

Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA au Mali 2001-2005

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

MINISTERE DE LA SANTE

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE

CONTRE LE VIH / SIDA 2001-2005

Janvier 2001

NOTE AU LECTEUR

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2001-2005 (PSN 01-05) est le cadre, défini par le Gouvernement malien et ses partenaires nationaux et internationaux, dans lequel doivent s'inscrire toutes les initiatives et actions en matière de lutte contre le SIDA au Mali. Dans ce document, plan stratégique et cadre stratégique sont utilisés avec la même signification.

Il est complété par le Plan d'Action de Référence pour aller vers la mise en _uvre. Le Plan d'Action de Référence est destiné à l'usage de tous les acteurs de la lutte contre le SIDA, au

niveau des communes, des districts, des provinces, des ONG et associations, des entreprises, des ministères qui développent des plans d'action sectoriels de lutte contre le SIDA. Chaque entité sélectionnera les objectifs et stratégies en rapport avec ses domaines de compétence et développera les activités pertinentes.

LISTE DES ABREVIATIONS

AZT : Azidothymidine

ACDI : Agence Canadienne de Développement International

AMUPI : Association Malienne pour l'Union et le Progrès Islamique

BC : Bureau de Coordination

CACP : Connaissance, Attitudes, Croyances et Pratiques

CCLS : Comité Communal de Lutte contre le SIDA

CDC : "Centers for Diseases Control"

CERPOD : Centre d'Etudes et de Recherche en Population et Développement

CESAC : Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil

CLLS : Comité Local de Lutte contre le SIDA

CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPS : Cellule de Planification Sanitaire

CRLS : Comité Régional de Lutte contre le SIDA

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement Rénové

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CTRLS : Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA

CTS : Commissions Techniques Spécialisées

DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations Communautaires

FERASCOM : Fédération Régionale des Associations Communautaires

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GTMCS : Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi

GTTM : Groupe Technique de Travail Mixte

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

IEC : Information, Education, Communication

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MS : Ministère de la Santé

MSPAS : Ministère de la Santé Publique et de l'Action Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies pour le SIDA

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMT : Plan à Moyen Terme

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PDDSS : Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PSN : Plan Stratégique National

PSI : Population Services International

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance Familiale

USAID : "United States Agency for International Development"

VIH : Virus de l'Immuno-déficienc e Humaine

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Cadre institutionnel du PNLS

Annexe 2 : Organigramme du BC / PNLS

Annexe 3 :

RESUME DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2001-2005

L'atelier régional sur la planification stratégique organisé par l'ONUSIDA à Ouagadougou en janvier 1999, a été l'occasion de finaliser le calendrier du processus de planification stratégique au Mali. L'atelier tenu à Fana du 18 au 20/02/1999, centré sur la préparation de l'analyse de la situation et de la réponse nationales face à l'épidémie de SIDA a consacré le démarrage effectif du processus. La revue documentaire et les études complémentaires menées sur le terrain par les équipes de recherche ont permis une fructueuse collecte des données. Pour mieux prendre en compte les spécificités locales et régionales, les résultats de l'analyse de la situation et de la réponse ont été présentés et discutés au niveau des huit régions

et du district de Bamako. Le 25 octobre 1999, s'est tenu à Bamako l'atelier national de restitution et de validation des résultats de l'analyse de la situation et de la réponse. Un rapport de synthèse a été élaboré par l'équipe nationale d'analyse de la situation et de la réponse et présenté en Conseil inter-ministériel le mardi 30 novembre 1999.

Des ateliers sur le VIH et le développement ont proposé des outils de planification/ programmation qui ont permis, aux nationaux du secteur public et privé, aux ONG/associations et aux agences de coopération partenaires dans le PNLIS, de définir les grandes orientations du plan stratégique 2001-2005, les priorités d'intervention et les stratégies jugées pertinentes. Le Ministère de la Santé (MS), qui a la responsabilité de conduire la politique du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA, en a défini les orientations essentielles dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 dont le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002 constitue l'outil de mise en œuvre.

L'analyse de la situation épidémiologique montre que les derniers chiffres de surveillance sentinelle disponibles datent de 1995. Une enquête réalisée au premier semestre 2000 par le CDC Atlanta dans les régions à forte prévalence a permis d'actualiser certains chiffres. Les populations considérées comme particulièrement vulnérables sont : les migrants, les camionneurs et leurs apprentis, les vendeuses ambulantes, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale. Les personnes vivant avec le VIH sont au cœur de la lutte contre le VIH/SIDA. Les facteurs de vulnérabilité sont : la mobilité (migrations internes et internationales), la précarité économique, les réseaux de prostitution et la faiblesse du cadre éthique et légal. L'ampleur des

défis de la lutte contre la pauvreté et la précarité, la difficulté de cerner les phénomènes migratoires et la prostitution clandestine sont des obstacles à prendre en compte.

L'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH, l'impact social de l'épidémie sur les familles et la communauté, l'impact sur le secteur de la santé et sur les secteurs autres que la santé, notamment dans les entreprises publiques et privées, sont des domaines d'interventions prioritaires. La précaire situation économique du pays et la couverture sanitaire encore faible sont des contraintes pour la réduction des impacts de l'épidémie. Cependant, le PRODESS a prévu une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de Centres de Soins d'Animation et de Conseil (CESAC) dans deux régions pour la prise en charge des personnes infectées ou affectées.

Au bilan de la réponse nationale, la mise en œuvre du PMT2 a enregistré des acquis importants, notamment dans la prévention de la transmission sexuelle, même si le changement des comportements à risques est relativement lent à s'opérer.

La lutte contre les IST et la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH ont enregistré des progrès. Les acquis et les leçons apprises de la mise en œuvre du PMT2 sont pris en compte dans le PSN 2001-2005. Les stratégies tels que la mise en œuvre de plans sectoriels dans les ministères autres que la santé, le renforcement des capacités du PNLIS et la recherche en matière de VIH/SIDA méritent d'être développés davantage au cours des cinq prochaines années. Les stratégies de lutte contre les IST doivent être évaluées, améliorées si nécessaire et étendues à tout le pays. Des stratégies nouvelles telles que la prévention de la transmission mère-enfant par l'administration d'un médicament antirétroviral et la promotion de la réponse locale seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années. La gestion du

PNLS s'est renforcée au cours du PMT2, cependant, les structures et les mécanismes restent à améliorer, en particulier, la décentralisation, la coordination et une gestion collégiale du programme.

Les domaines prioritaires d'intervention du plan stratégique 2001-2005 ont été définis, lors des ateliers sur le VIH et le développement, sur la base des conclusions de l'analyse de la situation et de la réponse. Les domaines prioritaires d'intervention sont les suivants :

- l'engagement politique le plus élevé et le plus large au sein des Institutions de la République et de la société civile malienne ;
- la prévention de la transmission hétérosexuelle dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- la prévention de la transmission mère-enfant ;
- la prise en charge systématique des IST dans tous les CSCOM et les CSAR selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST ;
- l'allègement du poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ;
- un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne ;
- la réduction de l'impact sur les services de santé ;
- la prise en compte de l'épidémie du SIDA sur les lieux de travail ;
- le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins.

Les objectifs sont en rapport avec les domaines prioritaires d'intervention, ils expriment la situation désirée que le plan stratégique se fixe d'atteindre d'ici la fin de l'année 2005.

Objectif 1 : l'engagement des leaders politiques et de la société civile est effectif et traduit en actions concrètes de lutte contre le VIH/SIDA au sein des Institutions de la République et d'organisations de la société civile, dans le cadre d'une réponse multisectorielle élargie et décentralisée ;

Objectif 2 : la population générale au Mali et plus spécifiquement les populations les plus exposées aux facteurs de risque et de vulnérabilité adoptent des comportements sexuels qui les préservent d'une infection par le VIH ;

Objectif 3 : la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à une approche globale et cohérente de la prise en charge médicale et psycho-sociale ;

Objectif 4 : la transmission mère-enfant est réduite en mettant toutes les femmes enceintes séropositives dépistées sous anti-rétroviraux ;

Objectif 5 : Le diagnostic et le traitement des IST sont assurés dans toutes les formations sanitaires ;

Objectif 6 : le poids de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur les familles et la communauté est allégé ;

Objectif 7 : un environnement éthique et juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes infectées ou affectées est créé ;

Objectif 8 : l'impact sur les services de santé est réduit grâce à l'extension de la couverture sanitaire et au développement des compétences face au VIH/SIDA aux niveaux local et communautaire ;

Objectif 9 : la transmission par voie sanguine est mieux contrôlée ;

Objectif 10 : des données actualisées et les plus complètes possibles sur le VIH/SIDA et ses impacts dans le pays globalement et par région, sur la population générale malienne et sur les populations particulièrement vulnérables, sur le milieu rural et le milieu urbain sont disponibles.

En cohérence avec les objectifs et conformément à la politique gouvernementale, les axes stratégiques ci-dessous ont été retenus pour la mise en _uvre des interventions du Plan Stratégique National 2001-2005 :

- ∩ décentralisation des structures et organes de gestion du programme et développement de la réponse locale ;
- ∩ développement de partenariats avec les acteurs sur le terrain pour la mise en _uvre alors que le BC/PNLS impulse et coordonne ;
- ∩ élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé par une approche multisectorielle intégrée ;
- ∩ prise en compte de l'épidémie de VIH/SIDA et de ses impacts dans les lieux de travail ;
- ∩ élargissement de la réponse nationale en introduisant des stratégies nouvelles en adéquation avec des problèmes nouveaux et/ou des solutions nouvelles ;
- ∩ poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité : information, éducation et communication à l'intention de la population générale, promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social, concentration sur les groupes de populations les plus vulnérables pour un changement des comportements sexuels à risques ;
- ∩ prise en charge systématique des IST selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST ;

∞ promotion du conseil et du dépistage volontaires ;

∞ amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH ;

∞ amélioration du système d'information sanitaire concernant le VIH/SIDA et les IST .

Quant au cadre institutionnel, une restructuration du PNLN a été proposée pour mettre en adéquation la situation de l'épidémie, la réponse nationale et les structures et organes qui ont la charge de gérer la lutte contre le SIDA. Le PNLN est politiquement coordonné par la Présidence de la République et techniquement par le Ministère de la Santé qui en assure la tutelle. Il est rattaché à la DNSP et jouit d'une autonomie. La restructuration du PNLN fait l'objet d'un document séparé qui est partie intégrante du PSN 2001-2005.

∞ Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) est un forum de plaidoyer et de mobilisation des ressources. C'est un organe de coordination multisectorielle politique et administrative. Le HCNLS est présidé par Son Excellence Monsieur le Président de la République et le Ministre chargé de la Santé en assure le Secrétariat.

Il est composé, en outre, du Premier Ministre, du Ministre de l'Economie et des Finances, du Ministre de la Santé, des chefs des départements ministériels ayant des actions de lutte contre le SIDA, d'un représentant de chacune des entités de la société civile.

∞ Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) est l'organe d'orientation et de coordination technique multisectorielle du Programme. Présidé par le Ministre chargé de la santé, il est composé de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA et doit permettre à chacun de se sentir partie intégrante du PNLN.

∞ Le CNLS est organisé en sept Commissions Thématiques Spécialisées (CTS) qui ont pour mission de gérer les aspects techniques du PNLN en collaboration étroite avec le

BC/PNLS. Ces CTS sont : Plaidoyer/Mobilisation sociale/ Communication ; Infections Sexuellement Transmissibles ; Sécurité Transfusionnelle et en Milieu de Soins ; Prise en Charge Médicale, Psycho-sociale et Transmission Mère-Enfant ; Surveillance Epidémiologique et Laboratoire ; Ethique et Droit ; Impacts Socio-Economiques, SIDA en Milieu de Travail et Soutien Socio-Economique aux Personnes Infectées/Affectées par le SIDA.

∩ le BC/PNLS est la structure de coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA.

Ces structures et organes du PNLS sont décentralisés aux niveaux région, cercle et commune.

∩ Le Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi (GTMCS) a pour mission essentielle la mobilisation des ressources et l'appui matériel et technique. A ce titre, il est membre associé du HCNLS. Le GTMCS est composé des chefs d'agence de coopération dont l'un en assure la présidence. Le Ministre de l'Economie et des Finances du Mali en est le co-président. Le Ministre de la Santé est le vice-président.

∩ Le Groupe de Travail Technique Mixte (GTTM) est la cheville ouvrière du Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi, il a pour mission de gérer les aspects techniques et financiers. Le Groupe de Travail Technique Mixte est composé des points focaux des agences de coopération et des représentants des ONG internationales. Des représentants des Groupes Pivots "Santé et Population" et "Education" y sont admis comme membres associés.


Le budget du Plan Stratégique National 2001-2005 est la somme des budgets des plans d'action des régions, des ministères, des ONG et associations, du secteur des entreprises et du

BC/PNLS. Sur la base du Plan d'action de référence, chaque entité élabore son plan d'action pour les deux premières années du PSN 2001-2005.

Chaque entité doit mobiliser ses ressources propres et peut rechercher son financement auprès de ses partenaires traditionnels ou potentiels. Le BC/PNLS doit être informé afin de préparer et organiser la mobilisation des ressources complémentaires pour le bouclage du financement du plan. Les mécanismes de planification/programmation et de financement ont été abordés dans le document traitant de la restructuration du PNLS. Ils devront être affinés, évalués et améliorés si nécessaire, à la lumière de l'expérience.

S O M M A I R E

	PAGE
1. INTRODUCTION	10
2. LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT AU MALI.....	11
3. LES FONDEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE 2001-2005	13
4. CADRE STRATEGIQUE.....	24
4.1. PRINCIPES DIRECTEURS NATIONAUX.....	24
4.2. AXES STRATEGIQUES.....	25
4.3. CADRE INSTITUTIONNEL.....	26
5. DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION.....	27
6. OBJECTIFS, STRATEGIES DU PNS 2001- 2005.....	28
7. CADRE INSTITUTIONNEL ACTUEL DU PROGRAMME.....	36
7.1. INTRODUCTION.....	36

7.2. FONDEMENTS DE LA RESTRUCTURATION.....	37
7.3. DEFINITION OPERATOIRE DU PNLS.....	41
7.4. OBJECTIFS DU PNLS.....	42
 7.5. CONTENU	
THEMATIQUE.....	42
7.6. ORGANES DE GESTION ET D'APPUI DU PNLS.....	43
7.7. GESTION DE L'INFORMATION.....	57
7.8. MECANISMES DE FINANCEMENT.....	60
8. ANNEXES	63

1. INTRODUCTION : LE PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATEGIQUE

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

C'est ainsi qu'un projet de programme a été élaboré et discuté avec le Groupe Technique de Travail ONUSIDA. De septembre 1998 à janvier 1999, des réunions de concertation ont été organisées entre le Bureau de Coordination du PNLS et diverses organisations et institutions nationales et internationales, collaboratrices ou partenaires dans le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNLS). Ces concertations avaient pour objectif de s'assurer de la disponibilité de tous les acteurs actuels et potentiels à entreprendre des actions

de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali. Elles ont abouti à l'adoption d'un calendrier de travail qui a été présenté par la délégation malienne à l'atelier régional sur le processus de planification stratégique organisé par l'ONUSIDA à Ouagadougou du 10 au 16 janvier 1999.

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

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

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

plus grande représentativité de la réalité nationale concernant l'épidémie de VIH/SIDA et ses impacts.

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

Du 08 au 19 novembre 1999, se sont tenus deux ateliers sur le VIH et le développement au Palais des congrès, après une formation de formateurs nationaux qui a eu lieu du 03 au 06 novembre dans les locaux de l'OMS. Ces ateliers ont proposé des outils de planification/programmation qui ont permis, aux nationaux de tous les secteurs du public, aux ONG et agences de coopération partenaires dans le PNLIS ainsi que quelques entreprises privées, de définir les grandes orientations du plan stratégique 2001-2005, les priorités d'intervention et les stratégies jugées pertinentes. Les domaines d'action prioritaires de la réponse nationale à l'épidémie de VIH/SIDA pour la période 2001-2005 sont une synthèse des productions des deux ateliers sur le VIH et le développement.

Le 14 décembre 1999, le document préliminaire du Plan Stratégique National 2001-2005 (PSN 2001-2005) proposé par l'équipe restreinte de rédaction a été présenté aux cadres nationaux et des agences bilatérales, multilatérales et aux ONG . Les observations et suggestions ont été prises en compte .

Sous la présidence de Madame la Ministre de la Santé, le document ainsi validé par les acteurs qui _uvrent sur le terrain de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali a été présenté aux cadres du département, ceci a permis une appropriation du plan par le ministère de tutelle et la prise en

compte des partenariats à développer avec d'autres programmes et services du Ministère de la Santé (MS).

Le document approuvé par le MS a été présenté au Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi qui regroupe toutes les agences de coopération et de financement et aux membres du Groupe Technique de Travail Mixte. Cette réunion est l'aboutissement des concertations bilatérales menées tout au long du processus dans l'objectif de prendre en compte les préoccupations des partenaires au développement et de mobiliser les ressources nécessaires au financement du plan de travail 2001-2002.

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2001-2005 a été adopté par le Conseil des Ministres du 30 Novembre 2000, dans un contexte encore marqué par bien d'autres défis. En effet, même si les tendances macro-économiques sont à la croissance, des défis majeurs tels que la lutte contre la pauvreté et l'appauvrissement continu des populations, l'accès à l'eau potable, à la santé et à l'éducation sont plus que jamais présents.

2. LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT AU MALI

2.1. Informations générales sur le Mali

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

ces pays incite beaucoup de jeunes à émigrer à la recherche de travail. A cette migration internationale s'ajoute la migration interne campagne/ville.

Répartie inégalement sur le territoire national, la population totale était estimée à 9.790.492 habitants en 1998 contre 7.696.348 en 1987, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,2% et un taux d'accroissement naturel de 3,7%. La densité moyenne est de 7,4 habitants au km² avec de grandes disparités puisque 65% de la population occupe 25% du territoire. Plus de 75% de la population vivent en zone rurale. Il y a 51% de femmes pour 49% d'hommes. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 22% de la population. Le taux de fécondité à 6,7 enfants par femme est très élevé. A cette fécondité, les adolescentes contribuent pour 14%.

Ce qui témoigne de la précocité des rapports sexuels, l'âge moyen au premier rapport étant de 15,8 ans. Les mariages précoces y sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont âgés de 15 à 49 ans.

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

L'agriculture, l'élevage et la pêche constituent les piliers de l'économie malienne qui est deuxième producteur de coton en Afrique, après l'Egypte. Le Mali a d'énormes potentialités énergétiques, touristiques, artisanales et minières. Malgré tout, à l'instar de tous les pays sous-

développés, le Mali reste un pays pauvre et endetté qui a besoin du soutien de la communauté internationale pour accompagner ses efforts de développement.

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

Le Ministère de la Santé (MS) qui a la responsabilité de conduire la politique du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA en a défini les orientations essentielles dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 dont le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002 constitue l'outil de mise en œuvre. Il décrit les réalisations prévues les cinq premières années du PDDSS et constitue en conséquence, un cadre de référence pour le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Mali pour la période 2001-2005.

