

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une
Foi



Plan Stratégique National Intégré 2021-2025 de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et les Hépatites Virales du Mali

DRAFT DU 6 JUIN 2020 - NE PAS DIFFUSER

**Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/Sida, la TB
et les Hépatites virales (CSLS-TBH).**

Résumé exécutif

Le Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025 (PSNI 2021-2025) consiste à rechercher toutes les synergies et toutes les complémentarités pour cheminer le Mali vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030, notamment celui qui vise à en finir avec certaines maladies endémiques VIH TB Paludisme (obj3-cible 3.3) et la couverture universelle des services et des soins pour 2030 (UHC1 2030).

Justification d'un plan intégré

Le choix du Mali d'une riposte intégrée aux maladies est guidé par le souhait d'améliorer l'accès du citoyen malien à des soins de qualité pour les trois pathologies infectieuses les plus susceptibles de le toucher. A cela s'ajoute la nécessité d'une recherche d'efficience et de rationalisation des ressources d'une part, et d'autre part la création de synergies pour des résultats d'impact plus importants et durables. Elle permet ainsi de répondre efficacement au besoin du patient grâce à un renforcement du système de santé avec comme pilier majeur l'approche centrée sur le patient pour une offre de soin complet quelle que soit la porte d'entrée du patient. Il s'agira d'identifier les fonctions transversales dont la mise en commun facilite la gestion de l'ensemble des programmes aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Les programmes de prévention partagent une plateforme unique, tout en laissant la liberté à chaque programme d'organiser le volet de la prise en charge des cas selon leurs protocoles spécifiques.

Méthode

La démarche conceptuelle s'est fondée sur un diagnostic approfondi réalisé à travers l'évaluation du système de santé et les revues des données programmatiques concernant les maladies prioritaires que sont le VIH, de la TB et des hépatites virales. Cette analyse transversale s'est nourrie des leçons apprises et des bonnes pratiques identifiées et qui ont fait l'objet de discussions avec les différentes équipes de mise en œuvre des programmes, les bénéficiaires directs, les partenaires et les autorités du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales dans le cadre du dialogue pays menée avant le confinement mais aussi par vidéoconférences pendant cette période inédite du COVID-19.

Epidémiologie

Le Mali un pays à épidémie généralisée avec une prévalence du VIH au sein de la population générale de 15 à 49 ans de 1,1% (EDSM2012-2013), ce qui indique une stabilisation de l'épidémie dans la population générale. L'épidémie se trouve plus concentrée en milieu urbain (1,9%) qu'en milieu rural (0,9%). Il existe des disparités régionales, ainsi, dans les grandes villes du pays comme Bamako la capitale, Ségou et Koulikoro, la prévalence du VIH est supérieure ou égale à la moyenne nationale soit respectivement 1,7% et 1,3%. Les données issues des différentes enquêtes montrent une féminisation de l'épidémie avec une prévalence de 1,3 % chez les femmes contre 0,8 % chez les hommes du même groupe d'âge (15-49 ans) soit un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,63. Selon l'IBBS 2020, la prévalence au VIH chez les populations clés

¹ UHC : Universal Health Coverage

est de 12,6% chez les HSH, 8,7% chez les TS, 5,1 % chez les UDI et 11,7 % chez les Transgenres.

Le taux d'incidence de la TB au Mali Selon le rapport annuel 2019 de l'OMS a été estimé à 53 (35-76) cas pour 100 000 habitants en 2018 avec une mortalité (toutes formes, hors VIH +) estimée à 7.7 (4.6–11) décès pour 100 000 habitants (source : www.who.int/tb/data). Aussi bien la mortalité que l'incidence ont diminué entre 2000 et 2018 avec respectivement une baisse globale de 41% et 31% soit une baisse annuelle modérée de respectivement 2,1% et 1,7% par an. En 2018, le nombre de cas incidents de tuberculose était estimé à 10 000 (6 700-14 000) avec une notification effective au cours de cette même année de 6 889 nouveaux cas et rechutes de tuberculose (toutes formes) soit une couverture de traitement de 67% et un gap de détection de 33% de cas de tuberculose estimés. La désagrégation par région montre que le gap de détection est plus marqué dans les régions de Bamako (28,57%), de Koulikoro (16,66%), de Sikasso (16,47%) et de Mopti (11,71%). De plus, celle par Centre de Santé de Référence (CSRéf) montre que 20 CSRéf concentrent 70% des gaps de détection dont 28% situés dans la région de Bamako. Il n'y a pas pour l'heure de stratégies d'interventions par zone prioritaire. Enfin, la couverture du dépistage du VIH chez les patients TB était de 71% en 2018 et demeure en deçà des cibles de 90% de l'OMS avec une amélioration depuis 2013 et un taux de positivité en baisse régulière depuis 2013 atteignant 10% en 2018.

Selon le Scorecard Hépatites de l'OMS 2019, le taux de prévalence du VHB au Mali est estimée à 8,5% dans la population générale et 4,9% chez les enfants de < 5 ans. Ce taux est de 3,1% pour le VHC dans la population générale. Le nombre de porteur chronique est de 1 503 000 pour le VHB et 160 000 pour le VHC. Un taux de prévalence du VHB de 14,9 % dans un quartier de Bamako a été rapporté dans une étude de l'hôpital Gabriel Touré. Pour l'hépatite C, les données sont très variables, avec des taux de prévalence plus faibles : 0,2 % dans une étude chez les femmes enceintes et il varie de 0,55 à 3,3 % chez les donneurs de sang.

Populations couvertes

Ce plan est une riposte aux 3 maladies qui couvre la totalité de la population malienne. Les populations clés VIH restent les populations les plus touchées par l'infection à VIH : 8,7% en 2019 pour les Travailleuses du Sexe (TS), 12,6% en 2020 chez les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), 5,1% en 2017 chez les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) et 3,26% dans la population carcérale. Pour la tuberculose, il s'agira essentiellement des groupes dont le statut immunitaire ou les conditions de. Outre les PVVIH, il s'agit des enfants et des adolescents, la population carcérales, les pauvres des milieux urbains

Implication de la communauté

Au nombre des acteurs communautaires, nous avons :

- **RENAPOC** (Réseau National des Populations Clés) qui regroupe l'ensemble des organisations identitaires du Mali.
- **RMAP+** (Réseau Malien des Associations des PVVIH) regroupe l'ensemble des associations des PVVIH. Il compte 62 associations membres réparties sur toute l'étendue du territoire.
- **ARCAD Santé PLUS** (Association pour la Résilience des Communautés vers l'Accès au Développement à la Santé PLUS), créée en 1994. Elle est membre de la Coalition PLUS créée en 2008 et anime la plateforme Afrique de l'ouest (PFAO).
- **AKS Sikasso** (Association KénéDougou solidarité de Sikasso) : structure communautaire de prévention et de prise en charge de l'infection au VIH dans la région de Sikasso.

