

Présidence de la République du Mali
HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA



RAPPORT NATIONAL UNGASS 2012

Période : Janvier 2010 - Décembre 2011

Juin 2012

RAPPORT NATIONAL UNGASS 2012

Période : Janvier 2010 - Décembre 2011

Equipe de collecte et de rédaction :

<i>Prénom et Nom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Structure</i>	<i>E-mail</i>	<i>Téléphone</i>
SE/HCNLS				
<i>Daouda</i> DIAKITE	Chef Département Planification Stratégique, Suivi – Evaluation	Secrétariat Exécutif/Haut Conseil National de Lutte contre le Sida	dydiakite@sehcnls.ml dydiakite1@yahoo.fr	66 78 02 08 73 01 08 20
<i>Guédiouma</i> TANGARA	Responsable du Suivi/évaluation	Secrétariat Exécutif/Haut Conseil National de Lutte contre le Sida	gtangara@sehcnls.ml	66 71 87 37
<i>Ibrahim Thierno</i> DIALLO	Informaticien /Chargé de la Base des données	Secrétariat Exécutif/Haut Conseil National de Lutte contre le Sida	itdiallo@sehcnls.ml	66 68 38 48
<i>Mme Adam</i> TRAORE	Chargé collecte des données	Secrétariat Exécutif/Haut Conseil National de Lutte contre le Sida	adtraore@sehcnls.ml	
Ministère de la Santé				
<i>Dr Aliou</i> SYLLA	Coordinateur	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé	Aliouylla03@yahoo.fr	66 75 55 35
<i>Dr Ouman</i> DEMBELE	Coordinateur Adjoint	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé	ousiademd@yahoo.fr	78 79 37 09
<i>Amadou</i> HAIDARA	Chargé de collecte des données et CCDV	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé	haidarafr@yahoo.fr	76 39 96 74
<i>Dr Aminata</i> TRAORE	Gestionnaire des Programmes de Santé Responsable Planification Suivi Evaluation	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé	amitraore@csls.ms.gov.ml traomina@yahoo.fr	66 82 87 97
<i>Bouyagui</i> TRAORE	Responsable Suivi Evaluation	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé	bouyaguitra@yahoo.fr	66 81 49 11
<i>Dr Tiguida</i> SISSOKO	Point focal PTME	Direction Nationale de la santé (DNS)	tigui74@yahoo.fr	66 82 59 38 76 21 90 55

<i>Dr Modibo TRAORE</i>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose	Direction Nationale de la santé (DNS)	Moditraore2003@yahoo.fr	76 38 10 22
<i>Dr Sangaré Oumou FOFANA</i>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose	Direction Nationale de la santé (DNS)	oumoufof@yahoo.fr	66 72 10 40 78 77 42 43
Ministère de l'éducation				
<i>Mady KEITA</i>	Coordinateur CSLS/MEALN	CSLS/MEALN	kemoldm@yahoo.fr	66 76 36 96
Société Civile				
<i>Modibo KANE</i>	Coordonnateur	Réseau Malien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RMAP+)	kanemodibo@yahoo.fr	76 07 96 41
<i>Ali DJERMA</i>		AFAS/AMAS	matoudjerma@yahoo.fr	76 36 20 01
<i>Dr Camara Adam YATTASSAYE</i>	Chargé de Programme	ARCAD - SIDA	arcadsida@arcadsida.org	20 23 72 59
<i>Dr Garangué SOUCKO</i>	Directrice	SOUTOURA		
<i>Dr Issiaka DEMBELE</i>	Responsable Suivi Evaluation	ARCAD - SIDA	monitoring@arcadsida.org	76 31 18 52
<i>Dr DEMBELE Bintou</i>	Directrice ARCAD SIDA	ARCAD - SIDA	arcadsida@arcadsida.org	
ONUSIDA				
<i>Dr Ousmane DIOUF</i>	Coordinateur ONUSIDA	ONUSIDA	odiouf@unaids.org	
<i>Ben Wahab ABDOUL KARIM</i>		ONUSIDA	benwahaba@unaids.org	66 75 27 28
OMS				
<i>Dr Nahé Bab</i>	Point Focal Sida	OMS	bahn@ml.afro.who.int	
UNFPA				
<i>Dr Kalifa TRAORE</i>	Point Focal VIH	UNFPA/	ktraore@unfpa.org	66 73 39 38
UNICEF				
<i>Ndèye NGONE TOURE</i>	Point Focal VIH	UNICEF	nntoureaunicef.org	70 68 45 64
Consultant				
<i>Dr Diola KEITA</i>	Consultant	Consultant Indépendant	diotex@hotmail.com	76 49 99 48

Sigles et acronymes

AF	Aide Familiales
AFAS	Association des Femmes pour l'Aide et le Soutien aux PVVIH
AGC	Agence de Gestion des Contrats
AGF	Agence de Gestion Financière
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AMAS	Association Malienne d'Aide et de Soutien aux PVVIH
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale
ARCAD SIDA	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile
ARV	Anti Rétro Viraux
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAFO	Coordination des Associations et ONG Féminines
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDV	Centre de Conseil et Dépistage Volontaire
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CEC	Centre d'Ecoute Communautaire
CESAC	Centre de Soins, d'Animation et de Conseils
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COFESFA	Coopérative des Femmes pour l'Education à la Santé Familiale et l'Assainissement
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CRIS	Système d'Information de la Réponse nationale
CSCOM	Centre de Santé de Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA
CSN	Cadre Stratégique National
CSP	Coalition du Secteur Privé
CSRef.	Centre de Santé de Référence
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DNICT	Direction Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
DNS	Direction Nationale de la Santé

DPSE	Département Planification Stratégique et Suivi Evaluation
EAA	Equipe d'Appui et d'Apprentissage
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EPP	Estimations et Projections Pays
GPSP	Groupe Pivot Santé Population
GTSEN	Groupe Technique National de Suivi Evaluation
GTSER	Groupe Technique Régional de Suivi Evaluation
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
HDNI	Hémodilatation Normovolémique Internationale
ICPN	Indice Composite de Politiques Nationales
IEC	Information Éducation Communication
INRSP	Institut National de Recherches en Santé Publique
IO	Infections Opportunistes
ISBS	Etude Comportementale et Séroprévalence du VIH
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LQAS	Echantillonnage par lots pour l'assurance de qualité
MAP	Projet Multisectoriel de lutte contre le SIDA
MEALN	Ministère de l'Education, de l'Alphabétisation et des Langues Nationales
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
MS	Ministère de la Santé
OESD	Orphelins et Enfants en Situation Difficile
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PAF	Petites Actions Faisables
PCIOEV	Programme Concerté d'Intervention auprès des Orphelins et autres Enfants Vulnérables
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PS	Professionnelles du Sexe
PSAMAC	Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique du Centre
PSMAO	Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest
PSI	Service International pour la Population
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Ressources et Dépenses de Lutte contre le VIH et le SIDA.

RMAP+	Réseau Malien des Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et Evaluation
SE-HCNLS	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
SFPS	Santé Familiale et de Prévention du SIDA
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
TDR	Termes de Références
TES	Technique d'Epargne Sanguine
TH	Transfusion Homologue
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAC	Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil
USAID	Agence américaine pour le Développement International
VA	Vendeuses Ambulantes
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Sigles et acronymes.....	2
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	7
I. PRESENTATION DU MALI.....	8
II. APERÇU DE LA SITUATION	9
2.1 Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport.....	9
2.2 La situation actuelle de l'épidémie	10
2.3 La riposte au plan politique et programmatique.....	11
2.4 Le récapitulatif des indicateurs de P'UNGASS.....	13
III. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	20
3.1. Système national de surveillance au Mali	16
3.2. Prévalence du VIH dans la population générale.....	16
3.3. Prévalence du VIH au sein des groupes à haut risque.....	18
3.3.1 Professionnelles du sexe	24
3.3.2 Vendeuses ambulantes	24
3.3.3 Aides familiales.....	24
3.3.4 Routiers :	25
3.3.5 Coxeurs.....	25
3.4. Surveillance du VIH dans les sites sentinelles.....	20
3.5. Prévalence du VIH dans le domaine de la PTME	26
3.6. Prévalence chez les donneurs de sang.....	30
3.7. Prévalence du VIH chez les malades tuberculeux.....	31
3.8. Déterminants de la transmission du VIH et ampleur de l'épidémie.....	32
3.8.1 Déterminants de la transmission.....	32
3.8.2 Ampleur de l'épidémie	32
3.9. Situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV).....	32
IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	33
4.1. Elaboration des politiques	33
4.1.1 Planification stratégique.....	34
4.1.2 Appui politique	37
4.2. Mobilisation des ressources, dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le SIDA. 30	
4.2.1 Sources de financement.....	30
4.2.2 Financement des programmes.....	40
4.3. Prévention	41
4.4. Traitement, soins et soutien.....	41
4.5. Participation de la société civile.....	41
4.6. Connaissances et changements intervenus dans les comportements	42
4.7. Atténuation de l'impact	42
V. MEILLEURES PRATIQUES	42
5.1. Direction politique	42
5.2. Environnement politique propice.....	43
5.3. Intensification des programmes efficaces de prévention	43
5.4 Intensification des programmes de soins, de traitement et ou de soutien.	
Le Téléthon (ARCADSIDA).....	44
VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	40
6.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2008 à P'UNGASS.....	40
6.1.1. Effectivité de la fonctionnalité du système de suivi évaluation,	40
6.1.2. Non disponibilité de certaines données de projets et programmes	46
6.1.3. Besoin de renforcer la participation des acteurs impliqués dans la réponse au mécanisme de coordination et de suivi de la riposte nationale.....	47

6.2.	Obstacles ayant entravé la riposte nationale et progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS	47
6.3	Mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS.....	41
VII.	SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	47
7.1.	Soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS	47
7.2.	Actions devant être entreprises par les partenaires afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS	48
VIII.	SUIVI ET EVALUATION	48
8.1.	Aperçu du système actuel de suivi et évaluation.....	49
8.1.1	Le dispositif institutionnel de suivi- évaluation : les niveaux d'intervention des structures et institutions	49
8.1.2	Le circuit global des données et de l'information.....	51
8.1.3	Le traitement et l'analyse des données	54
8.2.	Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système Suivi Evaluation complet.....	54
8.3.	Mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés.....	54
8.4.	Besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation.	50
ANNEXES	57
	ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH et le SIDA	58

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs UNGASS.....	17
Tableau 2 : Évolution de la prévalence du VIH entre les EDSM III et IV selon le sexe, l'âge, la région et le milieu de résidence au sein de la population générale au Mali.....	22
Tableau 3 : Prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risque.....	23
Tableau 4 : Évolution de la prévalence du VIH par groupe d'âges restreints chez les femmes enceintes	20
Tableau 5 : Bilan des résultats obtenus par les sites de PTME au Mali en fin décembre 2008 et 2009.....	Error! Bookmark not defined.
Tableau 6: Resultats des tests de dépistage chez les patients tuberculeux par CESRef.....	22
Tableau 7 : Appuis aux OEV	33
Tableau 8 : Montants des ressources disponibles et l'orientation des appuis selon le mécanisme pour la période 2007-2010	42

PREFACE

.....
.....
.....
.....
.....

Secrétaire Exécutif

Malick Sène

I. PRESENTATION DU MALI

La République du Mali située au cœur de l'Afrique de l'Ouest se distingue par sa grande taille avec une superficie de 1 241 248 km². Elle partage environ 7200 km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud-Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

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

La population résidente du Mali est estimée à 14.517.176 habitants en 2009 dont 49,6% d'hommes et 50,4% de femmes. La densité moyenne est de 11,7 habitants au km².

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

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

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

Au plan de l'instruction de la population, 46% d'hommes et 40% des femmes ont fréquenté l'école. Ces proportions bien que faibles indiquent une amélioration du niveau d'éducation des populations par rapport à celles des générations antérieures.

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

II. APERÇU DE LA SITUATION

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

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

Cet engagement national a été plus renforcé avec la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le SIDA suite à laquelle chacun des pays élabore tous les deux ans un rapport de suivi des engagements pris. Au Mali, la rédaction de ce rapport (2010-2011) s'est effectuée en collaboration avec le secteur Public, la société civile, le secteur privé et les Partenaires Techniques et Financiers.

On peut citer entre autres structures impliquées dans cette rédaction :

- SE-HCNLS ;
- CSLS/Ministère de la Santé ;
- CPS/ Ministère de la Santé ;
- DNS/ Ministère de la Santé ;
- CNTS/ Ministère de la Santé ;
- PNLT
- RMAP+ ;
- ONUSIDA
- USAID
- OMS
- UNICEF
- CSLS/Ministère de l'éducation
- ARCAD - Sida
- PSI Mali

L'équipe de rédaction du rapport est dirigée par le Chef du Département Planification Stratégique et Suivi Evaluation du SE-HCNLS. Elle a travaillé sur :

- i) le recueil des données pour le renseignement des indicateurs ;
- ii) la vérification de la qualité des données collectées ;
- iii) le remplissage du questionnaire ICPN ;
- iv) l'élaboration du draft du rapport.

La saisie on-line dans le site ONUSIDA est assurée par l'équipe du Chef du Département Planification Stratégique et Suivi Évaluation du SE-HCNLS.

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

2.2 La situation actuelle de l'épidémie

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

Au sein du sous groupe des jeunes (femmes et hommes) de 15-24 ans, une personne sur cinq (20,7%) a eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Pour les femmes de la même tranche d'âge, la proportion est de 24,7% contre 5,4% pour les hommes.

S'agissant des comportements à risque 9,3% des femmes et hommes de 15 -49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Le risque a été plus important chez les hommes (25,3%) tandis qu'il est plus faible chez les femmes (5,9%). Parmi les femmes et hommes âgés de 15 -49 ans et ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, 28,4% ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Cette proportion a été faible pour les femmes (16,7%), elle a été par contre plus élevée chez les hommes (38,8%).

Les résultats de la surveillance sentinelle du VIH ont montré un taux de séroprévalence de 2,4 % chez les femmes enceintes de moins de 25 ans en 2007. Cette prévalence a légèrement augmenté à 2,7% en 2009.

Selon les résultats de la Surveillance Sentinelle 2009, les prévalences les plus élevées ont été observées aux CSRéf de Koulikoro (5,0%), de Koutiala (4,3%), de la commune III (4,1%), de la commune I (4,0%). La plus faible prévalence a été observée au CSRéf de Kidal (0,7%).

Du point de vue des tests de dépistage du VIH, les résultats de l'EDSM IV révèlent que parmi les personnes de 15-49 ans, 2,7% des hommes ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat contre 3,1% pour les femmes de la même tranche d'âge. Cette proportion est de 3% pour l'ensemble des deux sexes.

Chez les personnes à haut risque, les résultats de l'enquête ISBS 2009 indiquent que 61,6% des professionnelles du sexe ont été au moins une fois testées pour le VIH au cours de leur vie ; ce taux est de 13,6% pour les vendeuses ambulantes, 1,7% chez les aides familiales, 26,6% chez les coxeurs et 17,3% chez les routiers.

2.3 La riposte au plan politique et programmatique

A titre de rappel une déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA fut adoptée le 7 avril 2004. Le Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) comporte une représentation égalitaire entre le secteur public, le secteur privé et le secteur de la société civile qui compte en son sein les représentants des associations de Personnes Vivant avec le VIH. Les partenaires techniques et financiers y sont représentés. La structure, tout comme son organe d'exécution, le Secrétariat Exécutif, ont été placés sous la responsabilité directe du Chef de l'Etat. Les partenaires techniques et financiers contribuent à créer les conditions stratégiques adéquates de lutte à travers : i) le renforcement des capacités des acteurs nationaux, l'appui en matériels et équipements ; ii) l'appui technique et financier dans la mobilisation des ressources et dans la mise en œuvre des plans, etc.

La riposte nationale contre le fléau est marquée à la fois par des forces et des défis.

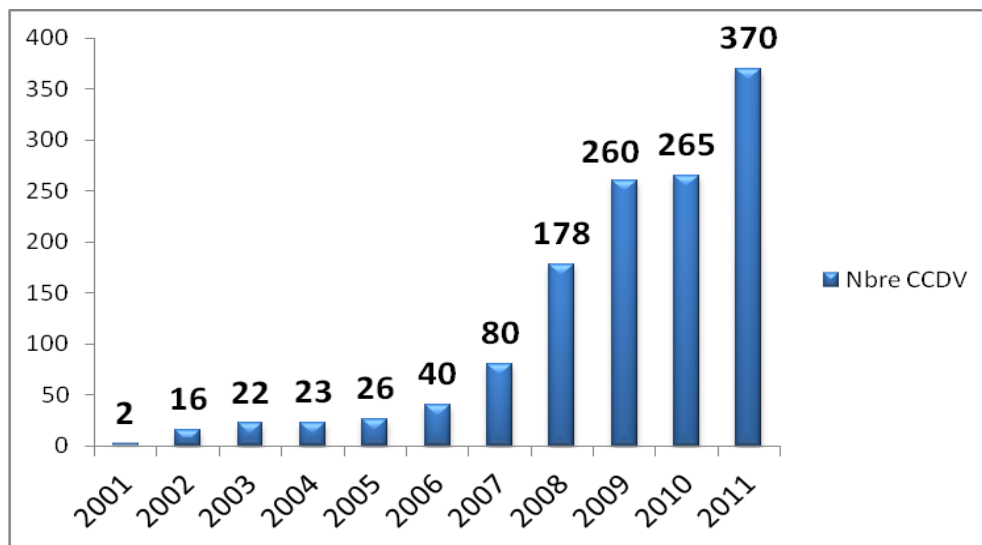
Parmi les forces, on peut citer une forte volonté et un grand engagement politique, un esprit d'initiative de la société civile et l'engagement du secteur privé. Le cadre de gouvernance général est porteur pour la création de la réponse locale durable et le cadre institutionnel se prête à la pleine participation de l'ensemble des acteurs publics, privés et de la société civile.

a) Conseil dépistage volontaire

Le nombre de personnes dépistées a diminué d'environ 4 fois que celui de 2010. Cela pourrait s'expliquer par les ruptures des réactifs et l'arrêt du financement de certains partenaires.

Sur l'ensemble des sites qui ont envoyé leur rapport à la CSLS/ MS, il a été notifiés 30 646 personnes dépistées au niveau des centres de conseil et dépistage volontaire dont 882 dépistées VIH séropositif soit un taux de séropositivité de 2.87% en 2011.

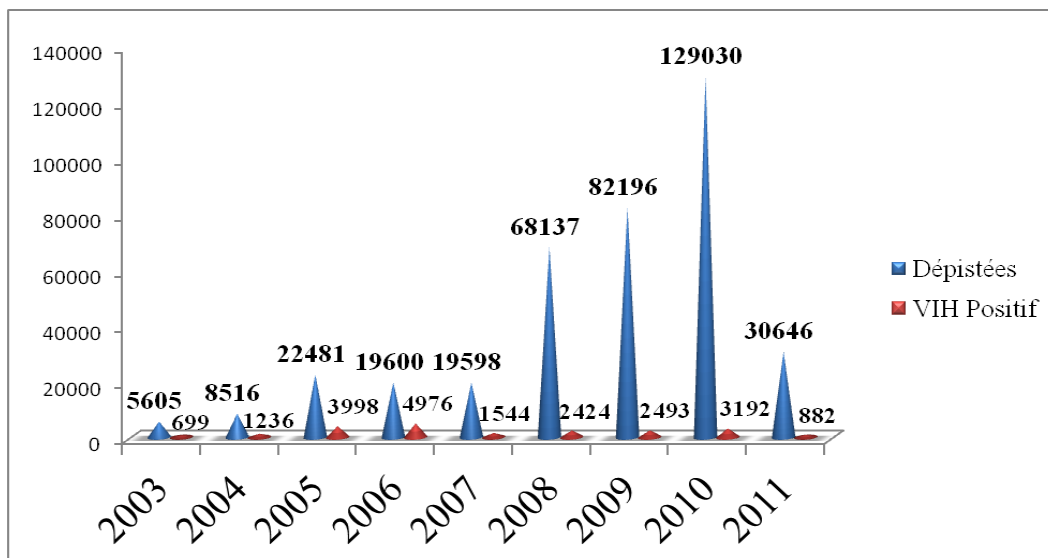
Le graphique 1 Evolution du nombre de CCDV de 2001 à 2011.



Source : Rapport Annuel 2011 CSLS/MS

L'évolution des résultats de tests de dépistage entre 2003 et 2011 sur les CCDV est représentée dans le graphique ci après.

Graphique 2: Evolution des personnes dépistées de 2003 au 31 décembre 2011.



Source : Rapport Annuel 2011 CSLS/MS

b) La lutte contre les IST

La lutte contre les IST constitue un maillon important de la prévention du VIH. La prise en charge des IST fait partie du paquet minimum d'activités des structures de santé.

Tableau 1 : Cas d'IST notifiés par trimestre et par syndrome en 2011.

Syndromes	T 1	T 2	T3	T4	Total
Écoulement urétral et/ou dysurie	6457	6858	6291	2285	21891
Ulcération génitale	2753	2762	2683	985	9183
Écoulement vaginal	21323	22798	19319	7095	70535
Douleurs abdominales basses	19604	19368	22940	6977	68889
Conjonctivite du nouveau-né	1033	1163	1073	265	3534
Total	51170	52949	52306	17607	174032

Source: Rapport Annuel 2011 CSLS/MS

Au total 174 032 cas d'IST ont été notifiés dans les structures de santé durant l'année. Les écoulements vaginaux et les douleurs abdominales basses représentent respectivement 40,53% et 39,58% de l'ensemble des cas.

c) Prise en charge

Concernant la mise en œuvre de la politique de prise en charge, sur les estimations en 2010 de personnes qui devraient être dans le besoin, 29 990 (25 060 pour les 15 ans et plus et 4 930 pour les moins de 15 ans), le nombre de personnes ayant bénéficié d'ARV est de 23 754 (enfants et adultes) initiés soit 79,2% et 17 098 personnes suivies soit 57%.

