ne soit pas moins de 25 % du montant total à moins que cette obligation ne soit annulée par l'USAID-Washington à la demande du Directeur de Mission. Le gouvernement du pays hôte fait généralement cette contribution en espèce en permettant gratuitement au projet de bénéficier de la collaboration du personnel de l'Etat, du temps et de l'effort des membres de la communauté, du local, et d'autres besoins du projet. Il est demandé au GRM de faire un rapport trimestriel de sa contribution et l'USAID-Mali a émis un Ordre de Mission pour documenter cette demande.

La contribution du pays hôte telle qu'elle apparaît dans le tableau et les notes suivantes comprenant les salaires du personnel étatique du Gouvernement Malien s'élève à un équivalent de 158.050\$ US et les frais de location à un équivalent de 67.200\$ US soit un total de 225.250\$ US. Ce montant représente 2 % du projet total ce qui est beaucoup moins que les 25 % de contribution normalement exigés qui serait 3.292.080\$ US.

Tableau 5
La Contribution du Pays Hôte²²
(000\$)

Rubriques du Budget	Total
Salaires	158
Locaux	67
Total	225

1. Justification de la Contribution du Pays Hôte

a. Salaires

Ceci regroupe salaires du personnel de l'Unité de Coordination du Projet du Programme National de Lutte contre le SIDA, l'unité d'exécution du projet et de la Direction Régionale de la Santé Publique dans les 8 Régions plus le District de Bamako. Les contributions au coût salarial de ces services sont calculées comme suit (à un taux de change de 500 CFA pour 1\$ US):

²²La source des informations qui suivent est le Programme National de Lutte contre le SIDA.

1) L'Unité de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA:

Le nombre d'employés est de 12. Le pourcentage de temps consacré par ce personnel aux activités du projet est estimé à 60 %. Le salaire annuel est estimé à 14.000.000 CFA pour les 2 premières années et 14.700.000 CFA pour les cinq années suivantes.

Contribution salariale pour la cellule

$$14.000.000 \text{ CFA} \times 60 \% \times 2 = 16.800.000 \text{ CFA} = 33.600\$ \text{ US}$$

$$14.700.000 \text{ CFA} \times 60 \% \times 5 = 44.100.000 \text{ CFA} = 88.200\$ \text{ US}$$

$$\text{Total} = 121.800\$ \text{ US}$$

2) Les Régions

Huit Régions plus le District de Bamako sont couverts par ce projet. L'estimation du salaire annuel du personnel engagé dans le projet dans ces régions est de 25.000.000 CFA pour les deux premières années du projet et de 26.250.000 CFA pour les cinq années restantes. Le pourcentage du temps consacré par ce personnel aux activités du projet est estimé à 10 %.

Les contributions salariales pour les Régions sont:

$$25.000.000 \text{ CFA} \times 10 \% \times 2 = 5.000.000 \text{ CFA} = 10.000\$ \text{ US}$$

$$26.250.000 \text{ CFA} \times 10 \% \times 5 = 13.125.000 \text{ CFA} = 26.250\$ \text{ US}$$

$$\text{Total} = 36.250\$ \text{ US}$$

Contribution salariale totale: $121.800\$ \text{ US} + 36.250\$ \text{ US} = 158.050\$ \text{ US}$.

b. Locaux (Valeur Locative)

Ceci est une estimation de la valeur du local du service considéré comme une contribution au projet. Le projet l'utilisera sans payer de taxe. Le projet en cours va déménager du bâtiment qu'il occupe maintenant et le Gouvernement du Mali va lui fournir un autre bâtiment plus spacieux et avec une valeur locative de 8.000.000 CFA par an. Le personnel du projet est supposé occuper les 60 % du local. La valeur locative totale pendant la durée du projet est:

$$8.000.000 \text{ CFA} \times 60 \% \times 7 = 33.600.000 \text{ CFA} = 67.200\$ \text{ US}.$$

D. Evaluation des Méthodes de Réalisation et de Financement

USAID Mali a opté pour faire l'Audit Financier de l'Agence contractée à la place des institutions du gouvernement malien. Ces audits financiers seront faits annuellement conformément aux Systèmes d'Audit Standard AICAP généralement accepté c'est à dire le Système d'Audit Standard du Gouvernement des Etats Unis et les "Grandes Lignes des Audits Financiers Contractés par le Bénéficiaire Etranger" émis par l'Inspecteur Général de l'A.I.D.

1. Responsabilité de l'USAID Mali

L'USAID Mali choisira une entreprise privée de comptabilité crédible pour faire ces vérifications selon le plan comptable standard du Gouvernement des Etats Unis. A la fin des travaux d'audit sur le terrain, le rapport préliminaire devra être soumis à la Mission pour révision selon les termes de la description des tâches. L'USAID Mali fournira la copie finale du rapport de l'audit à RIG/A/Dakar pour une révision finale.

L'officier de liaison pour la Mission pour la vérification des comptes est le contrôleur.

2. Responsabilité de RIG/A/Dakar

En utilisant la version finale du rapport, l'Inspecteur Régional à Dakar, Sénégal (RIG/A/Dakar) doit s'assurer que le travail effectué sur cet audit est conforme aux lignes directrices de l'audit et aux standards d'audits à utiliser. Ainsi, RIG/A/Dakar donnera des conseils techniques à l'entreprise comptable et à l'USAID Mali.

3. Responsabilité du Gouvernement du Mali

La responsabilité du gouvernement du Mali se situe à deux niveaux: (1) mettre à la disposition des contrôleurs toute la documentation pour mener l'audit; (2) s'assurer que les recommandations issues de l'audit sont bien exécutées et accomplies dans un temps raisonnable.

4. Financement de l'Audit

Le montant de 175.000\$ a été accordé à ce projet pour accomplir une vérification des comptes par an durant les sept années du projet.

V. RESUMES DE L'ANALYSE DU PROJET

A. Analyse Technique et Institutionnelle

1. Amélioration de la lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles au Mali

a. La Situation Actuelle

1) Soin Clinique

Il n'y a jamais eu de programme officiel de lutte contre les MST au Mali. Le traitement des MST est une partie des soins de santé en général, relève du même environnement et est sujet aux mêmes problèmes. Spécifiquement, l'accès au diagnostic et aux traitements des maladies sexuellement transmissibles est surtout limité du fait des difficultés d'accès aux soins de santé primaire, de la formation inadaptée des pourvoyeurs de santé primaire, des moyens de diagnostic inadéquats et d'un manque de médicaments appropriés et moins onéreux pour traiter les Maladies Sexuellement Transmissibles. Compte tenu du niveau de morbidité et des infrastructures disponibles, la Banque Mondiale dans son évaluation des besoins d'intervention contre les VIH/MST, a classé le Mali parmi les pays Sahéliens les plus prioritaires.

Il est encourageant de constater que le Gouvernement de la République du Mali a élaboré une stratégie quinquennale ambitieuse pour combattre les MST et le VIH et il existe plusieurs projets de développement de grande envergure qui tentent de renforcer l'infrastructure sanitaire.²³ Une excellente opportunité est offerte à l'USAID d'aider le Mali et d'autres agences de financement dans les efforts visant à élaborer un programme national de lutte contre les MST/VIH.