- **ONG WALE Ségou** : structure communautaire de lutte contre le VIH et la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région de Ségou.
- **AMPROD SAHEL** : l'Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'Environnement au Sahel ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH.
- **ONG SOUTOURA** : ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH, TS et leurs clients et les miniers.
- **DANAYASO** : Association nationale créée en 1996 pour l'appui à l'amélioration des conditions de vie des TS, leurs enfants, et leurs partenaires.
- **CAMM** (Comités antituberculeux de lutte contre les maladies respiratoires du Mali) : leur création remonte à bien avant la mise en place du PNLT.
- **AMDH** (Association Malienne de la Défense des Droits Humains) intervient dans la défense des droits des populations vulnérables.

Les associations de la société civile internationale et humanitaires sont également présentes : ENDA Mali, Amnesty International Mali, VIH/MINUSMA, AMPPF (Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale), Plan International Mali, USAID, Family Health International (FHI 360) Linkages, Association Santé Sud, WILDAF. L'implication de la communauté se fait grâce aux organisations à base communautaire avec les associations des tradipraticiens, les associations de PVVIH, les comités antituberculeux locaux et les associations d'anciens malades les associations d'anciens malades d'hépatites virales.

Présentation générale du PSNI 2021-2025 du Mali

Le présent Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/Sida, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025 guide le travail de lutte contre ces maladies prioritaires vers la perspective commune de l'élimination à l'horizon 2030. La réflexion sous tendue par une volonté de renforcement du système de santé et appliquée à l'approche innovante d'intégration de trois maladies a permis d'aboutir à la définition de deux résultats d'impacts spécifiques aux maladies et deux indicateurs transversaux intégrés suivants :

- **Résultat d'impact 1** : Les incidences liées au VIH, TB, hépatites virales sont réduites d'au moins 30% d'ici à 2025
- **Résultat d'impact 2** : La mortalité et la morbidité liées aux VIH, TB, et hépatites virales, sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025
- **Résultat d'impact intégré 3** : Les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré
- **Résultat d'impact intégré 4** : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB, et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025.

Vision

La vision stratégique du Mali est d'assurer une riposte intégrée, efficace efficiente et durable au VIH/Sida, à la TB, et aux hépatites virales pour que le Mali participe au mouvement national et international pour mettre fin à ces épidémies d'ici à 2030

But

Le Plan vise la réduction de l'incidence des trois maladies et le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par ces maladies et la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une riposte efficiente et durable.

Les Fondements	
<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre des approches centrées sur les personnes, sur les droits humains et l'égalité femmes-hommes dans le contexte des ODD 	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre de stratégies qui se basent sur des évidences, les avancées scientifiques et les normes nationales et mondiales
<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre d'interventions complémentaires et synergiques entre toutes les parties prenantes ainsi que les partenaires financiers étatiques et internationaux 	<ul style="list-style-type: none"> • L'appropriation et le leadership national pour une coordination multisectorielle et partenarial efficace

Cadre de résultats

Les résultats d'impact 1 et 2 sont spécifiques à chaque maladie au regard des particularités liées aux populations et à l'adoption des approches différenciées. Dans l'ordre de présentation, l'impact 1 et 2 est présenté pour le VIH, puis la TB et enfin les hépatites virales. Les résultats 3 et 4 sont transversaux aux trois maladies.

Résultat d'impact 1 : Réduire l'incidence liée au VIH, TB et aux Hépatites virales respectivement de 50%, 30% et 50% d'ici 2025

- **L'incidence liée au VIH est réduite d'au moins 50% d'ici 2025.**

Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2025, 95% des populations clés et vulnérables (PS, HSH, UDI et transgenre) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées.

Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2025, 50% des adolescent(e)s et jeunes âgés de 10 à 24 ans et des populations vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST par une approche différenciée de prévention et de dépistage selon l'âge et le sexe.

Résultat d'effet 1.3 : D'ici 2025, 95% des adolescent(e)s et des jeunes les plus vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST.

Résultat d'effet 1.4 : D'ici 2025, 95% Femmes enceintes connaissent leur statut sérologique pour le VIH et bénéficient du paquet minimum de prévention VIH.

Résultat d'effet 1.4 : D'ici à 2025, 95% des hommes et femmes des populations vulnérables âgés de 15 à 49 ans (miniers, personnes porteuses de handicap, porteurs d'uniforme, détenus, les coxeurs, routiers, vendeurs (ses), ambulants, les conjoints/partenaires et enfants des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH.

Résultat d'effet 1.5 : D'ici 2025, 100% des femmes et des hommes victimes d'AES/AELB, victimes d'exposition en milieu de soins et victimes d'exposition sexuelle reçues dans les Centres de Santé bénéficient d'une Prophylaxie Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales.

Résultat d'effet 1.6 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque.

- **L'incidence de la Tuberculose est réduite d'au moins 30% d'ici 2025.**

Résultat d'effet 1.7 : D'ici 2025, au moins 90% des cas de tuberculose attendus, sont notifiés d'ici 2025.

Résultat d'effet 1.8 : D'ici 2025, au moins 75% des cas estimés TB-RR et ou TB-MR sont notifiés.

Résultat d'effet 1.9 : D'ici 2025, au moins 50% de la cible pour la thérapie préventive est atteinte d'ici 2025.

Résultat d'effet 1.10 : D'ici 2025, au moins 90% des structures de santé respectent les mesures de prévention pour le contrôle de l'infection d'ici 2025.

- **L'incidence liée aux l'hépatites virales B et C sont réduites d'au moins 50% d'ici 2025.**
- **Incidence cumulée de l'hépatite B chez les enfants de < 5 ans.**

Résultat d'effet 1.11 : D'ici 2025, le suivi des hépatites virales B et C dans la population générale et les populations clés est réalisé.

Résultat d'effet 1.12 : D'ici 2025, 70 % de la population générale utilisent les moyens de prévention contre les hépatites virales B et C.

Résultat d'effet 1.13 : D'ici 2025, 90% des professionnels de santé connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et disposent de compétences adaptées pour se protéger des hépatites virales.