Le processus de décentralisation a permis d'augmenter les sites au fil des ans. Ainsi au 31 décembre 2011 il existait :

- 100 sites de prise en charge adultes et adolescents,
- 79 sites de prise en charge pédiatrique,
- 53 sites de diagnostic précoce,
- 338 sites PTME (dont 251 sont des Centres de Santé Communautaire, 57 des Centres de Santé de Référence, 22 des structures parapubliques et privés et 8 des Hôpitaux) et
- 370 CCDV.
- 41 925 patients initiés dont 39 329 adultes et 2 596 enfants
- 36% des femmes enceintes séropositives ont échappées au traitement sous ARV
- 99% des adultes et 98,2% des enfants initiés sur la 1ère ligne et 1 % sur la 2è ligne.

Tableau 2 : Répartition des patients initiés et suivis réguliers sous ARV par catégorie et par région.

Régions	Adultes			Enfants			TOTAL		
	Initiés	Suivis réguliers sous ARV	%	Initiés	Suivis réguliers sous ARV	%	Initiés	Suivis réguliers sous ARV	%
Kayes	2 214	2 091	94,4%	144	142	98,6%	2 358	2 233	94,7%
Koulikoro	2 340	1 557	66,5%	88	85	96,6%	2 428	1 642	67,6%
Sikasso	4 705	4 141	88,0%	252	202	80,2%	4 957	4 343	87,6%
Ségou	3568	1 967	55,1%	180	94	52,2%	3 748	2 061	55,0%
Mopti	1 824	1 502	82,3%	101	73	72,3%	1 925	1 575	81,8%
Tombouctou	315	262	83,2%	14	5	35,7%	329	267	81,2%
Gao	289	238	82,4%	23	19	82,6%	312	257	82,4%
Kidal*	4	7*	175,0%	0	0	-	4	7*	175,0%
Bamako	24 070	15 740	65,4%	1 794	1 112	62,0%	25 864	16 852	65,2%
Total	39 329	27 505	69,9%	2 596	1 732	66,7%	41 925	29 237	69,7%

Source : Rapport annuel 2011 CSLS/MS

Le plus grand nombre de patients suivis réguliers était dans le district de Bamako soit 15 740 adultes et 1 112 enfants. Ces chiffres représentent 57,6% de l'ensemble des patients suivis réguliers.

2.4 Le récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS

Tableau 3: Indicateurs UNGASS.

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
Indicateurs d'engagement et d'action au plan national			
1	Dépenses consacrées au sida, par catégories et source de financement	<ul style="list-style-type: none"> 2009 : <ul style="list-style-type: none"> - 14 204 342 767 FCFA - Soit 28 408 685 USD 2010 : <ul style="list-style-type: none"> - 18 178 168 117 FCFA - Soit 28 408 685 USD 	Rapport REDES 2009 et 2010. du Mali. Voir Grille (Grille2 de financement IND1.xls)
2	Indice composite des politiques nationales (ICPN)	Voir Questionnaire Partie A et Partie B	
Indicateurs du programme national			

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
3	Pourcentage d'unités de sang provenant de dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes de l'assurance de la qualité	100% Prévalence sang collectées en 2011 : 2,74%	Source : Rapport de la CNTS 2011
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	2010 : - initiés : 71,2% - suivis : 69,7% 2011 : - Initiés : 89% - Suivis : 62%	Source : Rapport Annuel de prise en charge 2010 et 2011 CSLS/MS
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	2010 : 64 % 2011 : 31,32%	Source : Rapport Annuel 2010/2011 CSLS/MS
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	2011 : 6,62%	Source : Rapport 2011 CSLS/MS, 502 patients coinfectés TBC+VIH pour une estimation de 7 579 cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH (Estimation EPP/Spectrum – Mai 2011)
7	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	La moyenne pondéré est de 3,0% dont : - Femmes 15-49 ans: 3,1% - Hommes 15-49 ans: 2,7%	Source : l'EDSM IV 2006
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2006 : 91,5 % pour les Professionnelles du sexe 2009 : 70,9%	ISBS 2006, 2009
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre	PS : 56,0%	ISBS 2009 Pas de programmes orientés vers les UDI
10	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	16,81%	Dénominateur : 63 126 (Estimation EPP/Spectrum – Mai 2011)
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	49,4%	Rapport Annuel CSLS/MEALIN 2009
Indicateurs de connaissances et de comportements			

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
12	Taux actuel de scolarisation des orphelins âgés de 10-14 ans	54% (OEV Mère et Père) 58% (OEV Mère ou Père)	Rapport MICS Mali 2011
13	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	La moyenne pondérée : 55% Femmes : 53,9% Hommes: 59,0%	Source : EDSM IV 2006
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Usage condoms = 97,9% (PS) ; 88,6% (coxeurs), 85,7% (routiers), 59,0% (VA) 42,4 (AF) Fidélité = 6,1% (PS) ;	Source : ISBS 2009 HSH & CDI : données ND
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	La moyenne pondérée : 20,7% Femmes : 24,7% Hommes: 5,4%	Source : EDSM IV 2006
16	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.	La moyenne pondérée : 9,3% Femmes = 5 ,9%. Hommes = 25,3% ;	Source : EDSM IV 2006
17	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	La moyenne pondérée : 28,4% Femmes= 16,7% ; Hommes= 38,8%.	Source : EDSM IV 2006
18	Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	98,1% client ordinaire 40,1% avec le copain	Source : ISBS 2009 Moins de 25 ans = 97,4% ; 25 ans ou plus = 99,2%.
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	ND	Données non disponibles
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	Données non disponibles
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	ND	Données non disponibles
Indicateurs de l'impact du VIH			

N°	Indicateurs	Niveau	Observations
22	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés 15 à 24 ans infectés par le VIH	2,2%	Source : Surveillance sentinelle 2009
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	PS = 24,2% ; VA = 3,7% ; Routiers = 2,7% ; Coxeurs = 3,5% ; AF = 0,9%.	Source : ISBS 2009 HSH=17% (selon une étude pilote réalisée à Bamako en février 2007). CDI : ND
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	63,3%	Source : Rapport de cohorte 2011 (à partir d'ESOPÉ sur 17 sites de prise en charge)
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	9,56%	Source : Rapport Annuel de la CSLS / MS, 2011

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

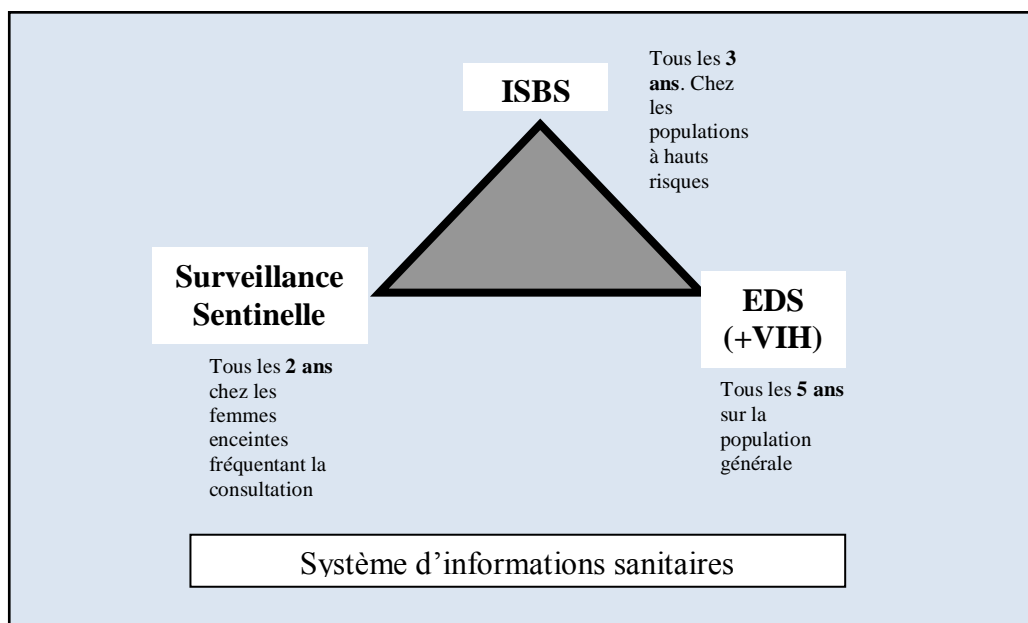
III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

3.1. Système national de surveillance au Mali

En plus de la notification de routine des cas de VIH, la surveillance de l'infection à VIH est réalisée à travers un système comportant les éléments suivants :

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

Modèle de surveillance épidémiologique du VIH au Mali.



3.2. Prévalence du VIH dans la population générale

En 2006, la prévalence du VIH au niveau national était de 1,3% avec 1,1% chez les hommes et 1,5% chez les femmes. L'analyse comparative des résultats obtenus de l'ESDM-III (2001) et l'ESDM-IV (2006) permet de conclure une baisse significative de la prévalence du VIH dans la population générale passant de 1.7% en 2001 à 1.3% en 2006;

Les résultats de l'ESDM IV ont également montré une séroprévalence différenciée:

- selon les tranches d'âge chez les femmes et les hommes :
 - 15-19 ans, 0,6% chez les femmes contre 0,7% chez les hommes;
 - 25-29 ans, 2% chez les femmes contre 0,6% chez les hommes;;
 - 40-44 ans, 1,9% chez les femmes comme chez les hommes;
 - 45-49 ans, 1,2% chez les femmes contre 0,8% chez les hommes.
- Selon les milieux de résidence :
 - Bamako, 2,3% chez les femmes contre 1,5% chez les hommes ;
 - autres villes, 1,5% chez les femmes contre 1,2% chez les hommes ;
 - milieu rural, 1,2% chez les femmes contre 0,6% chez les hommes.
- Selon l'état matrimonial ;
 - Célibataires : 0,4% de femmes contre 0,6% d'hommes
 - 98,5% des 2 conjoints sont séronégatifs ; les 2 conjoints sont positifs dans 0,4% et dans 0,3% des cas l'homme est positif et la femme est négative ; dans 0,8% des cas la femme est positive et l'homme négatif (couples discordants).
- Selon le niveau d'instruction ;
 - Aucun niveau : 1,4% chez les femmes contre 0,7% chez les hommes
 - Niveau primaire : 2% chez les femmes contre 0,4% chez les hommes

- Niveau secondaire ou plus : 0,7% chez les femmes contre 1,8% chez les hommes
 - Selon le bien être économique ;
- chez les plus pauvres 1,4% chez les femmes contre 0,8% chez les hommes ;
- Chez les plus riches 1,8% chez les femmes contre 1,6% chez les hommes.

Tableau 5: Évolution de la prévalence du VIH entre les EDSM III et IV selon le sexe, l'âge, la région et le milieu de résidence au sein de la population générale au Mali

Caractéristiques	Prévalence VIH	
	EDSM III 2001	EDSM IV 2006
Ensemble (Mali)	1.7	1.3
Par Sexe		
Homme (15-49 ans)	1.3	1.0
Femme (15-49 ans)	2.0	1.5
Par tranche d'âge		
15 - 19	0.8	0.6
20 - 24	1.1	1.1
25 - 29	2.3	1.5
30 - 34	3.4	2.2
35 - 39	2.1	1.5
40 - 44	1.4	1.9
45 - 49	1.5	1.0
Par Région		
Kayes	1.9	0.7
Koulikoro	1.9	1.2
Sikasso	1.0	0.6
Ségou	2.0	1.3
Mopti	1.4	1.4
Tombouctou	0.8	0.5
Gao	0.6	1.1
Kidal	1.5	0.6
Bamako	2.5	1.9
Milieu de Résidence		
Urbain	2.2	1.6
Rural	1.5	0.9

Extraits: Rapports EDSM-III et EDSM-IV

Concernant les indicateurs d'impact de l'UNGASS, on note que :

- Le pourcentage de jeunes âgé de 15-24 ans infectés par le VIH est estimé à 2,2% selon le Rapport de la Surveillance Sentinelle 2009 du VIH et la SYPHILIS chez les femmes enceintes.
- Le pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 69,7% selon le rapport annuel 2011 de la CSLS/MS.
- Le Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH est de 9,56% selon le rapport annuel de la CSLS/MS 2011.

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

Au Mali, parmi la population des personnes à haut risque, 5 groupes font l'objet de suivi à travers l'enquête comportementale ISBS réalisée tous les 3 ans. Les prévalences sont les plus élevées au sein de ces groupes, surtout chez les professionnelles du sexe avec une prévalence de 35,3%.

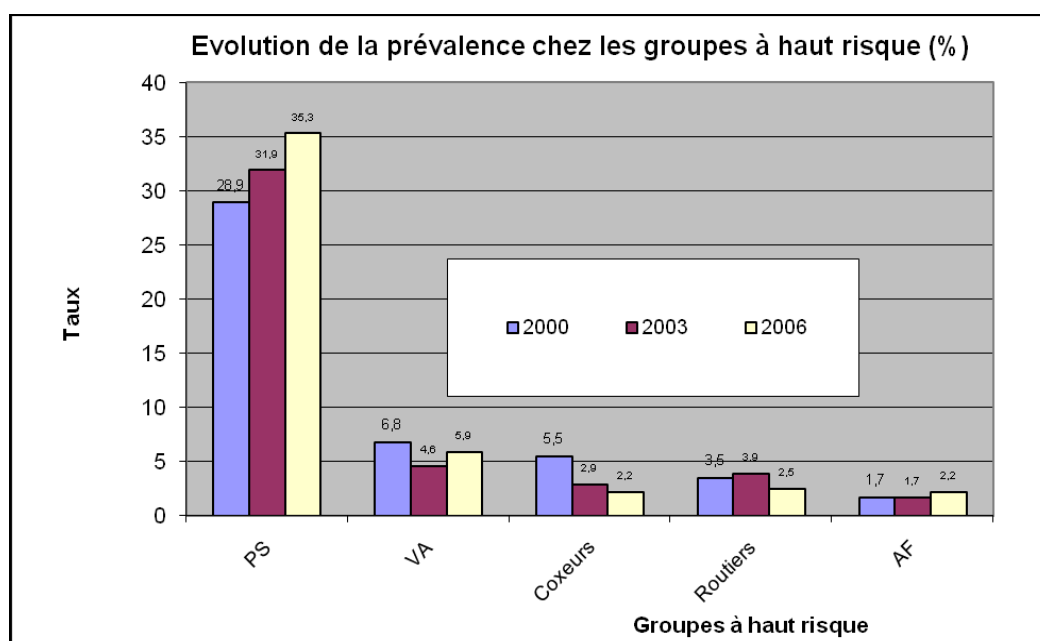
Les résultats de l'ISBS 2009 révèlent les prévalences suivantes :

Tableau 6: Prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risque

Groupes	Prévalence observée(2006)	Prévalence observée(2009)
Professionnelles du sexe	35,3%	24,2 %
Vendeuses ambulantes	5,9%	3,7 %
Routiers	2,5%	2,7 %
Coxeurs	2,2%	3,5 %
Aides familiales	2,2%	0,9 %

Sources : ISBS 2009, CSLS-MS

Graphique 3 : Evolution de la prévalence du VIH chez les différents groupes à haut risque entre 2006 et 2009.

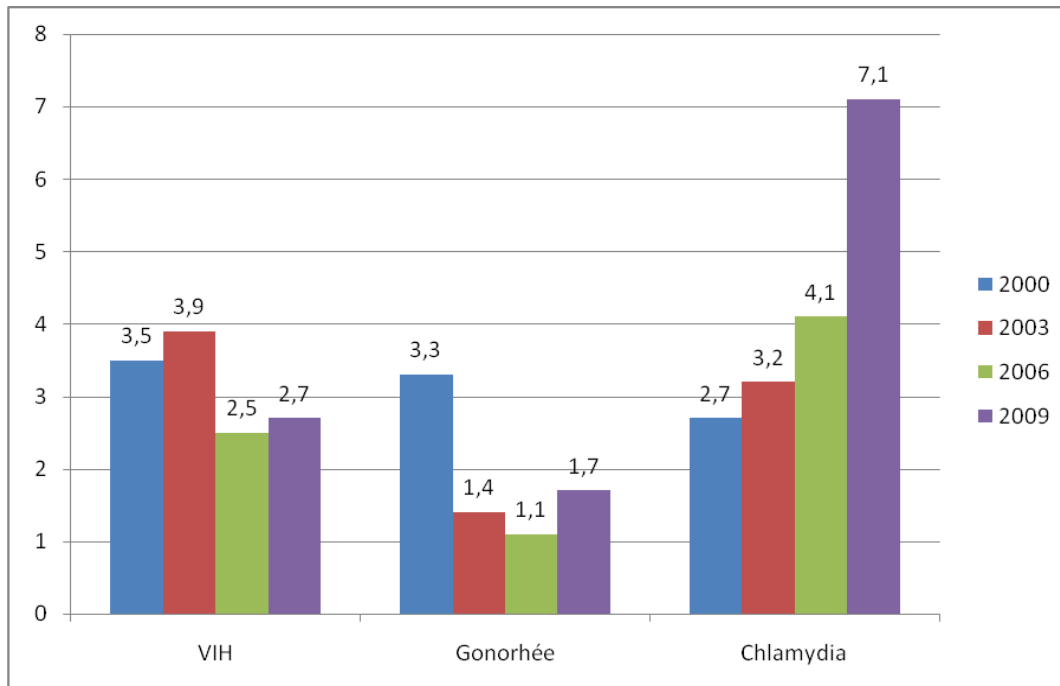


Sources : ISBS 2009, CSLS-MS

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

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

Graphique 4. Evolution des prévalences des IST/ VIH et de certains comportements et attitudes pour les cinq groupes cibles.



Sources : ISBS 2009, CSLS-MS

3.3.1 Professionnelles du sexe

Les PS ont eu leurs premiers rapports sexuels à 16 ans environ et l'utilisation du préservatif ne s'est faite qu'à partir de 22 ans, ce qui dénote une exposition de 6 ans aux IST/VIH.

Les PS, à 48,5% ont eu, au moins un client régulier avec qui elles utilisent le préservatif à 98,1%. Toutefois, on note 49,5% de PS ayant un copain et le taux d'utilisation du préservatif avec celui-ci était de 40,1%, soit un niveau plus bas de protection avec le copain.

3.3.2 Vendeuses ambulantes

Les vendeuses ambulantes étaient relativement jeunes, environ 67% étaient âgées de 15 à 24 ans. La moyenne d'âge était de 23 ans. A l'interview 16,1% ont déclaré n'avoir jamais eu de rapport sexuel. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15,2 ans. Au total, 24,6% des enquêtées ont déclaré avoir un copain. Plus de la moitié des enquêtées (56,0%) ont eu un partenaire sexuel et une faible proportion 4,3% ont eu un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois et 7,1% au cours des 12 mois précédant l'interview. La majorité des vendeuses ambulantes (93,0%) ont entendu parler du préservatif. Cependant son utilisation a été faible lors du dernier rapport sexuel dans les 12 derniers mois soit avec un copain 22,4% ou un partenaire occasionnel 35,9%.

3.3.3 Aides familiales

Les aides familiales à 41,1% ont déclaré ne jamais avoir eu de rapports sexuels. L'âge moyen au premier rapport sexuel a été de 15,2 ans. La majorité des aides familiales (77,6%) ont affirmé n'avoir jamais eu de rapports sexuels les 30 derniers jours précédents l'enquête. Les taux de rapports occasionnels les 6 et 12 derniers mois sont respectivement de 4,8% et 7,2%, lors des relations occasionnelles les AF ont déclaré avoir utilisé le préservatif à 20,4%. Ce taux faible expose cette cible au risque. Ce risque devient plus élevé du fait que l'utilisation du préservatif est aussi faible avec les copains 24,5%. Malgré qu'elles connaissent le préservatif comme moyen de transmission, son utilisation demeure faible quelque soit le type de partenaire.

3.3.4 Routiers

4,1% des routiers ont affirmés n'avoir jamais eu de rapports sexuels et 90,3% ont déclaré être affiliés à une maison close. L'âge au premier rapport sexuel était de 17,9 ans, ils ne sont pas sexuellement précoces. Malgré cet état de fait leurs activités sexuelles sont orientées vers les PS soit 10,0% dans les 12 derniers mois ce qui augmente le risque d'exposition. Les routiers à 88,6% ont affirmé avoir utilisé le préservatif avec une PS les 12 derniers mois.

3.3.5 Coxeurs

Une faible proportion 3,2% avait déclaré n'avoir jamais fait de rapport sexuel.

L'âge moyen des premiers rapports sexuels rapporté chez les coxeurs a été de 18,1 ans, tandis que l'âge moyen pour la première utilisation du préservatif a été de 20,7 ans. Ceci constitue une période moyenne de 2,6 ans d'exposition à la vulnérabilité, à l'infection et à la propagation des IST et du VIH.

Au cours des 30 derniers jours 22,6% des coxeurs ont rapporté avoir eu plus d'une partenaire sexuelle. Les coxeurs à 78,8% ont déclaré avoir utilisé le préservatif et 92,7% l'ont utilisé avec une PS les 12 derniers mois. En plus de la fréquentation des PS il y a 33,6% qui ont affirmé avoir une copine.