2.2. Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002 : un cadre de référence pour le plan stratégique national de lutte contre le vih/sida 2001-2005

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

Le but visé par le PRODESS est d'accroître la *couverture sanitaire* et d'améliorer l'*utilisation des services* par les usagers à tous les échelons du système de santé. Un accent particulier est mis sur le niveau local avec la construction et/ou la rénovation de centres de santé communautaires (CSCOM) et des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA).

La participation et la responsabilisation effective des populations dans la gestion de ces structures sont la garantie de leur viabilité et de leur durabilité.

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

Les stratégies retenues sont : (a) la prévention de la transmission par voie sexuelle grâce à une intensification des activités d'IEC en direction de groupes vulnérables, notamment les migrants ; (b) la prévention de la transmission par voie sanguine par une sécurisation des transfusions et des actes dans les établissements de soins et des mesures de protection des professionnels de la santé ; (c) la prévention de la transmission mère-enfant grâce à la systématisation de la thérapie par l'AZT chez les femmes enceintes séropositives ; (d) la prise

en charge et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ; (e) l'accroissement de la vigilance sur les IST à l'occasion des consultations médicales à tous les échelons.

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

Au plan social, le PRODESS a également développé un important volet qui vise à apporter des solutions à des problèmes telle que la désintégration des familles qui est source de délinquance et de prostitution par le fait qu'elle génère enfants de la rue, précarité économique et pauvreté. Ces maux des sociétés des temps modernes sont des facteurs de vulnérabilité qui jouent un rôle important dans l'adoption de comportements à risques face au VIH/SIDA. De ce point de vue, le PRODESS est totalement en phase avec le processus de planification stratégique préconisé par l'ONUSIDA. L'analyse de la situation de l'épidémie (y compris ses impacts) et l'analyse de la réponse nationale permettent d'identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité, mais également, les obstacles et les opportunités susceptibles d'influencer les stratégies préconisées. Ainsi, elles fournissent les fondements du plan stratégique 2001-2005.

3. LES FONDEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE 2001-2005 : L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA, SES IMPACTS ET LA REponse NATIONALE

3.1. Situation de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali

3.1.1. Rappel historique : les bases du PMT2

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

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

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

Cette situation décrite en fin 1993 a, sans doute, été favorablement influencée par les importantes actions menées par les acteurs du PNLIS au Mali, sous l'impulsion du Bureau de

Coordination du PNLS. Les données parcellaires disponibles ne permettent pas de décrire la situation épidémiologique actuelle et de mesurer les acquis de la réponse nationale. Cependant, elles donnent un aperçu de la réalité de l'épidémie dans le pays.

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

En 1999, une étude réalisée sous l'égide du BC/PNLS a montré que *la séroprévalence du VIH* chez les femmes enceintes est de 3,5% à Sikasso, 3,2% à Mopti et 0,6% à Koulikoro. Chez les prostituées, elle est à 33,3% à Mopti et à 16,6% à Koulikoro. Selon les régions et les populations étudiées, la séroprévalence varie de manière significative. En août 2000, le CDC (Centers for Diseases Control), l'Institut National de Recherche en Santé Publique et le BC/PNLS ont réalisé une étude en vue de déterminer la prévalence des IST et de l'infection à VIH et les comportements associés au sein des groupes à haut et à moyen risques dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti et dans le district de Bamako. Cette étude a porté sur les camionneurs, les coxeurs, les bonnes de maison, les vendeuses ambulantes et les travailleuses du sexe (ou prostituées). Elle révèle une séroprévalence globale pour l'ensemble des sites à 29,7% chez les travailleuses du sexe (ou prostituées), 6,7% chez les vendeuses ambulantes, 5,7% chez coxeurs, 4,1% chez les camionneurs et 1,7% chez les bonnes de maison. Ces populations sont caractérisées, d'une manière générale, par leur mobilité. D'ailleurs, 63,4% des travailleuses du sexe ayant participé à l'étude sont des "non maliennes" donc des immigrées. Selon le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), la séroprévalence chez les donneurs de sang était de 2,75% en 1997. En rapprochant ces chiffres de ceux de 1992-93, le PNLS estime globalement que la prévalence dans la population générale pourrait être entre 3,0% et 4,0% ; cette approximation reste à confirmer.

Le Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA publié en juin 2000 par l'ONUSIDA donne les estimations globales suivantes : 2,7% en zone urbaine à 2,9% en dehors des zones urbaines chez les femmes en consultation prénatale (chiffres de 1997), 55,5% de séroprévalence chez les professionnelles du sexe (chiffre de 1995), 100.000 personnes vivant avec le VIH dont 97000 adultes soit un taux de séroprévalence de 2,03% en fin 1999, 53000 femmes et 5000 enfants.

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

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

Le nombre cumulé de *décès imputables au SIDA* n'est pas connu. Il est estimé par l'ONUSIDA à 9900 en fin 1999. Si on considère qu'en 1987 déjà, on notait, au service de gastro-entérologie, une séroprévalence de 24% pour le VIH et qu'à l'état actuel des connaissances et des capacités de réponse au Mali, l'évolution vers le décès est inexorable, il est probable que les estimations de l'ONUSIDA soient en deçà de la réalité.

En conclusion, l'analyse de la situation épidémiologique montre que les derniers chiffres de surveillance sentinelle disponibles datent de 1995. Les chiffres fournis par les enquêtes sont parcellaires et ne concernent que 3 régions pour les femmes enceintes en 1999, 2 régions

seulement pour les prostituées. On note une grande disparité entre les régions. L'étude du CDC intitulée "Surveillance intégrée des maladies sexuellement transmissibles et des comportements au Mali, année 2000" a permis d'actualiser certaines données dans les mêmes régions et à Ségou. Il n'existe pas encore d'informations sur les autres régions. D'une manière générale, on note un manque de données sur les comportements et sur les caractéristiques des populations étudiées : âge, catégories professionnelles, effectifs, lieu de résidence (rural ou urbain). Il n'y a pas de données sur le milieu rural qui compte plus de 75% de la population du Mali. Il n'y a pas d'informations sur la transmission mère-enfant ni sur les cas de SIDA pédiatriques. Il y a une déperdition d'informations puisque les structures sanitaires périphériques ne participent pas à la notification des cas de SIDA. Les décès par SIDA ne sont pas systématiquement répertoriés.

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

A l'heure actuelle, il existe des opportunités pour améliorer les informations sur l'épidémie et ses impacts. Ce sont : la troisième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS III), l'enquête sur la sexualité des adolescents, toutes les deux prévues dans le PRODESS en 2000. Ce sont également, la surveillance des comportements couplée avec la surveillance épidémiologique (surveillance de deuxième génération ONUSIDA/OMS), avec l'appui

technique du CDC Atlanta dont le premier rapport est publié en août 2000, ainsi que l'existence d'institutions de recherche comme le CERPOD, l'INRSP, les ONG spécialisées et l'Université, toutes impliquées dans la formulation de l'actuel plan stratégique. La révision des supports du système d'information sanitaire prévue par la Cellule de Planification Sanitaire (CPS) est également une opportunité à saisir par le PNLIS pour mieux appréhender l'ampleur et la dynamique de l'épidémie ainsi que les facteurs qui déterminent sa propagation.

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

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

La grande mobilité de la population est identifiée comme le premier facteur de propagation de l'épidémie au Mali. Les *migrations internes* campagne/ville avec un taux national de 10,4% et

un taux de 43,9% pour le district de Bamako accroît la concentration humaine en milieu urbain. Ainsi, elles favorisent l'expansion des bidonvilles et aggravent la *promiscuité* et la *précarité* des conditions d'existence des migrants et des populations qui les accueillent en ville. Cette situation conduit souvent à des comportements de survie telle que la *prostitution clandestine*. Compte tenu des forts taux de séroprévalence dans les régions de Sikasso et Mopti en général, chez les prostituées en particulier, les migrations internes et autres mouvements de populations sont des facteurs de propagation de l'infection par le VIH.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au-delà de la prévention qui reste la priorité du Plan Stratégique National 2001-2005, les impacts actuels et futurs de l'épidémie doivent faire l'objet d'une attention particulière les cinq prochaines années.

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

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

L'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet pèsent toujours trop lourd. C'est pourquoi, le soutien psychosocial constitue la première mesure de toute action en faveur des

personnes vivant avec le VIH. Au Mali, le nombre de cas de SIDA notifié, en fin 1999, est d'environ 6.000 et le poids de cet impact est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé.

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

L'impact social de l'épidémie, exprimé en baisse de revenus des ménages et en nombre de personnes affectées par l'épidémie notamment les orphelins et les veuves, n'est pas encore évalué par les chercheurs en sciences sociales dont regorge le Mali. Néanmoins, à la lumière des coûts ci-dessus rapportés la prise en charge d'un malade du SIDA grève le budget des ménages. On sait également que le SIDA prive toujours le ménage de sa source de revenus si c'est le chef de famille qui est atteint. Le rapport de l'ONUSIDA publié en juin 2000 donne le chiffre cumulé de 45.000 orphelins au Mali en fin 1999. Le poids de l'impact social en terme de personnes affectées se fait effectivement sentir sur les familles et sur la communauté.

Les nombreux décès par SIDA induisent un *impact démographique*. Dans son rapport 1999, l'ONUSIDA prévoit une baisse de l'espérance de vie à la naissance de 59 ans à 45 ans en l'an 2005 si la tendance évolutive actuelle de l'épidémie, en Afrique, se maintient. Ce qui

remettrait en question les acquis des programmes de santé tel que le programme élargi de vaccination (PEV) qui, au Mali, a enregistré des résultats appréciables. Le nombre d'orphelins du fait du SIDA est estimé à 45000 en fin 1999, par l'ONUSIDA.

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

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

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

VIH/SIDA, la prise en charge est insuffisante et il y a stigmatisation et discrimination à l'embauche. Des études devront permettre une meilleure évaluation de ces impacts

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

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

3.2. La réponse nationale : acquis et leçons apprises

Les stratégies retenues dans le PMT2 étaient : la prévention de la transmission sexuelle dans la population générale et sur les "populations-cibles" qui sont quasiment les mêmes que celles décrites ci-dessus comme populations vulnérables ; la lutte contre les IST ; la prévention de la transmission par voie sanguine incluant la transfusion sanguine, les interventions chirurgicales et médicales et les pratiques traditionnelles ; la prévention de la transmission mère-enfant. La réduction de l'impact sur les personnes atteintes et la communauté ; la réduction de l'impact sur les dépenses publiques étaient également retenues dans le PMT2. Par ailleurs, se sont

poursuivies les activités d'évaluation et de surveillance de l'épidémie à travers la surveillance sentinelle, la notification des cas, les enquêtes séro-épidémiologiques et les enquêtes CAP. La gestion du PNLS s'est renforcée au cours du PMT2.

3.2.1. Prévention de la transmission sexuelle du VIH

L'information, l'éducation et la communication (IEC) ont constitué, jusqu'à maintenant, le domaine d'action essentiel de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Elle a reposé sur la communication de masse, utilisant les médias, les films, les brochures, les manifestations culturelles et sportives. Les interventions rapprochées mises en œuvre par les ONG/Associations et utilisant la communication interpersonnelle et l'éducation par les pairs ont fait la preuve de leur efficacité pour induire un changement du comportement sexuel. Elles devront être poursuivies, intégrées dans les stratégies des autres intervenants et plus généreusement soutenues financièrement.

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

La mise en œuvre de plans sectoriels dans les ministères chargés de la jeunesse, de la culture, des forces armées, de l'éducation nationale et de la promotion des femmes, sont à poursuivre, à renforcer et à étendre aux autres départements ministériels. Cette multisectorialité amorcée par le PMT2 est une option stratégique fondamentale du Plan Stratégique National 2001-2005

qui se veut multisectoriel et intégré pour avoir associé tous les acteurs au processus de son élaboration. L'engagement des secteurs autres que la santé devra être plus dynamique, plus volontaire et plus autonome par rapport au financement.

La promotion de l'usage du préservatif a connu des progrès non négligeables, même si l'utilisation du préservatif reste encore globalement faible (3.3% des femmes et 18.0% des hommes de 15 à 49 ans, selon l'EDS 1995-96). L'étude réalisée par le CDC, l'INRSP et le BC/PNLS confirme la faible utilisation du préservatif. En effet, elle révèle que seulement 26,5% des camionneurs, 29,2% des coxeurs, 21,6% des vendeuses ambulantes et 9,3% des bonnes de maison utilisent le préservatif avec leurs fiancé(e)s. Plus inquiétant, l'usage du préservatif n'est pas systématique lors des rapports sexuels occasionnels : seulement 52,8% des camionneurs, 48,5% des coxeurs et 28,6% des vendeuses ambulantes utilisent le préservatif contre 100% des bonnes de maison. Les 100% d'utilisation du préservatif dans les rapports sexuels occasionnels par les bonnes de maison pourraient expliquer la relative faible prévalence du VIH montré par l'étude (1,7%).

Les avancées les plus significatives ont été notées sur le plan de l'engagement politique marqué par : l'existence de la lettre circulaire n° 005/MSPAS/CAB du 25 janvier 1991 portant sur l'intégration du projet marketing social des préservatifs dans le système de santé du pays et autorisant la distribution de préservatifs aux femmes sans le consentement du mari ; l'ordonnance présidentielle de 1991 autorisant la mise à disposition et l'utilisation des contraceptifs comme moyen de planification familiale ; abrogation de la loi de 1920 et adoption d'une ordonnance en juin 1972 autorisant la propagande anticonceptionnelle. Le coût est abordable, le prix de trois préservatifs étant de 50 FCFA. L'acceptabilité et l'utilisation

effective du préservatif devront faire l'objet d'une attention particulière, surtout auprès des groupes de populations particulièrement vulnérables, identifiées comme priorité du plan stratégique 2001-2005.

3.2.2. Lutte contre les Infection Sexuellement Transmissibles

Au cours de la mise en _uvre du PMT2, d'importants progrès ont été réalisés en matière de lutte contre les IST. Un plan stratégique national a été élaboré, les algorithmes de prise en charge proposés par l'OMS et l'ONUSIDA ont été revus et adaptés à la situation malienne, l'approche syndromique a été mise en _uvre dans la région de Sikasso et dans les communes 5 et 6 de Bamako avec une première dotation en médicaments et le recouvrement des coûts. Un guide du formateur a été élaboré. La prévention primaire des IST n'a pas connu le même succès. Selon l'EDS 1995-96, les IST sont mal connues : 58% des femmes et 20% des hommes ne les connaissent pas. Pour corriger cette situation, la prévention primaire sera développée en même temps que les activités de prévention du VIH/SIDA. Pour la prise en charge thérapeutique des IST, l'approche syndromique sera étendue dans le reste du pays au courant de l'année 2001. L'appui de l'USAID, de l'ACDI et de l'UNICEF est acquis.

3.2.3. Prévention de la transmission par voie sanguine

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

La stratégie de sécurisation de la transfusion qui consiste à sélectionner les donateurs et à tester tous les prélèvements sera poursuivie et renforcée. Le CNTS sera rénové, équipé, renforcé en personnel et doté d'un nouveau statut pour mieux assurer sa mission. Les capacités

de collecte et de stockage des hôpitaux régionaux seront améliorées. La réduction du recours à la transfusion sanguine n'est pas effective au niveau des praticiens. La transmission en milieu de soins, y compris les pratiques traditionnelles, n'a pas fait l'objet d'interventions particulières.

3.2.4. Prévention de la transmission mère-enfant

Aucune action spécifique n'a été entreprise, l'introduction de médicament anti-rétroviral étant relativement récente, le PMT2 ne l'avait pas prévue. Conformément aux prévisions du PRODESS, cette stratégie sera mise en œuvre dans le cadre du PSN 2001-2005.

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

Le PMT2 a vu la création du Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil (CESAC) qui assure actuellement, avec succès, la prise en charge psychosociale de plus de 3.500 personnes vivant avec le VIH. Toutefois, les aspects éthiques et l'adaptation de la législation prévue dans le PMT2, n'ont pas été développés. Priorités du PSN 2001-2005, les dimensions éthique et juridique de l'épidémie feront l'objet d'une attention particulière.

3.2.6. Réduction de l'impact sur les dépenses publiques

L'impact sur les dépenses publiques au Mali, comme dans les autres pays de la sous-région, n'est pas connu. Aussi, aucun effort n'est fait pour agir sur l'inconnu. Compte tenu du caractère insidieux et de la progressivité de son installation, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie devraient faire l'objet d'études spécifiques en 2001-2002.

3.2.7. Gestion actuelle du PNL

• Structures du Programme

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

Dans chacun des départements ministériels clés que sont les ministères chargés de la Promotion de la Jeunesse, de la Promotion de la Femme, des Forces Armées, de l'Education de Base, de la Communication et de l'Administration Territoriale et de la Sécurité, un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA a été mis en _uvre en 1996 avec l'appui financier de l'ONUSIDA. Les comités sectoriels créés dans ces ministères n'ont pas été fonctionnels.

- **Coordination**

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

- **Décentralisation**

C'est l'un des points forts du système malien qui est fondé sur la responsabilisation des communautés dans la gestion des affaires publiques. Le PNLS est effectivement décentralisé

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

• **Formation**

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

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

performances. Ceci nécessite un organigramme plus fonctionnel et une description des postes et des profils ainsi que les missions et compositions des organes d'appui du PNLS.

- **Recherche**

Elle n'a pas été suffisamment développée au cours du PMT2. Cependant, une vingtaine de thèses, deux mémoires et cinq études ont été réalisés. La recherche est une priorité du Plan Stratégique National 2001-2005. Le *chapitre 3.1.2. intitulé « Situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali »* a fait le point de la situation en matière de recherche.

La surveillance épidémiologique par les enquêtes socio-comportementales et séro-prévalence sur le VIH/SIDA est une priorité absolue du plan stratégique 2001-2005. Elles sont des éléments d'évaluation et de surveillance de l'épidémie.

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

Le chapitre 3.1.2. intitulé « Situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Mali » a fait le point de la situation, à travers la surveillance sentinelle, la notification des cas et les déclarations de décès.

En conclusion : au bilan, la mise _uvre du PMT2 a enregistré des acquis importants, notamment dans la prévention de la transmission sexuelle (au plan des connaissances plus que du changement des comportements à risques), dans la lutte contre les IST et dans la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH. La gestion du PNLS s'est renforcée au cours du PMT2, cependant, les structures et les mécanismes restent à améliorer. L'IEC de masse et la communication rapprochée mises en _uvre par les ONG ainsi que la promotion de l'usage du préservatif seront poursuivies. Les interventions du CESAC seront démultipliées à Bamako et étendues à d'autres régions du pays.