Résultat d'effet 1.14 : D'ici 2025, 80 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans disposent de connaissances, attitude et pratiques adaptées et utilisent le paquet de services de prévention.

Résultat d'effet 1.15 : D'ici 2025, 80% des populations clés (TS, HSH, UDI et transgenres) ainsi que les populations vulnérables connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et utilisent le paquet de services de prévention combinée.

Résultat d'effet 1.16 : D'ici 2025, 90 % des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou d'agression sexuelle n'ont pas fait de séroconversion post-exposition.

Résultat d'effet 1.17 : D'ici 2025, les femmes enceintes et leurs enfants bénéficient des services de vaccinations pour se protéger de l'hépatite B.

Résultat d'impact 2 : Réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH, TB et aux Hépatites virales de 50% d'ici 2025

- **La mortalité et la morbidité liées au sida sont réduites d'au moins 50% d'ici 2025.**

Résultat d'effet 2.1 : D'ici 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes connaissent leur statut sérologique pour le VIH.

Résultat d'effet 2.2 : D'ici 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral.

Résultat d'effet 2.3 : D'ici 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable.

- **La mortalité et la morbidité liées à la Tuberculose est réduite d'au moins 50% d'ici 2025**

Résultat d'effet 2.4 : D'ici 2025, au moins 90% des cas de TB notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès.

Résultat d'effet 2.5 : D'ici 2025, 90% des cas de co-infection TB/VIH toutes formes (nouveaux cas + rechutes) sont traités avec succès.

Résultat d'effet 2.6 : D'ici 2025, au moins 85% des cas de TB-MR sont traités avec succès.

- **La mortalité et la morbidité liées aux hépatites virales sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025**

Résultat d'effet 2.7 : D'ici 2025, 80 % des personnes dépistées positives pour hépatite B ou hépatite C sont diagnostiquées et bénéficient du bilan pré – thérapeutique.

Résultat d'effet 2.8 : D'ici 2025, 80 % des personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C éligibles au traitement sont mises sous traitement antiviral.

Résultat d'effet 2.9 : D'ici 2025, 90% des patients traités pour hépatite B ont une charge virale indétectable à 12 mois de traitement.

Résultat d'effet 2.10 : D'ici 2025, 90 % des patients traités pour hépatite C ont une suppression de la réplication virale trois mois après la fin du traitement.

Résultat d'effet 2.11 : D'ici 2025, la mortalité nationale par cirrhose et cancer du foie liés aux hépatites B et C est connue.

Résultat d'effet 2.12 : D'ici 2025, le suivi-évaluation des activités et la recherche sont assurés pour permettre la connaissance de l'hépatite B et de l'hépatite C.

<p><u>Résultat d'impact 3 transversal et intégré :</u> D'ici 2025, les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré</p>
--

Résultat d'effet 3.1 : En 2025, les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés.

Résultat d'effet 3.2 : D'ici 2025, les personnes touchées par le VIH, la TB et les Hépatites virales bénéficient d'un environnement social et juridique qui les protège de la stigmatisation et de la discrimination.

Résultat d'effet 3.3 : En 2025, l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la contre les violences basées sur le genre atténue l'impact parmi les patients touchés par le VIH, la TB et les Hépatites virales.

Résultat d'impact 4 transversal et intégré : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025.

Résultat d'effet 4.1 : D'ici 2025, la coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNI sont assurés.

Résultat d'effet 4.2 : D'ici 2025, la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSNI est assurée, à travers des co-financements domestiques et internationaux.

Résultat d'effet 4.3 : D'ici 2025, les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population.

Résultat d'effet 4.4 : D'ici 2025, les ressources humaines en santé mettent en œuvre les normes et nationales et internationales relatives aux infections VIH, TB et Hépatites virales.

Résultat d'effet 4.5 : D'ici 2025, la médecine traditionnelle est stratégiquement orientée pour contribuer à la lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales.

Résultat d'effet 4.6 : D'ici 2025, le système d'approvisionnement est régulièrement renforcé pour assurer la mise à disposition des produits de santé.

Résultat d'effet 4.7 : D'ici 2025, le suivi-évaluation des activités et la recherche sont assurés à travers des études pour le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales.

Table des matières

RESUME EXECUTIF	2
TABLE DES MATIERES.....	10
PREFACE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
AVANT-PROPOS.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
GLOSSAIRE.....	14
ACRONYMES.....	15
1. INTRODUCTION GENERALE DU DOCUMENT.....	20
1.1 APPROCHE DIFFERENCIEE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA RIPOSTE INTEGREE.....	21
1.2 PRESENTATION DU DOCUMENT	21
2. BASES METHODOLOGIQUES DU PLAN STRATEGIQUE INTEGRE	23
3. CONTEXTE PAYS	24
3.1 PRINCIPALES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DU MALI.....	24
3.2 LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE	25
3.3 LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	26
3.3.1 La gouvernance.....	27
3.3.2 Le financement de la santé.....	28
3.3.3 Les Ressources Humaines pour la santé.....	29
3.3.4 Accès à des prestations de services de qualité.....	29
3.3.5 Chaîne d'approvisionnement et de distribution de consommables pharmaceutiques et médicaux.....	30
3.3.6 L'information stratégique	31
3.4 REFORME DU SYSTEME DE SANTE	31
4. JUSTIFICATION DE L'INTEGRATION VIH/SIDA, TB ET HEPATITES VIRALES	33
4.1 BASES CONCEPTUELLES	33
4.2 MISE EN ŒUVRE DE L'INTEGRATION PAR L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT.....	34
5. SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION DES DIFFERENTES MALADIES PRIORITAIRES CIBLEES	36
5.1 SYNTHESE EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH	36
5.1.1 Distribution de la prévalence du VIH dans la population générale et par région	36
5.1.2 Prévalence du VIH selon les aspects sociodémographiques.....	37
5.1.3 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes et leurs enfants	38
5.1.4 Situation épidémiologique VIH et TB parmi les populations-clés.....	38
5.1.5 Scénarios de couverture de l'épidémie du VIH/sida	44
5.1.6 Scénarios du PSNI 2021-2025 et Fast Track : Impact sur l'épidémie.....	46
5.2 SYNTHESE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TB.....	46
5.2.1 Incidence et notification de la TB.....	46
5.2.2 Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés	47
5.2.3 Répartition des cas TB notifiés selon la forme clinique et les antécédents thérapeutiques.....	48
5.2.4 Proportion de cas déclarés par âge et par sexe	49
5.2.5 Détection des cas de TB chez l'enfant.....	49
5.2.6 Tuberculose et VIH	49
5.2.7 TB pharmaco résistante	51