2) Surveillance

La surveillance de la maladie se fait de la base vers le sommet du système sanitaire. Les données sont transmises des arrondissements aux cercles, puis aux régions et finalement à Bamako où elles sont centralisées par la Division Epidémiologie pour analyse. Malgré les efforts entrepris par la Division de l'Epidémiologie du Ministère de la Santé pour améliorer la surveillance des maladies sexuellement transmissibles et le VIH, la surveillance reste faible et tous les cas ne sont pas recensés. Comme contribution de l'USAID au projet PHPSR²⁴, le "Projet Santé Communautaire et Population" dispose d'un volet visant à mettre en

²³*Plan Stratégique 1994-1998, Revision 4*, PNLS, Février 1994.

²⁴Le *Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale* est un projet financé par plusieurs bailleurs de fonds chargés de l'amélioration de l'infrastructure sanitaire et de la formation du personnel.

place un système national d'informations médicales, y compris la révision et l'amélioration de la liste des conditions reportables, le remaniement des formulaires de rapport, des guides, des systèmes d'information, et la formation du personnel clé.

3) Cas de SIDA Signalés

De 1985 à Juin 1993, au total 4 736 personnes ont été déclarées séropositives, malgré l'absence de système de SIDA. La déclaration de cas de SIDA a commencé depuis 1985, quand le Mali déclara son premier cas et il y a eu un total cumulatif de 1 479 à la date de mars 1993. Ce chiffre est certainement de loin inférieur à la réalité étant donné qu'il ne représente que les cas signalés pour les deux hopitaux principaux de Bamako. Il est fort probable qu'il y ait de nombreux cas qui n'ont été ni diagnostiqués ni enregistrés. Au cours des trois dernières années, les cas repertoriés ont doublé, on a dénombré 460 cas en 1992 contre 377 en 1991, et 242 en 1990.²⁵ On ne sait pas si cela signifie un accroissement de la morbidité ou un enregistrement plus efficace. Quoi qu'il en soit, la tendance est inquiétante.

4) Cas de Maladies Sexuellement Transmissibles Signalés

Trois maladies sexuellement transmissibles figurent sur la liste de plus de 80 états pathologiques: la "*syphilis vénérienne symptomatique*," "*la gonococcie présumée*" et autres "*maladies vénériennes*".²⁶ Cependant, étant donné qu'il est difficile de procéder au diagnostic en laboratoire, les données enregistrées sont basées presque entièrement sur des examens cliniques et fournissent peu d'informations utiles. La catégorie des "autres maladies sexuellement transmissibles" est tellement imprécise qu'elle n'est d'aucune utilité.

5) Les Activités de Surveillance du VIH

La Division de l'Epidémiologie a installé sept sites de surveillance du SIDA. Il y en a 3 à Bamako et 4 autres dans les régions (Sikasso, Mopti, et Kayes, financés par les Canadiens et Ségou financé par les Hollandais). Tous les sites appliquent les mêmes protocoles, aucun d'eux ne dispose d'un système de surveillance des maladies sexuellement transmissibles.

6) Données Epidémiologiques: Taux de Prévalence Actuels des Maladies Sexuellement Transmissibles et du VIH

En 1987 des études ont montré parmi les femmes enceintes de Bamako (considérées comme représentatives de la population) un taux de séroprévalence de 0,4% pour le VIH1 et 1,4% pour le VIH2. Parmi les prostituées de Bamako, il y avait un taux de prévalence de 23% pour le VIH1 et 27% pour le VIH2. Les résultats des sites de surveillance

²⁵Plan Stratégique 1994-1998, Revision 4, PNLS, Février 1994.

²⁶Information compiled from the Department of Epidemiology's current reporting forms.

ont indiqué que 2 % des donneurs de sang à Bamako, 4 % de femmes dans un dispensaire prénatal, et 2 % des patients testés à l'Hôpital du point G étaient séropositifs.²⁷ Des études faites sur les prostituées des maisons de tolérance de Bamako par le projet SIDA financé par l'USAID de 1987 à 1993 indiquent une séropositivité de 39 % en 1987, 63 % en 1988, 47 % en 1991, 74 % en 1992 et 52 % en 1993.²⁸

Les résultats d'une étude sur la séropositivité au niveau national menée en 1993 sur 4892 personnes des 8 régions considérées comme représentatives de la population en générale, indiquent un taux de prévalence de 2 % du VIH1 à Gao et Tombouctou, 4 à 6 % à Kayes, Ségou et Bamako, et 6 % à Sikasso. Le taux de séroprévalence sur toute l'étendue du territoire était estimée à 5,3 % dont 3,4 % pour le VIH1 et 0,9 % pour le VIH2 et 1 % pour la double infection.

Une excellente critique faite par l'INRSP à propos des données épidémiologiques disponibles conclut que la plupart des recherches sont limitées par de sérieuses lacunes méthodologiques et que beaucoup n'ont pas de valeur scientifique. Dans les études qui permettaient de distinguer le VIH-1 du VIH-2; on a pu observer que la prévalence du VIH-1 était généralement le double de celle du VIH-2.²⁹

7) L'incidence des Maladies Sexuellement Transmissibles et les Etudes de leur Prévalence.

Les données de la surveillance des maladies sexuellement transmissibles pour l'année 1991 étaient les suivantes: 3 160 cas de syphilis; 14 154 cas de gonorrhée présumée; et 9 051 cas d'"autres maladies sexuellement transmissibles".³⁰ Les données sur les "autres maladies sexuellement transmissibles" sont encore plus incomplètes parce qu'elles ne sont pas déclarées et qu'il manque des moyens de diagnostic adéquats.

En 1991, en utilisant des diagnostics de laboratoire, les chercheurs à l'INRSP ont mené une étude de la prévalence de la gonorrhée et de la chlamyde sur 280 nouveaux-nés dans une maternité à Bamako. Ils ont trouvé que le taux de prévalence de la conjonctivite était de 21,4 % (60/280). Le taux de prévalence de la conjonctivite gonococcique était de 10,7 % et celui du C. trachome de 10 %.

Une série d'études de prévalence menées sur des prostituées

²⁷Des données du Department d'Epidemiologie le programme de la surveillance sentinelle du VIH, Mars 1994.

²⁸Plan Stratégique 1994-1998, Revision 4, PNLS, Février 1994.

²⁹Kodio B. Revue de la Littérature et Synthèse des Connaissances de l'Infection par le VIH et le SIDA au Mali. Ministère de la Santé, Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), 1993.

³⁰Diatta L. Epidémiologie des Infections à VIH au Mali: 1985-1992. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, Division d'Epidémiologie, 1993.

à Bamako par le projet SIDA financé par l'USAID a révélé un taux élevé de maladies sexuellement transmissibles. En 1987 la prévalence des infections gonococciques était de 47,5 % avec un test de confirmation de la séropositivité de la syphilis (VDRL) de 24,3 %. Des études ultérieures sur la même population en 1991 ont indiqué un taux de prévalence de 41 % pour la gonorrhée, et un taux de séropositivité (VDRL) de 25 % pour le SIDA. Une évaluation ultérieure en 1992 a indiqué 7 % pour la gonorrhée et une séropositivité VDRL de 26 %. Une autre évaluation en 1993 a indiqué des taux de prévalence de 8,2 % pour la gonorrhée, 15,6 % pour les infections dues au trichomonas, 30,5 % pour la candidose et 5,7 % avaient un RPR positif. (un autre type de test pour la confirmation de la syphilis).