D'autres stratégies comme la mise en œuvre de plans sectoriels dans les ministères autres que la santé, le renforcement des capacités du PNLS et la recherche en matière de VIH/SIDA méritent d'être développés davantage au cours des cinq prochaines années. Les stratégies de lutte contre les IST doivent être évaluées, améliorées si nécessaire et étendues à tout le pays.

Des stratégies nouvelles telles que la prévention de la transmission mère-enfant par l'administration d'un médicament antirétroviral et la promotion de la réponse locale seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années. De même, les mécanismes de gestion du PNLS, en particulier la décentralisation et la coordination, devront être revus.

Les axes stratégiques, le cadre institutionnel pour la gestion du Programme et les principes directeurs nationaux déterminent le cadre stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA.

4. CADRE STRATEGIQUE

4.1. Principes directeurs nationaux

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

Au Mali, il n'existe pas une législation spécifique au VIH /SIDA. L'analyse de la situation de l'épidémie a été une occasion pour le PNLS de recenser tous les textes juridiques existants et

d'identifier ceux qui pourraient s'appliquer au VIH/SIDA en tant que maladie chronique. A l'issue du Conseil inter-ministériel du 30 novembre 1999 tenu dans le cadre du processus de planification stratégique, le Président de la République a demandé de faire le point de la législation existante ; le SIDA pourrait être déclaré maladie sociale.

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

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

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

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

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

4.2. axes stratégiques

Les objectifs généraux du Plan Stratégique National 2001-2005 sont de réduire la propagation du VIH et d'alléger les impacts de l'épidémie du SIDA sur les personnes infectées et affectées, sur les communautés et sur l'économie du pays. Les stratégies essentielles restent la prévention de la transmission, l'amélioration du bien-être des personnes infectées, l'allègement du poids de l'impact sur les familles et les communautés, l'allègement du poids de l'impact sur les secteurs les plus sensibles dont celui de la santé, de l'éducation et de l'agriculture ainsi que certaines entreprises particulièrement vulnérables. En conséquence et conformément à la

politique gouvernementale, les axes stratégiques ci-dessous ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du plan stratégique 2001-2005.

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

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

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

L'élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé : une approche multisectorielle intégrée est un fondement essentiel du présent plan stratégique qui a impliqué l'ensemble des partenaires dans son processus. Tous les ministères du Gouvernement, l'Assemblée Nationale, les institutions décentralisées de la République, les principales composantes de la société civile malienne doivent avoir, chacun en ce qui le concerne, un plan d'action VIH/SIDA dont le cadre de référence est le plan stratégique multisectoriel intégré 2001-2005. L'efficacité de la réponse, nationale et locale, contre l'épidémie en dépend.

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

L'élargissement de la réponse nationale en introduisant des stratégies nouvelles en adéquation avec des problèmes nouveaux, des solutions nouvelles ou des facteurs de vulnérabilité dont la maîtrise dépasse le seul ministère chargé de la santé. Les anti-rétroviraux dans la prévention

de la transmission mère-enfant, la lutte contre la précarité économique ou la pauvreté, la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes tels que l'excision, le sororat et le lévirat, les mariages précoces en général, ceux avec un écart d'âge important entre les conjoints en particulier, peuvent être cités parmi ces stratégies nouvelles pour le PNLS.

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

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

4.3. Cadre institutionnel

Le chapitre intitulé « *le chapitre 7 intitulé : Cadre institutionnel actuel* » a fait le point sur les fondements de la restructuration du PNLS, la redéfinition de l'organigramme, ses organes et structures de gestion et d'appui et son mécanisme de financement .

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

Les problèmes les plus importants à résoudre sont la non-fonctionnalité du CNLS et le caractère consultatif des commissions techniques et scientifiques qui travaillent à la tâche et n'apportent qu'un soutien ponctuel au PNLS.

La solution à ce problème nécessite une redéfinition de l'organigramme du PNLS et la mise en place de mécanismes de fonctionnement et de coordination. Ainsi, tout en restant sous la tutelle du Ministère de la Santé et rattaché à la DNSP, le PNLS devra se structurer autrement et s'appuyer sur des organes dynamiques pour être en mesure de conduire, avec succès, le présent plan stratégique multisectoriel, intégré et décentralisé.

Le cadre stratégique étant ainsi défini, il reste à déterminer, sur la base de l'analyse de la situation et de la réponse, les domaines prioritaires d'intervention.

5. DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

A la suite des ateliers sur le VIH et le développement, l'atelier de consensus national a retenu les domaines prioritaires d'intervention du Plan Stratégique National 2001-2005 définis sur la

base des conclusions de l'analyse de la situation et de la réponse. Les priorités définies dans le PRODESS 1998-2004 en matière de lutte contre le VIH sont prises en compte. Il a été tenu compte de la grande diversité et des capacités démontrées des intervenants actuels et potentiels dans les différents volets de la réponse nationale, notamment la prévention et la prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Le rôle d'impulsion et de coordination du Bureau de Coordination du PNLIS ayant été reconnu et confirmé, il a été décidé de prendre en compte tous les domaines de la réponse nationale face au VIH/SIDA. Les priorités ont été établies en tenant compte de l'importance du problème (ampleur et sévérité), de la gravité de la menace qu'il constitue pour les populations (potentiel de propager l'infection par le VIH) et des possibilités existantes ou potentielles à le résoudre. Les interventions visant à prévenir l'infection par le VIH dans la population générale restent la toile de fond du PNLIS, ce sont :

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

Les domaines prioritaires d'intervention sont les suivants :

- l'engagement politique le plus élevé, le plus large au sein des Institutions de la République et de la société civile malienne ;
- la prévention de la transmission hétérosexuelle en ciblant les groupes de populations les plus exposés aux facteurs de risque et de vulnérabilité et qui sont : les migrants, les prostituées, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les marchands ambulants, les

militaires, les prisonniers, les jeunes scolarisés et non scolarisés, les femmes en âge de procréer. Les personnes vivant avec le VIH sont au centre de la lutte contre le VIH/SIDA ;

- l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- la prévention de la transmission mère-enfant ;
- la prise en charge systématique des IST dans tous les CSCOM et les CSAR selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST ;
- l'allègement du poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ;
- un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne ;
- la réduction de l'impact sur les services de santé ;
- la prise en compte de l'épidémie du VIH/SIDA sur les lieux de travail ;
- le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins.

L'analyse de la situation et de la réponse a également fourni d'importantes informations sur la gestion du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST.

Compte tenu de l'importance des données épidémiologiques et de la connaissance des caractéristiques socio-démographiques des personnes infectées par le VIH dans le choix des stratégies de lutte et des zones géographiques d'intervention, il a été retenu, entre autres priorités de recherche tel que l'impact socio-économique du SIDA au Mali :

- la surveillance continue de l'évolution du VIH et des changements de comportement ;
- des données actualisées comportant les caractéristiques socio-démographiques sur la population générale et les populations particulièrement vulnérables ;
- le nombre de cas de SIDA et de décès par SIDA, y compris les cas pédiatriques ;

6. OBJECTIFS ET STRATEGIES POUR LES PRIORITES DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2001-2005

Les objectifs généraux du PSN 2001-2005 sont de réduire la propagation du VIH et d'alléger les impacts de l'épidémie du SIDA sur les personnes infectées et affectées, sur les communautés et sur l'économie du pays . Les besoins identifiés à l'issue de l'analyse de la situation et de la réponse nationales concernant le VIH/SIDA étant l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée, les objectifs spécifiques sont l'expression de cette situation désirée que le plan stratégique se fixe d'atteindre d'ici la fin de l'année 2005.

6.1. Objectif 1 : l'engagement des leaders politiques et de la société civile est effectif et traduit en actions concrètes de lutte contre le VIH/SIDA au sein des Institutions de la République et d'organisations communautaires, dans le cadre d'une réponse multisectorielle élargie et décentralisée.

Les *Institutions de la République* dont il s'agit ici sont, au niveau national : la Présidence de la République, la Primature, les départements ministériels, l'Assemblée Nationale, et au niveau décentralisé : les Assemblées Régionales, les Conseils de Cercle et les Conseils Communaux ainsi que les représentations de l'Etat aux niveaux décentralisés (région, cercle et commune). Il est retenu ici comme composante de la *société civile* : les ONG, les associations, les organisations religieuses et syndicales ainsi que les entreprises publiques et privées.

Pour atteindre cet objectif, *les stratégies* suivantes ont été proposées : plaidoyer au niveau des Institutions de la République, des organisations religieuses et syndicales et des entreprises identifiées ; mise en _uvre de plans d'action sectoriels par chacune des entités identifiées ;

définition d'une politique de prise en charge des personnels infectés par le VIH et des membres de leurs familles dans les entreprises publiques et privées.

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

Les zones d'interventions sont : toutes les régions, tous les cercles et toutes les communes.

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

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

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

Situation en 2000 : 40% des départements ministériels

But pour 2005 : 80% des institutions

Indicateur 2 : Nombre d'ONG / Associations recensées ayant mis en _uvre un plan d'actions de lutte contre VIH/SIDA / Nombre total d'ONG / Associations recensées ;

Situation en 2000 : 10% (ONG/Associations du FASEF)

But pour 2005 : 80% d'ONG / Associations recensées

Indicateur 3 : Nombre d'organisations religieuses ayant mis en _uvre un plan d'actions de

lutte contre le VIH/SIDA / Nombre total d'organisations religieuses visées

Situation en 2000 : 0

But pour 2005 :3 (AMIPI, Catholique et protestante)

Indicateur 4 : Nombre d'organisations syndicales ayant mis en _uvre un plan d'actions de

lutte contre le VIH/SIDA / Nombre total d'organisations syndicales visées

Situation en 2000 : 0%

But pour 2005 : 60% des organisations syndicales

Indicateur 5 : Nombre d'entreprises publiques et privées recensées ayant mis en _uvre un plan

d'actions de lutte contre le VIH/SIDA / Nombre total d'entreprises publiques et

privées visées

Situation en 2000 : 0%

But pour 2005 :60% des entreprises publiques et privées recensées

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

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

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

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

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

Les acteurs pour la mise en _uvre de ces stratégies sont : tous les départements ministériels concernés dont principalement le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le ministère des Transports, le ministère des Forces Armées, le ministère de la promotion de la jeunesse, le ministère de l'Education de base, le ministère de l'enseignement Secondaire Supérieur et Technique les ONG spécialisées dans le domaine, les associations de

personnes vivant avec le VIH, les syndicats de transporteurs et d'enseignants, les radios de proximité, le réseau des communicateurs pour le SIDA.

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

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

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

Indicateur 1 : Nombre total de préservatifs disponibles pour la distribution durant les 12 derniers mois/population totale âgée de 15 à 49 ans.

Situation en 2000 : 83%

But visé pour 2005 : 100%

Indicateur 2 : Nombre total de préservatif disponibles au niveau d'un centre de santé dans les 12

derniers mois / Nombre de patients ayant eu une plainte MST dans ce centre durant les derniers 12 mois

Indicateur 3 : Nombre de préservatif distribués ou vendus dans les 12 derniers mois au niveau d'un centre de santé / Nombre d'individus ayant eu une plainte MST dans ce centre de santé .

63. Objectif 3 : la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à une approche globale et cohérente de la prise en charge médicale et psycho-sociale

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

Les acteurs pour la mise en _uvre de ces stratégies sont : la commission du PNLIS chargée de la prise en charge médicale et psycho-sociale, le CESAC, les ONG/Associations.

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

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

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

Indicateur 1 : Nombre de personnes vivant avec le VIH prises en charge par le CESAC entre 1999 et 2005

Situation en 2000 : 4%

But visé pour 2005 : 30% des Personnes vivant avec le VIH identifiées par le CESAC sont suivies régulièrement

6.4. Objectif 4 : la transmission mère-enfant est réduite en mettant les femmes enceintes séropositives dépistées sous anti-rétroviraux

Pour atteindre cet objectif, *les stratégies* suivantes ont été proposées : prévention de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer ; conseil et dépistage volontaire ;

administration d'un anti-rétroviral aux femmes enceintes séropositives selon un des protocoles préconisés par l'ONUSIDA ; choix de l'alimentation du nourrisson.

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

Les zones d'intervention : le conseil et dépistage volontaire ainsi que l'administration d'anti-rétroviraux seront limités au District de Bamako où se trouve le CESAC et dans les régions de Sikasso et Mopti où le PRODESS a prévu d'implanter des structures de prise en charge, compte tenu de la prévalence élevée du VIH dans ces deux régions. Il s'agira d'un programme pilote à évaluer avant extension à d'autres régions. La prévention de l'infection chez les FAP est prise en compte par l'objectif 2 qui concerne tout le pays.

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

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

Indicateur : Nombre de femmes séropositives enceintes ayant bénéficié de la prévention par anti-rétroviral sur une période / Nombre total de femmes enceintes séropositives répertoriées durant la même période

Situation en 2000 : 10%

But visé pour 2005 : 40% des femmes enceintes séropositives par structure de prise en charge bénéficient de la prévention par ARV / an .

6.5. Objectif 5 : Le diagnostic et le traitement des IST sont assurés dans les toutes les formations sanitaires

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

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

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

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

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

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

Situation en 2000 : 2%

But visé pour 2005 : 80%

Indicateur 3 : Nombre de cercles et communes ayant reçu la formation en prise en charge syndromique des MST / Nombre total de cercles et communes.

Situation en 2000 : 5%

But visé pour 2005 : 80%

Indicateur 4 : Nombre de cercles et communes formé disposant d'un stock initial de médicaments anti-MST / Nombre total de cercles et communes.

Situation en 2000 : 5%

But visé pour 2005 : 80%

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

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

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : le Ministère du Développement Social et des Personnes Agées, le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le CESAC, les ONG spécialisées dans le domaine, la Fondation pour l'Enfance, la Fondation Partage, le Réseau sur l'éthique, le droit et le VIH/SIDA et la commission du PNLS chargée du soutien socio-économique aux personnes infectées/affectées.

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

Le financement de ces stratégies sera assuré par le PRODESS.

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

Indicateur 1 : Nombre d'orphelins du SIDA bénéficiant d'un soutien au cours des 12 derniers mois/Nombre total d'orphelins recensés au niveau des CESACs pour les 12 derniers mois.

Situation en 2000 : 10%

But visé pour 2005 : 50% des orphelins du SIDA identifiés bénéficient d'une aide

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

Situation en 2000 : 5% (CESAC de Bamako)

But visé pour 2005 : 30% des enfants affectés bénéficient d'une assistance

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

Situation 2000 : 7% (CESAC de Bamako)

But visé en 2005 : 60% des familles éligibles recensées bénéficient d'un projet générateur de revenu .

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

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

Les acteurs pour la mise en œuvre de ces stratégies sont : les commissions du PNLS chargées des questions éthiques et du plaidoyer, les associations spécialisées en droit, l'Ordre des médecins, la commission du PNLS chargée de la prise en charge médicale et psycho-sociale, le CESAC, les ONG et les associations de personnes vivant avec le VIH.

Les zones d'interventions sont : l'ensemble du pays.

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

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

Indicateur : Textes de loi en faveur des personnes vivant avec le VIH votés par

l'Assemblée Nationale concernant la non-discrimination, l'accès aux soins et le respect des droits au travail, à l'héritage.

Situation en 2000 : 0

But visé pour 2005 : Existence de textes de loi en faveur des personnes vivant avec le VIH, des malades du SIDA, des veuves et des orphelins .

6.8. Objectif 8 : l'impact sur les services de santé est réduit grâce à l'extension de la couverture sanitaire et au développement des compétences vis à vis du VIH/SIDA aux niveaux local et communautaire

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

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

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

Le financement de ces stratégies sera assuré par le PRODESS.

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

Indicateur 2 : Nombre de centres de santé dont le personnel a été formé ayant inclus la prise en charge psychosociale et les soins aux personnes vivant avec le VIH dans le paquet minimum

d'activités / Nombre total de centres de santé existant.

Situation en 2000 : 2%

But pour 2005 : 60%

Indicateur 3 : Nombre de centres de prise en charge qui font les soins à domicile / Nombre total de centres de prise en charge.

Situation en 2000 : 1

But visé pour 2005 : 3 centres de prise en charge assurent les soins à domicile .

6.9. Objectif 9 : la transmission par voie sanguine est mieux contrôlée

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes seront mises en _uvre : renforcement du Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) ; renforcement de la capacité de collecte et de stockage des hôpitaux de deuxième référence ; poursuite de la sélection et fidélisation des

donneurs de sang ; réduction des indications de la transfusion sanguine au strict minimum nécessaire ; adoption des mesures de précautions universelles par le personnel soignant.

Les acteurs pour la mise en _uvre de ces stratégies sont : le ministère chargé de la santé notamment la Direction Nationale de la Santé Publique, sous l'impulsion de la commission du PNLS chargée de la sécurité transfusionnelle et en milieu de soins.

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

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

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

Indicateur 1 : Nombre de formations sanitaires ayant reçu et appliquer les directives concernant les précautions universelles à prendre pour se préserver de la contamination en milieu de soins / nombre total de formations sanitaires

Situation 2000 : 0%

But visé pour 2005 : 80% des formations sanitaires disposent des directives concernant les précautions universelles .

Indicateur 2 : Nombre de structures de centre de références n'ayant pas connu une rupture de stock en réactif de dépistage pendant les 12 derniers mois / Nombre total de structures des centres de référence

Situation en 2000 : 12%

But visé pour 2005 : 80% des centres de santé de références n'ont pas connu de rupture de stock de réactif .

Indicateur 3 : Nombre de formations sanitaires ayant affiché les directives sur les précautions universelles en milieu de soins/Nombre total de formations sanitaires.

Situation en 2000 :

But visé pour 2005 :

6.10. Objectif 10 : Des données actualisées et les plus complètes possibles sur l'épidémie de VIH/SIDA et ses impacts dans le pays globalement et par région, sur la population générale et sur les populations particulièrement vulnérables, sur le milieu rural et le milieu urbain sont disponibles.

Pour atteindre cet objectif *les stratégies suivantes* seront mises en _uvre : reprise de la surveillance épidémiologique et couplage avec la surveillance des comportements (surveillance de deuxième génération préconisée par l'ONUSIDA et l'OMS) ; réalisation d'enquêtes socio-comportementales nationales ; réalisation d'études ponctuelles socio-comportementales et séro-épidémiologique au niveau des populations particulièrement vulnérables (cf. objectif 2) ; prise en compte dans l'enquête démographique et de santé des besoins du PNLS (cf. les indicateurs dans "Epidémiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases" sur le Mali, publié par l'ONUSIDA et les indicateurs retenus dans le présent plan stratégique) ; systématisation de la notification des cas de SIDA y compris le SIDA pédiatrique sur la base d'une fiche d'information contenant les informations souhaitées ; déclaration des cas de décès par SIDA avec les mêmes informations.

Les acteurs pour la mise en _uvre de ces stratégies sont : des institutions de recherche et/ou des ONG nationales et internationales _ouvrant dans le domaine du VIH/SIDA au Mali, en

sous-traitance avec le PNLS, le ministère chargé de la santé, notamment la DNSP à travers les formations hospitalières et la Division Epidémiologie/section statistique, en collaboration avec la commission du PNLS chargée de la surveillance épidémiologique et du laboratoire.