5.2.8 Thérapie préventive	52
5.3 SYNTHESE EPIDEMIOLOGIQUE DES HEPATITES VIRALES.....	52
5.3.1 Des données limitées sur la charge de morbidité.....	52
6. SYNTHESE DE LA RIPOSTE NATIONALE AUX MALADIES PRIORITAIRES CIBLEES	55
6.1 SYNTHESE DE RIPOSTE AU VIH.....	55
6.1.1 Les services de Prévention hors PTME.....	55
6.1.3 Principales réalisations de la PTME.....	57
6.1.4 Le diagnostic précoce du VIH	60
6.1.5 Evaluation de l'atteinte des objectifs de dépistage du CSN 2017-2021	62
6.1.6 Domaine de la prise en charge soins et soutien.....	62
6.1.7 Domaine des droits Humains	65
6.1.8 Stigmatisation envers les PVVIH	65
6.1.9 Domaine de la gouvernance dont la coordination, l'information stratégique et le financement.....	65
6.2 ORGANISATION DE LA RIPOSTE NATIONALE TB.....	66
6.2.1 Intégration de la lutte contre la TB dans le système de santé	66
6.2.2 Détection des cas de TB	66
6.2.3 Traitement des malades TB, y compris les formes résistantes, et soutien aux patients	69
6.2.4 Groupes vulnérables.....	69
6.2.5 Activités de collaboration et de prise en charge des co-infections VIH/TB et des comorbidités	70
6.3 ORGANISATION DE LA RIPOSTE NATIONALE AUX HEPATITES VIRALES	71
6.3.1 Prévention par l'information et la communication	71
6.3.2 La vaccination contre l'hépatite B (HepB).....	71
6.3.3 La réduction des risques de transmission.....	71
6.3.4 L'offre de dépistage des Hépatites virales	72
6.3.5 Prise en charge et traitement.....	72
6.4 REPONSE COMMUNAUTAIRE, MEDECINE TRADITIONNELLE ET SECTEUR PRIVE	72
6.4.1 La réponse communautaire	72
6.4.2 La médecine traditionnelle complémentaire aux systèmes conventionnels	74
6.4.3 Le secteur privé	76
6. REFERENTIELS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX DU PSNI MALI 2021-2025	78
6.1 REFERENTIELS NATIONAUX	78
6.2 REFERENTIELS INTERNATIONAUX DU PSNI MALI 2021-2025	78
7. VISION STRATEGIQUE, DU PSNI MALI 2021-2025	81
7.1 BUT	81
7.2 PRINCIPES DIRECTEURS	83
7.3 PRIORISATION DU PSNI 2021-2025	84
8. CADRE DES RESULTATS DU PSNI 2021-2025	86
8.1 DESCRIPTION GLOBALE DES RESULTATS A ATTEINDRE SELON LES IMPACTS	86
8.2 LES ASPECTS TRANSVERSAUX	88
9. MATRICE DU CADRE DE RESULTATS IMPACTS, EFFETS PRODUITS ET ACTIVITES	91
9. MISE EN ŒUVRE DU PSNI 2021-2025	107
9.1 VISION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	107
10. SUIVI EVALUATION DU PSNI 2021-2025	108
11. FINANCEMENT DU PSNI 2021-2025	109

12. ANNEXES.....	114
12.1 ANNEXE 1 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	115
12.2 ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES CONSULTEES AU COURS DE LA MISSION	118
12.3 ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE DEFINITION DES PRIORITES.....	119
12.4 ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU PSNI.....	120

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Estimation selon SPECTRUM 2020	37
Tableau 2 : Estimation de la taille des populations clés VIH et TB	40
Tableau 3 : Séroprévalence du VIH et autres IST des TS par région au Mali	40
Tableau 4 : Evolution du taux de séropositivité et du taux de prévalence parmi les HSH.....	41
Tableau 5 : Séroprévalence du VIH et autres IST chez les routiers par région au Mali.	44
Tableau 6 : Evolution du ratio 0-4 ans/5-14 ans de 2015 à 2018.....	49
Tableau 7 : Synthèse des réalisations et indicateurs de Prévention VIH/sida hors PTME	55
Tableau 8 : Les insuffisances de la PTME au Mali	59
Tableau 9 : Récapitulatif des principaux services VIH et TB selon la pyramide des soins	68

Liste des Figures

Figure 1 : Carte sanitaire du Mali	27
Figure 2 : Organigramme du Ministère de la Santé	28
Figure 3 : Prévalence du VIH par région EDSM V 2012-2013	36
Figure 4 : Calibration du Goals selon les données épidémiologiques, et l'estimation AIM/EPP	44
Figure 5 : Nouvelles infections et décès dus au SIDA, sous Couverture constante après 2019	45
Figure 6 : Les PVVIH (>15 ans) sous et sans TARV par scenario.....	45
Figure 7 : Nouvelles infections parmi les enfants (0-14 ans)	45
Figure 8: Nouvelles infections et décès parmi les PVVIH, dans le scenario du PSNI 2021-2025 ..	46
Figure 9 : Taux de notifications TB et taux d'incidence estimé OMS, Mali, 2000-2018.....	47
Figure 10 : Nombre et taux de notifications TB et rechutes, Mali, 2011-2018.....	47
Figure 11 : Taux de notification TB par région et par année de 2011 à 2018 au Mali	48
Figure 12 : Proportion des cas TB déclarés par forme clinique de TB et par région, Mali.....	48
Figure 13 : Proportion de cas de TB toutes formes par âge et sexe en 2018	49
Figure 14 : Ratio des notifications Homme/Femme en 2018	49
Figure 15 : Evolution du dépistage du VIH chez les patients TB, 2011-2018, Mali.	50
Figure 16 : Dépistage du VIH chez les cas de TB par région, 2018, Mali	50
Figure 17 : Traitement de l'infection à VIH chez les cas de TB, 2011-2018, Mali	51
Figure 18 : Traitement de l'infection à VIH chez les cas de TB par région en 2018, Mali.....	51
Figure 19 : Cascade de prise en charge de la TB-MR, Mali, 2015-2018.....	51
Figure 22 : Distribution de la mise sous ARV des femmes enceintes séro+ par région en 2018....	60
Figure 20 : Analyse comparative des objectifs et des résultats du CSN	62
Figure 21 : Analyse de l'atteinte du 1 ^{er} 90%, des réalisations du 1 ^{er} 90 et du CSN.....	62
Figure 23 : Données sur le Traitement ARV de 2017 à 2019	63
Figure 24 : Analyse des cibles du 2 ^{ème} 90 et celles du CSN de 2017 à 2019.....	64
Figure 25 : Analyse des cibles des réalisations et ceux de 2017 à 2019	64
Figure 26 : Analyse comparée des cibles et réalisations du 2 ^{ème} 90 de 2017 à 2019	64
Figure 27 : Résultats de traitement des cas TB (toutes formes) par région, Mali 2018.....	69
Figure 28 : Eléments du cadre de priorisation PSNI 2021-2025	84
Figure 29 : Mise en œuvre du PSNI 2021-2025	107