3.4. Surveillance du VIH dans les sites sentinelles

Selon les résultats de la Surveillance Sentinelle 2009, les prévalences les plus élevées ont été observées aux CSRéf de Koulikoro (5,0%), de Koutiala (4,3%), de la commune III (4,1%), de la commune I (4,0%). La plus faible prévalence a été observée au CSRéf de Kidal (0,7%).

La surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes est effectuée dans les centres urbains et semi urbains.

La prévalence augmente selon le nombre de grossesses et d'accouchements (2,09% pour gravidité 1 contre 3,03% pour gravidité 2+) selon la SS 2009.

De façon générale, les prévalences observées dans les sites urbains sont plus élevées que dans les sites périurbains. Ceci est confirmé par d'autres enquêtes, notamment les enquêtes EDS. En revanche les sites périurbains de Koutiala (4,3%), Douentza 3,1%) et Diré (1,4%) ont montré des prévalences supérieures par rapport aux sites urbains de leurs régions respectives.

L'analyse de la tendance de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes selon les résultats des études de surveillance sentinelle de 2003 à 2009 indique une stabilisation de la prévalence.

Il ressort du rapport du PNLT/DNS que suivants les résultats d'une enquête de séroprévalence réalisée auprès des patients tuberculeux dans 11 districts sanitaires en février 2007 : 16,2% des 222 malades tuberculeux ont été dépistés positifs au VIH. Une répartition selon le sexe révèle que sur un total de 143 hommes retenus dans l'étude 13,3% ont été séropositifs. Par contre sur les 79 femmes, 21,5% ont été séropositives.

Tableau 7 : Évolution de la prévalence du VIH par groupe d'âges restreints chez les femmes enceintes

Âge	2003		2005		2007		2009	
	Effectif (N)	VIH +(%)	Effectif (N)	VIH +(%)	Effectif (N)	VIH +(%)	Effectif (N)	VIH +(%)
15-19	1263	2,7	1226	2,4	1449	2,2	674	2.5%
20-24	1308	4,1	1505	3,1	1678	2,4	711	3.1%
25-29	1032	4,5	1244	4,3	1338	3,3	602	4.8%
30-34	733	5,2	734	4,2	854	4,8	403	3.7%
35 et +	522	2,5	510	3,1	580	3,6	272	1.5%
TOTAL	4858	3,8	5219	3,4	5899	3,1	2662	3.3%

Source : Cellule sectorielle du Ministère de la Santé, Rapport de la surveillance sentinelle, 2007 et 2009.

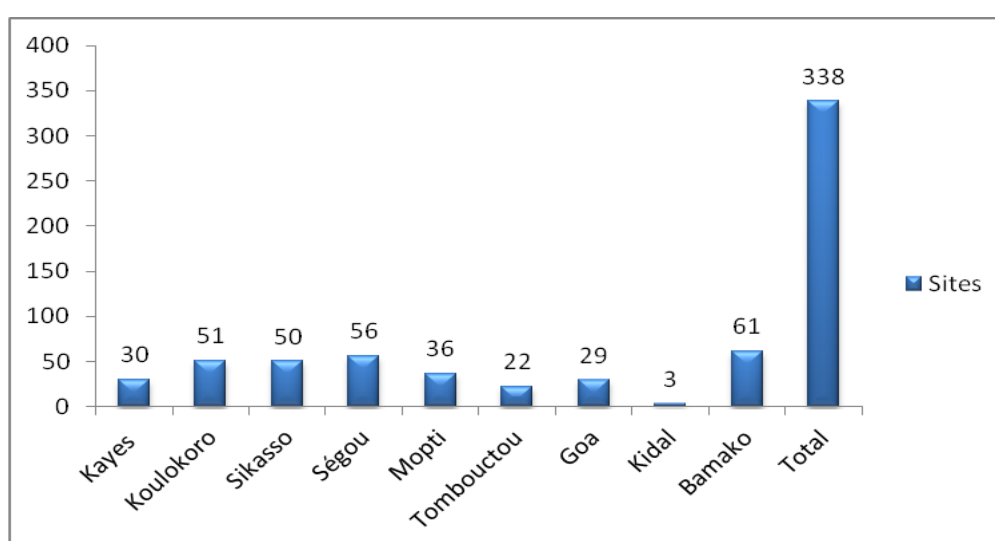
3.5. Prévalence du VIH dans le domaine de la PTME

1.1. Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME)

En 2011, 32 nouveaux sites ont été créés dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao et le district de Bamako.

Sur les 338 sites PTME existant en 2011, 251 sont des Centres de Santé Communautaire, 57 des Centres de Santé de Référence, 22 des structures parapubliques et privés et 8 des Hôpitaux.

Graphique 6 : Répartition des sites PTME par région au 31 décembre 2011



Source : Rapport Annuel 2011 CSLS/MS

Le district de Bamako a le plus grand nombre de sites PTME 61 et Kidal le plus faible nombre de sites 3.

Les activités réalisées sur les 338 sites PTME du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 ont permis d'atteindre les résultats consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Réalisations par indicateurs du 1er janvier à décembre 2011 sur les sites PTME.

INDICATEURS	Réalizations		%
Nombre de nouvelles femmes vues en CPN	224622		
Nombre de femmes ayant reçu le counseling	197478		87,91
Nombre de femmes ayant effectivement fait le test	70366		35,63
Nombre de femmes enceintes séropositives	1575		2,24
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant effectué le dosage des TCD4	796		50,54
Nombre de femmes enceintes ayant un taux de TCD4 inférieur à 350	208		26,13
Nombre de femmes séropositives ayant reçu ARV (trithérapie)	1497		96,27
Nombre de femmes séropositives ayant reçu ARV (bithérapie)	58		
Nombre de femmes enceintes séropositives suivies	A	N	
	3234	1590	
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives	1353		
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives ayant reçu la bithérapie prophylactique	701		59,36
Nombre de nouveau-nés ayant reçu la trithérapie prophylactique	480		40,64
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives suivis	A	N	
	5063	1993	
Nombre de nouveaux nés sous prophylaxie au cotrimoxazole	4416		
Nombre de nouveau-nés sous allaitement maternel	A	N	
	3323	1061	
Nombre de nouveau-nés sous alimentation artificielle	A	N	
	1468	399	
Nombre d'enfants ayant effectué le test à 18 mois	443		
Nombre d'enfants séronégatifs à 18 mois	397		89,62
Nombre de conjoints de femmes séropositives qui ont eu accès au dépistage volontaire	396		25,14
Nombre de conjoints testés positifs dans le centre	220		55,56
Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV perdues de vue	A	N	
	384	114	7,33
Nombre d'enfants nés de mères séropositives perdues de vue	A	N	
	1118	246	20,83
Nombre moyen de jours de rupture de test pour le dépistage	104		
Nombre moyen de jours de rupture pour les ARV prophylactiques chez la femme enceinte	26		
Nombre moyen de jours de rupture pour les ARV prophylactiques chez le nouveau-né de mère séropositive	30		

Source: Rapport Annuel C.SLS/MS2011

Environ 88% des femmes enceintes ont été conseillées pour le dépistage du VIH, parmi elles 35,63% ont fait le test et 2,24% ont été dépistées positives.

Dans le cadre de la PTME 96,27% des femmes enceintes mises sous ARV ont bénéficié de la trithérapie. Cependant 7,33% des femmes sous ARV ont été perdues de vue.

La proportion de nouveaux nés ayant bénéficié des ARV prophylactiques (bi/trithérapie) dans le cadre de la PTME a été 87,29% (1181/1353).

En fin décembre, 443 enfants de 18 mois avaient fait le test sérologique et parmi eux 46 ont été testés positifs au VIH soit un taux de positivité de 10,31%.

En 2011, selon les estimations EPP Spectrum, sur 2 858 femmes enceintes séropositives vues en PTME devant recevoir les ARV seulement 1214 femmes en ont bénéficié soit un taux de couverture de 42,48%.

Tableau 9 Indicateurs PTME par trimestre en 2011

INDICATEUR	T1		T2		T3		T4		Total	
	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N
Nombre de femmes vues en CPN (anciennes + nouvelles).	128861		126677		118699		103101		477338	
Nombre de nouvelles femmes vues en CPN.	61906		59551		54498		48667		224622	
Nombre de femmes ayant reçu le counseling en CPN	46656		45778		39864		38142		170440	
Nombre de femmes ayant reçu le counseling en salle de travail.	3199		4307		3814		4115		15435	
Nombre de femmes ayant reçu le counseling en post partum immédiat.	2988		2699		2568		3348		11603	
Nombre de femmes ayant effectivement fait le test	31374		25391		10734		2867		70366	
Nombre de femmes enceintes séropositives.	531		452		251		341		1575	
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant effectué le dosage des TCD4.	266		150		145		235		796	
Nombre de femmes enceintes ayant un taux de TCD4 inférieur à 350.	56		57		49		46		208	
Le nombre de femme séropositive qui à besoin de traitement pour elle-même	184		149		118		98		549	
Nombre de femmes enceintes traitées par ARV avant la grossesse.	192		162		129		311		794	
Nombre de femmes séropositives ayant reçu ARV (trithérapie).	407		360		336		394		1497	
Nombre de femmes séropositives ayant reçu ARV (bithérapie).	15		14		8		21		58	
Nombre de femmes séropositives ayant accouché au centre.	286		266		238		341		1131	
Nombre de femmes enceintes séropositives suivies.	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N
	794	405	972	433	916	460	892	292	3234	1590
Nombre de femmes séropositives accouchées référées dans un site de traitement ARV.	159		137		89		79		464	

INDICATEUR	T1		T2		T3		T4		Total		
	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives.	424		363		324		242		1353		
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives ayant reçu la bithérapie prophylactique.	184		181		183		153		701		87,29
Nombre de nouveau-nés ayant reçu la trithérapie prophylactique.	163		146		97		74		480		
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives suivis.	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	1263	287	1165	728	1295	762	1342	216	4656	1993	
Nombre de nouveaux nés sous prophylaxie au cotrimoxazole.	1178		1081		1122		1035		4416		
Nombre de nouveau-nés sous allaitement maternel	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	880	244	662	270	1080	359	985	188	3323	1061	
Nombre de nouveau-nés sous alimentation artificielle.	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	349	41	412	142	430	150	410	66	1468	399	
Nombre d'enfants ayant effectué le test à 18 mois.	85		114		115		129		443		
Nombre d'enfants séronégatifs à 18 mois.	84		111		102		100		397		10,38
Nombre de conjoints de femmes séropositives qui ont eu accès au dépistage volontaire.	102		106		120		68		396		25,14
Nombre de conjoints testés positifs dans le centre.	74		54		53		39		220		55,56
Nombre d'enfants nés de mères séropositives référés vers un site de traitement ARV.	141		75		54		26		296		
Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV perdues de vue.	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	94	24	103	33	96	22	121	35	384	114	
Nombre d'enfants nés de mères séropositives perdues de vue.	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	
	281	32	306	45	314	74	240	95	1118	246	
Nombre moyenne de jours de rupture de test pour le dépistage.	10,88		18,90		32,94		41,16		104		
Nombre moyenne de jours de rupture pour les ARV prophylactiques chez la femme enceinte.	3,56		5,79		8,66		8,29		26		
Nombre moyenne de jours de rupture pour les ARV prophylactiques chez le nouveau-né de mère séropositive.	5,52		8,38		6,75		9,82		30		

Source: Rapport Annuel CSLS/MS2011

Le tableau ci-dessous donne l'évolution de quelques indicateurs entre 2010 et 2011

Tableau 9: Evolution de quelques indicateurs PTME entre 2010 et 2011

Indicateurs	Données 2010	Données 2011
Nouvelles CPN	179 862	223 274
Femmes enceintes Conseillées	164 194	197 879
Femmes enceintes Testées	110 085	70 669
Femmes enceintes HIV Positifs	2 100	1 576
Femmes enceintes ayant reçu ARV	1 345	1 562
Nnés de mères HIV+	1 311	1 379
NNés ayant reçu ARV	984	1 214
NNés testés à 18 mois	323	446
NNés VIH négatif à 18 mois	282	400

Source: Rapport Annuel CSLS/MS2011

Malgré un nombre plus élevé de femmes enceintes conseillées en 2011 seulement 70 669 d'entre elles ont été testées. Cela s'explique par la rupture en tests de dépistage depuis le 2^{ème} trimestre 2011 jusqu'au 31 décembre.

En 2011 le nombre de femmes enceintes dépistées HIV positif se rapproche à celui des femmes mises sous ARV, la même observation est faite avec les nouveaux nés de mères séropositives et ceux ayant reçu les ARV. Ceci dénote une amélioration du suivi dans le cadre de la PTME.

3.6. Prévalence chez les donneurs de sang

Selon les rapports 2006, 2007 et 2008 du CNTS, la séroprévalence chez les donneurs occasionnels de sang est passé respectivement de 3,77% à 3,15% et 2,65%.

Les données statistiques du CNTS indiquent que la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang est de 2,34% en moyenne en 2009, avec 0,86% chez les donneurs volontaires et 2,80 chez les donneurs occasionnel.

En 2010, la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang est de 2,75% avec 2,22% chez les donneurs volontaires contre 2,90 chez les donneurs occasionnels. Toutes les poches de sang contaminé sont systématiquement détruites après le contrôle de qualité.

Tableau 10 : Résultat des collectes et des examens de sécurité transfusionnelle.

Périodes	Poches collectées	HIV+		HBS+	BW+	HCV+	
		Nombre	Taux de prévalence				
Année 2011	1er trimestre	11451	241	2,10%	1479	39	213
	2ème trimestre	11738	251	2,14%	1468	65	100
	3ème trimestre	13995	392	2,80%	1986	50	307
	4ème trimestre	12316	470	3,82%	2220	32	504
Total Général			49 500	1354	2,74%	7153	186
Répartition par structure							
Total Bamako		34 253	967	2,82%	5 428	20	837
Total antennes		15 247	387	2,54%	1725	166	287

Source : Rapport annuel (janvier à Décembre 2011)/CNTS

Le nombre de poches de sang collectées croit d'année en année, On est passé de 36 873 poches de sang collectées en 2010 à 49 500 en 2011 soit un accroissement annuel de 34,24%.

3.7. Prévalence du VIH chez les malades tuberculeux

Selon les résultats obtenus d'une enquête de séroprévalence réalisée auprès des patients tuberculeux dans 11 districts sanitaires en février 2007 : 16,2% des 222 malades tuberculeux ont été dépistés positif au VIH. Une répartition selon le sexe révèle que sur un total de 143 hommes retenus dans l'étude 13,3% ont été séropositifs. Par contre sur les 79 femmes, 21,5% ont été séropositives.

En 2010, 1050 CSCOM, 60 CSREF et 11 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) ont assuré les activités de lutte contre la maladie, notamment de la tuberculose et du VIH et Sida (sans oublier la participation des établissements para publics, confessionnels et privés existants).

En 2009 et 2010, les activités de conseil et dépistage VIH chez les patients malades de tuberculose ont permis de ressortir les données désagrégées par région ci-après :

Tableau N° 11: situation du VIH chez les TPM+nc en 2009 et en 2010 par région, Mali 2011

REGION	TPM+nc détectés		TPM+nc conseillés et testés		Taux de dépistage VIH TPM+nc		Nombre TPM+nc testés HIV+		Séropositivité VIH Chez TPM+nc	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Kayes	418	252	219	120	52,3%	48%	22	11	10,1%	9%
Koulikoro	650	394	299	214	46,0%	54%	37	26	12,4%	12%
Sikasso	684	450	242	120	35,4%	54%	50	33	20,6%	28%
Ségou	639	385	359	171	56,2%	44%	53	21	14,8%	12%
Mopti	764	643	300	176	39,3%	27%	53	21	17,7%	12%
Tombouctou	392	294	166	78	42,4%	27%	6	2	3,6%	3%
Gao	331	199	223	103	67,5%	52%	15	7	6,7%	7%
Bamako	1 229	1 059	1 066	698	86,7%	66%	190	148	17,8%	21%
Kidal	56	10	16	0	28,6%	0	2	0	12,5%	0
Total	5 163	3 686	2 891	1 680	56,0%	46%	428	269	14,8%	16%

Source : Rapport PNLT/DNS 2010 et rapport PNLT/DNS 2011

En 2009, sur 5 163 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif, 2891 cas (56%) ont été conseillés et dépistés pour le VIH contre 46% en 2008. Le district de Bamako a conseillé et testé le maximum de ces malades (1066 sur 1229) soit 86,7%. Parmi les 2891 cas conseillés et testés 428 (14,8%) ont eu une sérologie VIH positive. La région de Sikasso occupe la 1ere place avec 20,6% suivie du District de Bamako et de la Région de Mopti avec respectivement 17,8% et 17,7%. La région de Tombouctou est la moins touchée avec 3,6% de cas suivi de celle de Gao avec 6,7%.

Les taux de dépistage VIH a chuté de 2009 à 2010. En effet, le nombre de dépistage de la tuberculose nouveaux cas est passé de 5163 à 3686. Seulement 46% des patients TPM+nc ont été conseillés et testés pour le VIH. Parmi les patients TPM+nc Testés 16% sont positifs pour le VIH.

De 2009 à 2010, on note une augmentation relative de la séropositivité chez les tuberculeux. Elle est passée de 15,6% à 18%. Les régions de forte concentration et le milieu urbain demeurent les plus touchées.

Bien que le taux de détection n'a pas atteint l'objectif fixé par l'OMS (dépisté au moins 70% des cas attendus), le taux a évolué de façon significative au cours des cinq dernières années passant de 22% en 2004 à 29% en 2009.

Tableau N°12 : Evolution des taux de détection des cas de Coïnfection tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+nc) de 2006 à 2010

Année	TB toutes formes dépistées	TPM+nc dépistées	Coinfection TPM+nc VIH+	Co infection TPM+nc VIH+ en%
2006	5 245	3 802	1 010	18
2007	5 382	3 894	194	20
2008	6 202	4 734	294	15
2009	6 840	5 163	428	14,8
2010	5 448	3 686	269	16

Source : Rapport 2010 PNL/DNS

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

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

3.8.1 Déterminants de la transmission

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

En outre, les inégalités liées au genre augmentent le risque de transmission du VIH. Le phénomène du célibat géographique engendré par des exigences professionnelles ou de recherche d'emploi expose certains hommes au risque d'infection par le VIH du fait de la multiplicité de partenaires. L'abstinence de toutes relations sexuelles par les femmes allaitantes après la naissance d'un enfant pour une période d'au moins 40 jours et souvent, de plusieurs mois est un autre facteur d'exposition au multipartenariat du conjoint. Il y a également l'insuffisance d'informations sur la maladie, ses modes de transmission et/ou les méthodes pour la prévenir.

3.8.2 Ampleur de l'épidémie

En référence aux résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2001 (1,7%), 2006 (1,3%) à ceux des ISBS (exemple PS : 24,2% en 2009), celui de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes (2,2% en 2009), le Mali a une épidémie de type généralisé.

Selon les estimations EPP/ Spectrum, Mai 2009 du SIDA au Mali : le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 78 090 dont 68 390 de 15 ans et plus et 9 700 de 0-14 ans en 2010.

Outre la population générale, la propagation de l'épidémie du SIDA s'avère préoccupante au niveau d'autres sous-groupes. La progression de l'épidémie au sein des PS constitue une menace pour le futur.

3.9. Situation des orphelins et enfants vulnérables (OEV)

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

Par ailleurs, les estimations EPP/ Spectrum, Mai 2009 d'OEUV montrent que le nombre total d'enfants orphelins du SIDA est de 63 126.

Le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge est de 16,81% correspondant à 10 614 OEUV.

La mise en œuvre des projets/programmes de soutien a permis de fournir divers types d'appui aux enfants orphelins.

Tableau 13: Appuis aux OEUV

INDICATEURS	Niveau au 31 Décembre 2009
Nombre d'OEUV infectés ou affectés par le VIH ET LE SIDA bénéficiant d'un soutien psychosocial (vêtements, scolarité, colonies de vacances, réveillon de fin d'année)	10 614
Nombre d'enfants infectés ayant bénéficié d'un traitement ARV	293
Nombre d'OEUV infectés ou affectés par le VIH et le SIDA bénéficiant d'un soutien nutritionnel	3 493
Nombre d'OEUV ayant bénéficié de formation et d'insertion socio professionnelle	573

Source : SE/HCNLS, Année 2009

Les résultats obtenus montrent que les activités de prise en charge ont permis d'apporter le soutien psychosocial à 10 614 OEUV. En outre, 3 493 OEUV ont pu bénéficier d'appui nutritionnel.

Selon les résultats de l'Enquête MICS 2010 :

1% des enfants âgés de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents. Parmi ces derniers, seuls 54 % fréquentent l'école actuellement. Plus de deux tiers (74%) d'enfants de 10 à 14 ans n'ont pas perdu un parent et vivent avec au moins l'un de leurs parents. Parmi eux, 58 % sont scolarisés. Chez les enfants doublement orphelins, ce taux est de 54%.

IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

4.1. Elaboration des politiques

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

- l'adoption de la déclaration de politique de lutte contre le VIH et le SIDA ;
- la loi N°06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, la prise en charge, au contrôle du VIH et du SIDA et à la protection des PVVIH contre la stigmatisation et discrimination.
- l'annonce de la gratuité des ARV ;
- la réorganisation du Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA (HCNLS) ;
- la création d'une commission sur la question à l'Assemblée Nationale ;
- la décentralisation et l'implication des collectivités territoriales dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- l'implication des partenaires au développement dans la lutte contre le VIH et le SIDA.
- L'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et procédures en matière de prévention et prise en charge.

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

4.1.1 Planification stratégique

Entre 1987 et 2003, la lutte contre le VIH et le SIDA était coordonnée par le département de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS).