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

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

L'indicateur suivant est retenu pour mesurer le niveau de réalisation de cet objectif :

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

Situation en 2000 : 4

But pour 2005 : 6

7. CADRE INSTITUTIONNEL ACTUEL

Le PNLS est techniquement coordonné par le Ministère de la Santé. Il est rattaché à la DNSP avec une autonomie, contrairement aux autres programmes de santé qui sont tous intégrés dans la Division "Lutte contre la maladie". Si le positionnement du BC/PNLS ne pose pas de problème particulier au Mali, son organisation interne et le cadre institutionnel global dans lequel il s'inscrit doivent être repensés à la lumière de l'évolution de la situation et des leçons apprises. Par ailleurs, la présence de ONUSIDA et des autres partenaires au développement dans le pays, demande une clarification des rôles et responsabilités et une définition des mécanismes de coordination. C'est pourquoi, une restructuration du PNLS a été proposée pour mettre en adéquation la situation de l'épidémie, la réponse nationale et les structures et organes qui ont la charge de gérer le Programme. La restructuration du PNLS a fait l'objet d'un document séparé qui est partie intégrante du PSN 2001-2005

7.1. INTRODUCTION

L'ampleur prise par l'épidémie du SIDA en Afrique, première cause de mortalité chez l'adulte en moins de vingt ans d'existence, et ses impacts négatifs sur le bien-être des populations en font un problème prioritaire de santé publique. Selon le Secrétaire général des Nations Unies, le SIDA est devenu "une véritable crise socio-économique et un problème de sécurité" pour le continent africain. Conscient de la menace que constitue l'épidémie du SIDA pour les populations, le Gouvernement malien classe la lutte contre ce fléau parmi ses toutes premières priorités. Ce qui s'est traduit par l'engagement personnel du chef de l'Etat.

La gravité et la complexité de l'épidémie du SIDA, la multiplicité des secteurs impliqués (multisectorialité) et des acteurs engagés, la politique gouvernementale actuelle de décentralisation et l'option stratégique de développer la réponse locale/communautaire face au SIDA, les leçons apprises depuis 1988, date de la création du Comité National de Lutte contre le SIDA, et le besoin d'élargissement de la réponse nationale à l'épidémie du SIDA justifient l'actualisation du cadre institutionnel et son adaptation à la dynamique du VIH/SIDA.

La restructuration du PNLS doit permettre de corriger les lacunes structurelles et organisationnelles, à la lumière de la quinzaine d'années d'expérience du Mali et en s'inspirant des modèles qui ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres pays. Elle doit permettre d'accroître les performances du Bureau de Coordination du Programme, d'impliquer tous les partenaires dans la lutte contre le SIDA dans la gestion du Programme. De même, les rôles et responsabilités respectifs ainsi que les mécanismes seront définis pour éviter des chevauchements dans les attributions et la léthargie des organes et structures mis en place.

La restructuration du PNLS doit être également l'occasion de revoir la gestion de l'information et des ressources financières, deux piliers du cadre institutionnel. Aussi, est-il nécessaire de définir un système d'information, notamment la circulation et la conservation de l'information et de déterminer les mécanismes de financement dans le but de garantir la disponibilité des ressources au niveau local et l'implication des bénéficiaires dans leur gestion effective.

7.2. FONDEMENTS DE LA RESTRUCTURATION

7.2.1. PROBLEMES IDENTIFIES ET LEÇONS APPRISES

Les problèmes institutionnels identifiés lors de l'analyse de la situation et de la réponse, les orientations stratégiques et les objectifs du Plan Stratégique National ou Cadre Stratégique National 2001-2005, l'expérience du PNLS du Mali et les leçons apprises de la vingtaine d'années de lutte contre le SIDA dans le monde ont inspiré les propositions de restructuration.

∩ La non appropriation du Programme National de Lutte contre le SIDA par les acteurs du terrain au Mali :

L'analyse de la réponse au cours du processus de planification stratégique a montré que l'organisation actuelle du PNLS n'implique pas, dans la gestion du programme, les principaux acteurs de la lutte contre le SIDA qui travaillent sur le terrain au Mali. La conséquence est que le Programme National de Lutte contre le SIDA est assimilé et réduit au Bureau de Coordination qui est devenu plus un organe de mise en œuvre que d'appui technique et de coordination intrasectorielle et intersectorielle.

Le caractère consultatif des Commissions Techniques créées par Décision ministérielle numéro 193/MSSPA/SG du 23 juin 1995 n'a pas favorisé leur fonctionnement régulier ni contribué à faire naître et se développer un sentiment d'appartenance au PNLS chez les membres de ces commissions. Il est même permis de supposer qu'il a pu contribuer à la marginalisation des acteurs de la lutte contre le SIDA qui, au mieux, ne sont sollicités que pour des actions ponctuelles et au pire, ne sont pas du tout sollicités. Ce qui a été vécu comme une exclusion de la gestion du PNLS.

∩ Le décalage entre les organes et structures officiellement mis en place et l'ampleur des défis actuels de la lutte contre le SIDA au Mali :

Les Décisions ministérielles numéro 310/MSPAS/CAB et numéro 311/MSPAS/CAB du 9 novembre 1988 portant respectivement "création, organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le SIDA" (CNLS) et "nomination des membres du Conseil Scientifique et Technique pour la Lutte contre le SIDA" avaient pris en compte les préoccupations du moment qui se limitaient à la surveillance épidémiologique et à la prévention à travers l'information, l'éducation et la communication (IEC) et à travers la sécurité transfusionnelle. Le premier organe regroupait, autour du Coordonnateur du PNLS, seize personnes représentant exclusivement des institutions de l'Etat (Présidence de la République et ministères) et du parti politique de l'époque. Quant au Conseil Scientifique et Technique, ses fonctions et modalités de fonctionnement n'ont pas été précisées dans la Décision de création. Il n'existe pas un organigramme schématisant les relations fonctionnelles et hiérarchiques entre les organes et structures impliqués dans la lutte contre le SIDA au Mali.

∩ La méconnaissance des capacités nationales réelles pour conduire la réponse à l'épidémie du SIDA sur tous les fronts :

Le contenu et/ou les missions du Programme National de Lutte contre le SIDA n'ont pas été revues à la lumière de l'ampleur actuelle de l'épidémie et ses impacts sur les personnes humaines, les familles et les communautés, ainsi que ses impacts sur le développement socio-économique du pays. Les postes des membres de l'équipe du Bureau de Coordination du PNLS n'ont pas été décrits et le personnel en place exécute souvent des tâches ponctuelles qui leur sont confiées par le Coordonnateur. Une connaissance des missions du PNLS et une

description des postes au sein du BC/PNLS auraient permis d'apprécier les compétences nécessaires pour animer la structure de coordination du PNLS et ses organes d'appui technique. Les structures mises en place en 1988 ne fonctionnent pas depuis plusieurs années et sont aujourd'hui dépassées. Leur évaluation est difficile sinon impossible. Cependant, l'absence de définition claire des tâches et le manque de motivation des personnes choisies expliqueraient, en partie, la léthargie de ces organes.

Malgré le développement extraordinaire des mouvements associatifs et des ONG au Mali, et surtout, malgré le rôle important sinon vital qu'ils jouent dans la lutte contre le SIDA dans tout le pays, il n'existe pas un répertoire des ONG et associations partenaires dans le PNLS. Beaucoup d'acteurs de la lutte contre le SIDA travaillent de manière marginale par rapport à ce qui est appelé communément PNLS. Le potentiel actuel dont dispose le PNLS doit être apprécié à la lumière des objectifs du Plan Stratégique National 2001-2005 afin de déterminer les besoins en appui technique extérieure.

De même, les personnes vivant avec le VIH peuvent et doivent jouer un rôle plus important, à condition de les considérer, non pas comme "le problème" mais comme partenaires de première ligne dans la réponse à l'épidémie du SIDA. Il existe deux associations de personnes vivant avec le VIH à Bamako.

∪ La coordination intrasectorielle des actions de santé est encore faible sinon inexistante :
Les politiques qui doivent sous-tendre le Plan Stratégique National 2001-2005 n'ont pas encore été définies : prise en charge médicale et psychosociale, préservatif et réactifs, médicaments utilisés spécifiquement dans le SIDA, etc. L'approvisionnement en réactifs est actuellement anarchique et toute sorte de réactif est utilisée dans le pays. L'introduction et

l'utilisation des antirétroviraux ne sont pas organisées en tenant compte des exigences de la trithérapie et de la nécessaire protection des malades. Il n'existe actuellement aucun organe ni aucune structure qui coordonne effectivement des domaines d'action tels que la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, le dépistage et le conseil volontaire, la surveillance épidémiologique, la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles, etc.

∞ La multisectorialité reste à construire et à organiser :

L'implication des secteurs gouvernementaux autres que la santé est encore timide et les mécanismes de coordination intersectorielle ne sont pas encore bien définis. Cependant, il existe des relations d'appui technique entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères ayant développé des actions de lutte contre le SIDA. Ces initiatives sectorielles, prises en compte dans le Plan Stratégique National 2001-2005, doivent être mises en cohérence dans les plans d'action et coordonnées quant à leur mise en œuvre pour assurer une complémentarité et une synergie. L'expérience du Ministère de la Santé en matière de lutte contre le SIDA doit être mise à profit pour développer les capacités des autres secteurs, fournir un appui technique et coordonner les actions.

La lutte contre le SIDA n'est pas suffisamment prise en compte dans les milieux de travail, particulièrement dans le secteur privé et les entreprises. Le cadre stratégique prévoit une implication progressive des entreprises publiques et privées.

∞ La complémentarité et la synergie des agences de coopération et des bailleurs de fonds restent théoriques :

Il n'y a pas encore de plan d'action coordonné du Groupe Thématique ONUSIDA. Il n'y a pas de réelle complémentarité ni une synergie entre les agences de coopération et bailleurs de fonds qui appuient le PNLN au Mali. L'élargissement du Groupe Thématique ONUSIDA aux autres agences de coopération et bailleurs de fonds du PNLN pour former le Comité de Concertation n'est pas encore effectif. Cependant, les agences co-parrainant l'ONUSIDA et les autres agences de coopération et bailleurs de fonds se réunissent assez régulièrement pour échanger des informations dans le cadre de rencontres informelles. Les modes d'intervention des partenaires sont divers et ne cadrent pas souvent avec l'approche cohérente et globale préconisée dans le Plan Stratégique National 2001-2005 et le plan d'action 2000-2001. Les mécanismes et procédures pour les financements sont différents d'un partenaire à l'autre, ils nécessitent une harmonisation sinon, une concertation dans un esprit de cohérence et de complémentarité. L'élargissement du Groupe de Travail Technique aux points focaux de la coopération bilatérale et multilatérale non membres du Groupe Thématique ONUSIDA et aux ONG internationales, est en début d'expérimentation.

✂ La décentralisation des structures du PNLN n'est pas effective dans toutes les régions et la mobilisation communautaire reste faible :

Même si l'essentiel des activités de lutte contre le SIDA sont menées sur le terrain, sur toute l'étendue du territoire national, la décentralisation des structures du PNLN n'a pas suivi la politique de décentralisation administrative et territoriale du Gouvernement dans son rythme et dans son ampleur. Aussi, observe-t-on sur le terrain, un manque de coordination, de complémentarité et de synergie. Là où les organes décentralisés ont été mis en place, ils ne fonctionnent pas.

Le développement de partenariats locaux aurait pu corriger les lacunes de la décentralisation. Mais, en l'absence des structures appropriées et d'un cadre de facilitation et d'appui technique, il est difficile de voir émerger des partenariats et de se développer la réponse locale de manière organisée. C'est une des raisons pour lesquelles la mobilisation des communautés à la base dans la lutte contre le SIDA est encore insuffisante malgré les interventions des ONG et associations.

✂ Les données actualisées nécessaires pour une appréciation objective de l'ampleur réelle de l'épidémie et de sa dynamique évolutive ne sont pas disponibles :

Dans le Plan Stratégique National 2001-2005, on peut lire : "L'analyse de la situation épidémiologique a montré que les derniers chiffres de surveillance sentinelle disponibles datent de 1995. La dernière enquête nationale de séro-prévalence date de 1992. Les chiffres les plus récents sont parcellaires et ne concernent que trois régions pour les femmes enceintes et deux régions pour les prostituées... Il y a une déperdition d'information puisque les structures sanitaires périphériques ne participent pas à la notification des cas de SIDA. Les décès par SIDA ne sont pas systématiquement répertoriés. Cette relative pauvreté des données disponibles s'explique, en grande partie, par le manque de soutien technique et financier, la faiblesse de l'engagement des chercheurs dans le domaine du SIDA au Mali et les insuffisances du système d'information sanitaire".

∩ Il n'y a pas de données sur les impacts socio-économiques du SIDA au Mali :

Au cours de l'analyse de la situation et de la réponse, il a été constaté une absence totale de données sur les impacts socio-économiques du SIDA sur les ménages, sur les entreprises publiques et privées et dans les différents secteurs de développement national, notamment ceux qui sont les plus sensibles et les plus vulnérables au SIDA telles que la santé, l'éducation, l'agriculture et les Forces armées. Une appréciation relativement vague, à partir des consultations du CESAC, laisse présager un impact important sur les revenus des ménages et une demande sociale directement proportionnelle que ne satisfont pas les quelques projets générateurs de revenus initiés par certains partenaires en faveur des personnes infectées ou affectées par le SIDA. Il faut signaler, au passage, que les questions éthiques et juridiques rencontrées dans l'expérience du CESAC restent souvent sans réponse devant la complexité des problèmes et la pauvreté des dispositions juridiques dans le domaine du SIDA.

∩ La documentation sur le SIDA au Mali et dans le monde est quasi-inexistante au BC/PNLS :

La revue documentaire faite au cours de l'analyse de la situation et de la réponse a révélé l'existence d'environ 275 références bibliographiques sur le SIDA dont environ 75 sur le SIDA au Mali disponibles dans diverses institutions tels que le CERPOD, l'INRSP, l'Université, les sièges des ONG, les agences de coopération, etc. Le PNLS ne dispose pas de documents classés et faciles à consulter. L'inexistence d'un centre de documentation ne facilite pas la constitution d'un fonds documentaire à la disposition des acteurs, des planificateurs, des décideurs et des partenaires. Les documents de travail tels que les plans, les programmes et projets de lutte contre le SIDA, les rapports d'évaluation, les rapports

d'activités et les comptes-rendus des réunions ne sont pas toujours disponibles au niveau du BC/PNLS. De ce fait, il n'a pas pu se constituer une mémoire institutionnelle à travers une documentation qui retrace l'histoire du SIDA et de la réponse nationale.

✂ La circulation de l'information entre les parties prenantes du PNLS est insuffisante et parfois cloisonnée :

A l'image du cloisonnement des financements selon leur source et les bénéficiaires, l'information en matière de SIDA au Mali ne circule pas suffisamment entre toutes les parties prenantes. Ce cloisonnement de l'information ne permet pas à tous les acteurs, aux bailleurs de fonds et au BC/PNLS d'être au courant des actions déjà réalisées ou en cours afin d'inscrire leurs initiatives dans une logique de complémentarité. L'information en matière de lutte contre le SIDA doit être partagée le plus largement possible afin d'éviter la dispersion des efforts, les doubles emplois et le chevauchement de certaines actions.

7.2.2. Atouts et opportunités

Les problèmes à résoudre et les leçons apprises sont nombreux. Leur exploitation à bon escient se fera en saisissant toutes les opportunités qu'offre le contexte actuel du pays.

✂ En particulier, le Plan Stratégique National 2001-2005 a été élaboré par les acteurs nationaux de terrain et un Plan d'action de référence a été produit pour les années 2000 et 2001.

Ces deux outils de gestion du Programme constituent le cadre de référence des différents secteurs et niveaux décentralisés pour l'élaboration de leur plan d'action ou plan opérationnel de lutte contre le SIDA.

✂ Au Ministère de la Santé comme au Bureau de Coordination du PNLS, est arrivée une nouvelle équipe qui a décidé d'insuffler au programme SIDA une nouvelle dynamique, à la

hauteur du niveau de priorité que lui accorde le chef de l'Etat et qu'il occupe réellement parmi les causes de mortalité chez l'adulte et de par ses impacts sur le développement. La bonne connaissance du dossier et l'engagement personnel du nouveau chef du département sont des atouts de nature à accélérer le rythme pour la mise en œuvre de la restructuration et l'intensification des actions.

∞ L'engagement de la société civile dans le processus de planification stratégique et dans les actions de lutte contre le SIDA sur le terrain doit être mis à profit, à chaud. Il doit être canalisé pour développer la réponse locale qui est une des options stratégiques prioritaires du Plan Stratégique et du Plan d'action de référence.

∞ La présence d'un Conseiller de Programme dans le Pays (CPP) pour l'ONUSIDA est une autre opportunité qui s'offre au PNLS pour mieux mettre à profit les contributions des partenaires au développement du Mali. La présence du CPP permettra également d'améliorer la communication avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et bénéficier d'un appui technique et administratif dans la gestion courante du Programme. Le rôle premier du CPP est d'assurer l'appui technique et le fonctionnement du Groupe Thématique ONUSIDA.

∞ L'ouverture du Groupe de Travail Technique aux points focaux des autres agences de coopération et de financement, aux ONG internationales et aux Groupes Pivots traduit la volonté des partenaires techniques dans la lutte contre le SIDA de mettre en commun leurs efforts.

∞ L'acceptation des chefs d'agence de coopération et de financement de se retrouver au sein d'un Groupe Thématique élargi afin de se concerter et de coordonner leurs efforts pour un appui plus efficace au PNLS est une opportunité à saisir.

7. 3. Définition OPERATOIRE

Au Mali, le Programme National de Lutte contre le SIDA dit PNLIS est défini comme l'ensemble des initiatives en rapport avec le SIDA, conduites par les parties prenantes en présence dans les différentes localités du pays. Les initiatives peuvent entrer dans les différents domaines que sont : la prévention, la prise en charge psychosociale et médicale, le soutien socio-économique, la recherche, la formation, la surveillance épidémiologique, les aspects éthiques et juridiques et le financement. Le caractère national du PNLIS suggère que les initiatives couvrent toute l'étendue du territoire malien et que l'Etat malien assure la responsabilité du PNLIS qu'il a la charge de mettre en place, diriger et coordonner. Les associations à base communautaire ou professionnelle, les ONG nationales et internationales, le secteur privé, la société civile en général, les institutions de recherche et/ou de formation, les agences de coopération multilatérale et bilatérale, les bailleurs de fonds impliqués dans la lutte contre le SIDA sont les parties prenantes du PNLIS qui accompagnent l'Etat malien dans sa lutte contre l'épidémie du SIDA. Ainsi, le PNLIS désigne l'ensemble des initiatives et des parties prenantes ou partenaires dans la lutte contre le SIDA, mais non le Bureau de Coordination qui n'est qu'un élément du dispositif institutionnel du PNLIS parmi d'autres, bien qu'il en ait le leadership.