Liste des encadrés

Encadré 1 : Approche centrée sur le patient	34
Encadré 2 : Les données qualitatives VIH/sida de l'EDSM VI de 2018.....	38
Encadré 3 : Le Réseau de laboratoire et accès à la radiographie	68
Encadré 4 : Collaboration renforcée TB Fonds Mondial avec la communauté.....	70
Encadré 5 : Objectifs globaux pour les 3 maladies.....	80

Glossaire

Vision :	Une ambition nationale pour le long terme
Mission :	Une description succincte de l'objectif fondamental de l'organisation.
But :	Résultats largement définis.
Résultats :	Les résultats d'impact, d'effets et de produits seront obtenus d'ici 5 ans.
Stratégies :	Plans ou méthodes pour atteindre les résultats.
Principes directeurs :	Valeur et principes qui guident la mise en œuvre.
Fondements :	Principes qui guident la façon dont une organisation pense et travaille ensemble et comment elle dessert ses collectivités.
Indicateurs :	Des résultats ambitieux, réalisables et mesurables qui tracent les progrès accomplis vers la mise en œuvre réussie du plan stratégique et l'impact des efforts de plan stratégique.
Activités de base :	Des efforts de base et de routine nécessaires pour maintenir des progrès constants vers la réalisation de la vision du PNSI 2021-2025.
Activités stratégiques :	Des efforts ciblés et prioritaires qui sont essentiels pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs et des différentes catégories de résultats énoncés dans le plan stratégique du PNSI 2021-2025.
Droits Humains	Les droits de l'homme sont les droits inaliénables de tous les êtres humains, quels que soient leurs origines. Il consacre également les droits à la santé inscrits dans la constitution.
Genre/Sexo-spécificité	Le genre se rapporte aux relations entre les hommes et les femmes. La sexo-spécificité est l'ensemble des règles sociales, culturelles, politiques, économiques et les responsabilités établies par une société, pour les femmes, les hommes et les enfants en termes d'attentes relatives aux caractéristiques, attitudes et comportements, d'institutions, de balance du pouvoir pendant une période et dans une zone donnée.
Gouvernance	La gouvernance en quelques mots n'est autre que la mise en œuvre d'un ensemble de dispositifs (règles, normes, protocoles, conventions, contrats...) pour assurer une meilleure coordination des parties prenantes d'une organisation, chacune détenant une parcelle de pouvoir, afin de prendre des décisions consensuelles et de lancer des actions concertées
Effet	Modification effective ou recherchée de la situation de développement que les interventions cherchent à soutenir. Correspond à un changement situationnel ou comportemental dans un contexte en matière de développement entre l'achèvement des produits et la réalisation de l'impact.
Produits	Produits concrets, y compris les services d'un programme ou projet qui sont nécessaires à la réalisation des résultats de ce dernier. Les produits concernent l'achèvement (plutôt que l'exécution) d'activités et constituent le type de résultats sur lesquels les responsables ont une forte influence. Voir « résultats ».
Intégration	Mise en commun, mutualisation de programmes, de services au niveau central et périphériques pour assurer un meilleur accès à la prévention et aux soins des populations.

Acronymes

ABREVIATIONS	DEFINITIONS
ADC	Agent de Développement communautaire
ADVIH	Autotests de Dépistage de l'infection par le VIH
AELB	Accidents d'Exposition aux Liquides biologiques
AES	Accidents d'exposition au sang
AGCS	Alliance Globale de Communauté pour la Santé et les Droits
AKS	Association KénéDougou solidarité de Sikasso
AMDH	Association Malienne de la Défense des Droits Humains
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale
AMPROD	Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'Environnement au Sahel
ARCAD SANTE+	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile de Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA
ARN	Autorité Nationale de Réglementation
ARV	Anti Rétroviral
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de la Population,
ASP-PSM	Alliance de Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque mondiale
BSS	Behavioral Surveillance Survey
CAMES	Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur
CAMM	Comités antituberculeux de lutte contre les maladies respiratoires du Mali
CCC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CCM	Instance de Coordination Nationale
CD4	Lymphocyte T portant des récepteurs CD4+
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDIP	Conseil et le Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COOPI	Cooperazione Internazionale (Coopération Italienne)
COVID-19	Maladie à Coronavirus
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Conseiller Psycho-Social
CPS/SS-DS-PF	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CREDD	Cadre stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable
CRS	Catholic Relief Services
CS	Centre de Santé
CSC	Centre de Santé de Cercle

Cscom	Centre de Santé Communautaire
CSLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
CSLS/MSHP	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
CSLS-TBH	Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales
CSN	Cadre Stratégique National
CSRef	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTCSGME	Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DBS	Dried Blood Spot
DCIP	Dépistage Conseil Initié par les Prestataires
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHIS	Système d'information sur la santé au niveau du district
DHIS2	District Health Information Software 2
DIU	Dispositif Intra Utérin
DME	Dossier médical électronique
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DNS	Département National de la Santé
DOT	Thérapie sous observation directe
DP	Diagnostic Précoce
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSCR	Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTC	Directeur Technique de Centre
DV	Dépôt de Vente
EDS	Enquête Démographique et de Santé IV
EDSM	Enquête démographique et de santé du Mali
ENDA	Environnement et Développement du Tiers Monde
EP	Extra-pulmonaire
EPH	Etablissement Public Hospitalier
eTME	Elimination de la Transmission Mère – Enfant du VIH
ETP	Employé à temps plein
FCFA	Franc d'Afrique de l'Ouest
FEMATH	La Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali
FHI 360	Family Health International
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la TB et le paludisme
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des nations unies pour la population