Depuis la création du HCNLS en 2004, la coordination de la riposte à l'épidémie du VIH et du SIDA est assurée par le SE/HCNLS. Chaque département ministériel a élaboré et mis en œuvre un plan sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA.

Le cadre stratégique prend en compte les actions de tous les intervenants notamment celles des secteurs public, privé et la société civile et les partenaires techniques et financiers.

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

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

Le cadre stratégique 2006-2010

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

Le Cadre Stratégique National 2006-2010 s'inspire d'une longue expérience. Les méthodes d'intervention proposées dans ce Cadre Stratégique contre le VIH et le SIDA sont multiformes.

- Elles associent la lutte contre le SIDA au développement démocratique et durable du Mali pour instaurer une dynamique nationale forte, imprégnée des approches créatives, plus proches du terrain et hautement sensibles aux réalités socioculturelles maliennes.

- Elles mettent un accent particulier sur une approche stratégique intégrée, liant des actions massives de prévention à la prise en charge des malades dans une optique d'accès gratuit au traitement antirétroviral pour toute personne dans le besoin au Mali à l'horizon 2010. Cette approche est en parfait accord avec la mouvance mondiale de lutte. Elle s'inscrit dans le cadre des objectifs de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge, aux soins et autres soutiens ;
- Elles favorisent, à la fois, la multisectorialité, l'intersectorialité et le mainstreaming du VIH et du SIDA. Elles créent des conditions favorables à la coordination fructueuse des acteurs multisectoriels ; locaux, régionaux et nationaux :
 - ✓ Les cellules sectorielles des différents Ministères développent des plans d'actions de lutte contre le Sida.
 - ✓ Une coalition d'entreprises du secteur privé a été mise en place dans le but d'emmener le secteur privé à contribuer à la réponse nationale. Elle compte en son sein une cinquantaine d'entreprises qui développent des activités de lutte contre le Sida dans un environnement de partenariat publique, privé société civile favorable.
 - ✓ Les ONG et associations de la société civile sont désormais les acteurs privilégiés de la réponse nationale et sont comptables des interventions au près des associations de PVVIH, des jeunes, des femmes, des groupes à haut risque etc.
- Elles placent le renforcement des compétences et capacités des acteurs de tous les niveaux au centre des stratégies aux fins de la bonne exploitation des opportunités, la rapide levée des contraintes, la pertinence et la pérennité de la réponse;
- Elles contribuent aux réformes visant la création d'une plateforme, des systèmes et des capacités de suivi évaluation du processus du développement tout entier au Mali, notamment en ce qui concerne le bien être physique et socioéconomique des populations.

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

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

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

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

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

- Améliorer la coordination et l'animation de la lutte (notamment les aspects de la gestion et du management) ;
- Renforcer le partenariat multi et intersectoriel ;
- Renforcer le développement institutionnel, organisationnel et opérationnel des secteurs public, privé et de la société civile ;
- Mobiliser des ressources pérennes, notamment promouvoir l'alimentation du Fonds de Solidarité National par l'ensemble des acteurs ;
- Renforcer l'implication et la pleine participation des PVVIH et d'autres personnes particulièrement affectées par le VIH et le SIDA ;
- Renforcer la capacité d'instaurer une véritable culture de production et de l'utilisation des informations stratégiques.

Les actions programmatiques essentielles portent sur :

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

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

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

Les financements disponibles des sources internes et externes s'élèvent à 148 900 000 dollars US pour la période de référence.

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

multisectorialité, l'intersectorialité et le mainstreaming du VIH et du SIDA) et le suivi évaluation des efforts nationaux (appropriation, engagement et gestion nationale).

De plus, le Mali a mis en œuvre les 12 composantes d'un système fonctionnel de suivi évaluation.

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

4.1.2 Appui politique

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

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

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

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

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

- L'implication de tous les secteurs tant dans la conception que dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes et projet, notamment : le secteur public (tous les départements ministériels), le secteur privé (institutions et entreprises privées) et la société civile (Réseau des associations des PVVIH, ONG, leaders religieux, et diverses associations) ainsi que des PTF;
- L'amélioration du dispositif législatif et réglementaire à travers : i) la loi N°06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, la prise en charge, au contrôle du VIH et du SIDA et à la protection des PVVIH contre la stigmatisation et discrimination, ii) le décret N°05-147/P-RM du 31 mars 2005, fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'État aux malades du SIDA et personnes vivant avec le VIH et de la garantie de la confidentialité. Pour la mise en œuvre de ces dispositifs légaux, hormis les mécanismes juridiques classiques, des cellules d'appui conseil juridique ont été mise en place auprès des associations de PVVIH ;
- L'accès universel au dépistage gratuit auquel se soumettent volontairement un nombre de plus en plus important de personnes dans l'ensemble, grâce à l'augmentation des CCDV dont le nombre est passé de 2 (2001) à 26 (2005), 46 (Septembre 2007), 261 (Décembre 2009), 265 en 2010 et à 370 CCDV en 2011
- La mise en place d'une stratégie de dépistage mobile pour atteindre les populations mobiles et des zones les plus reculées;

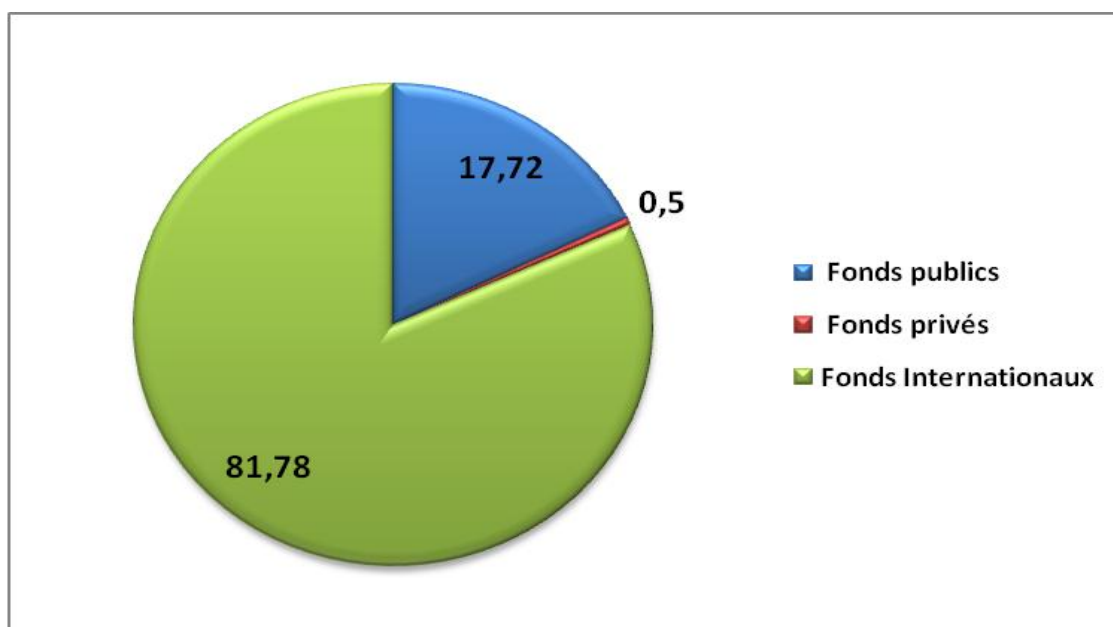
- L'amélioration du système de surveillance tant sur le plan technique que sur le nombre des sites, du nombre des équipements et matériels, ainsi que du personnel.
- L'accès gratuit aux ARV et aux traitements des IO, ainsi que la prise en charge gratuite du suivi biologique;
- La décentralisation des CCDV et des structures de prise en charge ARV en les élargissant à toutes les régions du pays, ce qui a permis l'atteinte de plusieurs résultats : le nombre de sites de traitement est passé de 31 en 2006 à 49 en 2007 à 63 en 2008, à 68 en 2009, à 74 en 2010 et à 100 en 2011. Ces sites ont permis l'initiation de 16 509 personnes aux ARV en 2007, 23 754 en 2008, 29 260 en 2009, 35 563 en 2010 et 41 925 en 2011.
- A ces sites pour adultes, Il faut noter la création des sites pédiatriques qui sont en 2011 au nombre de 79 et 338 sites PTME (dont 251 sont des Centres de Santé Communautaire, 57 des Centres de Santé de Référence, 22 des structures parapubliques et privés et 8 des Hôpitaux),

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

4.2.1 Sources de financement

Selon les résultats de l'étude REDES, les dépenses cumulées sont estimées à 18 971 330 396 FCFA au titre de l'année 2007 et 17 953 315 518 FCFA au titre de l'année 2008, 14 204 342 767 au titre de l'année 2009 et 18 178 168 117 FCFA en 2010. On distingue deux sources de financement des dépenses de la lutte contre le SIDA et les IST, il s'agit du financement intérieur et du financement extérieur. Au cours de l'année 2010, les financements extérieurs s'élevaient à 14 866 168 414 FCFA soit 82% contre 3 220 384 645 FCFA soit 18% pour les financements intérieurs.

Graphique8 : Répartition des dépenses en % selon les sources de financement en 2010.

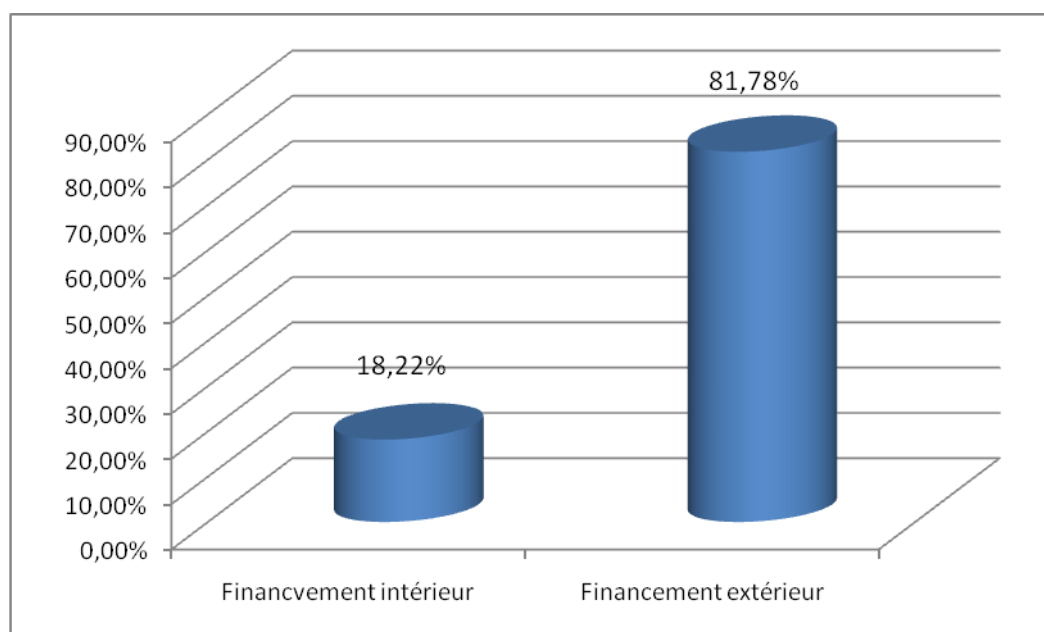


Source REDES 2010

Le financement provenant des fonds publics représentent 17,72%, celui des fonds privés 0,5% et le financement émanent des fonds internationaux 81,78%.

Le graphique ci-dessous nous donne la répartition des financements par source interne et externe.

Graphique 9 : Répartition des dépenses selon les sources de financement en 2010



Source : REDES 2010

Les financements issus des sources internes représentent 18,22% et ceux des sources externes 81,78%.

4.2.1.1 Financement intérieur

Le financement intérieur de la lutte contre le VIH SIDA et les IST provient de quatre sources de contributions et le montant s'élevait à **3 311 999 703** FCFA en 2010 soit 18,22% des dépenses totales. Le tableau suivant donne les quatre sources de financement et leur niveau de contribution

Tableau 14 : Répartition des financements intérieurs (montant en FCFA).

Sources de financement	Total général	%
Fonds publics	3 220 384 645	97,23%
Budget d'Etat	3 200 272 045	96,63%
autres fonds publics non classés ailleurs	20 112 600	0,61%
Fonds privés	91 615 058	2,77%
Institutions et entreprises à but lucratif	18 676 000	0,56%
Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)	72 939 058	2,20%
Total financement intérieur	3 311 999 703	100,00%

Source : REDES 2010

a) Les dépenses du secteur public

Les dépenses des structures publiques s'élevaient à 3 220 384 645 FCFA soit 97,23% du financement intérieur au titre de l'année 2010. De cette contribution le budget national ou budget d'Etat représente 96,63% du financement intérieur.

b) Les dépenses des structures privées

Ce financement concerne les cotisations des structures membres de la coalition du secteur privé dans la lutte contre le VIH et le SIDA et le financement de certaines structures privées et autres privés. Il s'élève à 91 615 058 FCFA soit 2,77% du financement intérieur.

4.2.1.2 Financement extérieur

Le financement extérieur demeure la principale source de financement de la lutte contre le VIH et le SIDA et les IST au Mali avec un montant de 14 866 168 414 FCFA soit 81,78% des ressources et dépenses totales au titre de l'année 2010. Ce financement correspond aux contributions de trois catégories de bailleurs de fonds qui sont :

- Les partenaires bilatéraux pour 1 941 218 375 FCFA : soit 13,06% du financement extérieur ;
- Les partenaires multilatéraux 11 644 388 393 FCFA, soit 78,33% du financement extérieur ;
- Et les Autres organisations internationales et fondations 1 280 561 646 FCFA, soit 8,61%.

Tableau 15 : Répartition du financement extérieur au titre de l'année 2008 (montant en FCFA).

Sources de financement	Total général	%
Fonds Internationaux		
Bilatéraux	1 941 218 375	13,06%
Multilatéraux	11 644 388 393	78,33%
Autres organisations internationales et fondations	1 280 561 646	8,61%
Total financement extérieur	14 866 168 414	81,78%

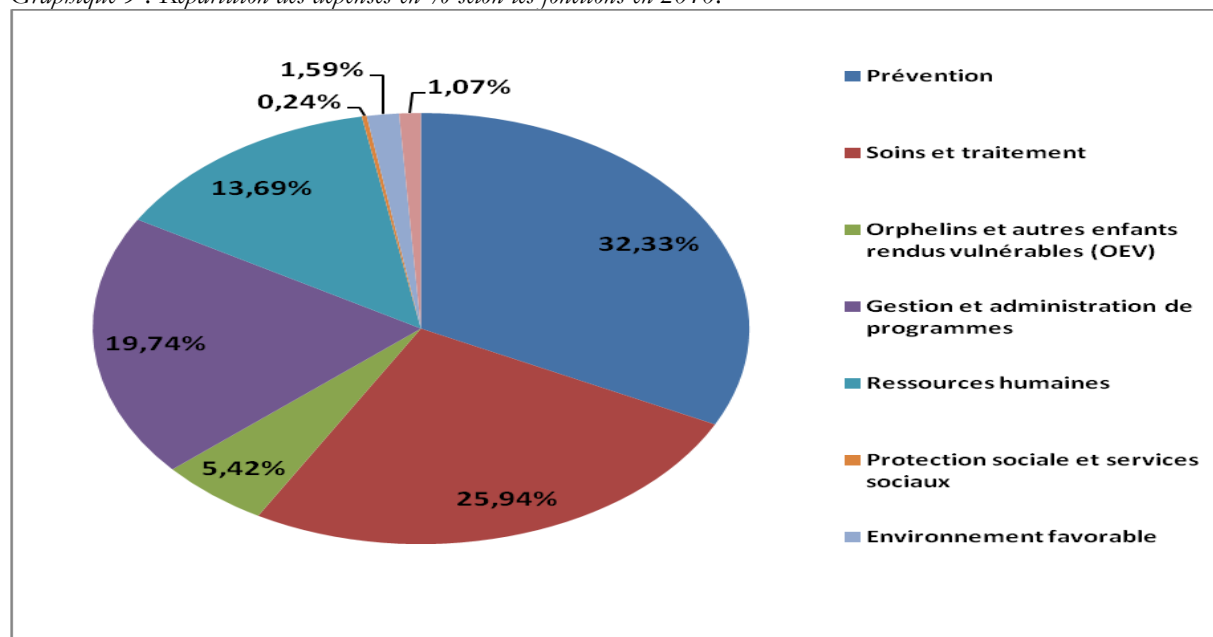
Source : REDES 2010

Cette répartition montre une prédominance des ressources allouées par les partenaires multilatéraux dans la lutte contre le VIH SIDA et les IST au titre de l'année 2010.

4.2.2 Financement des programmes

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

Graphique 9 : Répartition des dépenses en % selon les fonctions en 2010.



Source : REDES 2010

On constate que :

- 32,33% des ressources ont été allouées au programme de prévention ;
 - 25,94% au traitement et soins;
 - 19,74% à la gestion et coordination des programmes;
 - 13,69% aux ressources humaines
 - 5,42% aux OEV.
- Par contre les autres fonctions (protection sociale et services sociaux, environnement favorable et développement communautaire et recherche) n'ont bénéficié que de 2,90% des dépenses au titre de l'année 2010.

4.3. Prévention

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

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

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

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

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

L'accès aux préservatifs a été amélioré. Le nombre total de préservatifs disponibles en 2009 est évalué à 12 889 463

4.4. Traitement, soins et soutien

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

Par rapport à la co infection tuberculose – SIDA, une étude menée en 2007 révèle que la séroprévalence chez les tuberculeux est de 16,2%.

4.5. Participation de la société civile

Au Mali, l'instance de coordination de la riposte au VIH est composée des représentants des PTF et de 3 secteurs dont la société civile. Les PVVIH sont membres du HCNLS, participent au processus d'élaboration et de mise en œuvre et de suivi des programmes VIH (Plan stratégique, MAP, Fonds Mondial, BAD ...).

Il faut en plus noter la forte implication de la société civile y comprises les Associations de PVVIH dans l'offre de services prévention, traitement, soins et soutien. Elle participe également

à la planification stratégique, la mise en œuvre, le suivi évaluation du programme et l'élaboration des rapports nationaux.

4.6. Connaissances et changements intervenus dans les comportements

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

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

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

Le Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est de: 20,7%.

Le Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois est de: 9,3%.

Le Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel est de 28,4%.

Une enquête effectuée dans le District de Bamako révèle que 53,9% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.

4.7. Atténuation de l'impact

Diverses actions ont été réalisées dans le but d'atténuer l'impact de la maladie sur les personnes infectées et affectées.

➤ Concernant les OEV : 1% des enfants âgés de 10 à 14 ans ont perdu leurs deux parents. Parmi ces derniers, seuls 54 % fréquentent l'école actuellement. Plus de deux tiers (74%) d'enfants de 10 à 14 ans n'ont pas perdu un parent et vivent avec au moins l'un de leurs parents. Parmi eux, 58 % sont scolarisés. Chez les enfants doublement orphelins, ce taux est de 54%.

- 24,2% de PS sont séropositives selon l'ISBS 2009.
- Le Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de : 63,3% selon Etude de cohorte sur 17 sites CSLS/MS de 2012

V. MEILLEURES PRATIQUES :

5.1. Direction politique

Au Mali, le dispositif de réponse au VIH et au SIDA est caractérisé par un niveau d'engagement élevé des plus hautes autorités du pays. En effet, le point d'ancrage institutionnel de l'instance nationale de coordination de la réponse (SE-HCNLS) est la Présidence de la République. Il faut aussi noter que le HCNLS est structuré comme suit (1/3 des membres sont du secteur Public, 1/3 des membres sont du secteur Privé et 1/3 des membres sont de la Société Civile) et présidé par le Président de la République.

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

5.2. Environnement politique propice

Depuis mars 1991, le Mali s'est engagé dans un processus de démocratie pluraliste et la construction d'un Etat de droit ce qui a favorisé l'émergence d'association et d'ONG. L'environnement est caractérisé par une stabilité politique (alternance pacifique du pouvoir) ce qui a permis d'avoir la confiance des partenaires au développement.

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

5.3. Intensification des programmes efficaces de prévention

MELLEURE PRATIQUE DE L'ONG SOUTOURA

Encadrement des Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres Hommes dans le District de Bamako :

Au Mali d'énormes efforts ont été consentis pour maîtriser l'épidémie du VIH. Cela s'est traduit par la mobilisation multisectorielle, l'engagement politique et l'accompagnement des PTF. Ainsi, la prévalence du VIH est passée de 1.7% en 2001(EDSIII) à 1.3% en 2006(EDSIV).

Cependant des efforts doivent être intensifiés en direction des groupes à haut risque comme l'atteste l'Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements sexuels(ISBS 2009) qui donne 24,2% pour les Professionnelles de sexe,3,7% pour les vendeuses ambulantes,3,5% pour les coxeurs et 2,7%pour les routiers.

Un autre groupe vulnérable peu ciblé par les interventions, est celui des Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes connus sous le sigle anglais (MSM).

L'enquête réalisée en 2007 par le CESAC a trouvé une prévalence de 27,6% chez les MSM d'où la nécessité de prendre en compte ce groupe dans les programmes de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/Sida. C'est pour répondre à ce besoin que l'ONG SOUTOURA a initié et mis en œuvre un projet financé par l'USAID intitulé « Encadrement des MSM dans le District de Bamako » de juin 2010 à septembre 2011.

La stratégie utilisée par SOUTOURA pour intervenir auprès des MSM était de sauvegarder la grande discrétion et de très forte capacité d'adaptation de l'équipe aux réalités du milieu des MSM.

Ainsi, 248 MSM ont bénéficié des services de prise en charge des IST et de conseil dépistage volontaire de SOUTOURA.