La mission du PNLIS est de concevoir et de mettre en _uvre une réponse multisectorielle élargie coordonnée et décentralisée face à l'épidémie du SIDA, pour atteindre les objectifs qu'il s'est assigné.

7.4. Objectifs du PNLIS

Les objectifs du Programme National de Lutte contre le SIDA au Mali sont : (1) réduire la propagation de l'infection par le VIH par des actions de prévention ciblant les trois modes de transmission connus ; (2) améliorer le bien-être des personnes vivant avec le VIH à travers la prise en charge médicale et psychosociale ; (3) alléger le poids de l'impact du SIDA sur les familles et la communauté à travers des projets générateurs de revenus et la prise en charge des orphelins du SIDA ; (4) réduire l'impact sur les services de santé grâce à l'extension de la couverture sanitaire et au développement des capacités de prise en charge médicale et psychosociale aux niveaux local et communautaire ; (5) créer un environnement éthique et juridique favorable au respect de la dignité et des droits des personnes infectées ou affectées ; (6) collecter et diffuser les données épidémiologiques sur la population générale et les populations les plus vulnérables, et sur les impacts de l'épidémie du SIDA en milieu rural et urbain. L'engagement politique au plus haut niveau et le plus large possible ayant été identifié comme un facteur déterminant dans la réponse nationale à l'épidémie et un facteur sans lequel, aucune initiative durable et viable ne peut être prise, le premier objectif du Plan Stratégique National est de "rendre effectif l'engagement des leaders politiques et de la société civile à travers des actions concrètes de lutte contre le SIDA..."

Ces objectifs découlent des domaines d'action prioritaires identifiés par l'analyse de la situation et de la réponse. Ils ont été spécifiés en dix objectifs et classés, dans le Plan Stratégique 2001-2005, par ordre de priorité, selon des critères définis par les acteurs nationaux de la lutte contre le SIDA. Ils couvrent les besoins identifiés comme essentiels en matière de lutte contre le SIDA dans toutes ses dimensions, d'où le classement par ordre de priorité.

7. 5. Contenu thématique du PNLS

Sur la base de l'expérience et des leçons apprises, le PNLS est organisé selon sept thématiques qui couvrent toutes les dimensions de la lutte contre le SIDA telles qu'elles sont reflétées par les objectifs du Plan Stratégique National 2001-2005 du Mali. Ces thématiques sont :

- ☞ Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale ;
- ☞ Infections Sexuellement Transmissibles ;
- ☞ Sécurité Transfusionnelle et en Milieu de Soins ;
- ☞ Prise en Charge Médicale, Psychosociale et Transmission Mère-Enfant ;
- ☞ Surveillance Epidémiologique et Laboratoire ;
- ☞ Ethique et Droit ;
- ☞ Impacts Socio-économiques, SIDA en Milieu de Travail et Soutien Socio-économique aux Personnes Infectées/Affectées par le SIDA.

Le cadre institutionnel du PNLS restructuré montre cinq entités (cf. annexe I) qui sont : (1) les institutions nationales qui assurent la tutelle des organes et structures nationaux de lutte contre le SIDA ; (2) les organes et structures nationaux de lutte contre le SIDA qui regroupent les différents acteurs nationaux ; (3) les acteurs nationaux de la lutte contre le SIDA ; (4) les organes et structures des niveaux décentralisés et, (5) les organes et structures internationaux d'appui au Programme national de lutte contre le SIDA.

7.6. ORGANES DE GESTION ET D'APPUI DU PNLS

7.6.1. les institutions de la république qui assurent la tutelle des organes et structures du pnls

Dans le nouveau cadre institutionnel, la Présidence de la République est l'institution de tutelle du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) qui a pour mission d'assurer la

coordination intersectorielle au niveau politique et qui est un forum de plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Son Excellence le Président de la République du Mali est personnellement engagé dans la lutte contre la SIDA et les différents départements ministériels les plus sensibles à l'épidémie vont développer des plans d'action sectoriels en référence au Cadre Stratégique National 2001-2005 et au Plan d'Action de Référence 2000-2001. Les réunions du HCNLS sont des occasions de suivi de la mise en œuvre du Plan d'action national et des plans d'action sectoriels techniquement coordonnés par le Ministère de la Santé.

Tous les autres organes et structures nationaux sont sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, en particulier, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) qui regroupe tous les acteurs au niveau national et le Bureau de Coordination du PNLS (BC/PNLS) qui gère le Programme et coordonne les actions.

7.6.2. Les organes et structures nationaux de lutte contre le SIDA

Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) et le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) sont les deux organes de coordination multisectorielle du Programme. Le CNLS s'appuie sur trois entités que sont le Bureau de Coordination du Programme (BC/PNLS), les Commissions Thématiques Spécialisées (CTS) et le Comité National Restreint.

LE HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Il est créé par Décret présidentiel sur proposition du Ministre chargé de la santé.

Mission : Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) est un forum de plaidoyer et de mobilisation des ressources humaines pour un engagement politique concret et soutenu et des ressources financières pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National et,

plus particulièrement des plans d'action sectoriels. C'est un organe de suivi/évaluation et de coordination multisectorielle à caractère politique et administratif.

Composition et organisation : le HCNLS est présidé par Son Excellence Monsieur le Président de la République et le Ministre chargé de la Santé en assure le Secrétariat. Il est composé, en outre, du Premier Ministre, du Ministre de l'Economie et des Finances, du Ministre de la Santé, des chefs des départements ministériels ayant des actions de lutte contre le SIDA (Education, Jeunesse, Forces Armées, Agriculture, Promotion des Femmes, Développement Social, Communication, Administration Territoriale), d'un représentant de chacune des entités suivantes la FENASCOM, l'AMUPI, l'association nationale des étudiants, la fédération nationale des syndicats, l'association nationale des femmes, le Conseil National de la Jeunesse, des associations de personnes vivant avec le VIH, du Groupe Pivot Santé et Population et du Groupe Pivot Education. Les présidents des Conseils Régionaux de Lutte contre le SIDA sont membres du HCNLS. Le Groupe Thématique Mixte de Concertation, qui regroupe les chefs d'agence de coopération et de financement, en est membre associé. Le Coordonnateur du BC/PNLS, le Coordonnateur du Groupe de Travail Technique Mixte et le Conseiller de Programme dans le Pays pour l'ONUSIDA assistent à la réunion au titre du Ministère de tutelle.

Aux niveaux décentralisés, le Haut Conseil National de Lutte contre la SIDA a ses équivalents que sont : le Conseil Régional de Lutte contre la SIDA au niveau de la province, le Conseil Local de Lutte contre le SIDA au niveau du cercle. Au niveau de la commune, qui correspond au niveau local/communautaire, il y a le Comité Communal de Lutte contre le SIDA. Le maire de la commune doit être le premier acteur de la lutte contre le SIDA au sein de sa commune.

Fonctionnement : le HCNLS se réunit au mois de janvier de chaque année à date fixe qui pourrait être déclarée "Journée nationale du SIDA". En cas de nécessité, le HCNLS pourrait se réunir aux mois de juin-juillet, dans le cadre de la préparation du rapport du chef de l'Etat sur le SIDA au Sommet de l'OUA. En l'absence de Son Excellence le Président de la République, Monsieur le Premier Ministre en assure la présidence. Le HCNLS se réunit à la date fixée, sur convocation de son président. Le Ministre chargé de la Santé, Secrétaire du HCLC, est maître d'œuvre de la préparation des réunions du HCNLS, y compris l'initiation et l'envoi des convocations de rappel à tous ses membres. Il présente un rapport global sur le Programme National de Lutte contre le SIDA et chaque ministre présente un rapport succinct du Plan sectoriel de lutte contre le SIDA de son département. Le Ministre chargé de la santé dresse le compte-rendu des réunions et en assure la diffusion aux destinataires.

Indicateurs de performance du HCNLS : la tenue effective des réunions de janvier et juillet sanctionnées par un compte-rendu écrit, la part de budget propre que chaque département ministériel consacre à la lutte contre le SIDA et sa progression dans le temps, l'engagement des partenaires au développement à financer et/ou augmenter le financement des plans sectoriels.

le comité national de lutte contre le sida (CNLS)

Il est créé par Décret présidentiel sur proposition du Ministre chargé de la santé.

Mission : Le Comité National de Lutte contre le SIDA est l'organe d'orientation et de coordination technique multisectorielle du Programme. A ce titre, il est chargé de la planification/programmation et du suivi de la mise en œuvre des activités du Programme National de Lutte contre le SIDA et de l'évaluation interne du Programme. Il joue le rôle

d'assemblée générale des acteurs de la lutte contre le SIDA au Mali : il définit les domaines d'action prioritaires et donne les orientations stratégiques nationales, il valide le Cadre ou Plan Stratégique National et le Plan d'Action National de référence, il adopte les politiques et stratégies proposées par les Commissions Thématiques Spécialisées.

Composition : Il est composé de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA et doit permettre à chacun de se sentir partie intégrante du PNLN qu'il ne faut pas confondre avec le Bureau de Coordination du PNLN. Ces acteurs nationaux, qui constituent la troisième entité du cadre institutionnel, sont les ONG et associations y compris les associations de personnes vivant avec le VIH, les services et programmes du Ministère de la Santé Publique impliqués dans la lutte contre le SIDA, les départements ministériels ayant des actions de lutte contre le SIDA, les institutions nationales de recherche et de formation ainsi que le secteur privé et les entreprises (SIDA en milieu de travail). Les personnes y représentent leur association, ONG, service, programme ou institution. La liste nominative des membres du CNLS est établie sur la base des lettres de désignation reçues des associations, ONG, services, programmes et institutions concernées en réponse à la demande du Ministre de la Santé. Les coordonnateurs des Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA sont membres du Comité National de Lutte contre le SIDA.

Organisation : le CNLS est présidé par le Directeur National de la Santé et, le Coordonnateur National du BC/PNLN en assure le secrétariat. Afin de permettre une coordination effective, une complémentarité et une synergie dans l'action, le CNLS est structuré en Commissions Thématiques Spécialisées (CTS) équivalant aux thématiques du Programme national. Ces CTS sont les organes nationaux d'animation du PNLN et d'appui technique du BC/PNLN pour

la coordination de la mise en _uvre. Elles jouent le rôle de chevilles ouvrières du PNLS. Il s'agit de :

- ✧ Commission Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale ;
- ✧ Commission Infections Sexuellement Transmissibles ;
- ✧ Commission Sécurité Transfusionnelle et en Milieu de Soins ;
- ✧ Commission Prise en Charge Médicale, Psychosociale et Transmission Mère-Enfant ;
- ✧ Commission Surveillance Epidémiologique et Laboratoire ;
- ✧ Commission Ethique et Droit ;
- ✧ Commission Impacts Socio-économiques, SIDA en Milieu de Travail et Soutien Socio-économique aux Personnes Infectées/Affectées par le SIDA.

Le Comité National de Lutte contre le SIDA a son équivalent à tous les niveaux décentralisés, avec une organisation plus légère et une autonomie de gestion et d'action : Comité Régional de Lutte contre le SIDA au niveau de la province, Comité Local de Lutte contre le SIDA au niveau du cercle et Comité Communal de Lutte contre le SIDA au niveau de la commune.

Fonctionnement : le CNLS se réunit en session régulière tous les six mois sur convocation du Directeur National de la Santé qui en assure la présidence. Les réunions du CNLS ont lieu aux mois de juin et décembre de chaque année. Il prépare la réunion du Haut Conseil de Lutte contre le SIDA qui a lieu au mois de janvier (et, en cas de nécessité, au mois de juillet) de chaque année. En plus des sessions régulières, le CNLS se réunit chaque fois que le besoin l'exige et plus particulièrement au cours du processus de planification stratégique et au cours des évaluations du Programme.

Indicateurs de performance du CNLS : la tenue effective des réunions de juin et décembre sanctionnées par un compte-rendu écrit, l'existence d'un plan ou d'un cadre stratégique national multisectoriel et d'un plan d'action national de référence, le nombre de secteurs gouvernementaux ayant des actions effectives de lutte contre le SIDA, le nombre de secteurs gouvernementaux participant régulièrement aux réunions de coordination, nombre de "dossiers" validés ou de documents adoptés (plan stratégique, plan d'action, politiques, stratégies, rapports d'évaluation, modules de formation, etc.)

bureau de coordination du programme national de lutte contre le sida (bc/pnls)

Service du Ministère de la Santé, rattaché à la Direction Nationale de la Santé, il est créé par une Loi, sur proposition du Ministre chargé de la santé.

Mission : le Bureau de Coordination est une structure mise en place par l'Etat pour faciliter la lutte contre le SIDA au Mali. Le BC/PNLS n'est pas une structure de mise en œuvre, il a pour mission d'assurer la gestion du Programme National de Lutte contre le SIDA au Mali et d'en faciliter la mise en œuvre. A ce titre, il est chargé de :

- ☞ Conduire le processus de planification/programmation de la réponse nationale à l'épidémie ;
- ☞ Mobiliser les ressources du PNLS et en coordonner la répartition ;
- ☞ Assurer la coordination technique des interventions intrasectorielles et intersectorielles ;
- ☞ Faciliter le travail des Commissions Thématiques Spécialisées ;
- ☞ Collecter, analyser, diffuser et conserver l'information sur le SIDA au Mali et dans le monde ;

- ∩ Fournir l'appui technique à tous les secteurs et à les niveaux ;
- ∩ Renforcer les capacités des acteurs en planification/programmation ;
- ∩ Développer la lutte contre le SIDA en milieu de travail (entreprises publiques et privées) ;
- ∩ Promouvoir et coordonner la recherche dans les différentes thématiques ;
- ∩ Préparer les réunions et assurer le secrétariat du CNLS.

Composition : le BC/PNLS est composé d'un Coordonnateur, d'un administrateur/gestionnaire des ressources, des responsables des 7 unités thématiques spécialisées équivalant aux thématiques du Programme National de Lutte contre le SIDA et du personnel de soutien. Ce qui donne la configuration suivante :

- ∩ Coordonnateur, chef de l'équipe du Bureau ;
- ∩ Administrateur/Gestionnaire : personnel, finances, matériel ;
- ∩ Responsable du centre de documentation ;
- ∩ Responsable Unité Plaidoyer/Mobilisation sociale/Communication ;
- ∩ Responsable Unité Maladie Sexuellement Transmissibles ;
- ∩ Responsable Unité Sécurité Transfusionnelle et en Milieu de Soins ;
- ∩ Responsable Unité Prise en Charge Médicale, Conseil et Transmission Mère-Enfant ;
- ∩ Responsable Unité Surveillance Epidémiologique et Laboratoire ;
- ∩ Responsable Unité Ethique et Droit ;
- ∩ Responsable Unité Impacts Socio-économiques, SIDA en Milieu de Travail et Soutien Socio-économique aux Personnes Infectées/Affectées par le SIDA ;
- ∩ Personnel de soutien : secrétaires, chauffeurs, magasinier, planton, gardiens.

Organisation et Fonctionnement : le BC/PNLS est dirigé par un Coordonnateur, médecin de santé publique. Le BC/PNLS comprend en outre une Unité de gestion qui gère les ressources humaines, financières et matérielles y compris le Centre de Documentation et les 7 Unités thématiques et le personnel de soutien. Le BC/PNLS supervise directement les structures et organes techniques décentralisés selon les relations hiérarchiques suivantes : de la Commune au Cercle, du Cercle à la Province et de la Province au BC/PNLS (cf. annexe 2).

Le Bureau de Coordination établit un programme de travail trimestriel sur la base du Plan d'Action Annuel du PNLS. Il se réunit une fois par semaine, à jour fixe, pour faire le bilan de la semaine écoulée et établir le programme de travail de la semaine suivante. Le secrétariat de ces réunions est assuré à tour de rôle par les responsables d'unité. Chaque réunion est sanctionnée par un compte-rendu adopté à la réunion suivante, diffusé à chaque unité et classé au Centre de documentation en 3 exemplaires.

Pour la réalisation de son travail technique, le BC/PNLS s'appuie sur les Commissions Thématiques Spécialisées, à travers les responsables des Unités Thématiques Spécialisées qui en assurent le secrétariat.

Le BC/PNLS facilite le fonctionnement des Commissions thématiques et assure la coordination et la cohérence de l'ensemble, au sein du Comité National de Lutte contre le SIDA et du Comité National Restreint qui sont les organes de décision collégiale et de validation des documents du PNLS. C'est au BC/PNLS qu'il incombe de faire valider les travaux des CTS et d'en informer les structures et organes nationaux et ceux des niveaux décentralisés.

Indicateurs de performance : globalement, les indicateurs du BC/PNLS sont ceux du CNLS, tous les deux ayant pour objectifs ceux du Plan Stratégique National. Plus spécifiquement les performances du BC/PNLS pourraient être appréciées sur les bases suivantes : la tenue hebdomadaire de la réunion de coordination - y compris en l'absence du Coordonnateur - sanctionnée par un compte-rendu écrit, le niveau de réalisation des activités prévues dans le Plan de Travail du BC/PNLS, l'existence d'un Plan ou Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA, d'un Plan d'Action National de Référence, la progression du nombre de régions, de cercles et de communes où la décentralisation est effective avec des conseils et/ou comités qui fonctionnent régulièrement, le nombre de départements ministériels ayant bénéficié d'un appui technique du BC/PNLS pour l'élaboration et/ou la mise en _uvre de leur plan d'action, le nombre d'entreprises publiques ou privées ayant une politique en matière de SIDA ou des actions de lutte contre le SIDA, l'existence d'un système de gestion transparent et de mécanismes de financement souples et efficaces pour assurer la disponibilité des ressources financières et matérielles aux niveaux national et décentralisés (y compris l'absence de ruptures de stocks en médicaments, réactifs et préservatifs à tous les niveaux), la progression du volume des financements du PNLS, la mise en place et le fonctionnement du Centre de Documentation ainsi que le volume et la qualité du fonds documentaire. De même, les performances du BC/PNLS pourront être appréciées sur la base des outils développés et adoptés pour l'analyse, la planification, la programmation, la supervision, l'évaluation, la formation et la recherche dans les différentes thématiques du PNLS.

commissions thematiques specialisees (cts)

Elles sont créées et organisées par Décision du Ministre chargé de la santé.

Mission : Chevilles ouvrières du PNLN, les Commissions Thématiques Spécialisées ont pour mission de gérer les aspects techniques du PNLN en collaboration étroite avec le BC/PNLN. A ce titre, les CTS sont les organes de conception, de planification/programmation, d'élaboration d'outils, d'appui technique et de coordination interne des actions entreprises dans les sept thématiques qui constituent le contenu du Programme National de Lutte contre le SIDA au Mali.