En 1994, une étude a été menée sur 210 femmes recherchant des soins prénatals, des soins de planning familial, et des soins de gynécologie à Bamako; 42 % d'entre elles étaient porteuses de pararickettsioses dont la plupart était asymptomatique, 34 % souffraient de gonorrhée, 2,5 % étaient séropositives au test du VIH et 4,5 % l'étaient au test du VDRL.³¹

8) L'Evaluation Rapide

La Banque Mondiale a financé une évaluation rapide de la prévalence du VIH et des MSTs au Mali.³² L'étude s'est intéressée à 3 populations cibles: les femmes enceintes, en tant qu'échantillon représentatif de la population, en général les prostituées en tant que groupe à haut risque et les conducteurs de camions et leurs apprentis, un autre groupe à haut risque. Quatre zones géographiques avaient été choisies pour les études: Bamako, Sikasso, (une région indiquée dans les études précédentes comme ayant le taux de prévalence de VIH le plus élevé et qui sert de porte d'entrée aux pays hyper-endémiques tels que la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso); Mopti, un centre commercial sur le fleuve Niger et Koutiala, un important carrefour commercial pour les transports routiers. Les résultats préliminaires montrent un taux de prévalence du VIH de 4 % chez les femmes enceintes, 55 % chez les prostituées et 10 % chez les chauffeurs de camions (les données sur les maladies sexuellement transmises ne sont pas disponibles.) Ces résultats montrent des niveaux de contamination par le VIH chez les prostituées maliennes comparables aux taux de 10 à 40 % chez les prostituées séropositives de Nairobi et de Kinshasa.

9) La Situation Actuelle/Rôle du PNLS

Selon le modèle établi par l'OMS et largement accepté,

³¹Guindo A. *Etude de la Prévalence des Principaux Agents Pathogènes Responsables de MST/SIDA dans une Population de Femmes en Age de Procréer. Un thèse pour obtenir le grade Docteur en Pharmacie présenté devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, 1994. Mali.*

³²Diarra L. *Etudes de Prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et des Infections à VIH au Mali. Protocole d'Enquête. Document du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique. Septembre 1993.*

Programme National de Lutte contre le SIDA devrait être l'organe de coordination des activités relatives au VIH et aux maladies sexuellement transmissibles à travers les départements du Ministère de la Santé chargés de la surveillance, du traitement clinique, de la pharmacologie, des recherches en laboratoire, du planning familial et des activités d'éducation sanitaire. Cependant il existe au Mali des problèmes qui suggèrent le besoin d'organiser le PNLS de telle façon qu'il coordonne une action combinée contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le VIH. Malgré la nécessité que le Comité National de Lutte contre le SIDA soit informé sur les Maladies Sexuellement Transmissibles, actuellement aucun de ses membres n'est spécialisé dans ce domaine.

10) Conclusions

Les maladies sexuellement transmissibles y compris l'infection par le VIH, représentent un problème sanitaire majeur au Mali. Le VIH existe parmi les groupes supposés représenter les estimations les plus justes de la population (les niveaux de la prévalence estimés entre 4 à 5%), et paraît être assez élevé chez les populations à haut risque (40 à 50% parmi les prostituées de Bamako). Bien que la qualité des données ne permet pas une analyse rigoureuse pour le moment, celles disponibles laissent supposer que le nombre de personnes séropositives augmente rapidement au Mali.

b. Plan du Projet

1) Fondement de Base

Le VIH est une maladie sexuellement transmissible et partage avec d'autres maladies sexuellement transmissibles les mêmes modes de transmission; les mêmes facteurs de risque comportemental et les mêmes hôtes. D'autres maladies sexuellement transmissibles facilitent la transmission sexuelle du VIH. La présence d'une MST chez un individu non infecté par le VIH le rend plus vulnérable au VIH. De même, la présence d'une maladie sexuellement transmissible chez une personne la rend plus apte à transmettre cette infection par le VIH. La portée de ce phénomène est importante, des études ont démontré que les personnes atteintes de MST inflammatoires courent 2 à 4 fois plus le risque de contracter ou de transmettre l'infection du VIH. Dans le cas des maladies sexuellement transmissibles entraînant des ulcères génitaux, les risques de transmission du VIH peuvent augmenter jusqu'à dix fois.

Le traitement des maladies sexuellement transmissibles protège directement contre l'infection du VIH et présente d'autres avantages sur le plan sanitaire, particulièrement chez les femmes et les enfants qui souffrent le plus de la morbidité liée aux maladies sexuellement transmissibles.

2) Les Composantes du Projet

Les activités du projet *Maladies Sexuellement

Transmissibles" sont conçues en vue de réaliser un système plus efficace de lutte contre les maladies sexuellement Transmissibles pour diminuer l'incidence des MST sur la population en général.

Des progrès majeurs seront réalisés dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles grâce à une meilleure gestion des cas de maladies sexuellement transmissibles; un système amélioré de surveillance et de déclaration des maladies sexuellement transmissibles; et grâce au renforcement des moyens du Comité National de Lutte contre le SIDA pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles.

i. Les Eléments Clés pour l'Amélioration de la Gestion de Cas Comportent:

- * L'addition des médicaments de première nécessité pour le traitement des principales maladies sexuellement transmissibles à la liste des médicaments essentiels;
- * La formation du personnel de santé dans la gestion des maladies sexuellement transmissibles;
- * La dotation en équipements essentiels de laboratoire pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles; et
- * Le financement de la recherche opérationnelle.

ii. Les Eléments Clés pour l'Amélioration de la Surveillance et de la Déclaration des Maladies Sexuellement Transmissibles Comportent:

- * La dotation des sites de surveillance sentinelle en équipements de laboratoire pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles;
- * Des enquêtes d'évaluation rapide afin d'avoir une vue globale sur l'évolution des maladies sexuellement transmissibles au Mali; et
- * La révision du protocole de traitement en fonction des données obtenues de la recherche opérationnelle.

iii. Les Eléments Clés pour le Renforcement de la Capacité du Comité National de Lutte contre le SIDA pour lutter contre les Maladies Sexuellement Transmissibles Comportent:

- * Les services d'un conseiller technique sur les maladies sexuellement transmissible

pendant deux ans, et

- * Une formation à long terme sur les maladies sexuellement transmissibles pour deux membres du Comité National contre le SIDA.

2. Changement de Comportement

a. Rationale et Historique des Organisations Non Gouvernementales au Mali

En l'absence de vaccin, le changement de comportement est la seule façon d'éviter la contamination ou la transmission du VIH. L'utilisation accrue des condoms (comme l'attestent les ventes) est un indicateur clé prouvant que la connaissance du SIDA et la sensibilisation sur cette maladie ont abouti à un changement de comportement positif.

Les ONG ont déjà fait la preuve de leur capacité à atteindre et à travailler effectivement avec les populations rurales et urbaines du Mali; à faire face aux priorités locales et à être flexibles dans leur approche.