Il faut noter que les élèves et étudiants viennent en premier lieu avec une prévalence de 36% parmi les groupes socioprofessionnels recensés et 55% avec un âge compris entre 19 et 24 ans.

Les services d'IEC/CCC visaient les MSM et leurs clients et les entretiens individuels dominaient le tableau de sensibilisation d'où le coût très élevé de l'encadrement par rapport à une professionnelle de sexe.

La promotion de l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants intimes, les services de dépistage de prise en charge de la population cible ont été également élucidés.

La réussite du projet est liée surtout à la bonne qualité de l'approche de proximité sur le terrain et l'adhésion des MSM. Aussi la qualité satisfaisante de la prise en charge médicale était une condition indispensable.

Il faut néanmoins souligner le très difficile suivi supervision des pairs MSM compte tenu de leur vie sexuelle clandestine.

Au total, ce projet a permis aux MSM l'auto estime grâce à un encadrement adapté et une disponibilité complète et accessible du paquet d'offres de services dans un seul endroit.

ARCADSIDA :

Action d'offre des services adaptés et de proximité aux groupes vulnérables et marginalisés dans la prévention et la prise en charge du VIH au Mali

Expérience de la clinique nocturne de Santé Sexuelle au niveau des groupes vulnérables

Au Mali, le contexte épidémiologique est caractérisé par une faible séroprévalence dans la population générale avec des forts taux de concentration au niveau de certains groupes dits spécifiques que sont les Professionnelles du sexe, les Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les aides ménagères, les routiers et les coxeurs. Ces populations se caractérisent par :

- une faible utilisation des services de santé classique,
- une auto médication des IST,
- un faible niveau de connaissance des IST/VIH et SIDA,
- une faible utilisation des préservatifs
- et pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes : une clandestinité et les pratiques bisexuelles.

Sur le plan social et culturel une intolérance familiale, communautaire et religieuse autour de la prostitution et des pratiques homosexuelles existe.

Fort de tous ces éléments, ARCAD-SIDA Mali a pris l'initiative de mettre en place une unité de prévention ciblée et de prise en charge pour ces groupes vulnérables, les jeunes et les populations ayant un rythme de vie plutôt nocturne.

Processus de mise en place :

- Mobilisation et série de rencontres avec le groupe des bénéficiaires (PE, leaders),
- Concertation en interne avec le personnel de la structure autour de l'accès aux soins des groupes vulnérables,
- Présentation du projet de la clinique nocturne au CA,
- Mobilisation de ressources financières,
- Identification du personnel (pluridisciplinaire)
- Échanges sur les horaires des services adaptés pour la cible,
- Analyse de situation : Identification du local, les lieux de rencontres autour, les maisons closes

Objectif :

Assurer la prévention, le dépistage et les soins pour toutes les infections transmises par voie sexuelle.

Domaines des prestations des services :

- Prévention : IEC/CCC, Promotion de sexualité à moindre risque, prophylaxie post exposition, mis à disposition des kits de prévention, prévention par le net,
- Dépistage : pour le VIH, les IST, et le conseil dépistage suscité,
- Soins : prise en charge de l'infection à VIH, de l'Hépatite B et des autres IST,

Stratégies d'offre des services :

- Centre fixe ouvert tous les jours sauf le lundi de 16 heures à 00 heures,
- Bus médicalisé avec une équipe mobile composée de médecins, infirmier et animateurs pour les services de proximité dans les lieux de rencontres de la population cible,

Quelques chiffres en 2011 :

- ✓ 210 séances d'information sur le VIH au sein de la clinique avec 1682 participations,
- ✓ 4187 consultations médicales
- ✓ 1466 IST prises en charge dont 368 en stratégie mobile,
- ✓ 2265 dépistages avec 233 positifs. On retrouve au niveau des PS une séroprévalence de 16.6%, un taux de 18.7% chez les HSH et 4.5% chez les jeunes.
- ✓ 171 patients suivis sous ARV dont 29 HSH, 18 PS et 92 jeunes entre 17-24 ans.

Conclusion :

L'initiative fut salubre et a permis de rendre les services accessibles à un nombre important de personnes dans le groupe spécifique et mais aussi dans la population générale. L'implication des bénéficiaires et des autorités publiques et locales reste un point important pour le succès de ce type d'intervention.

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

6.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2010 à l'UNGASS

Le rapport UNGASS 2010 a retenu un certain nombre de défis parmi lesquels :

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

6.1.1. Effectivité de la fonctionnalité du système de suivi évaluation,

Des efforts ont été faits dans le cadre de la mise œuvre des 12 composantes du système fonctionnel national de suivi et évaluation :

- Le renforcement des structures organisationnelles avec les fonctions de suivi évaluation du VIH notamment l'unité de suivi évaluation au niveau national, les Secrétariats Régionaux, l'existence du manuel de suivi évaluation national, la révision et harmonisation des indicateurs nationaux ;
- Renforcement des capacités humaines pour le suivi évaluation du VIH par des formations et la définition du plan de formation et le recrutement des chargés de suivi évaluation au niveau des Secrétariat Exécutifs Régionaux
- Au niveau du partenariat pour la coordination et gestion et évaluation, il est mis en place un groupe technique national de suivi évaluation (GTSEN) et au niveau régional GTSER. Une plateforme consultative dénommée mécanisme de coordination de suivi a été mise en place ;
- Elaboration de plans d'action annuel opérationnel budgétisés à partir du du cadre national de suivi évaluation ;
- Des politiques stratégiques de plaidoyer, de communication et culture sont en cours de finalisation ;
- Le suivi systématique du VIH a été renforcé ;
- Les enquêtes de surveillance, l'EDS tous les cinq ans, l'ISBS tous les trois ans, surveillance sentinelle tous les deux ans ;
- Il existe une base de donnée nationale pour le secteur santé à la CSLS/ Ministère de la Santé et une base de données multisectorielle est en cours de finalisation au SE/HCNLS avec le CRIS 3 ;
- Existence d'un manuel de supervision et d'audit des données collectées ;
- Existence d'un agenda pour l'évaluation et la recherche dans le domaine du VIH ;
- Les moyens et les outils de diffusion de données ont été mis en place comme les sites web, bulletin, brochures, session du HCNLS et régionaux.

Par ailleurs, un plan d'assistance technique pour la période 2008-2010 élaboré a été poursuivi avec la participation de tous les acteurs.

6.1.2. Non disponibilité de certaines données de projets et programmes

Les efforts accomplis pour la disponibilité des données :

- Les supports de collecte ont été révisés pour prendre en compte les besoins de données ;
- Le développement de la base de données nationale ;
- La réalisation en 2010 de l'étude d'évaluation des ressources et dépenses dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida(REDES 2010).

6.1.3. Besoin de renforcer la participation des acteurs impliqués dans la réponse au mécanisme de coordination et de suivi de la riposte nationale

Pour renforcer la participation, les efforts suivants ont été faits :

- Le forum des partenaires a été institué et présidé par le SE/HCNLS ;
- La mise en place du Groupe Technique de Suivi Evaluation National (GTSEN) ;
- Des missions conjointes ont été organisées dans le cadre du suivi /supervision de la riposte nationale.

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

Durant la période 2010 - 2011, les difficultés rencontrées sont relatives :

- A l'insuffisance de ressources humaines qualifiées ;
- A l'insuffisance de ressources financières et matérielles pour la couverture nationale.

6.3 Mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS.

Les mesures correctives prévues portent essentiellement sur le renforcement des capacités des ressources humaines et la mobilisation des ressources locales et internationales.

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

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

Le soutien apporté par les partenaires au développement est essentiellement de nature financière. Ainsi, plusieurs financements ont été accordés au pays. Le tableau 16 retrace les financements octroyés.

Tableau 16: Montants des ressources disponibles et l'orientation des appuis selon le mécanisme pour la période 2010-2011.

SOURCES EXTERIEURES	MONTANT 2010	%: Total général	% Fonds
Fonds internationaux	14 866 168 414	100,00%	
Bilatéraux	1 941 218 365	13,06%	100,00%
Gouvernement belge	83 310 000	0,56%	4,29%
Gouvernement français	1 154 851 955	7,77%	59,49%
Gouvernement allemand	191 795 942	1,29%	9,88%
Gouvernement irlandais	8 525 800	0,06%	0,44%
Gouvernement néerlandais	365 000	0,00%	0,02%
Gouvernement suisse	22 031 213	0,15%	1,13%
Gouvernement américain	480 338 455	3,23%	24,74%
Multilatéraux	11 649 658 152	78,36%	100,00%

Banques régionales de développement (Afrique, Asie, Amérique latine et Caraïbes, banque islamique de développement, etc.)	2 656 328 907	17,87%	22,80%
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	7 395 322 349	49,75%	63,48%
Secrétariat de l'ONUSIDA	105 948 240	0,71%	0,91%
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	44 096 100	0,30%	0,38%
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	1 450 000	0,01%	0,01%
Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	54 427 000	0,37%	0,47%
Banque mondiale (BM)	1 315 087 924	8,85%	11,29%
Programme alimentaire mondial (PAM)		0,00%	0,00%
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	17 421 890	0,12%	0,15%
Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.	54 306 000	0,37%	0,47%
Autres organisations internationales et fondations	1 275 291 897	8,58%	100,00%
Fondation Clinton	641 832 757	4,32%	50,33%
Caritas Internationalis/Catholic Relief Services	2 972 220	0,02%	0,03%
Plan International	1 167 522	0,01%	0,01%
PSI (Population Services International)	1 130 000	0,01%	0,01%
Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	633 459 140	4,26%	49,67%

Source REDES 2010

Outre les mécanismes FM, MAP et BAD, d'autres partenaires participent au financement de la réponse nationale. L'étude REDES 2010 montre la contribution des partenaires suivants :

- ✓ Coopération bilatérale : 1 941 218 365 FCFA ;
- ✓ Agences des Nations Unies : 277 649 230 FCFA ;
- ✓ Fonds Mondial 7 395 322 349 FCFA ;
- ✓ Banque Mondiale : 1 315 087 924 FCFA;
- ✓ Banques dév. non-remboursable (ex. subventions) 2 656 328 907 FCFA ;
- ✓ Toutes autres internationales et fondations 1 275 291 897 FCFA.

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

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

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi évaluation bénéficie d'une attention particulière ces dernières années. Cela se traduit aujourd'hui par la mobilisation du gouvernement et des partenaires techniques et financiers à soutenir la mise en place d'un dispositif performant de suivi évaluation.

8.1. Aperçu du système actuel de suivi et évaluation

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

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

Les efforts ont été déployés dans le cadre de la mise en place d'un système de suivi évaluation fonctionnel bâti suivant les 12 composantes

1. Au niveau des structures organisationnelles avec les fonctions de SE du VIH :

Le SE/HCNLS a renforcé son unité de SE au niveau national. Les responsabilités des différents membres de l'unité sont bien définies : 1 responsable du département, 1 chargé de suivi programmatique, 2 chargés de collecte, analyse et traitement des données, 1 chargé de la gestion de la base de données, 1 chargé de l'informatique et 1 chargé du système d'information géographique et stratégique. Cette structure a été aussi renforcée au niveau décentralisé. Trois Secrétariats Exécutifs Régionaux disposent déjà de 3 agents de suivi évaluation. Six autres agents sont en cours de recrutement afin de couvrir toutes les 8 régions et le district de Bamako.

Le pays dispose aussi d'un manuel opérationnel national de suivi-évaluation précisant l'organisation et la structure du système national de suivi-évaluation au niveau central.

Les Indicateurs retenus pour mesurer la réponse nationale dans le Cadre Stratégique National ont été revus en novembre 2008. Une liste de 50 indicateurs a été retenue en tenant compte des indicateurs nationaux, UNGASS et de l'Accès Universel. Les fiches techniques et les outils de collecte ont été réactualisés. Le cadre de Suivi Evaluation est en cours de révision. Cette adaptation coïncide avec la définition du nouveau cadre stratégique national 2011-2015.

2. Au niveau des capacités humaines pour le SE du VIH :

Le pays dispose de ressources humaines formées, outillées pour le système suivi-évaluation du VIH au niveau national (SE/HCNLS, Cellule Sectorielle du Ministère de la santé, société civile, secteur privé) et au niveau décentralisé. Les descriptifs de postes ont été définis. Des activités de développement des capacités de ces ressources humaines ont été définies et un plan de formation a été inclus dans le plan d'action.

3. Dans le cadre du partenariat pour la planification, la coordination et la gestion du système de SE du VIH :

Il existe un groupe technique de suivi évaluation national (GTSEN) avec une composition large de plusieurs partenaires. Les entités qui sont représentées sont d'une part le secteur public, la société civile, le secteur privé, le réseau des PVVIH et d'autre part, les partenaires techniques et financiers tels que l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, l'USAID et CDC. Ce groupe se réunit une fois par mois. Au niveau régional, un groupe technique de suivi évaluation régional (GTSER) doit être constitué.

De plus, le SEHCNLS a mis en place une plateforme consultative, dénommée Mécanisme de Coordination du Suivi (MCS). Il est composé par 24 membres représentant les secteurs publics et la société civile (y compris le réseau des PVVIH), des bailleurs de fonds et des organisations du système des Nations Unies. Il se réunit une fois par trimestre pour donner des orientations et valider les propositions du GTSEN.

4. Un cadre national de suivi évaluation :

Le Mali dispose d'un cadre national de suivi évaluation pour la période 2006-2010.

5. Un plan d'action national annuel opérationnel budgétisé :

Il dispose aussi d'un plan d'action national annuel opérationnel budgétisé du suivi- évaluation

6. Un cadre du plaidoyer, communication et culture pour le SE du VIH :

Dans le cadre du plaidoyer, communication et culture pour le SE du VIH, des mécanismes ont été mis en place et des politiques et des stratégies d'amélioration sont en cours de finalisation au niveau national.

7. Le suivi en routine des programmes de VIH :

Dans le cadre du suivi en routine des programmes de VIH, il existe un système de suivi systématique en routine du VIH avec des outils et mécanismes de collecte et de transmission des données au niveau national.

8. Les enquêtes et la surveillance

Pour les enquêtes et surveillance, une équipe chargée de la surveillance sur le VIH existe au niveau de la Direction Nationale de la Santé et de la Cellule Sectorielle du Ministère de la santé. Les capacités sont renforcées par les partenaires dont CDC. Un programme a été bien défini avec les différents partenaires pour la collecte des données.

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

- La surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes qui a lieu tous les 1-2 ans ;
- La surveillance intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements au sein des groupes à risque au Mali (ISBS) qui a lieu tous les trois ans ;
- L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) auprès de la population générale qui a lieu tous les 5 ans.

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

Les données existantes sur la surveillance sérologique et comportementale selon les années sont les suivantes :

- ISBS de 2000, 2003, 2006 et 2009 ;
- Surveillance sentinelle de 2003, 2005, 2007 et 2009 ;
- EDS (incluant le VIH) de 2001 et 2006

9. La base de données nationale :

Il existe une base de données nationale au niveau de la CSLS/MS et des bases de données régionales au niveau des Directions Régionales de la santé pour les données VIH du secteur de la

santé. Le type de logiciels utilisé est le DESAM III pour le SIS, ESOPE pour le suivi des patients et MALIKOUNAFONI sur DevInfo pour le CSLP.

Dans le cadre de la centralisation de toutes les données, la mise en place de la base de données nationale avec le logiciel DevInfo au niveau du Secrétariat Exécutif du HCNLS et est en cours au niveau des Secrétariats Exécutifs Régionaux de Lutte contre le Sida.

10. La supervision formative et d'audit des données :

Pour la supervision formative et d'audit des données, le pays dispose d'un manuel de supervision et d'audit des données collectées. Des visites de supervision régulières sont effectuées. Des ajustements sont effectués conformément aux besoins du respect de la complétude et de la promptitude. Les deux aspects ont été relevés par l'audit de la qualité des données du Fond Mondial comme des aspects à renforcer.

11. L'agenda pour l'évaluation et la recherche dans le domaine du VIH :

L'agenda pour l'évaluation et la recherche dans le domaine du VIH existe et les stratégies de recherche ont été soumises dans la proposition du R8 Fond Mondial qui a été accepté et dont le plan d'action des deux premières années est en cours d'exécution. Des chercheurs ont été aussi identifiés au niveau national.

12. Les stratégies pour la dissémination, la diffusion et utilisation des données :

Par ailleurs, il existe des stratégies pour la dissémination, la diffusion et utilisation des données.

Les moyens ou les outils de diffusion de ces données sont : sites Web, ateliers, bulletins, brochures, sessions du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida et des Conseils Régionaux de Lutte contre le Sida

En plus de ces 12 composantes, le pays a continué le reporting UNGASS tous les deux ans et que le reporting conjoint au niveau de l'Accès Universel.

Des revues annuelles sont organisées pour évaluer les résultats qui alimentent la planification pour l'année suivante.

Des études REDES 2006, 2010 et 2011 ont été réalisées pour déterminer les ressources et les dépenses du VIH par sources de financement, prestataires et catégorie de dépenses, par interventions et par bénéficiaires.

Des projections du VIH sont faites au niveau pays à l'aide des fichiers EPP et des fichiers SPECTRUM.

8.1.2 Le circuit global des données et de l'information

La remontée est illustrée par le diagramme ci-dessous avec les niveaux de la collecte de données.

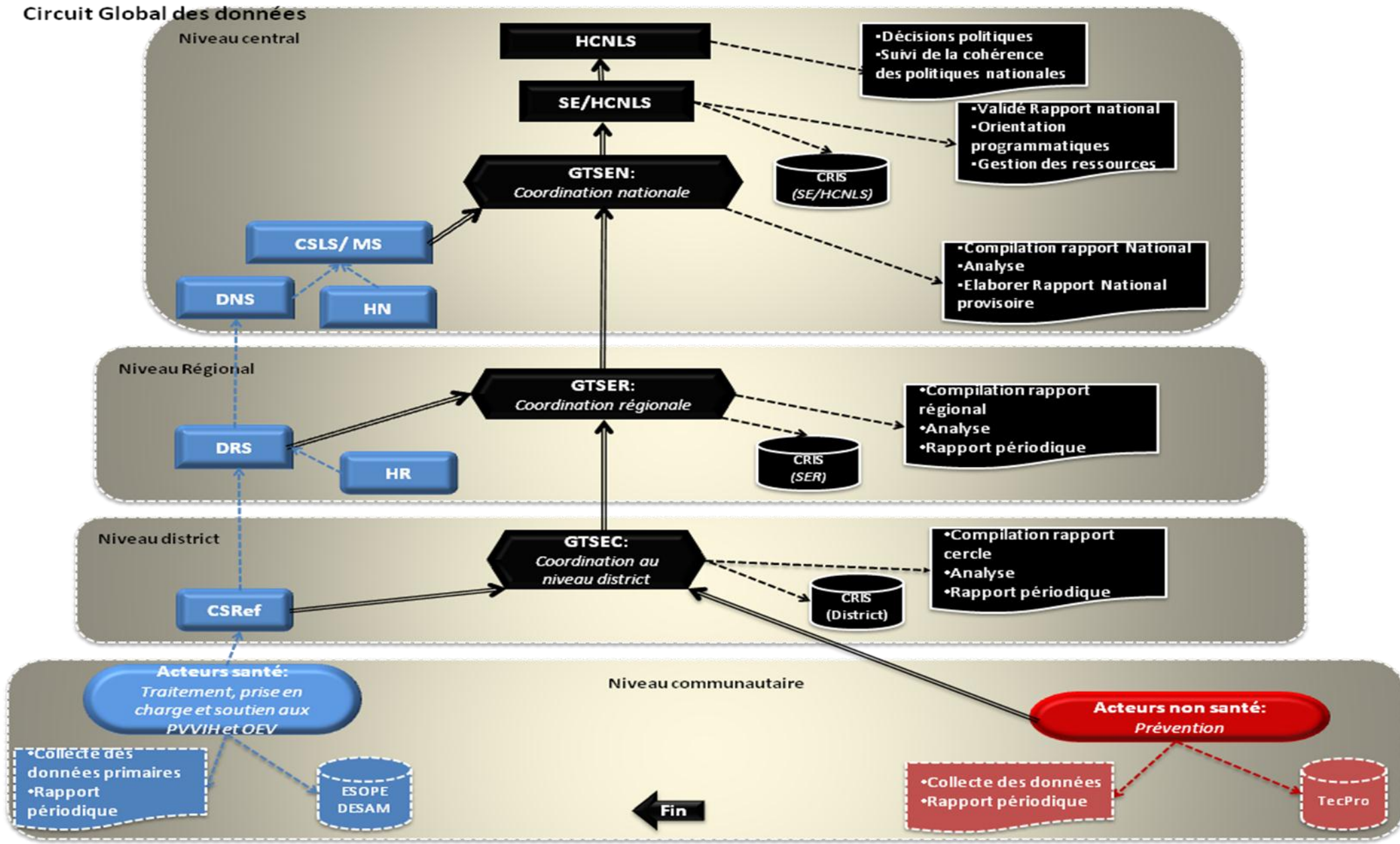
L'acheminement des données dans les régions passe par les structures administratives décentralisées.

Les données de routine sont collectées depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central. Le circuit de collecte de données de routine comprend :

- le niveau de prestations des services au niveau opérationnel : ici sont produites et collectées les données sur les différents services fournis à la population ;
- le niveau cercle ou district : c'est le premier niveau où les données envoyées par les différents niveaux opérationnels sont compilées avec un contrôle de qualité, synthétisées et analysées produites sous forme de rapports.
- Le niveau régional ; il représente le second niveau où les données envoyées par les différents cercles ou districts sont compilées avec un contrôle de qualité, synthétisées et analysées produites sous forme de rapports.
- Le niveau central : c'est le dernier niveau où les données envoyées par les différents régions du pays sont compilées avec un contrôle de qualité, synthétisées et analysées et produites sous forme de rapports pour être diffusées au niveau national.