FOSA	Formation Sanitaire
GARPR	Global Aids Response Progress Review
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GBVIMS	Système de gestion de l'information sur les VBG
GLC	Green Light Committee
HBS	Anticorps anti-HBS (noté anti-Hbs)
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
HSB	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes
HV	Hépatite Virale
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Survey (Enquête Bio-comportementale)
IEC	Information Education Communication
INH	Isoniazide
INRMPT	Institut National de Recherche sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
INSTAT	Institut national des statistiques
IO	Infections Opportunistes
IPC	Indice des prix à la consommation
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LFI	Loi de Finances Initiale
LNR	Laboratoire national de référence
LPA	Line Probe Assay
MAP	Mali Action Plan
MCA	Maison Centrale d'Arrêt
MCD	Médecin Chef de District
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante aux médicaments
ME	Médicaments Essentiels
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MR	Multirésistante
MR-RR	Multirésistante et Résistante à la Rifampicine
MSAS	Ministère de la santé et des Affaires Sociales
MSF	Médecins Sans Frontières
MSH	Management Science for Health
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
ND	Non Disponible
NHS	National Health Service
NTIC	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
OBC	Organisations à Base Communautaire
ODD	Objectif de Développement Durable
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
OSPSANTE	Tableau de bord des produits de santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PE	Partenaire d'exécution
PEC	Prise en charge
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Le Plan d'Urgence Américaine pour la Lutte Contre le VIH/sida)
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PF	Planification Familiale
PFAO	Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO) - Coalition PLUS
PIB	Produit Intérieur Brut
PNT	Programme National de Lutte contre la TB
POC	Point of Care
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National
PSNI	Plan Stratégique National Intégré
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale
RENAPOC	Réseau National des Populations Clés
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RMAP+	Réseau Malien des Associations de PVVIH
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAE	Système d'alerte épidémiologique
SARA	Évaluation de l'offre et de la disponibilité des services
SDADME	Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SIAPS	Systems for Improved access to Pharmaceuticals and Services
SIDA	Syndrome de d'Immunodéficience Acquis
SIGL	Système d'Information de Gestion logistique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SLIS	Système local d'information sanitaire
SMQ	Système de Management de la Qualité
SNISS	Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SOLTHIS	Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé

SRARV	Suivi Régulier sous ARV
SSGI	Services de Santé à Grand Impact
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TARV	Traitement ARV
TB	Tuberculose
TBMR	TB résistante Multirésistante
TB-RR	TB résistante à Rifampicine
TB-RR/MR	TB résistante à Rifampicine / Multirésistante
TB/VIH	Co-infection TB/VIH
TCAC	Taux de croissance annuel composé
TDO	Thérapie sous observation directe
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TEP	TB extra-pulmonaire
TME	Transmission Mère-Enfant
TP	TB Pulmonaire
TPB+	TB pulmonaire bactériologiquement confirmée
TPS	Tradipraticiens de Santé
TS	Travailleuse du Sexe
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UD	Utilisateur de Drogues
UDI	Utilisateurs (consommateurs) de drogues injectables
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNFPA	United Nations Fund Population Agency
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
USA	Etats Unis d'Amérique
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
USAID	Agence des Etats Unies d'Amérique pour le Développement International
USD	Dollar américain
VBG	Violences Basées sur le Genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
WARTN-TB	West African Regional Network for tuberculosis
WARTN-TB	West African Regional Network for tuberculosis
WHA	World Health Assembly
WHO	Organisation de la Santé
WILDAF	Women in Law and Development in Africa

1. Introduction générale du document

L'approche programmatique, financière et organisationnelles, que le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) du Mali sous l'égide de la CSLS-TBH en tant que direction de niveau national, met en œuvre par l'intégration de trois maladies transmissibles prioritaires que sont le VIH/Sida, la Tuberculose (TB), les Hépatites Virales, vise à sortir chacune d'entre elle de son isolement vers une approche de santé publique permettant d'améliorer la santé globale des populations. Cette vision stratégique s'inscrit dans la réforme du système de santé ainsi que le programme national Mali Action Plan (MAP). Ces deux initiatives constituent le socle systémique à partir duquel la riposte aux trois maladies est construite.

Les orientations stratégiques pour ces trois pathologies convergent vers un résultat d'impact commun et transversal pour « en finir avec les épidémies à l'horizon 2030 » tout en incluant l'intégration des programmes dans le système de santé et en positionnant la personne au centre de toutes les stratégies à travers son environnement.

La dynamique promue dans le cadre du **Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025** (PSNI 2021-2025) consiste à rechercher toutes les synergies et toutes les complémentarités pour cheminer vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030, notamment celui qui vise à en finir avec certaines maladies endémiques VIH TB Paludisme (obj3-cible 3.3) et la couverture universelle des services et des soins pour 2030 (UHC2 2030). L'Agenda 2030 et ses 17 objectifs de développement durable (ODD) apportent une vision transversale soulignant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé des populations. Plus spécifiquement, l'ODD n°3, qui promeut une approche globale de la santé, « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », est transversal et interconnecté à la quasi-totalité des 17 ODD.

L'ambition stratégique de cette approche et l'interface qu'elle crée visent l'amélioration de la santé par des services sanitaires et sociaux publics, privés et de la société civile communautaire. Le positionnement de la personne au centre des stratégies est le moyen de garantir l'intégration ; la mutualisation des services la pérennisation des financements et l'efficience.

Le PSNI 2021-2025 traduit la volonté du Gouvernement du Mali d'apporter à ces trois maladies, une réponse plus robuste qu'auparavant à travers un choix judicieux des interventions, un financement conséquent et l'identification de passerelles de mutualisation efficiente des ressources.

Le paradigme de l'élimination, en santé publique, est ainsi soutenu par deux piliers essentiels que sont d'une part les preuves épidémiologiques et programmatiques examinées et analysées dans une perspective centrée sur les personnes le long continuum de soins. D'autre part, il concerne la planification des programmes de lutte contre VIH la TB et des hépatites virales est basée sur des données et des priorités sont fixées pour optimiser l'impact des investissements.

² UHC : Universal Health Coverage

1.1 Approche différenciée pour le développement de la riposte intégrée

Le choix d'une riposte intégrée aux maladies est guidé par la nécessité d'une recherche d'efficience et de rationalisation des ressources d'une part, et d'autre part la création de synergies pour des résultats d'impact plus importants et durables. Au niveau de la conception des programmes, l'approche différenciée de développement de la riposte intégrée définit un volet transversal qui restera le tronc commun de sa mise en œuvre pour chacun des programmes. Cependant, l'approche différenciée de la riposte intégrée impose également l'identification des spécificités liées à chacun des programmes de lutte contre les maladies cibles de la CSLS-TBH est une direction de niveau national intégrée au Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS).