La première ONG étrangère a été enregistrée au Mali en 1967 et la première ONG nationale en 1979. Le nombre des Organisations Non Gouvernementales a augmenté rapidement depuis 1982 pour atteindre aujourd'hui approximativement le nombre de 400.

Le rôle catalyseur que jouent les ONGs dans le processus de développement du Mali n'est plus à démontrer. Actives dans tous les secteurs, elles ont remporté des résultats fort éloquents qui font d'elles aujourd'hui les partenaires privilégiés des populations, de la plupart des organismes de coopération et même de l'Etat. Les Organisations Non Gouvernementales investissent en moyenne 27,5 milliard de F CFA par an, ce qui fait d'elles la troisième source de financement du pays après l'aide bi-et multilatérale et les financements publics. Plus de 6,5 millions d'individus bénéficient au Mali des actions des ONGs à travers une mobilisation populaire. Le secteur de la Santé constitue le troisième domaine d'intervention des ONGs, après l'agriculture et l'approvisionnement en eau, avec environ une centaine d'ONGs.

b. Les Forces et les Faiblesses des Organisations Non Gouvernementales Nationales

Les forces et les faiblesses des Organisations Non Gouvernementales nationales peuvent se résumer ainsi:

1) Exemples des Forces

- * Souplesse, flexibilité des ONGs dans l'exécution de leurs activités, d'où

leur capacité d'adapter leurs programmes aux priorités des populations.

- * Engagement, détermination et esprit de sacrifice, leur permettant de travailler dans toutes les conditions sur le terrain pour atteindre leurs objectifs.
- * Capacité du personnel à s'adapter aux conditions de vie du village, donc de s'intégrer aux communautés et d'obtenir la confiance des populations cibles.
- * Prestations peu onéreuses du fait de l'investissement bénévole de leurs membres et de l'utilisation de moyens dérisoires dans l'exécution de leurs tâches. Les financements ont rarement été supérieurs à 2.000.000 FCFA dans le cadre des expériences citées plus haut.
- * Capacité d'initiatives, de mobilisation de la population autour d'objectifs communautaires.

2) Exemples des Faiblesses

- * Manque de technicité du personnel constitué souvent de jeunes diplômés sans expérience, avec une forte mobilité professionnelle empêchant une capitalisation d'expérience. Pour le cas particulier du SIDA, manque de connaissances de base sur le sujet, maîtrise insuffisante des techniques et instruments de communication. Ce qui a conduit à quelques erreurs d'interprétation et d'approche ayant abouti à la reprise de séances d'après de groupes cibles ou à la résiliation de contrats de certaines ONGs.
- * Insuffisance de moyens financiers: incapacité de générer des ressources propres et d'obtenir des financements substantiels; incapacité des ONGs à élaborer des dossiers de projets convaincants; concurrence entre elles auprès des bailleurs de fonds; manque de confiance en la capacité de gestion des ONG de la part de bailleurs qui préfèrent accorder de petites subventions de courte durée avec des frais administratifs dérisoires (ce qui rend impossible le développement institutionnel de l'ONG).
- * Organisation insuffisante souvent liée au manque de moyens pour financer des postes permanents ou à la main-mise de certains barons membres fondateurs qui préfèrent se transformer en homme orchestre à tout faire que de partager les responsabilités avec autrui. Une étude de l'USAID menée en Mars 1994 sur 19 ONG révèle que certaines ONGs sont gérées par une seule personne qui en est directeur, le comptable, le commissaire aux comptes.

- * Gestion souvent peu judicieuse des ressources (matérielles, humaines et financières), renforçant la réticence des bailleurs à accorder de nouvelles subventions. Selon cette même étude, seules 6 ONGs sur les 19 disposent de budgets prévisionnels.

La conséquence de tout cela est que seul un petit nombre d'ONGs est opérationnel (environ 50 sur 300 enregistrées). Mais des efforts sont entrepris pour corriger ces faiblesses à travers les multiples formations dispensées par des structures telles que le CCA/ONG, les différents Groupes Pivots et même des organismes de coopération qui de plus en plus, utilisent les ONGs pour l'exécution de leurs projets au Mali.

c. Les ONG dans la Lutte contre le SIDA au Mali

Dans la lutte contre le SIDA les ONGs représentent une grande ressource. Dans le cadre d'un partenariat fort réussi, des ONGs étrangères et nationales ont pu mener des actions novatrices. De tous ces exemples d'intervention, il ressort que les ONG sont des organisations capables d'appuyer la lutte contre le SIDA au Mali en raison de leurs nombreuses qualités. Mais jusqu'ici l'envergure de leurs activités a été quelque peu limitée et les financements qu'elles arrivent à obtenir sont souvent de courte durée et trop peu importants pour leur permettre de mener des actions efficaces.

Le Projet Prévention du SIDA, financé par Solidarité Canada Sahel et Aide à l'Enfance Canadienne avait comme objectifs de prévenir la transmission du virus du SIDA, réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection causée par le VIH et sensibiliser le public canadien aux réalités du Mali. La population cible en zone urbaine et rurale de Koulikoro était les élèves, les jeunes de la rue dans les zones urbaines, les jeunes ruraux et les femmes en âge de procréer.

L'évaluation finale de Mai 1993 a montré que le projet avait un impact positif sur les partenaires impliqués dans l'intervention. Les évaluateurs ont recommandé la poursuite du projet dans une deuxième phase, tout en faisant des recommandations pour corriger les faiblesses décelées dans la première phase.

Le Projet "Action contre le SIDA au niveau des populations à haut risque"³³, une composante du PNLS, s'est fixé comme objectif la réduction de la transmission du SIDA au niveau des groupes à haut risque: prostituées, clients de bars et par la suite au sein de l'ensemble de la population. Dans le cadre de ses activités, quatre ONG ont bénéficié d'un financement d'environ \$20.000 en fin 1992. Elles ont toutes mené des actions de sensibilisation à travers des soirées dansantes, des conférences, des projections de film, des manifestations sportives et théâtrales avec distribution gratuite de préservatifs.

³³Mieux connu sous le nom du projet FHI (Family Health International)

Le projet Planification Familiale/SIDA du Groupe Pivot Survie de l'Enfant a été mis en place en fin 1993 pour une durée de 5 ans. Il est financé par le projet de Co-financement des ONG de l'USAID Mali avec un financement initial de \$1.250.000 sur 18 mois et un budget total d'environ sept millions cinq cents mille dollars US (7 500 000 dollars US). A travers ce projet le Groupe Pivot Survie de l'Enfant offre aux PVO/ONGs du Mali la possibilité de participer à un programme de promotion de la planification familiale et de lutte contre le SIDA. Les Organisations Non Gouvernementales membres du groupe bénéficient de formation sur le planning familial, le SIDA, les techniques d'information, d'éducation et de communication et la gestion de projet. Il leur est accordé aussi un appui financier pour les activités liées à la planification familiale et au SIDA ou pour les activités génératrices de revenus.