Diagramme 1 : Circuit global des données

Circuit Global des données



8.1.3 Le traitement et l'analyse des données

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

9.1. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système Suivi Evaluation complet

Les difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en place du système de suivi et évaluation concernent certaines composantes dudit système.

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

- Insuffisance d'unité de suivi évaluation dans certaines structures intervenant dans la lutte contre le VIH ;

2. Capacités Humaines en matière de S&E

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

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

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

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

- Inexistence de plan de communication sur le S&E

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

- Faible capacité des agents (en matière de S&E) au niveau des structures d'exécution ;
- Inexistence d'agence nationale spécialisée pour la formation de ces agents.

9.2. Mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés

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

- ✓ Mise en place progressive des unités de S&E dans les différentes structures
- ✓ Renforcement de capacité des ressources humaines en S&E
- ✓ Mobilisation des ressources financières
- ✓ Elaboration d'un plan de communication pour le S&E
- ✓ Constituer un pool de formateurs en S&E

9.3. Besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation.

Les besoins en assistance technique concernent essentiellement le renforcement de capacité des ressources humaines.

- renforcer la capacité et les compétences des acteurs multi et intersectoriels à jouer leurs rôles et à assumer leurs responsabilités ;
- renforcer les capacités des responsables, des intervenants et des usagers et bénéficiaires des interventions à s'informer et à informer ;
- en collaboration avec les autorités compétentes, faire en sorte que le cadre de dépenses macroéconomiques et publiques soutient la mise en œuvre du CSN de Lutte Contre le VIH et SIDA ainsi que les plans nationaux annuels prioritaires de lutte contre le VIH ET SIDA ;
- en collaboration avec l'ensemble des partenaires multilatéraux et bilatéraux formaliser une stratégie et un plan d'action visant la passation progressive des appuis du stade projet à celui du financement des programmes en se fondant sur le CSN de Lutte Contre le VIH ET SIDA ;
- encourager les Collectivités Territoriales de faire de même en ce qui concerne la coopération décentralisée ;
- encourager les partenaires multilatéraux à créer des groupes communs visant la mise en place des programmes unifiés de soutien au pays dans le domaine de lutte contre le VIH ET SIDA en fonction de l'orientation du CSN ;
- encourager les partenaires bilatéraux et de la coopération décentralisée à s'aligner sur le CSN de Lutte Contre le VIH ET SIDA, à se concerter avec le SE-HCNLS et à se concerter entre eux pour des fins d'efficacité et d'efficacités de leurs contributions à la lutte contre le VIH ET SIDA ;
- regrouper les acteurs sectoriels en domaines selon le classement des divers secteurs du développement adoptés par le Programme de Développement Institutionnel (PDI) dont les domaines : du 1) développement rural, 2) des infrastructures, 3) du développement sanitaire, 4) de la gouvernance, 5) de l'économie et enfin, 6) de la défense ;
- développer des dispositifs et mécanismes de concertation et de planification conjoints entre les différents secteurs des domaines du développement ;
- créer et animer des groupes multisectoriels et intersectoriels thématiques de concertation à partir des orientations stratégiques du CSN de Lutte Contre le VIH et sida aux niveaux national, local et communautaire ;
- développer les capacités du dispositif technique et financier national d'appui aux collectivités territoriales afin qu'il puisse assumer de nouvelles responsabilités du partenariat en matière de lutte contre le VIH ET SIDA , notamment le développement des dispositifs et mécanismes d'appui technique et financier aux structures et systèmes multi et inter sectoriel aux niveaux national et local.

Cette dynamique multisectorielle passe nécessairement par l'harmonisation¹ et de l'alignement².

- Mettre à suffisance à profit les cadres de concertation aux niveaux national (CNOCSAD), régional (CROCSAD), cercle (CLOCSAD) et communal (CCOCSAD) en vue d'une meilleure implication dans la lutte contre le VIH et le sida ;

Veiller à la prise en compte des actions de lutte contre le VIH et le sida dans tous les PDESC et à tous les niveaux de collectivités territoriales ;

¹ **Harmonisation** : les actions des donateurs sont mieux harmonisées et plus transparentes, et permettent une plus grande efficacité collective

² **Alignement** : les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires.

- S'assurer de la couverture géographique de toutes les communes par au moins un partenaire au développement (ONG) intervenant dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida ;
- Faire des communes, des sources viables de données sur le VIH et le sida à travers la mise en place de répertoires de données sur le VIH et le sida et l'élaboration de rapports d'activités des communes conformément à un des objectifs de la convention signée par l'Alliance des Maires et Responsables Municipaux (AMM) ;
- Intégrer dans les thématiques discutées au sein des cadres de concertation créée dans les régions PADDER, la thématique liée à la lutte contre le VIH sida ;
- Signer des conventions de partenariat avec d'autre niveau de collectivités ;
 - Veiller à ce que le HCNLS et tous les ministères élaborent et mettent en œuvre leur CDMT prenant en compte la lutte contre le VIH et le sida ;
 - Inciter le secteur privé et les Organisations de la Société Civile (OSC) à s'impliquer davantage dans le financement de la lutte contre le VIH et le sida.

ANNEXES

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

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

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

Date : Mars 2010 _____

Signature : _____

Prière de fournir les coordonnées complètes :

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

Courriel : dydiakite@sehcns.org; sehcns@sehcns.org

Téléphone : 00 (223) 20 29 42 62 – 20 29 40 91

Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Partie A

[à remplir par les responsables publics]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie multisectorielle pour lutter contre le VIH ?
(Les stratégies multisectorielles doivent inclure celles élaborées par les ministères énumérés sous 1.2 mais ne s'y limitent pas.)

Oui	X	Non	Sans objet (S/O)
-----	----------	-----	------------------

Période couverte : 2006 - 2010

SI NON ou SANS OBJET, donner une brève explication

SI OUI, répondre aux questions 1.1 à 1.10 ; dans le cas contraire, passer à la question 2.

1.1 Depuis combien de temps le pays dispose-t-il d'une stratégie multisectorielle ?
Nombre d'années : **Depuis 2001, 11 ans**

1.2 Quels sont les secteurs inclus dans la stratégie multisectorielle dont les activités comportent un budget affecté à la lutte contre le VIH ?

Secteurs	Inclus dans la stratégie		Budget affecté	
Santé	Oui X	Non	Oui X	Non
Education	Oui X	Non	Oui X	Non
Emploi	Oui X	Non	Oui X	Non
Transports	Oui X	Non	Oui X	Non
Armée/Police	Oui X	Non	Oui X	Non
Femmes	Oui X	Non	Oui X	Non
Jeunes	Oui X	Non	Oui X	Non
Autres* : [Agriculture, Finances, Mines]	Oui X	Non	Oui X	Non

Tous les départements ministériels disposent chacun d'un plan assorti de budget.

* L'un quelconque des ministères suivants : Agriculture, Finances, Ressources humaines, Justice, Energie et Mines, Planification, Travaux Publics, Tourisme, Commerce et Industrie.

SI AUCUN budget n'a été affecté pour certains ou tous les secteurs ci-dessus, expliquer quel financement on utilise pour assurer la mise en oeuvre de leurs activités axées sur le VIH :

1.3 La stratégie multisectorielle tient-elle compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci-dessous ?

Populations cibles		
a. Femmes et filles	a. Oui X	Non
b. Jeunes femmes/jeunes hommes	b. Oui X	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	c. Oui	Non X
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	d. Oui X	Non
e. Professionnel(les)s du sexe	e. Oui X	Non
f. Orphelins et autres enfants vulnérables	f. Oui X	Non
g. Autres sous-populations vulnérables* (les routiers, coxeurs, aides familiales, vendeuses ambulantes)	g. Oui X	Non
Milieus	h. Oui X	Non
h. Lieu de travail	i. Oui X	Non
i. Ecoles	j. Oui X	Non
j. Prisons		
Questions transversales	k. Oui X	Non
k. VIH et pauvreté	l. Oui X	Non
l. Protections des droits de la personne	m. Oui X	Non
m. Participation des personnes vivant avec le VIH	n. Oui X	Non
n. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	o. Oui X	Non
o. Autonomisation des femmes et/ou égalité des sexes		

1.4 Les populations cibles ont-elles été recensées au moyen d'une évaluation des besoins ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI OUI, quand cette évaluation des besoins a-t-elle été menée ?

Année : **2005**

* Les sous-populations autres que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe qui ont été recensées au niveau local comme étant confrontées à un risque élevé de transmission du VIH (p. ex., les clients des professionnel(le)s du sexe, les migrants transfrontaliers, les travailleurs migrants, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les réfugiés, les détenus).

SI NON, expliquer comment les populations cibles ont été recensées :

1.5 Quelles sont les populations cibles recensées dans le pays aux fins des programmes de lutte contre le VIH ?

- Femmes et Filles
- Jeunes femmes / Jeunes hommes
- Professionnel(les)s du sexe
- Porteurs d'uniformes
- Travailleurs des mines
- Routiers / Transporteurs / coxeurs (intermédiaires)
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Orphelins et autres enfants vulnérables
- Travailleurs migrants
- Aides familiales

- Vendeuses ambulantes
- Populations déplacées
- Hommes ayant des rapports avec les Hommes

1.6 La stratégie multisectorielle inclut-elle un plan opérationnel ?

Oui X	Non
--------------	-----

1.7 La stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent-ils :

a. Des objectifs programmatiques officiels ?	Oui X	Non
b. Des objectifs ou des jalons précis ?	Oui X	Non
c. Le détail des coûts pour chaque domaine programmatique ?	Oui X	Non
d. Des indications sur les sources de financement à l'appui de la mise en oeuvre des programmes ?	Oui X	Non
e. Un cadre de suivi et d'évaluation ?	Oui X	Non

1.8 Votre pays s'est-il assuré de « l'implication et participation pleines et entières » de la société civile* à l'élaboration de la stratégie multisectorielle ?

Participation active X	Participation modérée	Pas de participation
-------------------------------	-----------------------	----------------------

SI la participation a été active, expliquer brièvement comment cela a été organisé :

Les PVVIH, les ONGs, Associations et Religieux ont été impliqués à chaque niveau aux travaux des ateliers régionaux d'analyse situationnelle, d'évaluation des besoins. Ils ont également participé à l'atelier national d'orientation et de validation du Cadre Stratégique National (CSN) et à l'adoption du CSN au niveau du HCNLS où la Société Civile est représentée pour 1/3.

SI la participation a été INEXISTANTE ou MODÉRÉE, expliquer brièvement pourquoi :

1.9 La stratégie multisectorielle a-t-elle été avalisée par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

Oui X	Non
--------------	-----

1.10 Les partenaires du développement externe ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes relatifs au VIH avec la stratégie multisectorielle nationale ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires X	Non
---------------------------	------------------------------------	-----

* La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations de jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaires, les organisations des groupes les plus affectés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes/déplacées, les détenus), les organisations de travailleurs, les organisations de droits de la personne, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte

SI CERTAINS ou NON, expliquer brièvement pour quels aspects il n'y a pas eu alignement/ harmonisation et pourquoi :

L'élaboration du CSN a été postérieure à la mise en place des programmes de certains partenaires (bilatéraux, multilatéraux). Cependant ceux qui ont élaboré des programmes après le CSN se sont conformés à celui-ci.

2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH dans ses plans généraux de développement notamment : (a) Plans nationaux de développement, (b) Bilans communs de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, (c) Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, (d) Approche sectorielle ?

Oui	X	Non	S/O
-----	----------	-----	-----

2.1 **SI OUI**, dans quel(s) plan(s) de développement l'appui aux politiques de lutte contre le VIH est-il intégré ?

a. Plan national de développement	Oui	Non	S/O X
b. Bilan commun de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui X	Non	S/O
c. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté	Oui X	Non	S/O
d. Approche sectorielle	Oui X	Non	S/O
e. Autres : [insérer]	Oui	Non	S/O

2.2 **SI OUI**, quels domaines liés au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs de ces plans de développement ?

Domaines liés au VIH inclus dans le(s) plan(s) de développement		
Prévention du VIH	Oui X	Non
Traitement des infections opportunistes	Oui X	Non
Traitement antirétroviral	Oui X	Non
Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance)	Oui	Non X
Atténuation de l'impact du VIH	Oui X	Non
Réduction des inégalités <i>entre les sexes</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	Oui X	Non
Réduction des inégalités de <i>revenu</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	Oui X	Non
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	Oui X	Non
Autonomisation économique des femmes (notamment, accès au crédit, à la terre et à la formation professionnelle)	Oui X	Non
Autres :	Oui	Non

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique à des fins de planification ?

Oui	Non X	S/O
-----	--------------	-----

3.1 **SI OUI**, dans quelle mesure cette évaluation a-t-elle influencé les décisions concernant les allocations de ressources ?

Faible	Grand
0	5

4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie lui permettant d'aborder les questions relatives au VIH au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme (à savoir, forces armées, police, forces de maintien de la paix, personnel carcéral, etc.) ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

4.1 **SI OUI**, lesquels parmi les programmes ci-dessous ont-ils été mis en oeuvre au-delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme ?

Communication sur les changements de comportement	Oui	X	Non
Fourniture de préservatifs	Oui	X	Non
Conseil et test VIH	Oui	X	Non
Services pour les infections sexuellement transmissibles	Oui	X	Non
Traitement antirétroviral	Oui	X	Non
Soins et soutien	Oui	X	Non
Autres :		<i>[insérer]</i>	Non

Si des services de conseil et test du VIH sont proposés aux personnels en uniforme, décrire brièvement l'approche adoptée en matière de conseil et test (p. ex., indiquer si le test de dépistage du VIH est volontaire ou obligatoire, etc.) :

Le test de dépistage est volontaire au niveau des forces armées et de sécurité au Mali. L'approche suit la politique nationale conformément aux normes et politiques de dépistage en vigueur au Mali.

5. Votre pays a-t-il des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

5.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	X	Non
b. Jeunes	Oui	X	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	X	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	X	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	X	Non
f. Détenus	Oui	X	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	X	Non
h. Autres : Personnes infectées ou affectée, orphelins et enfants vulnérables	Oui	X	Non

SI OUI, décrire les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Le Mali a élaboré une loi générale (Loi N°06/028 du 29 juin 2006) fixant les règles relatives à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH et le SIDA) qui est à la relecture.

-Large diffusion de la loi sous forme de brochures, d'affiches par RMAP+ et le SE-HCNLS

- Implication de la ligue des juristes pour le développement et droits humains des PVVIH
- Installation des cliniques juridiques au niveau de certaines Directions Régionales de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille

Dire brièvement dans quelle mesure ces lois sont actuellement appliquées :

6. Y a-t-il dans votre pays des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non X
-----	--------------

6.1 SI OUI, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles		
h. Autres :	Oui	Non

SI OUI, donner un bref aperçu du contenu de ces lois, règlements ou politiques :
Dire brièvement de quelles manières ils font obstacle :

7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eu égard à l'accès universel souscrits lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida qui s'est tenue en juin 2006 ?

Oui X	Non
--------------	-----

7.1 La stratégie nationale et le budget national de la lutte contre le VIH/sida ont-ils été révisés en conséquence?

Oui X	Non
--------------	-----

7.2 Les estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont-elles été actualisées?

Oui X	Non
--------------	-----

7.3 Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs des adultes et des enfants justiciables de la thérapie antirétrovirale ?

Estimations des besoins actuels et Futurs Oui à travers EPP/ Spectrum, Mai 2009	X	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
---	---	--	-----

7.4 La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait-elle l'objet d'un suivi ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

(a) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sexe (hommes, femmes) ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

(b) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sous-groupes de population ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

Hommes, Femmes et enfants pour la prise en charge

SI OUI, pour quels groupes de population ?

Hommes, Femmes, Jeunes

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

L'information est utilisée dans la prise de décision, la planification et l'affectation des ressources

(c) La couverture fait-elle l'objet d'un suivi par zone géographique ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

SI OUI, à quels niveaux géographiques (National, régional, local)

Les 8 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal) et le District de Bamako, les cercles et les communes.

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

Compilation des rapports périodiques conformément au Système National d'Information Sanitaire et transmission au niveau central / National

7.5 Votre pays a-t-il élaboré un plan de renforcement des systèmes de santé, y compris l'infrastructure, les ressources et capacités humaines, et les systèmes logistiques d'approvisionnement en médicaments ?

Oui	X	Non
-----	----------	-----

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de planification stratégique des programmes de lutte contre le VIH en 2010 ?											
Très médiocre						Excellent					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9X	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du Plan opérationnel 2007- 2010 • Poursuite du Plan de décentralisation de la prise en charge globale • Poursuite du Plan de renforcement du système d'approvisionnement en intrants et le Plan GAS • Guide sur l'extension de la prise en charge pédiatrique, • Guide sur l'extension de la couverture d'offre de service pour la réduction de la transmission mère-enfant du VIH • Guide d'utilisation de nouvelles méthodes de diagnostic pour la prise en charge rapide des enfants exposés au risque de transmission • PRODESSII prolongé et son CDMT • Plan de renforcement des Ressources Humaines • Plan d'assistance technique 											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un fonds national de souveraineté de lutte contre le SIDA pour diminuer la dépendance • Renforcer les capacités des acteurs des secteurs public, privé et de la société civile en matière d'harmonisation et d'alignement des procédures de décaissement de certains partenaires ; • Initier et valider des plans opérationnels régionaux consolidés et mettre en œuvre les engagements d'appuis techniques au niveau décentralisé • Elaborer rapidement le nouveau Cadre Stratégique National 2012-2017 de lutte contre le VIH et le Sida 											

II. APPUI POLITIQUE

On considère que l'appui politique est solide lorsque les représentants gouvernementaux et politiques parlent haut, fort et souvent de la question du sida, président régulièrement des réunions importantes sur ce sujet, allouent des budgets nationaux de soutien aux programmes de lutte contre le VIH et se servent judicieusement des organisations et interventions gouvernementales et de la société civile dans le but de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le VIH devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?

Président/Chef du gouvernement	Oui X	Non
Autre hauts fonctionnaires	Oui X	Non
Autres responsables des régions et/ou districts	Oui X	Non

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida (Comité national de lutte contre le sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ?

Oui X	Non
--------------	-----

Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS)

SI NON, expliquer brièvement pourquoi et dire comment les programmes de lutte contre le sida sont gérés :

2.1 **SI OUI**, quand cet organisme a-t-il été créé ?

Année : **2004**

2.2 **SI OUI**, qui le préside ?

Nom : **SE Amadou Toumani TOURE**
République

Fonction/Titre : **Président de la**

2.3 **SI OUI**, l'organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida :

dispose-t-il d'un mandat ?	Oui X	Non
peut-il compter sur la participation et la direction actives du gouvernement ?	Oui X	Non
a-t-il une composition prédéfinie ?	Oui X	Non
SI OUI , de combien de membres ? 48 membres		
inclut-il des représentants de la société civile ?	Oui X	Non
SI OUI , combien sont-ils ? 13 membres		
inclut-il des personnes vivant avec le VIH ?	Oui X	Non
SI OUI , combien ? 2 membres		
inclut-il le secteur privé ?	Oui X	Non
a-t-il un plan d'action ?	Oui X	Non
dispose-t-il d'un secrétariat opérationnel ? SE-HCNLS	Oui X	Non
se réunit-il au moins une fois tous les trois mois ?	Oui	Non X
examine-t-il périodiquement les décisions stratégiques qui ont été prises ?	Oui X	Non
promeut-il activement la mise en œuvre des décisions	Oui X	Non

stratégiques? donne-t-il à la société civile l'occasion d'influer sur la prise de décisions ?	Oui X	Non
renforce-t-il la coordination des actions des donateurs pour éviter les financements parallèles et le chevauchement des efforts de programmation et d'établissement des rapports ?	Oui X	Non

3. Votre pays dispose-t-il d'un mécanisme qui encourage une interaction entre le Gouvernement, la société civile et le secteur privé pour mettre en oeuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH ?

Oui X	Non	S/O
--------------	-----	-----

SI OUI, décrire brièvement les principales réalisations :

- Adoption d'une déclaration de politique
- Restructuration du HCNLS (1/3 des membres sont du secteur Public, 1/3 des membres sont du secteur Privé et 1/3 des membres sont de la Société Civile)
- Elaboration du CSN et du Plan Opérationnel du CSN
- Mise en place des Structures décentralisées du HCNLS : CRLS, CCLS, CLLS ... et du SE
- Introduction du volet Sida dans le Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
- Groupe Technique National de Suivi Evaluation des programmes de lutte contre le Sida
- Forum des partenaires

Décrire brièvement les principales difficultés :

- Insuffisance de personnel
- Insuffisance de ressources financières
- Mobilité du personnel
- Insuffisance dans l'application des rôles et responsabilités des différents organes

4. Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Pourcentage : **Non disponible**

5. Quel type d'appui le Comité national de lutte contre le sida (ou l'organe équivalent), procure-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en oeuvre des activités relatives au VIH ?