Elles sont au service du BC/PNLN qui peut confier à leurs membres des missions ponctuelles d'appui technique, de formation, de recherche, de supervision, de suivi/évaluation. Le BC/PNLN doit, en retour, leur faciliter la tâche en les mettant dans les meilleures conditions de travail possibles et en respectant leur autonomie d'action. Chaque CTS fait l'objet d'une "note de mission" précisant l'intitulé de la CTS, le contenu de la mission, les tâches, la composition, l'organisation et le fonctionnement, les conditions de travail, les résultats attendus et les indicateurs de performance. Pour éviter le cloisonnement, les notes de missions sont discutées et adoptées au niveau du Comité National Restreint ; elles sont signées entre le Coordonnateur du BC/PNLN et l'Animateur de la Commission Thématique.

Composition : selon leur domaine d'intervention, tous les acteurs de la lutte contre le SIDA au Mali se trouvent dans les CTS qui sont des organes ouverts. Les personnes y représentent leur association, ONG, service ou institution.

Chaque CTS établira la liste nominative de ses membres sur la base des lettres de désignation reçues des associations, ONG, services et institutions concernées.

Organisation : chaque CTS est animée par un fonctionnaire de l'Etat qui joue le rôle de leader incontesté dans la thématique, notamment dans des actions sur le terrain. Au cas où ce

fonctionnaire n'existerait pas, le coordonnateur de la CTS pourrait être choisi parmi les membres nationaux de la commission. A titre d'exemple, l'animation des CTS pourrait se présenter ainsi : la Commission Plaidoyer/Mobilisation sociale et Communication animée par le Directeur du CNECS ; la Commission Infections sexuellement transmissibles animée par le chef du service de Dermato-vénérologie du CHU ; la Commission Sécurité transfusionnelle et en milieu de soins animée par le Directeur du Centre National de Transfusion Sanguine ; la Commission Prise en charge médicale et psychosociale et transmission mère-enfant animée par le chef du service de médecine interne du CHU ; la Commission Surveillance épidémiologique et laboratoire animée par le chef du Laboratoire de Bactério-virologie du CHU ; la Commission Ethique et droit animée par le juriste qui a réalisé le volet éthique et juridique de l'analyse de la situation du SIDA au Mali ; la Commission Impact socio-économique, SIDA en milieu de travail et soutien aux personnes infectées/affectées par le SIDA animée par le représentant du Ministère de l'Economie et des Finances et le représentant du Ministère du Développement Social. Les responsables des unités thématiques du BC/PNLS assurent le secrétariat de ces CTS.

Fonctionnement : chaque CTS fonctionne de manière autonome en tant que cellule de coordination des actions relatives à la thématique concernée. Chaque CTS doit se réunir en session régulière une fois par mois, selon un calendrier annuel établi d'un commun accord, dès la première réunion. A la fin de la première année de fonctionnement, le rythme des réunions pourrait être ramené à une fois tous les deux mois, si la CTS le juge suffisant. Les réunions sont convoquées et présidées par le président de la commission. Le responsable de l'unité thématique spécialisée en assure le secrétariat. Le compte-rendu de réunion est lu et adopté à

la réunion suivante, il est diffusé aux membres de la commission concernée, au Coordonnateur du BC/PNLS et aux présidents des autres CTS pour qu'ils en informent leurs membres. Ceci permettra de partager toutes les informations au sein du BC/PNLS et des CTS. Les CTS sont coordonnées par le Coordonnateur du BC/PNLS au sein du Comité National Restreint.

Le responsable de l'Unité Thématique Spécialisée du BC/PNLS envoie des convocations de rappel aux membres de la commission et utilise, au besoin, le téléphone pour s'assurer que tous les membres sont bien informés de la réunion. A chaque réunion, les prénoms et noms des membres présents sont consignés sur un registre de présence, comportant l'heure d'arrivée et l'heure de départ au cas où celles-ci différaient des heures de démarrage et de fin de la réunion. L'exploitation de ce registre permettra d'établir un ordre de régularité dans la participation aux réunions et de dresser une liste des personnes susceptibles de bénéficier des types de motivation accordés aux membres les plus assidus et les plus productifs des CTS. Ces types de motivation sont : (1) la participation à des rencontres internationales sur des thèmes en rapport avec le SIDA ; (2) des bourses de formation de courte durée ; (3) des missions de consultation nationale payées.

Le Bureau de Coordination du PNLS facilite le fonctionnement des commissions et assure la coordination et la cohérence de l'ensemble au sein du Comité National de Lutte contre le SIDA et du Comité National Restreint qui en est l'émanation.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions mensuelles selon un calendrier préétabli d'un commun accord - y compris, en l'absence du président de la CTS - sanctionnée par un compte-rendu écrit classé en 3 exemplaires au Centre de Documentation du PNLS, les

outils développés et adoptés pour l'analyse, la planification, la programmation, la supervision, l'évaluation, la formation, la recherche dans la thématique concernée, le volume d'activités d'appui technique menées par la CTS (formation, supervision, etc.)

LE COMITE NATIONAL RESTREINT

Emanation du Comité National de Lutte contre le SIDA, il est créé par Décision du Ministre chargé de la santé.

Mission : le CNLS qui regroupe tous les acteurs est une structure assez lourde, d'où son organisation en Commissions Thématiques Spécialisées pour en faciliter le fonctionnement courant et la productivité. De même, le Comité National Restreint est une formule souple et fonctionnelle pour assurer une gestion collégiale courante et permettre la coordination des différentes thématiques du PNLS. Il remplace le Comité National de Lutte contre le SIDA entre deux réunions et traite de tous les problèmes en rapport avec la gestion du Programme et son exécution technique et financière. Il appuie et valide le travail du BC/PNLS.

Composition : le Comité national restreint est composé du Coordonnateur du BC/PNLS, du Coordonnateur du Groupe de Travail Technique, du Conseiller Programme Pays ONUSIDA, des 7 animateurs de CTS et d'un représentant des associations de personnes vivant avec le VIH. Le Comité National Restreint est une émanation du Comité National de Lutte contre le SIDA. Il fait fonction de CNLS entre deux réunions de celui-ci.

Organisation et fonctionnement : le Comité National Restreint est présidé par le Coordonnateur du BC/PNLS. Un des chargés d'Unité Thématique Spécialisée en assure le secrétariat. Il se réunit en session régulière une fois par mois selon un calendrier préétabli d'un commun accord. Il est chargé d'envoyer des convocations de rappel et de s'assurer par

téléphone que tous les membres sont bien informés de la tenue de la réunion. Il est chargé de diffuser le compte-rendu de réunion à tous les membres du Comité National Restreint après approbation par le président. Il envoie trois exemplaires du compte-rendu au Centre de documentation pour classement.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions mensuelles, à date - y compris, en l'absence du Coordonnateur - sanctionnées par un compte-rendu écrit, le nombre de documents techniques étudiés et adoptés (outils de planification et de programmation, outils de supervision ou d'évaluation, modules de formation, protocoles de recherche, résultats de recherches, etc.).

ORGANES ET STRUCTURES DECENTRALISEES DU PNLS

La décentralisation est une option du Gouvernement malien. Dans le rapport de la revue semestrielle du PRODESS, 4-6 juillet 2000, on peut lire : "cadre le plus approprié pour promouvoir le développement à la base, la décentralisation se caractérise par la création de collectivités territoriales. La création des collectivités territoriales est prévue par l'article 97 de la Constitution. L'article 98 du même texte précise que les collectivités territoriales s'administrent librement par des conseils élus et dans les conditions fixées par la loi. La loi n° 93-008 du 11 février 1993, modifiée détermine les conditions de cette libre administration. Cette loi stipule en ses articles 18 et 19 que les collectivités territoriales exercent leurs activités sous le contrôle de l'Etat et que le représentant de l'Etat a la charge des intérêts nationaux et du respect des lois".

Bien avant la réforme de l'administration territoriale, le secteur de la santé avait déjà adopté la décentralisation et la déconcentration, en appliquant sa politique sectorielle inspirée de la

stratégie des soins de santé primaires préconisée par la conférence mondiale tenue à Alma-Ata en URSS, en 1978 et renforcée par l'Initiative de Bamako lancée en 1987.

Les organes et structures décentralisés du PNLIS tiennent compte des réalités et des exigences des deux types de décentralisation. Ils donnent à chacune des composantes que sont l'Etat et les populations (la communauté) la place qui est la sienne. Les organes au niveau national ont leurs équivalents aux niveaux décentralisés et les structures au niveau nationales ont leurs répondants aux niveaux décentralisés sauf au niveau commune où il est retenu un seul organe. Ainsi, le Haut Conseil National a pour équivalents les conseils des niveaux décentralisés avec des missions de même nature, c'est-à-dire, la coordination multisectorielle politique et administrative et le plaidoyer. Le Comité National de Lutte contre le SIDA a pour équivalents les comités des niveaux décentralisés avec des missions de même nature, c'est-à-dire, la planification/programmation et la coordination multisectorielle technique. Le Bureau de Coordination du PNLIS a pour répondant le service décentralisé du ministère de la santé, correspondant au niveau considéré : région, province ou commune.

Au niveau régional

le conseil regional de lutte contre le sida (crls)

Le Conseil Régional de Lutte contre le SIDA est créé par arrêté du Haut Commissaire.

Tutelle : le Haut Commissariat de la Région assure la tutelle institutionnelle du Conseil Régional de Lutte contre le SIDA.

Mission : le CRLS a pour mission de faciliter la tâche aux acteurs régionaux de la lutte contre le SIDA. A ce titre, le CRLS est chargé d'assurer la coordination politique et administrative du

programme de lutte contre le SIDA exécuté au niveau régional et de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines et financières.

Composition : le CRLS est composé du Haut Commissaire, du Président de l'Assemblée régionale, des chefs de services régionaux des départements ministériels membres du Comité National de Lutte contre le SIDA, d'un représentant de la FERASCOM, du collectif régional des ONG, des représentants d'associations communautaires ou professionnelles (femmes, jeunes, religieux, syndicats, tradipraticiens) et des présidents des assemblées des cercles de la région.

Organisation et fonctionnement : le Haut Commissaire assure la présidence du CRLS en tant que représentant de l'Etat, le Président de l'Assemblée régionale en assure la vice-présidence en tant que représentant des populations et le Directeur Régional de l'Action Sociale en assure le secrétariat. Le CRLS se réunit une fois par trimestre aux mois de mars, juin, septembre et décembre de chaque année, selon un calendrier préétabli d'un commun accord, distribué à tous les membres et communiqué au Ministère chargé de la santé. Les réunions sont présidées par le président ou le vice-président. Le Directeur régional de l'Action Sociale envoie à tous les membres des convocations de rappel et s'assure par téléphone ou tout autre moyen approprié que tous les membres sont informés de la tenue de la réunion. Le Directeur régional de la santé, coordonnateur du Comité régional de Lutte contre le SIDA y présente le rapport d'activité régional en matière de lutte contre le SIDA.

Le Directeur régional de la santé doit collecter et traiter les rapports d'activités de tous les acteurs régionaux afin de produire le rapport de synthèse à présenter au CRLS. Ce rapport de

synthèse sera envoyé directement au Coordonnateur National du PNLS avec copie à la DNSP et au Haut Commissariat de la Région pour exploitation avant la tenue de la réunion.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions du CRLS sanctionnées par un compte-rendu écrit transmis à tous les destinataires légaux et classé en trois exemplaires au Centre de Documentation du PNLS, la régularité des membres du CRLS aux réunions, le volume des ressources financières mobilisées pour les activités de lutte contre le SIDA dans la région, le niveau de l'engagement politique de la région reflété par la part du budget régional propre consacrée aux activités de lutte contre le SIDA et son évolution dans le temps.

LE COMITÉ TECHNIQUE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CRLS)

Le Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA est créé par arrêté du Haut Commissaire.

Tutelle : la Direction Régionale de la Santé assure la tutelle du Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS), en tant que représentant du Ministère de la Santé au niveau de la région.

Mission : le Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA a pour mission de gérer les activités de lutte contre le SIDA dans la région. A ce titre, il est chargé de coordonner l'élaboration d'un plan d'action régional de lutte contre le SIDA qui prend en compte l'ensemble des plans d'action des entités intervenant dans la région. Les plans d'actions doivent être mis en cohérence de manière à en assurer complémentarité et synergie, de pouvoir en coordonner la mise en œuvre à travers des réunions de coordination, de fournir un appui technique chaque fois que nécessaire. Il fait rapport au Haut Commissaire de la Région,

au Président du Conseil Régional, au Coordonnateur du PNLS et au DNSP du Ministère de la Santé.

Composition : le Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA est composé du Directeur régional de la Santé, des chefs des services régionaux des départements ministériels ayant des actions de lutte contre le SIDA, des ONG et associations intervenant dans la lutte contre le SIDA au niveau de la région et les médecins chefs des cercles de la région. Au niveau de la Direction régionale de la santé, un membre du personnel sera choisi pour assister le Directeur régional de la santé dans ses tâches de Coordonnateur du CRLS.

Organisation et fonctionnement : le Directeur régional de la Santé est le Coordonnateur CTRLS, le Directeur régional de l'Action sociale est son adjoint et le secrétariat est assuré par un des membres appartenant à une ONG ou association. Le CTRLS se réunit une fois par mois selon un calendrier préétabli d'un commun accord et distribué à tous les membres du CTRLS. Les réunions sont présidées par le Directeur régional de la santé ou son adjoint et chaque membre y présente son rapport d'activité du mois écoulé ainsi que son programme de travail du mois prochain. Ainsi, les besoins en appui technique et/ou matériel seront définis et les partenariats nécessaires seront établis entre les acteurs et les ressources pourront être mises en commun pour une synergie d'action.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions du CTRLS sanctionnées par un compte-rendu écrit, la régularité des membres du CTRLS aux réunions, le volume des activités de lutte contre le SIDA réalisées dans la région, le nombre d'acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA au niveau de la région et son augmentation dans le temps, les rapports d'activité écrits disponibles au niveau de la région et au BC/PNLS, l'appui technique et

matériel fourni aux différents intervenants dans la région et aux Comités Locaux de Lutte contre le SIDA au niveau des cercles de la région (formation, supervision, médicaments, réactifs, préservatifs, etc.).

Au niveau du Cercle

Au niveau du Cercle, un seul organe fera la coordination multisectorielle politique, administrative et technique, c'est le Comité Local de Lutte contre le SIDA.

LE COMITÉ LOCAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CLLS)

Tutelle : la tutelle du Comité Local de Lutte contre le SIDA (CLLS) est assurée par la Délégation du Gouvernement, en tant que représentant de l'Etat. Le service de santé du Cercle assure la coordination technique, en tant que représentant du Ministère de la Santé au niveau du Cercle.

Mission : une première mission du CLLS est de faciliter la tâche aux acteurs de la lutte contre le SIDA intervenant sur le territoire du Cercle. A ce titre, le CLLS est chargé d'assurer la coordination multisectorielle politique et administrative du programme de lutte contre le SIDA exécuté au niveau du Cercle et de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines et financières existant à l'intérieur et à l'extérieur du Cercle. Une deuxième mission du CLLS est d'assurer la gestion technique des activités de lutte contre le SIDA dans le territoire du Cercle. A ce titre, il est chargé de coordonner l'élaboration d'un plan d'action local de lutte contre le SIDA qui prend en compte l'ensemble des plans d'actions des entités intervenant dans le Cercle, mis en cohérence de manière à en assurer complémentarité et synergie, de coordonner la mise en _uvre à travers des réunions de coordination, de fournir un

appui technique et de faire rapport au Délégué du Gouvernement, au Président du Conseil de Cercle et au chef du service de santé du Cercle.

Composition : le CLLS est composé du Délégué du Gouvernement, du Président du Conseil de Cercle, des chefs de service au niveau du cercle (Santé, Action Sociale, Promotion des Femmes, Education, Jeunesse, Développement Rural, Forces Armées) d'un représentant des ASCOM, du collectif des ONG, des associations communautaires ou professionnelles (femmes, jeunes, religieux, syndicats, tradipraticiens) et d'un représentant de chaque commune du Cercle désigné par le Comité communal de Lutte contre le SIDA.

Organisation et fonctionnement : le Délégué du Gouvernement assure la présidence du CLLS en tant que représentant de l'Etat, le Président du Conseil de Cercle en assure la vice-présidence en tant que représentant des populations et, le chef du service de l'Action Sociale en assure le secrétariat. Le CLLS se réunit une fois par trimestre aux mois de mars, juin, septembre et décembre de chaque année, selon un calendrier préétabli d'un commun accord, distribué à tous les membres et communiqué au Haut Commissariat de la Région. Les réunions sont présidées par le président ou le vice-président. Le chef du service de la santé, coordonnateur technique du Comité Local de Lutte contre le SIDA, y présente le rapport d'activité du Cercle en matière de lutte contre le SIDA. Le chef du service de l'Action Sociale envoie à tous les membres des convocations de rappel et s'assure, par téléphone ou tout autre moyen approprié, que tous les membres sont informés de la tenue de la réunion.

Le chef du service de la santé doit collecter et traiter les rapports d'activités de tous les acteurs intervenant dans le Cercle afin de produire le rapport de synthèse à présenter au CLLS. Ce rapport de synthèse sera envoyé directement au Directeur régional de la santé pour

exploitation et acheminement au niveau du BC/PNLS et du Délégué du Gouvernement. Le chef du service de la Santé est le coordonnateur du Comité Technique Local de Lutte contre le SIDA, un membre appartenant à une ONG/association est son adjoint. Le chef du service de l'Action sociale assure le secrétariat, il est chargé des convocations de rappel. Le CTLLS se réunit une fois par mois selon un calendrier préétabli d'un commun accord, distribué à tous les membres et communiqué au Haut Commissariat de la Région. Les réunions sont présidées par le coordonnateur ou son adjoint. Chaque membre y présente son rapport d'activité du mois écoulé et son programme de travail du mois prochain. Ainsi, les besoins en appui technique et/ou matériel seront définis et les partenariats locaux nécessaires seront établis entre les acteurs et, les ressources pourront être mises en commun pour une synergie d'action.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions du CLLS sanctionnées par un compte-rendu écrit, la régularité des membres du CLLS aux réunions, le volume des ressources financières mobilisées pour les activités de lutte contre le SIDA dans le Cercle, le niveau de l'engagement politique du Cercle reflété par la part du budget propre consacrée aux activités de lutte contre le SIDA et son évolution dans le temps. Le volume des activités de lutte contre le SIDA réalisées au niveau du Cercle, le nombre d'acteurs intervenants dans la lutte contre le SIDA au niveau du Cercle et son augmentation dans le temps, les rapports d'activité écrits disponibles au niveau du Cercle et au niveau de la Direction régionale de la Santé, l'appui technique et matériel fourni aux différents intervenants et aux Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (formation, supervision, médicaments, réactifs, préservatifs, etc.).