La possibilité sera également laissée aux programmes d'identifier les points de convergences permettant aux uns de bénéficier et de mutualiser des opportunités de prestations qu'offrent les autres. Par exemple, sachant que les déterminants comportementaux de l'infection à VIH sont pratiquement les mêmes que ceux de la transmission de l'hépatite B, il est souhaitable que les programmes de prévention partagent une plateforme commune, tout en laissant la liberté à chaque programme d'organiser le volet de la prise en charge des cas selon leurs protocoles spécifiques.

De même, au niveau de la mise en œuvre, l'adoption d'une approche centrée sur le patient recommande d'une part que les bénéficiaires des programmes soient pris dans leur globalité. Ainsi, dans la mesure du possible, toute personne devrait bénéficier de l'ensemble des prestations disponibles sans être obligée de parcourir plusieurs services à la fois. Enfin, les déterminants socio-culturels, économiques et politiques seront un facteur clé d'analyse de ces rapports de genre, et permettront de comprendre les facteurs de transmission des différentes infections, dont certaines touchent davantage les femmes (le VIH) et d'autres les hommes (la TB), les jeunes (VHB et VHC). Les activités proposées seront réfléchies pour répondre à ces besoins différenciés entre hommes et femmes, et dans le but de rendre leur accès facile pour chacun des groupes cités.

1.2 Présentation du Document

Le présent **Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/Sida, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025** est participatif et inclusif. Il définit les politiques et priorités nationales de lutte contre le VIH, la TB et les Hépatites virales et guide le travail de lutte contre ces maladies prioritaires vers la perspective commune de l'élimination à l'horizon 2030.

- **Résultat d'impact 1 :** Réduire l'incidence liée au VIH, TB et aux Hépatites virales respectivement de 50%, 30% et 50% d'ici 2025.
- **Résultat d'impact 2 :** Réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH, TB et aux Hépatites virales de 50% d'ici 2025.
- **Résultat d'impact intégré 3 :** D'ici 2025, les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré.
- **Résultat d'impact intégré 4 :** La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025.

Ces quatre résultats d'impact se déclinent dans une matrice contenant les résultats d'effets, de produits et d'activité permettant sa budgétisation.

2. Bases méthodologiques du Plan Stratégique intégré

L'élaboration du Plan Stratégique national intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les Hépatites virales du Mali 2021-2025 est le résultat d'une longue concertation très fructueuse, entre toutes les parties prenantes engagées dans la lutte contre ces trois maladies prioritaires.

Les revues épidémiologiques et programmatiques concernant le VIH, la TB et les Hépatites virales ont constitué des étapes essentielles pour le processus d'élaboration du PSNI 2021-2025. Ces revues ont donné l'occasion de faire une analyse approfondie de la réponse face aux trois maladies prioritaires dans leurs ensembles dans la perspective de l'intégration et de l'alignement à la réforme du système de santé en cours. Le Mali a lancé la réforme du système de santé du Mali. Cette réforme va porter sur le système de soins ainsi que celui du financement. En réponse aux nombreux défis, le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) du Mali a développé une vision et une stratégie ambitieuse pour la transformation du secteur de la santé malien : le Plan d'Action du Mali (MAP). Cela s'appuie sur la réforme lancée en février 2019 et est aligné sur le Cadre stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD) et le Plan stratégique du secteur national de la santé (PRODESS).

Le présent PSNI participatif et inclusif, s'inscrit pleinement dans cette dynamique nationale pour définir les politiques et priorités nationales de lutte contre le VIH, la TB et les Hépatites virales. Il guide le travail de lutte contre ces maladies prioritaires vers la perspective commune de l'élimination à l'horizon 2030.



L'utilisation du cadre de résultats axé sur les personnes lors de la préparation du PSNI a contribué à rechercher les données pertinentes d'une manière organisée et centrée sur les personnes pour la planification et la programmation, assurant ainsi un PSNI fondé sur des preuves. Ce travail s'est appuyé sur l'expertise de plusieurs consultants nationaux et internationaux pour identifier les priorités et les lacunes, et qu'ils sont utilisés pour analyser les causes profondes des problèmes comme base pour établir les priorités des interventions. La hiérarchie des priorités durant cet exercice de planification a aidé aux choix des stratégies, interventions et activités qui optimiser l'impact des investissements.

3. Contexte pays

3.1 Principales caractéristiques socio-économiques du Mali

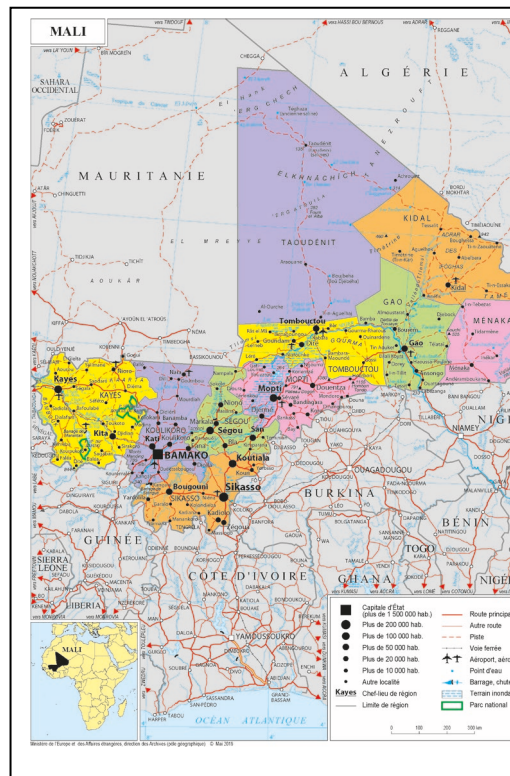
Le Mali est un pays d'Afrique de l'Ouest sans accès à la mer, partageant des frontières avec la Mauritanie et l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest. Le Mali est un pays pauvre à économie à faible revenu, avec une forte croissance démographique (Taux de fécondité de 6 enfants par femme en 2017).

Sur le plan politique, le Mali traverse une période d'instabilité et de conflit depuis 2012 notamment avec l'occupation du nord du pays par des groupes armés. Une intervention militaire a été lancée en janvier 2013 sous l'égide de la France, avant que la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA) ne prenne le relais en juillet 2014.