Information sur les besoins prioritaires	Oui X	Non
Orientations techniques	Oui X	Non
Achat/distribution des médicaments et autres fournitures	Oui X	Non
Coordination avec les autres partenaires de la mise en oeuvre	Oui X	Non
Renforcement des capacités	Oui X	Non
Autres : Célébration <i>des journées de lutte contre le VIH et Sida</i>	Oui X	Non

6. Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui X	Non
-------	-----

6.1 **SI OUI**, les politiques et les lois ont-elles été modifiées afin de correspondre aux politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui	Non X
-----	-------

(Relecture de la loi 028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, prise en charge et contrôle du VIH)

SI OUI, nommer les politiques et les lois qui ont été modifiées et dire comment cela a été fait :

Nommer et décrire toute contradiction qui subsiste entre les politiques/lois et les politiques nationales de lutte contre le sida

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de <i>planification</i> stratégique des programmes de lutte contre le VIH en 2010 ?										
Très médiocre						Excellent				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 X	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du Plan opérationnel 2007- 2010 • Poursuite du Plan de décentralisation de la prise en charge globale • Poursuite du Plan de renforcement du système d'approvisionnement en intrants et le Plan GAS • Guide sur l'extension de la prise en charge pédiatrique, • Guide sur l'extension de la couverture d'offre de service pour la réduction de la transmission mère-enfant du VIH • Guide d'utilisation de nouvelles méthodes de diagnostic pour la prise en charge rapide des enfants exposés au risque de transmission • PRODESSII prolongé et son CDMT • Plan de renforcement des Ressources Humaines • Plan d'assistance technique 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'approche genre dans tous les axes du CSN; • Insuffisance de ressources humaines, matérielles et logistique pour le renforcement du système de santé • Mettre en place un système de financement pour la pérennisation en 										

approvisionnement régulier des ARV, médicaments et consommables ;

- Insuffisance dans le développement de la recherche opérationnelle
- Absence d'identification d'un mécanisme de financement alternatif pérenne
- Non élaboration du nouveau cadre stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2012-2017
- Respecter et appliquer les chartes ratifiées par l'Etat en matière de droits humains des personnes affectées et infectées par le VIH et le Sida. ;

III. PRÉVENTION

1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?

Oui X	Non	S/O
--------------	-----	-----

1.1 **SI OUI**, quels sont les messages les plus diffusés ?

Cocher les messages faisant l'objet d'une promotion explicite

a. Pratiquer l'abstinence sexuelle	X
b. Reporter à plus tard la première expérience sexuelle	X
c. Être fidèle	X
d. Limiter le nombre de partenaires sexuels	X
e. Utiliser régulièrement des préservatifs	X
f. Adopter des pratiques sexuelles à moindre risque	X
g. Éviter le commerce du sexe	X
h. S'abstenir de consommer des drogues injectables	
i. Utiliser des aiguilles et des seringues propres participation	X
j. Combattre la violence faite aux femmes	X
k. Mieux accepter les personnes vivant avec le VIH et inviter leur	X
l. Encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive	X
m. Encourager les hommes à se faire circoncire sous supervision médicale	X
n. Connaître son état sérologique VIH	X
o. Prévenir la transmission mère-enfant du VIH	X
Autres : <i>[insérer]</i>	

1.2 Au cours de l'année écoulée, votre pays a-t-il mis en oeuvre une activité ou un programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias ?

Oui X	Non
--------------	-----

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?

Oui X	Non	S/O
--------------	-----	-----

2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie du programme d'études dans :

les écoles primaires ?	Oui X	Non
les écoles secondaires ?	Oui X	Non
la formation des enseignants ?	Oui X	Non

2.2 Le programme d'études prévoit-il le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes femmes ?

Oui X	Non
--------------	-----

2.3 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie pour communiquer aux jeunes non scolarisés des enseignements relatifs au VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous-populations vulnérables et les plus à risque ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI NON, expliquer brièvement :

3.1 **SI OUI**, quelles populations sont-elles ciblées et quels éléments de prévention du VIH leur sont-ils dispensés par la politique/ stratégie ?

Cocher les populations et les éléments inclus dans les politiques/stratégies

	CDI *	HSH* *	Profession nel (le)s du sexe	Clients des Professionn el (le)s du sexe	Détenu s	Autres populations [insérer]
Information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH		X	X	X	X	-Transporteurs - Personnes du secteur informel
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination		X	X	X	X	
Promotion des préservatifs		X	X	X	X	***
Conseil et test VIH		X	X	X	X	***
Santé reproductive, y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles		X	X	X	X	***
Réduction de la vulnérabilité (création de revenus, par exemple			X			PVVIH
Thérapie de substitution						

Médicamenteuse							
Echange d'aiguilles et de seringues							

***** (Vendeuses ambulantes, Porteurs d'uniforme, Travailleurs des mines/ orpaillage)**

*CDI = consommateurs de drogues injectables

**HSH = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2010 ?										
Très médiocre								Excellent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								X		
Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?										
<ul style="list-style-type: none"> • Création de sites CDV : 260 • Adaptation des normes et politiques pour le dépistage en fonction des réalités locales • Intégration des besoins de l'ensemble des acteurs dans les GAP de financement • Mise en œuvre de la Stratégie avancée de dépistage du VIH • Création de sites PTME : 307 • Mise à disposition de 12 889 463 de préservatifs à tous les niveaux en 2009 • Création d'associations et de coordinations de PVVIH 										
Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?										
<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation • Assurer périodiquement et de façon régulières la supervision des sites PTM dans toutes les régions couvertes • Insuffisance dans la couverture des structures de prévention, PTME, CDV, de sites de prise en charge • Insuffisance de moyens financiers 										

4. Votre pays a-t-il recensé les besoins particuliers des programmes de prévention du VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

<p>SI OUI, comment ces besoins ont-ils été déterminés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude de la vulnérabilité des jeunes face au VIH - Enquêtes ISBS, Surveillance Sentinelle, EDSM - Rencontres (réunions de concertation et de planification, ateliers etc.) avec la participation de l'ensemble des acteurs des secteurs Public, Privé, Société Civile et partenaires techniques et financiers
--

<p>SI NON, de quelle façon l'intensification des programmes de prévention est-elle mise en oeuvre ?</p>
--

4.1 Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en oeuvre ?

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Sécurité transfusionnelle	D'accord	Pas d'accord	S/O
Précautions universelles en milieu sanitaire	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction des risques	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	D'accord	Pas d'accord	S/O
Promotion des préservatifs	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les Jeunes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH sur le lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres : Prévention au sein d'autres groupes à risques	D'accord	Pas d'accord	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en oeuvre des programmes de prévention du VIH en 2010 ?										
Très médiocre									Excellent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Création de sites CDV : 260 • Elaboration des normes et politiques pour le dépistage • Intégration des besoins de l'ensemble des acteurs dans les GAP de financement • Mise en œuvre de la Stratégie avancée de dépistage du VIH • Création de sites PTME : 307 • Mise à disposition de 12 889 463 de préservatifs à tous les niveaux en 2009 • Création d'associations et de coordinations de PVVIH 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation • Insuffisance dans la couverture des structures de prévention, PTME, CDV • Insuffisance de moyens financiers • Promouvoir l'intégration des CDV au niveau CSCOM, en privilégiant les zones les moins couvertes, denses ou d'accès difficile ; • Prendre toutes les mesures nécessaires pour la disponibilité permanente des kits dans 										

les CCDV

- Promouvoir l'intégration des CCDV dans les structures de santé
- Renforcer la sensibilisation pour accroître le nombre de donneurs volontaire de sang
- Créer un système national de gestion des poches de sang pour garantir les échanges inter- régionales
- Prendre les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité permanente des Kits AES et d'incinérateurs dans tous les établissements de santé
- Renforcer l'implication des communautés dans le processus de création, de mobilisation des usagers potentiels
- Renforcer les capacités de gestion notamment des stocks, du personnel des établissements de santé
- Assurer l'intégration SR-PF/VIH

* IEC = Information, éducation et communication

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion de services complets de traitement, soins et soutien du VIH ? (Les services complets incluent, entre autres, le traitement, le conseil et test VIH, la prise en charge psychosociale, les soins dispensés à domicile et dans la communauté).

Oui Non

- 1.1 **SI OUI**, les difficultés que rencontrent les femmes sont-elles prises en compte ?

Oui Non

- 1.2 **SI OUI**, les difficultés que rencontrent les populations les plus à risque sont-elles prises en compte ?

Oui Non

2. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH ?

Oui Non

SI OUI, comment ont-ils été déterminés ?

- Etude sur la prise en charge des OEV
- Missions de suivi et de supervision
- Revues annuelles
- Rencontres (réunions de concertation et de planification, ateliers etc.) avec la participation de l'ensemble des acteurs des secteurs Public, Privé, Société Civile et partenaires techniques et financiers

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle mise en œuvre ?

- 2.1 Dans quelle mesure les services ci-après de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Traitement antirétroviral	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins nutritionnels	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement pédiatrique du sida	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins à domicile	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	D'accord	Pas d'accord	S/O
Dépistage de la tuberculose chez les personnes	D'accord	Pas d'accord	S/O

infectées par le VIH			
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres : [insérer]	D'accord	Pas d'accord	S/O

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de mise au point/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

Oui	Non X
-----	--------------

SI OUI, de quels produits s'agit-il ? :

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en oeuvre des programmes de traitement, soins et soutien du VIH en 2010 ?											
Très médiocre						Excellent					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 X	10	
Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?											
<ul style="list-style-type: none"> - Sites de Prise en charge ARV adultes: 68 - Sites de prise en charge pédiatrique : 45 - Patients sous ARV (Adultes et enfants): <ul style="list-style-type: none"> initiés : 35 563 suivis : 24 778 - Appuis à 10614 OEV 											
Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?											
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de couverture par le laboratoire pour le suivi biologique des patients sous ARV • Mécanisme de gestion des personnes sous ARV perdues de vue • Insuffisance dans la prise en charge des OEV • Insuffisance de moyens financiers • Améliorer l'accès au comptage des CD4 • Suivi des enfants nés de mères séropositives • Renforcer le système de contrôle de qualité des tests et des réactifs de dépistage du 											

VIH

- Renforcer le système de gestion globale des stocks en réactifs HIV, ARV et Médicaments contre les infections opportunistes ;
- Mettre en place un Programme National d'Assurance Qualité des réactifs notamment en matière de lutte contre les IST/VIH ;
- Accélérer l'extension des sites de prise en charge des patients PVVIH (y compris la prise en charge pédiatrique) ;
- Renforcer la recherche dans le cadre de la prise en charge thérapeutique et psychosociale des PVVIH ;
- Etendre la couverture en appareil CD4 dans toutes les régions et établissements sanitaires de référence habilités ;
- Renforcer la PEC dans le système public ;
- Systématiser l'éducation thérapeutique et la PEC psychosociale ;
- Poursuivre avec la décentralisation de la charge virale ;
- Mettre le logiciel ESOPE dans toutes les régions ;
- Promouvoir l'utilisation systématique des tests HIV chez tous les TB+, auprès des prestataires potentiels
- Prendre les mesures adéquates pour garantir la disponibilité permanentes des médicaments et consommables dans le cadre de la lutte contre les IST
- Intégrer la prise en charge syndromique dans les curricula de formation dans les écoles de santé

5. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables ?

Oui X	Non	S/O
--------------	-----	-----

5.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle pour les orphelins et les enfants vulnérables?

Oui X	Non
--------------	-----

5.2 **SI OUI**, le pays a-t-il mis au point un plan d'action national destiné expressément aux orphelins et les enfants vulnérables ?

Oui X	Non
--------------	-----

5.3 **SI OUI**, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables ayant actuellement accès à ces interventions ?

16,8% (estimation EPP/ Spectrum, Mai 2009 pour le dénominateur)

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2010 ?

Très médiocre					Excellent						
0	1	2	3	4	X	5	6	7	8	9	10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?

Elaboration du Plan national de prise en charge des OEV

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Insuffisance de programmes adaptés à l'encadrement des OEV
- Insuffisance dans la prise en charge des OEV
- Insuffisance de ressources financières et humaines allouées dans ce domaine
- Mettre en place un fonds national pour la durabilité de la prise en charge globale des OEV,
- Favoriser et développer la participation des acteurs locaux de lutte contre le VIH et le SIDA dans la PEC des OEV en créant une synergie d'action entre les acteurs pour la pérennisation de la lutte,
- Décentraliser les ressources financières destinées à l'appui aux PVVIH au niveau cercles, communes, villages et fractions nomades,
- Faire des activités semestrielles de suivi-évaluation pour disposer d'une base de données sur la situation des OEV et les PVVIH du niveau central et opérationnel,

V. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?

Oui X	En cours d'élaboration	Non
--------------	------------------------	-----

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

1.1 **SI OUI**, années couvertes : **2006- 2010**

1.2 **SI OUI**, a-t-il été avalisé par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation ?

Oui X	Non
--------------	-----

1.3 **SI OUI**, le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

1.4 **SI OUI**, les partenaires les plus importants ont-ils aligné et harmonisé leurs critères en matière de suivi et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national ?

Oui, tous les partenaires	Oui, la plupart des partenaires X	Oui, mais seulement quelques partenaires	Non
---------------------------	--	--	-----

Un atelier d'harmonisation a été organisé avec les parties prenantes.

SI OUI, mais seulement quelques partenaires ou SI NON, décrire brièvement les enjeux :

2. Le plan national de suivi et d'évaluation inclut-il ?

une stratégie de collecte et d'analyse des données SI OUI , couvre-t-il :	Oui X	Non
le suivi régulier des programmes	Oui X	Non
les études de comportement	Oui X	Non
la surveillance du VIH (ESD, ISBS ...)	Oui X	Non
l'évaluation/la recherche	Oui X	Non
un ensemble normalisé défini d'indicateurs	Oui X	Non
des directives sur les instruments de collecte des données	Oui X	Non
une stratégie pour évaluer la qualité des données (ex : validité, fiabilité)	Oui X	Non
une stratégie d'analyse des données	Oui X	Non
une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui x	Non

3. Le plan de suivi et d'évaluation est-il assorti d'un budget ?

Oui X	En cours d'élaboration	Non
--------------	------------------------	-----

3.1 **SI OUI**, quel pourcentage du financement total du programme VIH est-il alloué aux activités de suivi et évaluation ? **4,3%**

3.2 **SI OUI**, le financement est-il assuré *pleinement* ?

Oui	Non X
-----	--------------

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

- **insuffisance de ressources humaines qualifiées pour les activités S&E**
- **Insuffisance de fonds alloués au S&E**

3.3 **SI OUI**, surveille-t-on les dépenses relatives au suivi et évaluation ?

Oui X	Non
--------------	-----

4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont-elles déterminées par un système national d'évaluation S/E ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI OUI, décrire brièvement la fréquence à laquelle l'évaluation S/E est menée et ce qu'elle comporte :

Annuelle avec la revue des programmes

SI NON, décrire brièvement comment on détermine les priorités S/E :

5. Existe-t-il une unité opérationnelle de suivi et d'évaluation ?

Oui X	En cours d'élaboration	Non
--------------	------------------------	-----

SI NON, quels sont les principaux obstacles à la création d'une unité fonctionnelle de suivi et d'évaluation ?

5.1 **SI OUI**, l'Unité nationale S/E est-elle rattachée

au Conseil national de lutte contre le sida (ou son équivalent) ?	Oui X	Non
au Ministère de la santé ?	Oui	Non
ailleurs ? <i>[insérer]</i>	Oui	Non

5.2 **SI OUI**, combien et quel type de cadres sont-ils employés par l'Unité/Département de S/E ?

Nombre d'employés permanents : 7		
Fonction : Chef Département Planification Stratégique, Suivi Evaluation	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : 2004

Fonction : Chargé de collecte et traitement des données	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : Mai 2008
Fonction : Chargé de collecte et traitement des données	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : Mai 2008
Fonction : Chargé de l'informatique et sites Web	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : 2006
Fonction : Chargé de Gestion Programmatique	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : 2008
Fonction : Chargé de la Cartographie	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : 2006
Fonction : Responsable des Bases de données	Plein temps X / Temps partiel ?	Depuis quand ? : 2009
Nombre d'employés temporaires : 0		

5.3 **SI OUI**, existe-t-il des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en oeuvre remettent leurs données/rapports relatifs au S/E à l'Unité de S/E pour inclusion dans le système national S/E ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI OUI, décrire brièvement le mécanisme de partage des données :

Le Groupe Technique de Suivi Evaluation National (GTSEN) se réunit et procède au partage des données.

Quelles sont les principales difficultés ?

- Difficultés de collectes de données
- Problèmes de financement

6. Existe-t-il un comité ou groupe de travail national qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

Non	Oui, de manière irrégulière	Oui, périodiquement X
-----	-----------------------------	------------------------------

6.1 Comprend-il des représentants de la société civile ?

Oui X	Non
--------------	-----

SI OUI, dire brièvement qui sont les représentants de la société civile et le rôle qu'ils jouent :

- Réseau Malien des Associations des Personnes vivant avec le VIH (RMAP+) : 2^{ème} vice président du GTSEN, vice président du CCM
- Groupe Pivot Santé Population (Coordination d'ONG et d'Associations) : membre du GTSEN et du CCM
- ARCADSIDA : membre du GTSEN et du CCM

Participation active aux activités de collecte, validation des données, contrôle de qualité et diffusion des informations.

7. Existe-t-il une base de données nationale centralisée des données relatives au VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

7.1 **SI OUI**, décrire brièvement la base de données nationale et dire qui la gère

- Base de données national pour le secteur santé à la CPS/MS
- Base de données centrale multisectorielle en cours de finalisation au SE/HCNLS avec CRIS3

7.2 **SI OUI**, la base de données inclut-elle des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des services VIH ainsi que sur les organisations d'exécution ?

- a. Oui, pour tout ce qui précède X
- b. Oui, mais seulement une partie de ce qui précède
- c. Non, rien de ce qui précède

7.3 Existe-t-il un système opérationnel* d'information sur la santé ?

à l'échelon national	Oui X	Non
au niveau infranational	Oui X	Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ? Niveau du District		

*(*qui communique régulièrement des données en provenance des services de santé, qui sont agrégées au niveau du district et envoyées au niveau national ; les données sont en outre analysées et utilisées à différents niveaux)*

8. Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris des données de surveillance du VIH ?

Oui X	Non
--------------	-----

- **Rapport de Surveillance Sentinelle**
- **Rapport annuel du SE/HCNLS**

9. Dans quelle mesure les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées

9.1 Pour l'élaboration/révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4 X	5

Donner un exemple concret :

Elaboration des stratégies de dépistage, prise en charge et soutien

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

9.2 Pour l'allocation des ressources ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4 X	5

Donner un exemple concret :

- allocation de ressources aux programmes consacrés aux groupes à risque et de PTME ainsi que l'approvisionnement en ARV.

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

- Non flexibilité des financements des partenaires

9.3 Pour l'amélioration du programme ?

Faible

Grande

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Donner un exemple concret :

- Installation des CCDV en fonction des prévalences et besoin de la population

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

- Non flexibilité des financements des partenaires

10. Le développement des capacités humaines en S/E est-il prévu aux niveaux national, infranational et de la prestation des services ?

a. Oui, à tous les niveaux **X**

b. Oui, mais seulement pour certains niveaux

c. Non

10.1 Une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée

Au niveau national ?	Oui X	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées	[40]	
Au niveau infranational ?	Oui X	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées :	[insérer]	
Au niveau de la prestation des services y compris la société civile ?	Oui X	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées :	[insérer]	

10.2 Mise à part la formation, a-t-on mené d'autres activités de renforcement des capacités S/E ?

Oui x	Non
--------------	-----

SI OUI, décrire ces activités : supervisions conjointes, renforcement des capacités matérielles et financières de structures de mise en œuvre.

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au VIH réalisés en 2010 ?										
Très médiocre						Excellent				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?										
<ul style="list-style-type: none"> Dynamiser les cellules sectorielles au niveau des ministères par la relecture des textes législatifs et réglementaires et le renforcement de capacités 										

- Rendre effective la disposition de la déclaration de politique affectant 1% des budgets des ministères à la lutte contre le sida.
- Explorer toutes les sources de financement pour la mise en oeuvre des activités au niveau régional.
- Alléger les procédures de décaissement des fonds et instaurer un contrôle régulier de la gestion des ressources financières
- Harmoniser les principes et procédures du partenariat Etat – PTF
- Renforcer le CRLS, les organes subrégionaux, les SER/ HCNLS pour qu'ils soient en mesure de mieux remplir leurs missions (moyens humains, matériels et financiers)
- Rendre fonctionnels les cadres de concertations formelles et régulières pour une meilleure synergie des actions
- Renforcer le plaidoyer auprès des décideurs au niveau local
- Renforcer la promotion Genre / Egalité / Equité / Droits humains
- Renforcer le partenariat public-privé au niveau régional
- Renforcer l'appropriation de la lutte contre le SIDA au niveau régional
- Renforcer la lutte contre la discrimination et la stigmatisation sous toutes ses formes
- Favoriser la prise d'initiatives locales en matière de lutte contre le VIH
- Intégrer les indicateurs du CSN dans le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) et dans le système d'information sociale (SISO)

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Consolider et capitaliser les acquis pour la mise en place des organes décentralisés aux niveaux régional, et subrégional ;
- Elaborer et mettre en oeuvre des plans d'action appropriés visibles des comités ministériels aux niveaux régional, et sousrégional ;
- Améliorer la couverture des zones d'intervention des ONG avec la participation et l'implication effective du conseil régional ;
- Dynamiser les comités locaux de lutte contre le SIDA par la nomination d'un secrétaire technique et le financement des activités ;
- Accélérer la relecture de la Loi 06-028 du 29 juin 2006 avec une large dissémination dans toutes les zones d'intervention
- Renforcer les capacités des leaders à tous les niveaux (CRLS, CLLS, CCLS et CVLS)
- Renforcer les capacités des équipes des SER
- Renforcer les capacités des associations des PVVIH
- Renforcer le partenariat entre les différents secteurs (public, société civile et secteur privé) ;

Partie B

[à remplir par les représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]

I. DROITS DE LA PERSONNE

1. Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? (y compris à la fois des dispositions générales non discriminatoires et des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)

Oui	X	Non
-----	---	-----

1.1 **SI OUI**, préciser si le VIH est mentionné expressément et de quelle manière ou s'il s'agit d'une disposition non discriminatoire générale :

Decret N° 05-147/P-RM du 31 mars 2005

Loi N°06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH et le SIDA. Il est actuellement en relecture pour prendre en compte l'aspect Genre et Groupes spécifiques selon Recommandations de l'ONUSIDA

Loi sur la Santé de la Reproduction

Décret sur la confidentialité et statut

Convention sur les droits de l'Homme et des peuples

Convention sur les droits de l'Enfant

2. Le pays dispose-t-il de lois ou de règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous-populations vulnérables ?