Au niveau de la Commune

Au niveau de la Commune un seul organe fera la coordination multisectorielle politique, administrative et technique, c'est le Comité Communal de Lutte contre le SIDA.

le comite communal de lutte contre le sida (ccls)

Tutelle : le maire de la Commune assure la tutelle du Comité Communal de Lutte contre le SIDA

Mission : le CCLS a pour mission de faciliter la tâche aux acteurs de la lutte contre le SIDA intervenant dans le territoire de la commune. A ce titre, le CCLS est chargé d'assurer la coordination multisectorielle politique et administrative du plan d'action de lutte contre le SIDA exécuté au niveau de son territoire et de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines et financières existant à l'intérieur et à l'extérieur de la commune.

Le CCLS est également chargé de la coordination multisectorielle technique A ce titre, il est chargé de coordonner l'élaboration d'un plan d'action communal de lutte contre le SIDA qui est l'ensemble des plans d'actions des entités intervenant dans la Commune, mis en cohérence de manière à en assurer complémentarité et synergie, de coordonner la mise en _uvre à travers des réunions de coordination, de fournir un appui technique aux intervenants qui en ont besoin. Il fait rapport au médecin du Cercle et au Délégué du Gouvernement.

Composition : le CCLS est composé du Maire de la Commune, des chefs des services de la Santé, de l'Action sociale, de la Jeunesse, de l'Education, du Développement rural, de la Promotion de la Femme, les représentants des ONG, des associations communautaires ou professionnelles (femmes, jeunes, religieux, syndicats, tradipraticiens).

Organisation et fonctionnement : le maire de la Commune assure la présidence du CCLS . Le chef du service de la Santé en est le Coordonnateur Technique, un membre appartenant à une

ONG/association est son adjoint et le chef du service de l'Action sociale en assure le secrétariat. Le CCLS se réunit une fois par mois selon un calendrier préétabli d'un commun accord, distribué à tous les membres et communiqué au Délégué du Gouvernement. Les réunions sont présidées par le Maire de la Commune, chaque membre y présente son rapport d'activité du mois écoulé et son programme de travail du mois prochain. Ainsi, les besoins en appui technique et/ou matériel seront définis et les partenariats locaux nécessaires seront établis entre les acteurs et, les ressources pourront être mises en commun pour une synergie d'action.

Indicateurs de performance : la tenue régulière des réunions du CTLLS sanctionnées par un compte-rendu écrit, la régularité des membres du CCLS aux réunions, le volume des activités de lutte contre le SIDA réalisées au niveau de la Commune, le nombre d'acteurs intervenants dans la lutte contre le SIDA au niveau de la Commune et son augmentation dans le temps, les rapports d'activité écrits disponibles au niveau de la Commune et du (ou des) centre(s) de santé existant dans la Commune, l'appui technique et matériel fourni aux différents intervenants (formation, supervision, médicaments, réactifs, préservatifs, etc.). Les autres indicateurs sont : le volume des ressources financières mobilisées pour les activités de lutte contre le SIDA dans la Commune, le niveau de l'engagement politique de la Commune, reflété par la part du budget propre consacrée aux activités de lutte contre le SIDA et son augmentation dans le temps.

7.6.3. ORGANES ET STRUCTURES INTERNATIONAUX D'APPUI

Le Mali compte sur ses ressources internes pour organiser la lutte contre le SIDA érigée au rang de priorité nationale. C'est pourquoi, les organes et structures cités plus haut ont été mis

en place pour rendre le PNLS plus performant et le doter de moyens accrus. Face à l'ampleur de la tâche et à la relative modicité des ressources internes, le Mali sollicite ses partenaires au développement pour soutenir et accompagner ses efforts dans la lutte contre le SIDA. Pour cette raison, il apparaît clairement et en bonne place, les organes et structures internationaux d'appui technique et financier.

"La mission de l'ONUSIDA, en tant que principal défenseur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA, est de conduire, de renforcer et de soutenir une action élargie contre la maladie. Cette action a quatre buts précis : prévenir la transmission et la propagation du VIH ; apporter soins et soutien aux personnes infectées et touchées par la maladie ; réduire la vulnérabilité des individus et communautés face au VIH/SIDA ; et, atténuer l'impact humain et socio-économique de l'épidémie".

"Néanmoins, c'est au Gouvernement qu'incombe en dernier ressort la charge de coordonner tous les types d'aide extérieure, y compris l'aide proposée par les Nations Unies, en tenant compte des stratégies et priorités nationales". C'est pourquoi, tout en laissant intact le Groupe thématique ONUSIDA qui regroupe les co-sponsors de l'ONUSIDA afin de permettre l'élaboration d'un plan d'action conjoint et coordonné, le Mali a opté pour la création d'un Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi (GTMCS) qui regroupe toutes les agences de coopération, y compris le Groupe thématique ONUSIDA. Ainsi, au niveau des organes et structures internationaux d'appui, il y a quatre entités.

GRUPE THÉMATIQUE MIXTE DE CONCERTATION ET DE SUIVI (GTMCS)

Le document intitulé Guide pratique à l'intention des Groupes thématiques - Agir ensemble contre le VIH/SIDA, publié en novembre 1998, définit les rôles et responsabilités du Groupe

Thématique ONUSIDA dans le pays. Le Mali, tout en encourageant l'établissement de plan d'action conjoint ONUSIDA, a pris l'option de travailler avec un Groupe thématique incluant tous les autres partenaires au développement pour avoir un seul pôle de coordination des partenaires internationaux appelé Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi.

Mission : le Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi a pour mission essentielle la mobilisation des ressources pour le financement des actions de lutte contre le SIDA et, l'appui matériel et technique. A ce titre, il suit régulièrement l'exécution technique et financière du Programme National de Lutte contre le SIDA au Mali et se concertent pour coordonner les efforts des partenaires au développement du Mali et les conjuguer avec ceux déployés par le pays. Le GTMCS est un forum pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources financières, matérielles et techniques. A ce titre, il est membre associé du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA.

" Le Groupe Thématique ONUSIDA reste l'organe chargé de l'élaboration de la politique conjointe et de la prise de décision stratégique pour le système des Nations Unies au niveau du pays ".

Composition : le GTMCS est composé des chefs d'agence de coopération du Groupe thématique ONUSIDA (OMS, PNUD, FNUAP, UNICEF, UNESCO, Banque Mondiale), le PAM, la FAO, l'Union Européenne, l'USAID, la Coopération canadienne, la Coopération française, la Coopération Hollandaise, la Coopération allemande, la Coopération suisse, la Coopération belge. Le Ministre de l'Economie et des Finances et le Ministre de la Santé du Mali en sont membres.

Organisation et fonctionnement : le Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi choisit son président parmi les chefs d'agence pour une durée d'une année renouvelable une fois ; le principe de la rotation étant systématiquement appliqué au bout de deux ans de présidence. Le président du Groupe Thématique ONUSIDA pourrait être président du GTMCS. Le Ministre de l'Economie et des Finances du Mali en assure la co-présidence. Le Ministre de la Santé en est le vice-président. Le GTMCS se réunit une fois par trimestre selon un calendrier préétabli d'un commun accord, distribué à tous les membres, à leurs points focaux et au Conseiller de Programme dans le Pays pour l'ONUSIDA (CPP/ONUSIDA). Les réunions du GTMCS doivent être articulées avec celles du Groupe de Travail Technique Elargi et du Comité National Restreint afin que ces dernières offrent l'occasion de préparer le rapport à présenter aux chefs d'agence de coopération. Le CCP/ONUSIDA, le Coordonnateur du Groupe de Travail Technique Mixte et le Coordonnateur du BC/PNLS proposeront les calendriers de réunion des trois organes en tenant compte des réunions des autres organes tels que le Haut Conseil National de Lutte le SIDA. Le CPP/ONUSIDA en assure le secrétariat et le Coordonnateur du BC/PNLS y présente un rapport faisant le point de l'exécution technique et financière du Programme.

Indicateurs de performance : la tenue régulière de la réunion trimestrielle sanctionnée par un compte-rendu écrit disponible au niveau de toutes les agences de coopération et de financement et au niveau du Centre de Documentation du BC/PNLS en trois exemplaires, le volume des financements mobilisés pour la lutte contre le SIDA au Mali et son accroissement dans le temps, le niveau de la réponse apportée par les partenaires pour satisfaire les besoins

d'appui technique identifiés et exprimés par le BC/PNLS (assistance technique, consultations, formation, etc.).

GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE MIXTE (GTTM)

Mission : le Groupe de Travail Technique Mixte est la cheville ouvrière du Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi, il a pour mission de gérer tous les aspects techniques et financiers en rapport avec les domaines d'intervention des agences qui le composent. A ce titre, il doit planifier et programmer des actions conjointes, coordonnées en vue d'assurer la complémentarité et la synergie sur le terrain, étudier tous les programmes et projets dans leurs aspects techniques et financiers, fournir conseil et assistance aux chefs d'agence et appui technique au BC/PNLS. Le GTTE travaille en étroite collaboration avec le BC/PNLS.

Composition : le Groupe de Travail Technique Mixte est composé des points focaux des agences co-parrainant ONUSIDA, des points focaux des autres agences de coopération multilatérale et bilatérale, du Conseiller de Programme dans le Pays pour l'ONUSIDA, du Coordonnateur du BC/PNLS, des représentants des ONG internationales (Plan International, ENDA et SIDA 2) intervenant dans la lutte contre le SIDA au Mali. Un représentant du Groupe Pivot Santé et Population et un représentant du Groupe Pivot Education y sont admis comme membres associés.

Organisation et fonctionnement : le GTTE choisit parmi ses membres un(e) Coordonnateur(trice) pour une durée d'une année renouvelable une seule fois ; le principe de la rotation étant systématiquement appliqué au bout de deux mandats. Le Conseiller de

Programme dans le Pays pour l'ONUSIDA en assure le secrétariat. Le GTTE se réunit une fois par mois en session ordinaire et chaque fois que les circonstances l'exigent.

Indicateurs de performance : la tenue régulière de la réunion mensuelle ordinaire sanctionnée par un compte-rendu écrit disponible au niveau de toutes les agences de coopération et de financement, des ONG internationales, des deux groupes pivots et au niveau du Centre de Documentation du BC/PNLS en trois exemplaires, l'existence d'un plan de travail pour le groupe, de plans d'action conjoints entre deux ou plusieurs agences et/ou ONG, le rythme de consommation des ressources financières (capacité d'absorption) gérées au niveau du groupe et le niveau de réalisation des activités prévues.

Bureau du Conseiller Programme Pays ONUSIDA

Le document intitulé Guide pratique à l'intention des Groupes thématiques - Agir ensemble contre le VIH/SIDA, publié en novembre 1998, définit les rôles et responsabilités du Conseiller de Programme dans le pays pour l'ONUSIDA.

Mission : "le Conseiller de Programme dans le Pays ONUSIDA (CPP/ONUSIDA) a pour mission de conseiller et de seconder le Groupe Thématique, le Groupe de Travail Technique et autres partenaires". A ce titre, il doit "développer la collaboration et l'action conjointe dans le domaine du VIH/SIDA entre les organismes coparrainants, les autres organisations du système des Nations Unies" et tous les autres partenaires au développement à travers des plans de travail et des plans d'action conjoints. "Un rôle secondaire mais néanmoins important du CPP, consiste à soutenir l'action nationale à travers des conseils, une assistance et une action directe, dans des domaines tels que la planification stratégique, la mobilisation des ressources, l'établissement de partenariats et l'instauration d'un consensus".

Composition : le Bureau du CPP/ONUSIDA est composé du Conseiller, d'un(e) assistant/secrétaire et d'un chauffeur.

Organisation et fonctionnement : le CPP travaille en étroite collaboration avec le Groupe de Travail Technique Mixte et le BC/PNLS. "En ce qui concerne la facilitation, le CPP aide les organismes coparrainants à travailler ensemble de façon à élargir l'action du Gouvernement et de la société civile, et favorise la constitution de réseaux comme moyen de diffusion des connaissances. En ce qui concerne la promotion des meilleures pratiques, le CPP encourage les méthodes nouvelles et novatrices de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA, et réunit et diffuse des informations fondées sur l'expérience acquise. En ce qui concerne la sensibilisation, le CPP s'emploie à accroître l'engagement à la fois des autorités gouvernementales, des donateurs, des media, de la société civile et du secteur privé en faveur d'une action renforcée et élargie, en particulier dans des domaines aussi vastes que les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes, les jeunes et une plus forte participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA".

Indicateurs de performance : l'existence d'un plan d'action conjoint ONUSIDA, l'existence d'un plan de travail du CPP et du GTT/ONUSIDA et du GTTM, le niveau de participation du CPP aux rencontres et activités du GTT/ONUSIDA, du GTTM et du BC/PNLS, les rapports et documents produits par le CPP y compris les compte-rendu des réunions dont il assure le secrétariat, la qualité et la richesse de la documentation existant au Bureau du CPP.

7. 8. GESTION DE L'INFORMATION

La gestion de l'information est un élément essentiel de la gestion d'un programme de lutte contre le SIDA. La complexité de la nature de l'épidémie, la nécessité de connaître la

méconnaissance de l'ampleur réelle de l'épidémie et ses impacts au Mali, les inconnues encore persistantes sur ses évolutions possibles, la diversité des facteurs de risque et de vulnérabilité, la richesse des expériences sur le terrain et la nécessité de les partager exigent une bonne gestion de l'information et un système d'information performant. Le recueil et le traitement des données, la confection des rapports, les circuits de transmission des rapports, les instances de partage des informations, la conservation des informations pour leur exploitation doivent être envisagés. De même, l'information sur le SIDA en Afrique et dans le monde doit être recueillie, conservée et accessible. La création d'un Centre de Documentation adéquatement équipé et géré avec compétence offrira les conditions d'une bonne gestion de l'information en matière de SIDA.

7.8.1. Informations sur le SIDA au Mali

Il est important que le Programme National de Lutte contre le SIDA dispose de l'information pertinente en matière de SIDA au niveau du Mali en général et dans toutes les provinces, tous les cercles et toutes les communes en particulier. Ces informations doivent concerner toutes les dimensions de l'épidémie du SIDA : les données épidémiologiques, les déterminants de la propagation du VIH, les impacts sur les personnes humaines, la famille, la communauté, l'entreprise, les différents secteurs de développement, le pays tout entier. Ces informations, si elles existent, doivent être recherchées et conservées au niveau du Centre de Documentation du PNLIS. Si elles n'existent pas, elles doivent faire l'objet de recherches menées par des institutions et des personnes compétentes et crédibles - les recherches doivent être, si nécessaires, à des institutions internationales - pour avoir des données les plus fiables possible.

C'est sur la base de ces informations que les décideurs donnent les orientations et que les acteurs planifient la réponse avec des objectifs réalistes et des stratégies pertinentes. Une gestion efficace de l'information sur le SIDA est fondamentale pour l'évaluation du Programme, l'évaluation des stratégies mises en œuvre et les exercices ultérieurs de planification/programmation. Ces informations doivent être disponibles et rapidement accessibles, ce qui nécessite la mise en place d'un fonds documentaire bien classé mais également, une circulation plus fluide de l'information recueillie aux différents niveaux techniques pour leur traitement rapide.

Ainsi, la circulation de l'information pourrait être conçue comme décrit ci-dessous :

∩ Au niveau Commune : les données collectées sur le terrain par les acteurs sont transmises au Comité Communal de Lutte contre le SIDA qui fait un rapport global des actions menées au niveau de la Commune, sous le leadership du Coordonnateur du Comité Communal de Lutte contre le SIDA qui est le chef du service de santé communal. Le rapport est transmis au Maire de la Commune pour information, et au Coordonnateur du Comité Technique Local de Lutte contre le SIDA du Cercle auquel appartient la Commune pour traitement et feedback si nécessaire. Le rapport est mensuel et doit couvrir la période du 1^{er} au 30/31 de chaque mois. Il doit être envoyé aux destinataires au plus tard le 05 du mois suivant.

∩ Au niveau Cercle : le Coordonnateur du Comité Technique Local de Lutte contre le SIDA traite l'ensemble des rapports des communes. Il y ajoute les activités des acteurs intervenant au niveau cercle et les activités propres du Comité Technique Local de Lutte contre le SIDA. Le rapport est transmis au Délégué du gouvernement et au président du

Conseil de Cercle pour information, et au Directeur régional de la santé pour traitement et feedback, si nécessaire. Le rapport est mensuel et doit couvrir la période du 1^{er} au 30/31 de chaque mois. Il doit être envoyé aux destinataires au plus tard le 10 du mois suivant.

∩ Au niveau Région : le Directeur régional de la santé traite l'ensemble des rapports des cercles. Il y ajoute les activités des acteurs intervenant au niveau région et les activités propres du Comité Technique Régional de Lutte contre le SIDA. Le rapport est transmis au Haut Commissaire et au Président du Conseil Régional pour information, et au Coordonnateur du PNLS pour traitement et feedback. Le rapport est mensuel et doit couvrir la période du 1^{er} au 30/31 de chaque mois. Il doit être envoyé aux destinataires au plus tard le 15 du mois suivant.

∩ Au niveau central : le Coordonnateur du BC/PNLS traite l'ensemble des rapports des régions. Il traite également les rapports des services nationaux du ministère de la santé ayant des actions de lutte contre le SIDA, les rapports des autres ministères, des ONG/associations (en veillant à ne pas faire double emploi des mêmes données issues des structures décentralisées et des ONG/associations qui interviennent sur le terrain), des entreprises et des institutions de recherche. Le rapport du Coordonnateur du BC/PNLS doit être complété par les activités propres des Commissions Thématiques Spécialisées, du Bureau de Coordination et du Comité National Restreint. Le rapport est trimestriel et doit couvrir les périodes du 1^{er} janvier au 31 mars, du 1^{er} avril au 30 juin, du 1^{er} juillet au 30 septembre et du 1^{er} octobre au 31 décembre. Le rapport de chaque trimestre doit être envoyé aux destinataires au plus tard le 30 du premier mois du trimestre suivant.

∪ Les données de surveillance épidémiologique et d'enquêtes diverses, les cas de SIDA mensuellement notifiés au PNLS ainsi que le nombre de décès dus au SIDA déclarés par les formations sanitaires doivent être transmis immédiatement à la Division de l'épidémiologie du ministère de la santé pour être prises en compte dans le Système d'Information Sanitaire national. Le système d'information en matière de SIDA dépasse largement les données épidémiologiques et nécessite d'être organisé de manière autonome. Aussi, les données épidémiologiques devront-elles être traitées au sein du BC/PNLS et complétées par les informations sur les changements de comportement, l'accès aux traitements, les impacts du SIDA, etc..

∪ Les résultats des recherches sur le SIDA et sur les problématiques connexes doivent faire l'objet d'un rapport largement diffusé, avec trois exemplaires classés au Centre de Documentation. Ils doivent faire l'objet d'une restitution au cours d'une rencontre rassemblant les principaux acteurs concernés et organisée sous l'égide du BC/PNLS, à travers la Commission Thématique Spécialisée concernée. L'utilisation des résultats des recherches doit être encouragée.