En 1993, Plan International a appuyé huit ONGs maliennes dans ses zones d'intervention (Kangaba, Banamba) pour des activités d'information, d'éducation et de communication sur le SIDA et de distribution des préservatifs. L'Association d'Aide et d'Appui aux Groupements (AAAG) a été une des bénéficiaires de cet appui avec un financement d'environ deux millions de F CFA (2 000 000 F CFA). A la suite de cette expérience, Plan International envisage d'accroître ses activités à travers un projet quinquennal (1994-1999) d'un montant d'environ quatre millions de dollars US. Le projet concernera cent arrondissements et impliquera une dizaine d'ONGs nationales dans un programme d'information, d'éducation et de communication, de promotion des associations d'entre-aide pour les séropositifs et les sidéens et une vaste campagne médiatique.

Oxfam UK encourage les ONGs nationales qui sont en partenariat avec elle, à insérer un volet sensibilisation sur le SIDA dans leurs activités. C'est ainsi que 12 ONGs partenaires d'OXFAM ont reçu en 1993 des formations sur les relations entre le développement et le SIDA.

L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) intervient dans le domaine de la Planification familiale. Dans le cadre de la lutte contre le SIDA, elle joue un rôle prépondérant à travers ses activités (éducation sanitaire, distribution de préservatifs) mais aussi grâce à l'appui qu'elle apporte aux ONGs (formation des agents, location de matériel audio-visuel et de films, et.).

L'Association des Femmes Educatrices du Mali (AFEM) s'occupe de la formation des filles migrantes et organise des cours d'alphabétisation et d'éducation sanitaire. Les formatrices projettent des films sur le SIDA et éduquent les filles pour un changement de comportement. Elle touche près de mille cinq cent filles migrantes, mais a du mal à répondre aux demandes de nombreux quartiers.

L'Association Malienne pour la Promotion et l'Insertion des Jeunes (AMPIJ) a un projet appelé "Action Aides Familiales" qui s'adresse également aux filles migrantes dans la lutte contre les MST/SIDA. Elle mène un début de "counselling" avec les filles déclarées séropositives ou déjà malades du SIDA. Une étude intitulée "Filles migrantes et SIDA"

est menée présentement par cette organisation. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

D'autres Associations s'investissent également dans la lutte contre le SIDA à travers des conférences-débats dans les établissements scolaires et les organisations et associations féminines. En fait, travaillant dans un secteur aussi vaste et souvent d'une manière informelle, personne ne sait exactement la contribution globale des ONG et des associations dans la lutte contre le SIDA. Les exemples cités ci-dessus représentent seulement la partie bien documentée et bien connue.

d. Appui Nécessaire aux ONG/Plan du Projet

1) Composants de l'appui

- * Organisation/coordination des actions des ONGs, développement d'un réseau ONG à travers le pays. La décentralisation des structures sera faite à travers des ONGs pilotes au niveau régional.
- * Formation du personnel des ONG et formation des formateurs dans le domaine :
 - de l'élaboration/gestion de projets
 - des connaissances sur les MST/SIDA
 - des techniques en IEC
 - des techniques en Assistance-Conseil
 - des techniques en Organisation communautaire.
- * Voyages d'études/Echanges d'expériences
- * Participation financière aux activités relatives au SIDA (et même aux activités génératrices de revenus des ONGs, comme cela est préconisé par le groupe Pivot/Santé pour une plus grande mobilisation de la population).
- * Appui financier pour des études sociales spécifiques afin de mieux adapter les supports et messages d'IEC aux particularités des populations et recueillir des données statistiques.
- * Séminaires/Ateliers de réflexion
- * Documentation et publication

2) Résultats Attendus

Les résultats attendus des ONGs dans la lutte contre le SIDA

sont les suivants:

- * Une population sensibilisée en général (zone urbaine et rurale) par l'IEC
- * Le niveau des villages identifié et formé d'intermédiaires
- * La participation par les ONG aux études sur les spécificités des régions ciblées pour l'amélioration et l'adaptation des messages et des matériels didactiques
- * La promotion et vente des condoms, par la mise en place d'un réseau de distribution des ONG en collaboration avec le projet de marketing social
- * La prise en charge des séropositifs et des malades du SIDA par les communautés en stimulant les initiatives à la base.

3. Le Programme de Gestion de VIH/SIDA au Mali

a. Fondements

Un des aspects les plus importants pour la réussite d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA est l'existence d'une cellule de gestion et de coordination. La lutte contre le VIH/SIDA nécessite une conduite rigoureuse du programme afin de favoriser la mobilisation, la coordination et l'usage approprié des ressources multi-sectorielles, humaines et financières au niveau national et international.

De plus, beaucoup de dirigeants africains ont toujours tendance à considérer le VIH/SIDA comme étant similaire à d'autres maladies infectieuses plus anciennes. Pour cette raison, il faut continuer à établir et maintenir le dialogue sur les particularités du VIH/SIDA entre décideurs, tant au niveau international, national que communautaire, dialogue rendu nécessaire par l'aspect multi-sectoriel et par l'impact socio-démographique et économique du VIH/SIDA sur une Afrique sub-saharienne vulnérabilisée par une grande pauvreté, un faible statut des femmes et un faible niveau d'éducation parmi les populations. Selon un rapport de la Banque Mondiale, "le SIDA causera un ralentissement dans la croissance du revenu par tête de 0,6 % en moyenne par an dans les 10 pays sub-sahariens les plus touchés".

b. La Gestion du Programme VIH/SIDA au Mali

Au regard des données alarmantes provenant d'autres pays africains fortement touchés et en vue de limiter la propagation du VIH et du SIDA pendant que les taux sont encore relativement bas, le Gouvernement du Mali a mis en place le Programme National de Lutte contre le SIDA en 1987 et a finalisé le plan de lutte à moyen terme contre le VIH et le SIDA en 1989.

Les objectifs précis de ce plan comprenaient :

- * Informer et éduquer les populations sur le SIDA
- * Assurer la sécurité de la transfusion sanguine
- * Améliorer la collecte de données épidémiologiques
- * Etablir un système de prestation de conseils
- * Mener la recherche sur le VIH et le SIDA y compris des enquêtes de KAP et des études sur les impacts socio-économiques.
- * Etablir un système efficace de gestion de programme

La structure organisationnelle du Programme National de Lutte contre le SIDA est conçue comme suit :

- * Le Comité National de Lutte contre le SIDA
- * L'Unité Centrale de Coordination
- * Les comités de lutte contre le Sida au niveau des régions et des cercles
- * Le Conseil Scientifique et Technique pour la lutte contre le SIDA comprenant cinq sous-comités techniques pour fournir des conseils au Comité National et à son Bureau de coordination sur des problèmes précis liés au VIH.
- * La Commission Mixte de Suivi qui comprend le Ministère de la Santé et les principaux donateurs.

En 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Ministère de la Santé a procédé à un examen externe du plan à moyen terme qui a permis de voir que les réalisations du Programme National de Lutte contre le SIDA étaient limitées et a identifié les faiblesses suivantes dans la gestion et l'exécution du programme :

- * Manque de stratégies bien définies pour diriger et coordonner les activités du Programme National de Lutte contre le SIDA.
- * Mauvaise organisation et coordination du programme;
- * Manque de crédibilité de l'Unité Centrale de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA et de ses divers comités en raison de l'insuffisance de leurs réalisations, la tendance du Programme National de Lutte contre le SIDA à centraliser les ressources et son manque de transparence.
- * Manque de ressources pour appuyer les activités prévues étant donné le nombre restreint de donateurs et l'insuffisance de l'appui au niveau national.