Oui	X	Non
-----	---	-----

2.1 **SI OUI**, pour quelles populations ?

a. Femmes	Oui X	Non
b. Jeunes	Oui X	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui X	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui X	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui X	Non
f. Populations carcérales Détenus	Oui X	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui X	Non
h. Autres : [insérer] <i>Personnes infectées et affectées = OUI</i> <i>Orphelins et Enfants Vulnérables = OUI</i>	Oui	Non

SI OUI, décrire brièvement les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Les mécanismes mis en place au niveau du pays sont essentiellement axés sur les aspects de plaidoyer, d'information et de sensibilisation à l'endroit des leaders de la société civile et des associations de PV VIH etc.

- Large diffusion de la loi sous forme de brochures, d'affiches par RMAP+ et le SE/HCNLS
- Soutien aux groupes de paroles des PVVIH,

Formation en Droits Humains § VIH:

- Leaders PVVIH,

Faire un bref commentaire sur la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées :
-Processus de mise en place de Cellules d'Appui Conseil Juridiques auprès des Associations de PVVIH

3. Y a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, traitement, soins et soutien du VIH pour les populations les plus à risque et d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non X
-----	-------

3.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autres : [Oui	Non

SI OUI, décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou politiques :

Article 27 :

Dire brièvement en quoi elles constituent des obstacles :

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement la manière dont il est fait état des droits de l'homme dans cette politique ou stratégie VIH :

La loi N°06/028 du 29 juin 2006 relative à la prévention et la prise en charge du VIH et du Sida qui est en relecture.

5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des populations les plus à risque et/ou d'autres sous populations vulnérables ?

Oui	Non X
-----	-------

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :

6. Le gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, donner quelques exemples :

- A travers les structures de prise en charge de ces groupes vulnérables (SOUTOURA pour les Professionnelles du sexe et MSM, Création d'une Association de HSH avec l'appui de l'ONUSIDA,)
- Large diffusion ISBS avec la participation du Groupe Pivot Santé Population
- Les PVVIH sont membres du HCNLS, participent aux processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi des programmes VIH (Plan Stratégique, MAP, FG,)
- PVVIH ,Présidence CCM représentant le secteur non gouvernemental
- Attribution de sièges à deux Associations de PVVIH, décoration de deux associations et de Sept PVVIH« Chevalier de l'ordre National)
- Octroi de logements sociaux aux PVVIH,
- Octroi de terrain pour construction de siège ou exploitation pour les travaux champêtres

7. Le gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour :

a. les services de prévention du VIH	Oui X	Non
b. le traitement antirétroviral	Oui X	Non
c. les interventions de soins et de soutien liés au VIH	Oui X	Non

SI OUI, compte tenu des contraintes financières, décrire les mesures prises pour mettre en œuvre ces politiques et inclure des informations sur toute restriction ou obstacle à l'accès pour différentes populations :

- Gratuité des ARV : « Je veux que les médicaments aillent aux malades et non le contraire » a dit le chef de l'Etat. Cette déclaration est désormais la base de toute action en matière de Riposte contre le VIH et le SIDA
- Soins psycho sociaux financés par les bailleurs de Fonds
- La disponibilisation des ARV dans les officines privées (les responsables de ces officines sont déjà formés à la dispensation).Les PVVIH vont se ravitailler dans ces officines
- Mise en place des USAC au sein des CSref
- L'intégration des CCDV dans le PMA des CSCOM

8. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

8.1 En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique garantissant l'accès des femmes à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?

Oui X	Non
-------	-----

9. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique :
Ces populations les plus à risques se retrouvent dans la population générale avec un accent particulier pour la population carcérale, les mineurs et les majeurs protégés

9.1 **SI OUI**, existe-t-il différents types d'approches pour assurer un accès égal aux différentes populations les plus à risque et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour assurer un accès égal à des populations différentes :

Existence des programmes en faveur des PS, HSH, Populations Carcérales, personnes handicapées etc.:

10. Le pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	Non X
-----	-------

11. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?

Oui X	Non
-------	-----

11.1 **SI OUI**, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, décrire l'approche et l'utilité de ce comité :

- Veuillez aux respects des aspects liés à l'éthique,
- Exploitation, validation et utilisation des résultats
- Garantir l'innocuité des Essais et les dommages possibles pour les PVVIH et leurs prises en charge

12. Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

– Existence d’institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s’occupant des questions relatives au VIH dans le cadre de leur fonction

Oui X	Non
-------	-----

– Points focaux au sein du ministère de la santé et d’autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l’emploi. ?

Oui X	Non
-------	-----

Existence des CSLS dans les différents Départements Ministériels

– Indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, pour l’une quelconque des questions ci-dessus, donner quelques exemples :

- Elaboration d’un modèle AIM Mali, AIM pour les Religieux,
- La prêche dans les mosquées (Lecture de « Kut-ba).
- Caravanes transfrontalières et nationales des leaders religieux contre la stigmatisation
- Prêches (chaque mercredi) d’un imam au siège de l’Association AMAS-AFAS.
- Appui de la Ligue des juristes pour le développement et les droits de l’Homme aux groupes de paroles des associations des PVVIH,
- Contribution de plus en plus importantes aux Téléthons pour le soutien aux enfants infectés et affectés par le VIH,

13. Au cours des deux dernières années, les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud’hommes/ tribunaux du travail) ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

Oui X	Non
-------	-----

14. Les services d’appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

– Systèmes d’assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Oui X	Non
-------	-----

Existence d’un Projet Pilote pour veiller à la qualité des services offerts aux PVVIH(monitoring parle citoyens) avec l’appui de HPI

Etude sur l’index du Stigma avec l’appui de ONUSDA

–

Oui	Non X
-----	-------

– Programmes d’éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits

Oui X	Non
-------	-----

15. Existe-t-il des programmes visant à réduire la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

par les médias	Oui X	Non
par l'enseignement scolaire	Oui X	Non
par des personnalités s'exprimant souvent à ce sujet	Oui X	Non
Autre : [insérer] - A travers les VAD/CCC - Tournées nationales de lutte contre la stigmatisation (RMAP+, les religieux) - Appui en brochures sur la loi VIH de RMAP+ à la mission nationale de supervision formative des CCDV organisée par le SEHCNLS - Diffusion des Spots radio et TV - Affiches - Témoignages des PVVIH lors des campagnes de sensibilisations des Ongs	Oui X	Non

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion des droits de l'homme eu égard au VIH/sida en vigueur en 2010 ?										
Très médiocre							Excellent			
0	1	2	3	4	5	6	7	8 X	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2010 ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Loi N°06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH et le SIDA qui est en relecture • Développement de projet « Droits Humains et VIH par RMAP+ » • Edition 2009 du Téléthon, • Octroi de logements sociaux aux PVVIH, • Octroi de terrain pour construction de siège ou exploitation pour les travaux champêtres • Décoration de Sept PVVIH « chevalier de l'ordre national » • Appui scolaire et psycho social aux OEV/VIH • Appui du budget d'Etat , du MAP et les PTF aux RMAP+ • L'appui de l'ONUSIDA et UNESCO à la création de l'association des enseignants vivants avec le VIH 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
Insuffisance dans l'exécution du décret d'application de la loi										

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur en 2010 ?										
Très médiocre							Excellent			
0	1	2	3	4	5	6	7 X	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de messages en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées aux infections sexuellement transmissibles ont été véhiculé, 										

- La Prévention de la transmission mère-enfant a été renforcée et décentralisée
- Initiation de programme conjoint TB/VIH
- Décentralisation des actions du RMAP+ à travers le renforcement de ses coordinations régionales et création d'une nouvelle(Gao)
- Le RMAP+ dispose d'un document national d'orientation stratégique 2012-2014 et d'un Plan d'action 2012
- Le RMAP+ dispose d'une coordination nationale ,de Quarante Associations regroupées au sein de SEPT coordinations régionales
- Augmentation du nombre de centres de prise en charge.

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

La lenteur dans la création de structures juridiques pour la défense des droits et devoirs des PVVIH

II. PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE*

1. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des stratégies/ politiques nationales ?

Faible

Grande

0	1	2	3	4	5X
---	---	---	---	---	----

Commentaires et exemples :

- Participation à l'élaboration du cadre stratégique national (CSN) de lutte contre le SIDA,
- Participation à l'élaboration du document projet pour soumission au financement Fonds Global,
- Mise à disposition des expériences pilotes de la société civile auprès du secteur public et le secteur privé
- Participation de la société civile à l'élaboration des différents plans sectoriels
- Participation active de la société civile à tous les niveaux de responsabilités et d'applications sur le terrain
-
- Participation de la société civile à toutes les conférences internationales sur le VIH et le SIDA (CISMA, Conférence Mondiale, Conférence Francophone)

2. Dans quelle mesure les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH ou au plan d'action le plus récent (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?

Faible

Grande

0	1	2	3	4	5X
---	---	---	---	---	----

Commentaires et exemples :

- Participation à l'élaboration et la production de tous les documents stratégiques dans la riposte contre le VIH et le SIDA (CSN, CSRLP,..)
- Elaboration, mise en œuvre du Plan d'Assistance Technique, Plan de suivi des Actions de lutte contre le sida y compris la PTME
- La Présidence du CCM revient à la société civile,

- La société civile est bénéficiaire principale dans le cadre du Round 8 Fonds Mondial à travers le Plan/Mali,

3. Dans quelle mesure les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus dans

a. la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4		5X

b. le budget national consacré à la lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4		5X

c. les rapports nationaux de lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4		5X

* La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations de jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaires, les organisations des groupes les plus affectés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes/déplacées, les détenus), les organisations de travailleurs, les organisations de droits de la personne, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte

Commentaires et exemples :

- ARCAD /SIDA a en charge l'installation des USAC au sein des CSRef,
- Les organisations de la société civile sont impliquées à l'atteinte des objectifs du CSN,
- Les Organisations des PVVIH sont impliquées dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes de lutte contre le VIH,

4. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle été conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH

a. à l'élaboration du plan national S/E ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4		5X

b. à participer au comité/groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4		5X

c. aux efforts S/E au niveau local ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4	5X

Commentaires et exemples :

- La structuration du HCNLS est faite de 1/3 pour le Secteur Public, 1/3 pour la Société Civile et 1/3 pour le Secteur Privé
- La société civile est membre du GTSEN (groupe technique du suivi et d'évaluation nationale)

5. Dans quelle mesure la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/sida reflète-t-elle sa diversité (p. ex., réseaux de personnes vivant avec le VIH, organisations de professionnel(le)s du sexe, organisations confessionnelles) ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4	5X

Commentaires et exemples :

- -Existence au sein de la société civile dans sa grande diversité de grands réseaux d'organisations dans la riposte contre le VIH et le Sida
- Groupe Pivot Santé Population(GPSP)
- RMAP+ :
- -Alliance des Religieux
- -CAFO
- -ARCAD/SIDA
- -Réseau national des Pairs Educateurs
- -Réseau national des jeunes,
- RENAJEM
- RONGAS
- Réseau national des Syndicats des travailleurs,
- -SOUTOURA pour les Professionnelles de sexe

6. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :

a. une aide financière suffisante pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4	5X

b. un soutien technique adéquat pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4	5X

Commentaires et exemples :

- La société civile est bénéficiaire principale du Fonds Mondial Round 8,
-

- La participation de la société civile aux processus de soumission des propositions du Mali au Fonds Mondial (atelier d'orientation, commission de rédaction de la proposition, atelier de validation)

7. Quel pourcentage des programmes/services VIH ci-après estime-t-on être assuré par la société civile ?

Prévention pour les jeunes	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prévention pour les populations les plus à risque				
- Consommateurs de drogues injectables	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Professionnel(le)s du sexe	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Dépistage et conseil	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Services cliniques (ART/IO)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Soins à domicile	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programmes pour les OEV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*ART= Traitement antirétroviral ; IO= Infections opportunistes

**OEV= Orphelins et autres enfants vulnérables

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à accroître la participation de la société civile en 2010 ?

Très médiocre

Excellent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?

- Journées communautaires de ARCAD et ses sous bénéficiaires,
- La semaine thérapeutique organisée par ARCAD SIDA avec les Patients sous ARV
- Les activités de pouvoir partager leurs statuts avec les conjoints organisées par ARCAD SIDA
- Contribution de la société civile aux journées scientifiques de lutte contre le VIH et le SIDA

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Insuffisance des capacités des structures de la société civile dans les prestations de services
- Mettre en place un Programme National d'Assurance Qualité des réactifs notamment en matière de lutte contre les IST/VIH
- Instituer une revue à mi parcours en y intégrant les questions relatives aux coinfections
- Les revues des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA doivent intégrer l'analyse de la coinfection VIH/TB et autres coinfections avec le VIH.

III. PRÉVENTION

1. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH ?

Oui	X	Non
-----	---	-----

SI OUI, comment ces besoins particuliers ont-ils été déterminés ?

- Etude de la vulnérabilité des jeunes face au VIH
- Enquêtes ISBS, Surveillance Sentinelle, EDSM
- Rencontres (réunions de concertation et de planification, ateliers etc.) avec la participation de l'ensemble des acteurs des secteurs Public, Privé, Société Civile et partenaires techniques et financiers

SI NON, comment les programmes de prévention du VIH sont-ils intensifiés ?

1.1 Dans quelle mesure les programmes de prévention du VIH ont-ils été mis en oeuvre ?

Élément de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Sécurité transfusionnelle	D'accord	Pas d'accord	S/O
Précautions universelles en milieu sanitaire	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction des risques	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	D'accord	Pas d'accord	S/O
Promotion des préservatifs	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les professionnels (le)s du sexe	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les Jeunes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes non scolarisés	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH sur le lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres : - <i>Les Personnes Handicapées</i>	D'accord	Pas d'accord	S/O

* IEC = Information, éducation et communication

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de <i>mise en oeuvre</i> des programmes de prévention du VIH en 2010 ?											
Très médiocre										Excellent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9X	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • Création de sites CDV : 307 • Mise en œuvre de la Stratégie avancée de dépistage du VIH • Mise à disposition de 12 889 463 de préservatifs à tous les niveaux en 2009 • Création d'associations et de coordination d'associations de PVVIH 											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation • Insuffisance dans la couverture des structures de prévention, PTME, CDV • Insuffisance de moyens financiers • Promouvoir l'intégration des CDV au niveau CSCOM, en privilégiant les zones les moins couvertes, denses ou d'accès difficile ; • Prendre toutes les mesures nécessaires pour la disponibilité permanente des kits dans les CCDV • Promouvoir l'intégration des CCDV dans les structures de santé • Renforcer la sensibilisation pour accroître le nombre de donneurs volontaire de sang • Créer un système national de gestion des poches de sang pour garantir les échanges inter-régionales • Prendre les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité permanente des Kits AES et d'incinérateurs dans tous les établissements de santé • Renforcer l'implication des communautés dans le processus de création, de mobilisation des usagers potentiels • Renforcer les capacités de gestion notamment des stocks, du personnel des établissements de santé • Assurer périodiquement et de façon régulières la supervision des sites PTM dans toutes les régions couvertes ; • Assurer l'intégration SR-PF/VIH • Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement en ressources humaines à tous les niveaux et dans tous les secteurs (formations et recrutement) ; • Assujettir toute intervention à une étude de base (Baseline) au préalable ; • Faire connaître la stratégie nationale élaborée de communication pour le changement de comportement en matière du VIH et du sida ; • Mettre des cadres d'harmonisation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des activités ; • Mobiliser davantage les professionnels de communication; • Allouer des ressources suffisantes aux activités de communication ; • Systématiser l'introduction du VIH SIDA dans les curricula de l'éducation formelle et non formelle ; • Renforcer les capacités des acteurs de la communication. 											

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il recensé les besoins concrets en services de traitement, de soins et de soutien du VIH ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------

SI OUI, comment ces besoins ont-ils été déterminés ?

- Etude sur la prise en charge des OEV
- Missions de suivi et de supervision
- Revues annuelles
- Rencontres (réunions de concertation et de planification, ateliers etc.) avec la participation de l'ensemble des acteurs des secteurs Public, Privé, Société Civile et partenaires techniques et financiers

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle réalisée ?

1.1 Dans quelle mesure les services de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en oeuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au sida	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Traitement antirétroviral	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins nutritionnels	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement pédiatrique du sida	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins à domicile	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	D'accord	Pas d'accord	S/O
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres programmes :	D'accord	Pas d'accord	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de <i>mise en oeuvre</i> des programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH en 2010 ?											
Très médiocre										Excellent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	X	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> - Sites de Prise en charge ARV adultes: 74 - Sites de prise en charge pédiatrique : 45 - Patients sous ARV (Adultes et enfants): <ul style="list-style-type: none"> initiés : 35 563 suisvis : 24 778 - Appuis à 10614 OEV 											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de couverture par le laboratoire pour le suivi biologique des patients sous ARV • Mécanisme de gestion des personnes sous ARV perdues de vue • Insuffisance dans la prise en charge des OEV • Insuffisance de moyens financiers • Améliorer l'accès au comptage des CD4 • Suivi des enfants nés de mères séropositives • Renforcer le système de contrôle de qualité des tests et des réactifs de dépistage du VIH • Renforcer le système de gestion globale des stocks en réactifs HIV, ARV et Médicaments contre les infections opportunistes ; • Mettre en place un Programme National d'Assurance Qualité des réactifs notamment en matière de lutte contre les IST/VIH ; • Accélérer l'extension des sites de prise en charge des patients PVVIH (y compris la prise en charge pédiatrique) ; • Renforcer la recherche dans le cadre de la prise en charge thérapeutique et psychosociale des PVVIH ; • Etendre la couverture en appareil CD4 dans toutes les régions et établissements sanitaires de référence habilités ; • Renforcer la PEC dans le système public ; • Systématiser l'éducation thérapeutique et la PEC psychosociale ; • Poursuivre avec la décentralisation de la charge virale ; • Mettre en place un système de financement pour la pérennisation en approvisionnement régulier des ARV, médicaments et consommables ; • Mettre le logiciel ESOPE dans toutes les régions ; • Promouvoir l'utilisation systématique des tests HIV chez tous les TB+, auprès des prestataires potentiels • Prendre les mesures adéquates pour garantir la disponibilité permanentes des médicaments et consommables dans le cadre de la lutte contre les IST • Intégrer la prise en charge syndromique dans les curricula de formation dans les écoles de santé 											

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/sida des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui X	Non	S/O
-------	-----	-----

2.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle des orphelins et des autres enfants vulnérables?

Oui X	Non
-------	-----

2.2 **SI OUI**, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national destiné expressément aux orphelins et aux autres enfants vulnérables ?

Oui X	Non
-------	-----

2.3 **SI OUI**, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et autres enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

Oui X	Non
-------	-----

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et autres enfants vulnérables qui en bénéficient ?

16,8% (estimation EPP/ Spectrum, Mai 2009 pour le dénominateur)

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants vulnérables en matière de services VIH en 2010											
Très médiocre						Excellent					
0	1	2	3	4X	5	6	7	8	9	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 ?</i>											
<i>Elaboration du Plan national de prise en charge des OEV</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Insuffisance dans la prise en charge des OEV,</i> • <i>La prise en compte des enfants infectés qui entrent dans la période de l'adolescence</i> • <i>Mettre en place un fonds national pour la durabilité de la prise en charge globale des OEV,</i> • <i>Favoriser et développer la participation des acteurs locaux de lutte contre le VIH et le SIDA dans la PEC des OEV en créant une synergie d'action entre les acteurs pour la pérennisation de la lutte,</i> • <i>Décentraliser les ressources financières destinées à l'appui aux PVVIH au niveau cercles, communes, villages et fractions nomades,</i> • <i>Faire des activités semestrielles de suivi-évaluation pour disposer d'une base de données sur la situation des OEV et les PVVIH du niveau central et opérationnel,</i> • <i>Réduire la disparité entre le milieu urbain et rural sur la connaissance de la transmission mère enfant;</i> • <i>Favoriser le financement de la dimension Genre dans les différents programmes sectoriels de lutte et dans le PDESC;</i> • <i>Adapter le contenu des outils GED aux réalités socioculturelles;</i> 											

- Vulgariser régulièrement les outils GED du niveau central jusqu'au niveau village;
- Faire connaître les textes et lois relatifs au VIH par les acteurs et bénéficiaires de la lutte;
- Faire un plaidoyer en vue d'intégrer les modules de formation sur le VIH, le droit, le genre dans les curricula des écoles de santé et des facultés;
- Sensibiliser les populations à travers les radios de proximité sur les questions de stigmatisation et de discrimination;
- Respecter et appliquer les chartes ratifiées par l'Etat en matière de droits humains des personnes affectées et infectées par le VIH et le Sida. ;
- Intégrer l'approche genre dans tous les axes du CSN;
- Prendre mieux en compte les besoins des groupes spécifiques suivants : MSM, PS, vendeuses ambulantes, coxeurs, détenus, aides ménagères, personnes handicapées.