∪ Le rapport du BC/PNLS, qui intègre toutes ces informations, doit être envoyé au ministère de la santé (cabinet du ministre, DNSP), aux autres ministères (cabinet des ministres), au président du Groupe Thématique Mixte, au Coordonnateur du Groupe de Travail Technique Mixte, aux deux Groupes Pivots, aux ONG internationales, aux animateurs des Commissions Thématiques Spécialisées, aux régions (CTRLS), au CPA. Le rapport doit être classé au Centre de Documentation en trois exemplaires et une copie conservée sur le

disque dur de l'ordinateur du Centre de Documentation et sur une disquette ou un CD Rom de sauvegarde.

7.8.2. Le SIDA en Afrique et dans le monde

Par ailleurs, la connaissance du SIDA en Afrique et dans le monde est une nécessité absolue pour chaque programme de lutte contre le SIDA. Accéder à l'information en temps réel sur l'épidémie, ses déterminants, ses impacts, sa dynamique et les stratégies mises en _uvre dans le autres pays est une source d'inspiration utile. Le SIDA ne sera vaincu que par un effort mondial, régional, sous-régional, inter-pays, ce qui nécessite un échange d'informations continu et un partage des leçons apprises et des meilleures pratiques. Dans ce sens, l'ONUSIDA a produit un nombre important de publications diverses reflétant les expériences réussies de par le monde et la plupart des agences spécialisées des Nations Unies et des agences de coopération bilatérales ont publié des résultats de recherches menées dans divers pays africains.

Le fonds documentaire sera constitué à partir des documents propres du PNLIS (plans à court et moyen termes, rapport de revus du programme, rapports d'évaluation, résultats d'enquêtes et autres recherches, documents de formation, etc.), les copies des documents disponibles au niveau des partenaires au développement, des ONG/associations, des institutions de recherche et de formation. L'acquisition des documents hors du Mali se fera, pour la plupart, sur simple demande et une inscription du Centre sur la liste d'adresse des institutions. Certains documents seront achetés sur un budget alloué au Centre de Documentation par l'Etat et les partenaires.

La richesse du fonds documentaire, le bon fonctionnement et l'efficacité du Centre de Documentation dépendront en grande partie de la compétence technique et du dynamisme du

responsable, de la qualité des outils de gestion informatique, de la possibilité d'accéder à internet. Le recrutement d'un documentaliste (ou d'une personne en ayant des notions), la mise en place du Centre de Documentation et son équipement doivent être une priorité pour le BC/PNLS.

7.9. MECANISMES DE FINANCEMENT

A côté de la gestion de l'information, la détermination des mécanismes de financement un deuxième pilier du cadre institutionnel. L'objectif principal de la gestion financière du PNLS est de garantir l'arrivée des ressources financières sur le terrain, aux endroits où se déroulent les opérations de lutte contre le SIDA et de s'assurer que les bénéficiaires participent à leur gestion. Cela suppose une gestion transparente des ressources au niveau central et la définition de mécanismes clairs et connus de tous les acteurs.

Actuellement, chaque organisation a ses règles et procédures. Trois mécanismes de financement semblent être en cours au Mali : le financement direct, le financement par le canal de la Direction Administrative et Financière (DAF) du ministère de la Santé et le financement sous forme de projet. Il n'y a ni concertation ni coordination en ce qui concerne les financements.

Les mécanismes de financement doivent faire l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes dans la lutte contre le SIDA afin de trouver les solutions idoines dans le contexte actuel du Mali. Le Groupe de Travail Technique Mixte est l'organe le plus indiqué pour mener la réflexion et conduire le plaidoyer pour l'introduction des éventuels changements. Les propositions du GTTM doivent être validées par le Groupe Thématique Mixte de Concertation et de Suivi.

Plusieurs options peuvent être envisagées dont celle où chaque organisme conserve ses règles et procédures de financement. Dans ce cas, au sein du Comité National de Lutte contre le SIDA, qui regroupe les différentes entités impliquées dans la lutte contre le SIDA, on procède à une programmation d'ensemble tous les six mois. Ce qui a l'avantage de mettre en place un même cycle de programmation, de faire démarrer les activités de terrain en même temps, de favoriser la complémentarité et la synergie entre les acteurs intervenant dans les mêmes communes et cercles à travers la constitution de partenariats, de mettre en commun certaines ressources humaines, matérielles et financières pour accroître l'efficacité des interventions, de mieux identifier les besoins d'appui technique et d'y répondre et enfin, d'assurer la coordination effective des interventions et de l'utilisation des ressources. Cette option nécessite un effort d'adaptation au nouveau cycle de programmation, la concertation périodique et un décaissement coordonné des fonds par chaque bailleur. Le principe de financer directement des communautés, des ONG/associations ou des institutions travaillant sur le terrain est admis, si la transparence est de rigueur. Les structures et organes décentralisés doivent être responsables de la gestion de leurs ressources. Ce mécanisme pourra être évalué et amélioré, si nécessaire.

La définition des modalités de gestion de l'information et des ressources constitue la passerelle entre le cadre institutionnel et la mise en œuvre du programme

La recherche et la formation sont des stratégies utilisées dans toutes les thématiques pour améliorer les connaissances et accroître les performances. Les thématiques sont développées à travers les organes et structures du Programme National de Lutte contre le SIDA.

Recherche

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

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

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

Formation

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

- la planification/programmation à travers les ateliers sur le VIH et le développement aux niveaux communal, local (cercle), régional et national ;
- le développement de la réponse locale ;
- le diagnostic et le traitement des IST par l'approche syndromique à l'intention des personnels de santé ;
- la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH, en milieu hospitalier, à l'intention des personnels de santé ;
- la prise en charge psychosociale et les soins infirmiers des personnes vivant avec le VIH, en milieu communautaire, à l'intention des personnes relais.

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

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

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

Les formations seront confiées aux groupes spécialisés du CNLS qui doivent élaborer les programmes de formation et de recyclage pour les différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les formations pour lesquelles les capacités n'existent pas au sein du

CNLS seront sous-traitées avec des institutions ou individus connus pour leur expertise, au niveau national ou international.

Suivi et évaluation du plan stratégique

Les méthodes classiques de suivi et d'évaluation seront utilisées pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en _uvre des projets du plan stratégique 2001-2005. Les indicateurs retenus sont ceux du PMT2 réadaptés et complétés en fonction des interventions prioritaires.

Rapports périodiques

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

Suivi et évaluations du PNLIS

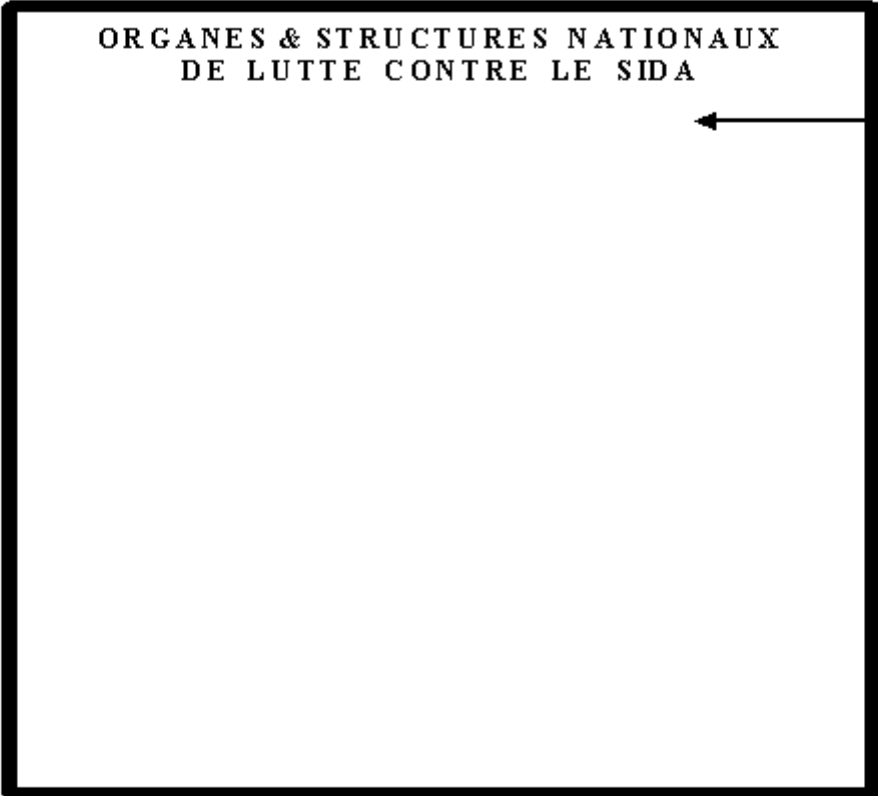
Dans le cadre du projet ONUSIDA/PNUD, il est prévu une mission de suivi et d'encadrement rapproché pour la mise en _uvre du plan, tous les six mois.

Il est prévu une revue interne chaque année, suivie d'une reprogrammations. Les revues internes sont faites par les nationaux. Deux évaluations externes sont prévues dont la première aura lieu à la fin de la deuxième année du plan et la seconde au cours de la cinquième année du plan. Ces évaluations sont conduites par une équipe de consultants internationaux. Les procédures des revues internes et des évaluations externes devront être améliorées afin de fournir des bases plus objectives de planification/programmation.

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre Institutionnel du Programme National de Lutte contre le SIDA au Mali



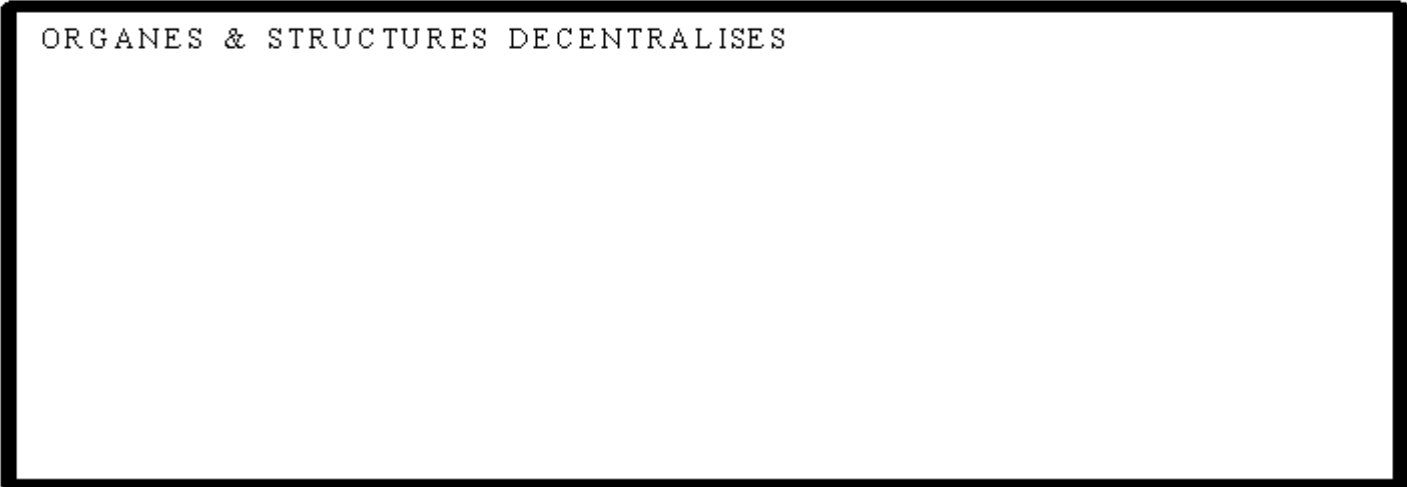


Niveau National →

Niveau Régional →

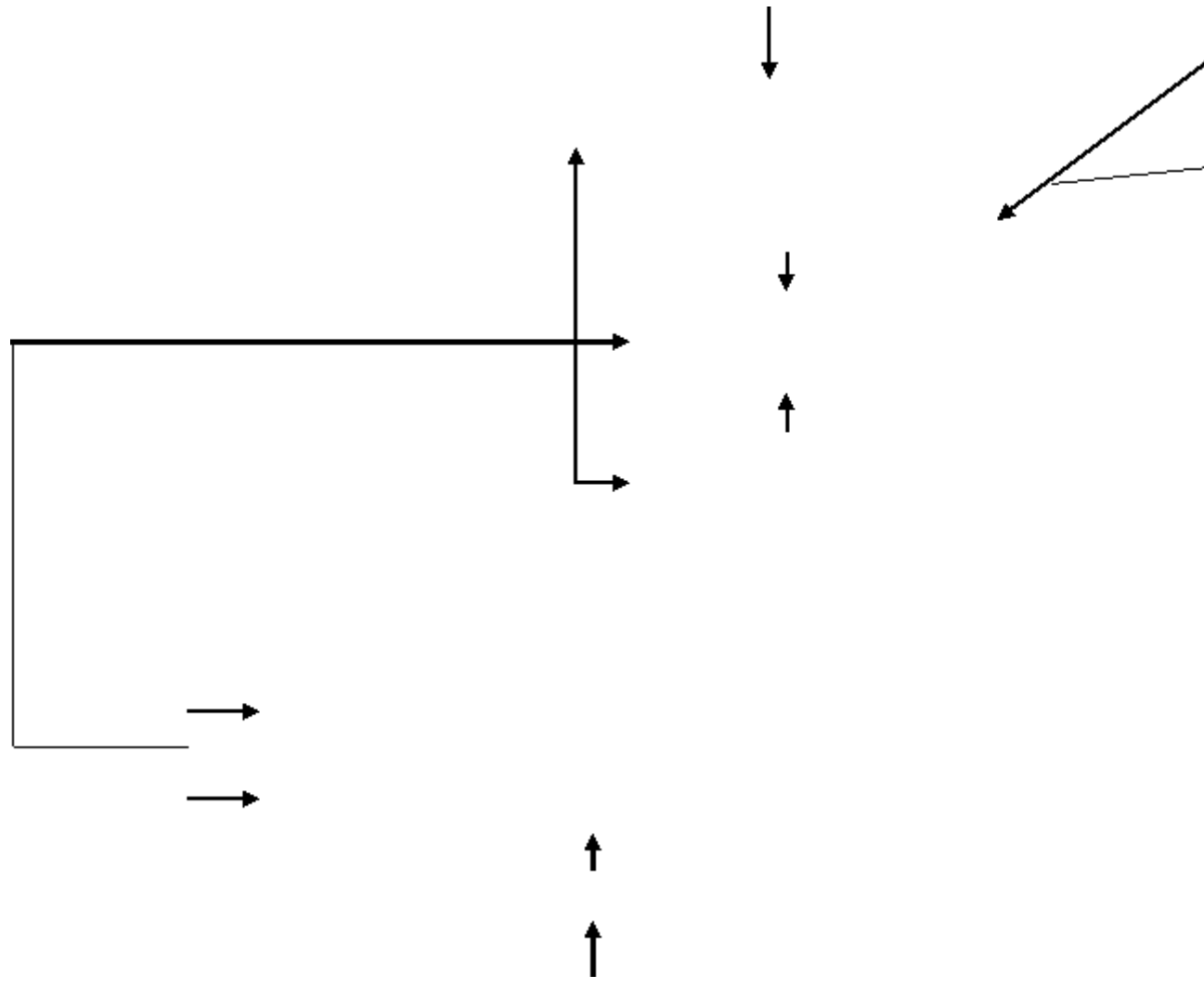
Niveau Cercle →

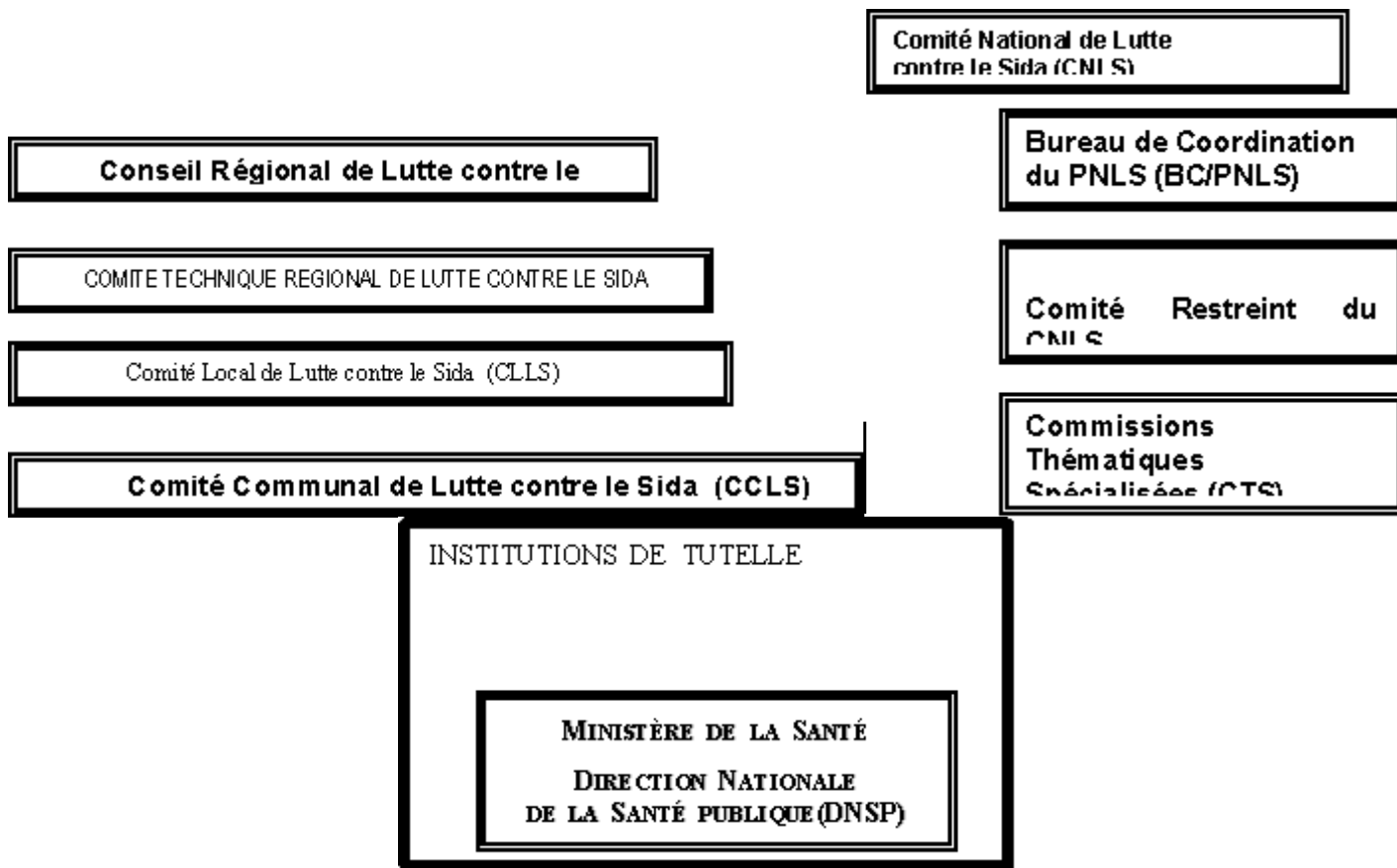
Niveau Commune →



ONGs Internationales







I. Présidence de la République