Le changement démocratique de 1991 a entraîné le départ de l'équipe dirigeante du Programme National de Lutte contre le SIDA et l'arrivée d'une autre

équipe plus dynamique et plus ouverte. Depuis 1992, malgré l'instabilité du Ministère de la Santé ³⁴, beaucoup d'initiatives importantes et encourageantes ont été entreprises dans le but de renforcer les efforts visant à prévenir le VIH et le SIDA au Mali :

- * La décentralisation des activités et des ressources au niveau régional. La Coopération Suisse a décidé de concentrer son aide sur la région de Sikasso, tandis que l'UNICEF octroie de petites subventions dans les huit régions.
- * L'intervention des organisations non-gouvernementales dans les grandes initiatives de prévention du VIH et du SIDA.
- * Le soutien des activités de prévention du Sida par d'autres Ministères tels que ceux de l'Education et de la Défense.
- * La mise au point d'outils standards de supervision et de contrôle des activités de prévention du SIDA; des visites trimestrielles de supervision des comités régionaux de lutte contre le SIDA et un cours sur le SIDA destiné aux autorités régionales au cours de ces visites.

c. L'Aide des Bailleurs de Fonds pour Encourager et Renforcer les Activités sus-Mentionnées à Augmenté

- * Avec un financement respectif de 200 000 et de 20 000 dollars en 1993, l'UNICEF et la coopération Suisse ont pris la tête dans la promotion des activités décentralisées comme indiqué précédemment. L'UNICEF a prévu une somme additionnelle de 200.000 dollars pour 1994;
- * Le Programme de Développement des Nations-Unies, en collaboration avec le programme national de lutte contre le Sida, est en train d'élaborer un programme de prévention du SIDA de 800.000 dollars pour 1994-97, programme qui permettra de financer l'assistance technique externe à court terme, l'évaluation de programme, des matériaux audio-visuels, des stages, une formation de courte durée et deux véhicules;
- * La Banque Mondiale a accordé pour 1993/94 un prêt de 1.400.000 dollars³⁵ et a déjà financé les installations téléphoniques, la salle de conférence, le centre de documentation du Programme National de Lutte contre le Sida, des rencontres pour développer le plan stratégique 1994/97

³⁴ Le Ministre actuel de la Santé est le troisième depuis 1991.

³⁵ Le Gouvernement du Mali considère ce prêt de la Banque Mondiale comme une des contributions les plus importantes à la lutte contre le VIH/SIDA.

du programme national de lutte contre le Sida et une étude de grande envergure sur la prévalence de maladies vénériennes. Ces fonds serviront aussi à appuyer la coordination du programme, à développer des supports pour l'éducation sanitaire et à acheter l'équipement de laboratoire et deux véhicules;

- * L'Organisation Mondiale de la Santé continue à soutenir le budget de fonctionnement de l'Unité de Coordination du Programme national de Lutte contre le Sida avec un financement annuel de 80.000 dollars.
- * La CEE et le Japon aussi examinent présentement l'octroi d'une aide respective de 1.000.000 Ecus et de 2 à 4 millions de dollars au Programme National de Lutte contre le SIDA.

d. Les Obstacles que l'Appui de l'USAID Addressera

L'USAID/Mali encouragera les nouvelles orientations adoptées par le Programme National de Lutte contre le SIDA et son Unité Centrale de Coordination et s'associera aux autres donateurs pour surmonter les difficultés suivantes :

- * La formation du personnel de l'Unité Centrale de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA et celui des Comités Régionaux de lutte contre le Sida est insuffisante et inappropriée. Actuellement l'Unité Centrale de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA emploie 6 professionnels à plein temps et 4 auxiliaires tandis que les Comités Régionaux sont composés d'agents du Gouvernement employés à temps partiel. Il ne dispose pas de planificateur ni de gestionnaire de programme qualifié. Seuls deux médecins des régions ont bénéficié d'une initiation sur le VIH et le SIDA lors des dernières conférences internationales sur le SIDA.
- * L'Unité Centrale de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA et ses Comités Régionaux disposent d'un nombre limité d'équipements pour coordonner, superviser et soutenir les activités. Mais elle doit recevoir 4 autres véhicules de la Banque Mondiale et du PNUD. L'équipement du Programme National de Lutte contre le SIDA comprend un ordinateur en bon état et un vieux photocopieur.
- * Il y a un manque de données pertinentes sur l'épidémie du VIH et du Sida au Mali. Ce problème a pu freiner les efforts du Programme National de Lutte contre le SIDA pour obtenir l'engagement du Gouvernement et l'adhésion de l'opinion publique aux programmes de prévention du VIH et du SIDA.

En conséquence, ce projet fournira l'assistance technique, la formation et l'équipement qui permettront au Comité National contre le SIDA de jouer pleinement son rôle de coordination, particulièrement dans les domaines des échanges d'informations, du développement d'une politique et de la mobilisation de ressources.

e. Les Intrants du Projet

Le projet fournira :

- * L'assistance locale et externe à court terme afin de soutenir l'unité centrale de coordination et les comités régionaux dans la coordination, la supervision et le développement d'un programme et d'une politique dans les quatre régions (Bamako, Mopti, Kayes et Koulikoro) qui bénéficient déjà du soutien du projet. L'assistance technique aidera aussi à la conception des mécanismes adéquats de coordination et des structures organisationnelles du Programme National de Lutte contre le SIDA.
- * Des équipements et des moyens logistiques, y compris une photocopieuse pour l'Unité Centrale de Coordination et la documentation scientifique relative au VIH/SIDA pour les régions et l'Unité Centrale de Coordination. Il est déjà prévu que les équipements du projet SIDA actuellement financés par l'USAID seront transférés à l'Unité Centrale de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA comme il est précisé dans les documents du projet. Ces équipements comportent deux ordinateurs et un véhicule.
- * La formation à court terme sur la gestion du programme relatif au VIH/SIDA et à d'autres maladies sexuellement transmissibles et la participation aux conférences importantes sur les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.
- * Deux études sur l'impact socio-économique et démographique de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali et l'analyse de la littérature subsidiaire afin que les données essentielles soient mises à la disposition des décideurs et des leaders d'opinions.
- * L'appui pour la production de bulletins semestriels de liaison au niveau de l'unité centrale du programme national de lutte contre le Sida et au niveau régional.
- * La présentation du modèle d'Impact du SIDA au Gouvernement et aux décideurs. Le modèle sera explicitement adapté en fonction des réalités du Mali et montré aux responsables gouvernementaux lors d'ateliers sur les politiques et autres documentations connexes.

En plus, pour faciliter la circulation de l'information et renforcer la capacité du PNLS, nous proposons de financer la publication informatisée de rapports sur la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles, les matériels de formation et autres genres d'informations.

f. Les Résultats Attendus

- * Au moins quatre plans régionaux de lutte contre les MST et le VIH/SIDA seront élaborés pour la période 94-97, mis à jour régulièrement et exécutés.
- * Au moins quatre plans sectoriels de lutte contre les MST et le VIH/SIDA seront élaborés, régulièrement mis à jour et exécutés par des organismes du secteur public tels que le Ministère de l'Éducation, le Ministère de la Jeunesse, le Ministère de la Défense, le Ministère du Développement Rural et ceux du secteur privé.
- * Des politiques bien définies seront élaborées sur les services-conseils en matière de VIH/SIDA, le droit et les responsabilités des séropositifs et des malades du SIDA, la distribution gratuite de condoms ainsi que la prévention des MST et la lutte contre ces maladies.
- * Des structures de coordination et d'organisation appropriées du PNLS seront mises en place. Des visites de supervision et des réunions de coordination régulières seront organisées en utilisant des outils de suivi standards.
- * Deux études sur l'impact socio-économique et démographique du Sida au Mali seront effectuées.
- * L'analyse de la littérature subsidiaire relative au VIH/SIDA sera faite chaque année afin que les données importantes soient mises à la disposition des décideurs et des leaders d'opinions.
- * Les bulletins de liaison et d'information seront édités et distribués semestriellement à grande échelle.
- * Divers scénarios sur l'impact socio-économique du Sida au Mali seront développés en utilisant le modèle d'Impact du SIDA et seront communiqués aux décideurs au niveau régional et national.
- * L'engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA sera intensifié au niveau régional et national.

B. Analyse Economique et Financière

Ce projet répond au besoin de réduire la propagation du SIDA au Mali à travers trois approches prolongées comportant la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, la promotion active du changement de comportement et le soutien institutionnel au Comité National de SIDA. Ainsi, le projet devrait atténuer l'impact socio-économique du SIDA qui tue des personnes alors qu'elles sont dans leurs années les plus productives et qui touche de façon disproportionnée en Afrique Sub-Saharienne, la relativement petite frange des travailleurs qualifiés et de l'Elite sociopolitique.

Afin de déterminer la valeur économique et financière du projet, cette analyse utilise une approche traditionnelle de la rentabilité pour calculer les taux de recette (IRR) à partir de plusieurs scénarios³⁶ de projet. Comme la suite de la discussion le résume, les IRR supportent complètement le projet proposé, un fait qui met l'accent sur l'importance de combattre le SIDA au Mali.

Plus en détail, cette analyse divise les populations cibles du projet en deux groupes, le groupe "Non noyau" et le groupe "Noyau". Le groupe noyau comprend les prostituées, les militaires, les conducteurs de camions et autres qui sont caractérisés par un taux élevé d'activités sexuelles et, par conséquent, par un taux élevé de transmission du SIDA. Le groupe non noyau comprend le reste de la population sexuellement active. A ces deux groupes est attaché un niveau spécifique de prévalence du préservatif. Cette dernière en raison des activités du projet est supposée être plus importante dans le groupe "noyau" que dans le "groupe Non noyau". Cependant chaque groupe augmente l'usage du préservatif à cause des activités du projet et dans chaque groupe cet usage est aussi supposé causer des réductions vis à vis de la séropositivité et du SIDA.

De telles réductions dues à l'usage du préservatif n'entraînent pas seulement de grandes économies dans les coûts de traitement, mais aussi des gains dans la mesure où les salariés restent des membres productifs de la société au lieu de succomber sous les effets débilétants du SIDA. Ces gains peuvent être monétisés et comparés aux dépenses du Projet et aux coûts du préservatif pendant une période de 25 ans à compter de 1994. Un taux de retour interne peut aussi être calculé à partir de divers scénarios. De manière spécifique, dans le scénario de base qui utilise toutes les variables du projet telles qu'elles ont été précisées, l'IRR pour l'analyse financière est de 53 %; un cas de figure qui dépasse de loin le coût du capital et par là souligne le grand taux de retour vers la société à partir du projet proposé. Ce chiffre est basé sur le fait qu'actuellement les préservatifs sont subventionnés. La détermination du prix des préservatifs à leur juste valeur du marché produit aussi un pourcentage élevé d'IRR de 50 % dans

³⁶Le taux interne des recettes (IRR) est l'intérêt nécessaire pour égaliser la valeur des bénéfices du projet à la valeur du cours des coûts du projet pendant un certain nombre d'années. Cet IRR aide les responsables des politiques de choisir entre différentes alternatives du projet à ce que, *ceteris paribus*, les taux d'IRR élevés sont généralement plus souhaités que les bas taux d'IRR.

l'analyse économique de ce projet. De ce fait les subventions n'affectent pas la valeur du projet de manière significative.

Sur un plan économique et financier, un taux élevé d'IRR ne justifie pas complètement le projet. Au contraire, les interventions actuelles doivent être comparées à des propositions alternatives pour déterminer si une peut améliorer l'IRR en modifiant le projet et par là d'augmenter le bénéfice que tire la société de son investissement dans la prévention et la sensibilisation contre le SIDA. Une possibilité est de se consacrer plus fortement au groupe "non noyau", ce qui entraîne des taux d'IRR significativement moindres; 35 % pour l'analyse financière, 31 % pour l'analyse économique. L'analyse économique et financière dans l'Annexe F examine d'autres possibilités, mais toutes les alternatives démontrent soit un moindre taux d'IRR ou occasionnent des dépenses élevées. Donc cette analyse économique et financière supporte complètement le projet proposé tel qu'il est maintenant défini, en démontrant que les ressources doivent être orientées vers l'augmentation de la prévalence des préservatifs au Mali.

C. Validité Sociale

1. Historique

L'analyse des implications sociales des programmes de santé au Mali reste à compléter et à perfectionner. Pourtant, il est essentiel de prendre en compte les facteurs sociaux pour bien comprendre une maladie et entreprendre des actions concrètes pour l'éradiquer.

Les aspects sociologiques de la santé sont difficiles à maîtriser durant la conception d'un projet spécifique tant les diversités culturelles et linguistiques sont nombreuses. Si avec trois langues (bambara, peul et français) on peut atteindre la majorité des maliens, il n'en demeure pas moins que cette majorité n'existe pas sur le plan culturel et comportemental. Chaque ethnie, et elles sont nombreuses au Mali, tient à ses spécificités culturelles et linguistiques, même si elle accepte de communiquer dans une langue de plus grande diffusion.

La grande étendue du territoire national (1 140 000 Km²) constitue un défi majeur pour tous les projets qui voudraient atteindre le plus grand nombre de personnes dans un maximum d'espace géographique. L'accroissement rapide de la population, l'importance des migrations à l'intérieur et à l'extérieur du pays font que les plans d'action prévus sont rapidement dépassés et nécessitent d'être réajustés fréquemment.

Néanmoins, sur le plan de l'organisation sociale, les divers groupes ethniques du Mali sont relativement homogènes. Une hiérarchie entre les hommes, les femmes et les jeunes d'un côté et de l'autre entre les nobles, les hommes de caste et les esclaves existe de façon presque identique partout au Mali.

Au niveau de l'organisation économique, la société malienne est au niveau de vie de subsistance. La société rurale prédominante a été peu touchée par l'économie monétaire et se nourrit presque exclusivement de ce qu'elle produit. En général, les gens ont peu d'argent

et pratiquent l'agriculture, l'élevage et la pêche pour survivre. Une minorité de la population pratique la culture de rente (en particulier celle du coton, du riz et du tabac) et paraît plus privilégiée sur le plan des ressources monétaires.

2. Les Soins de Santé

En dépit des efforts entrepris par le Gouvernement dans le cadre de l'aide bilatérale et multilatérale, les soins de santé au Mali sont insuffisants. Aussi bien sur le plan des infrastructures que du personnel, le besoin et l'inadéquation sont ressentis partout. Les infrastructures de santé adaptées, lorsqu'elles existent, sont souvent trop éloignées des populations qu'elles sont supposées servir. La couverture sanitaire est caractérisée aussi par des inégalités criantes. Ainsi, la majorité des hôpitaux, des médecins et en particulier des sages-femmes sont concentrés dans les centres urbains (la capitale nationale et les capitales régionales). La conséquence naturelle est un manque notoire de personnel dans les zones rurales et le surnombre dans les villes.

Les centres de santé privés et communautaires commencent à faire leur apparition. Leur nombre exact n'est pas connu, mais augmente rapidement dans les centres urbains et péri-urbains, rapprochant ainsi les infrastructures sanitaires de leurs bénéficiaires.

3. Les Maladies Sexuellement Transmissibles et le SIDA au Mali

Le contexte socio-culturel Malien est jusqu'à présent caractérisé par des croyances populaires en ce qui concerne les maladies vénériennes et le SIDA. Le rôle de Dieu est très important; en effet, peu de gens croient au Sida, étant donné que pour la plupart des gens, il ne peut y avoir de maladie dont le remède n'a pas été donné à l'homme. Ainsi, la population se conduit de manière insouciance vis-à-vis du SIDA. Les instincts de protection contre la maladie en général et les maladies vénériennes et le SIDA en particulier n'existent pratiquement pas chez beaucoup de personnes. Cela provient probablement du fait que la médecine traditionnelle à laquelle ont recours bon nombre de gens particulièrement en milieu rural, est essentiellement curative plutôt que préventive. Pourquoi se soucier d'une maladie qui ne nous a pas encore atteint?

Bien qu'aucune catégorie socio-professionnelle ne soit épargnée, la maladie en général est plus endémique et plus mortelle parmi les couches défavorisées (tels que les agriculteurs, les éleveurs et les pêcheurs) vivant en milieu rural et qui ont un accès limité aux infrastructures sanitaires.

Environ une douzaine de bailleurs de fonds dont l'USAID, accordent une attention particulière au problème du SIDA au Mali. La littérature malienne sur les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA n'est pas particulièrement riche. Elle est en majeure partie constituée de mémoires et de thèses de fin d'études rédigés par des étudiants qui n'ont pas toujours les aptitudes requises en méthodologie de la recherche et en rédaction des sondages de projets spécifiques de lutte contre le Sida. Ces mémoires, thèses et rapports sont catalogués dans le document "Revue de la Littérature et Synthèse des Connaissances sur l'Infection du SIDA au Mali de 1983 à 1993", disponible à l'Institut National de Recherche.

4. Comment le Sexe est Perçu dans la Société Malienne

La perception du sexe dans la société malienne est caractérisée par le respect et le silence. Toute chose ayant trait au sexe est à traiter avec précaution; comme un secret personnel. Cependant, cela n'empêche pas certains groupes sociaux de discuter de sexe entre eux. L'objectif premier de l'activité sexuelle est la procréation. Cette conception du sexe est très proche du point de vue de la Bible et du Coran.

Au Mali, l'activité sexuelle commence très tôt. Les jeunes garçons et filles ont leurs premières relations sexuelles à l'âge de 14 ans. C'est l'âge auquel les filles sont généralement données en mariage en milieu rural.

La période où l'activité sexuelle est la plus intense est celle comprise entre 14 et 25 ans. Bien que la société malienne ne soit pas permissive sur le plan sexuel, on constate une tendance croissante du sexe à devenir banal, surtout dans les centres urbains et dans les zones à fort taux de migration et d'échanges socio-économiques.

Il existe au Mali des pratiques sexuelles considérées comme anormales soit parce qu'elles sont contraires aux valeurs morales, soit parce qu'elles relèvent d'anciennes pratiques. Cela recouvre les viols traditionnels, l'homosexualité, l'enlèvement de femmes, etc.

5. Le Projet Financé par l'USAID pour la Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles/SIDA

Le projet de prévention et de sensibilisation contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA a été conçu pour les régions de Kayes, Koulikoro et le district de Bamako. L'USAID a déjà eu une longue expérience dans ce domaine à travers le projet national multi-donateur de santé, le projet de lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles de l'USAID, le Programme National de Lutte contre le SIDA, le Groupe Pivot santé et l'Association Malienne de planning familial. Le problème de la prévention du SIDA et de la sensibilisation sur ce mal n'est donc pas nouveau pour l'USAID.

La population des zones couvertes par le projet est composée d'agriculteurs, d'éleveurs, de pêcheurs, de fonctionnaires ou de salariés de tout genre. Ils n'ont pas tous le même emploi de temps et il y a des risques que pendant la phase active du projet, il ne soit pas possible d'atteindre tout le monde (personnellement) au moment qui convient le mieux. Ces gens, même ceux qui sont employés régulièrement dans les villes, sont très pauvres. Leur préoccupation majeure est de trouver de la nourriture pour survivre. Seront-ils capables de payer les soins médicaux? Aussi, ils se déplacent beaucoup (migrants saisonniers, domestiques, voyages d'affaires). Le problème de la migration est très important et doit être étudié avec soin dans un tel projet et pris en compte dans la conception des stratégies pour la sensibilisation et la prévention.

La société est très bien structurée dans les zones du projet. Toutes les

décisions sont prises par les hommes. Les femmes suivent la voie des hommes et les enfants constituent une source de main d'œuvre bon marché. Les décisions sont prises par les aînés et quelques membres influents de la société. Les hommes de caste (griots et forgerons) et les chefs religieux sont souvent consultés lorsqu'il y a un obstacle à lever pour parvenir à un accord.

Environ la moitié de la population bénéficiera directement des activités du projet. L'autre moitié en bénéficiera indirectement à travers des activités d'éducation sanitaire (Radio, télévision, Tee-Shirts.).

Le projet est réalisable car l'USAID a déjà de l'expérience dans ce domaine. Toutefois, cette faisabilité devrait être soigneusement examinée sur des bases administratives, organisationnelles, géographiques, humanitaires et logistiques, elle devrait être aussi examinée sur le plan des ressources humaines et de l'efficacité du personnel disponible et du personnel à former. Certaines difficultés liées à la préparation psychologique inadéquate des populations, à une mauvaise politique de santé, à des obstacles créés par des croyances religieuses islamiques et chrétiennes, et à une durée excessive du projet pourraient surgir.

Ce dont le Mali a le plus besoin est un mécanisme pour observer les tendances dans le comportement sexuel; un réseau de solidarité en faveur des victimes du Sida; une consultation rapprochée et approfondie entre donateurs; et, l'implication des institutions de recherche en sciences sociales dans la lutte contre le Sida. Afin de mieux comprendre les implications sociales des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, ces différents besoins doivent être transformés en actions concrètes.