Sur le plan social, l'indice de développement humain établi en 2019 par les Nations Unies classe le Mali au 182^{ème} rang sur 188 pays. Les populations pauvres se concentrant à 90 % dans les zones rurales du sud, où la densité démographique est la plus forte. On estime que le taux d'extrême pauvreté a légèrement baissé, passant de 43,4 % à 41,3 % entre 2017 et 2019.

Sur le plan économique, la croissance économique a ralenti à 4,7 % en 2018. Néanmoins, elle est restée stable grâce à la production aurifère et à l'agriculture. En 2019 le Mali a enregistré une croissance de 5%. Un déficit budgétaire de 3,1% du PIB et une inflation de 0,4%. L'endettement public était de 35,5% du PIB fin 2018. Le Mali a adopté en mars 2019 un Cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable 2019-2023 et travaille à la mise en œuvre du Plan de réforme de la gestion des finances publiques 2017-2021. Pour promouvoir le secteur privé, le Gouvernement a lancé un « programme d'infrastructures économiques » de 5 500 milliards de FCFA d'ici 2023.

La population est majoritairement jeune (67%) et croît à un rythme soutenu (3,1% par an). Le nombre d'emplois créés chaque année (44 520 emplois) ne peut pas absorber la demande (300 000). Le faible niveau de qualification de la force de travail est aggravé par l'inadéquation entre l'offre de formation et les besoins du marché. Le pays fait face à des déficits critiques en infrastructures : seulement 3 % du réseau routier classé est bitumé et en bon état, le déficit de production électrique est de 140 MW et 53 % de la population n'a pas accès à l'électricité. Par ailleurs, seulement 41 % des enfants sont scolarisés dans l'enseignement secondaire et 75 % dans le primaire, et 75 % de la population n'a pas accès aux services sanitaires.



La société malienne est une société patriarcale dans laquelle l'autorité est habituellement attribuée à l'homme ou aux hommes de la famille. Cette situation se traduit par un accès inégal à l'éducation, la santé, les ressources économiques, et la prise de décision dans la famille ; en matière d'éducation, les taux d'achèvement des études, bien que généralement faibles, révèlent une importante disparité entre les sexes (29,1% pour les filles et 43% pour les garçons). Les taux d'alphabétisation des jeunes femmes (15-24 ans) sont de 39% contre 56% pour leurs homologues masculins. On peut également noter que les taux d'alphabétisation sont extrêmement bas dans les ménages dirigés par une femme (8,6%) par rapport aux ménages dirigés par un homme (44%).

La participation des femmes dans la vie publique et politique reste encore très insignifiante, et ce, en dépit de l'adoption et de la promulgation à la fin de l'année 2015 de la loi n°52, instituant un quota genre de 30 % pour les fonctions électives et nominatives. Depuis lors, les listes électorales locales et communales ont tenté de respecter le quota de 30 %, afin d'augmenter le nombre de femmes dans les mécanismes de prise de décisions au niveau local. Cependant, le résultat a conduit à l'élection de 14 femmes sur les 147 membres de l'Assemblée Nationale, et 7 sur les 34 membres du gouvernement.

Environ 24% des femmes travaillent dans le petit commerce et la vente (seulement 7% des hommes). Un pourcentage élevé de femmes est susceptible de travailler sans rémunération (27,2% des femmes contre 1,6% des hommes) et, de manière générale, les femmes gagnent des revenus inférieurs à ceux des hommes. En 2013, les ménages dirigés par des femmes possédaient 84% moins d'actifs (y compris la terre) que les ménages dirigés par des hommes. Des études ont montré que la majorité des femmes au Mali n'avaient accès à la propriété foncière que par l'intermédiaire de leur mari.

Selon l'EDSM V, l'âge d'entrée en union chez les adolescentes et les jeunes maliennes est précoce : parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, une femme sur cinq (20%) était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Il n'existe pas de loi pour punir la mutilation génitale encore très courante dans le pays (estimée à 9 filles sur 10), le mariage précoce est légal. Depuis le 17 janvier 2012, le Mali a un nouveau code de la personne et de la famille, après plus de cinquante ans, sous l'ancien code datant de 1962. Il témoigne de l'effort d'harmonisation et de conformité des lois nationales maliennes avec les lois internationales sur les droits des femmes et de l'enfant telle que de la Convention sur l'Élimination des Discriminations à l'Égard des Femmes (CEDEF) ratifiée par le Mali en 1985, le protocole à la Charte Africaine relative aux Droits des femmes, ratifiée par le Mali en 2005 et la convention sur les droits de l'Enfant.

3.2 Les principaux indicateurs de santé

Les résultats sanitaires du Mali sont profondément préoccupants. Bien que des améliorations aient été réalisées au cours des deux dernières décennies, la mortalité maternelle au Mali reste inacceptable et parmi les pires des régions, avec un taux de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cela persiste malgré les efforts nationaux pour améliorer la santé maternelle ces dernières années, y compris les politiques visant à fournir des césariennes gratuites (2005), des services gratuits de prévention et de traitement du paludisme pour les femmes enceintes (2010), et la notification requise des décès maternels (2017). Le dernier EDSM estime le risque à vie de décès maternel à 0,021, ce qui signifie que, compte tenu des conditions nationales actuelles,

environ une femme sur cinquante risques de mourir d'un accouchement au cours de sa vie reproductive.

Le Mali a le taux de fécondité par âge des adolescentes le plus élevé au monde, avec 36% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà accouché en 2018. Les disparités régionales sont notables, la proportion de filles de ce groupe d'âge ayant un enfant étant à Kayes et à Koulikoro (41,5% et 35,9%, respectivement), contre seulement 20,3% à Bamako. L'éducation et la pauvreté sont également des facteurs déterminants, près de 40% des filles sans éducation formelle ayant accouché avant l'âge de 19 ans, contre 17,3% parmi celles ayant fait des études secondaires. De même, 28,1% des filles des quintiles les plus pauvres avaient commencé leur vie reproductive, tandis que 20,7% des filles du quintile le plus riche l'avaient fait.

Le nombre de femmes d'âge 15-49 utilisant des méthodes contraceptives modernes est très faible, malgré une augmentation de 6% en 2001 à 16% au niveau national en 2018. Les mêmes disparités régionales se retrouvent, Kidal et Gao ayant des taux de couverture contraceptive très faibles (2,6% et 3,3%, respectivement), par rapport à Bamako (22,3%).

Après trente ans de déclin constant, le taux de mortalité infantile au Mali reste élevé par rapport à d'autres pays de la région, et il a été constaté qu'il avait augmenté entre 2012 et 2018, passant d'un taux de 95 à 101 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cela peut être lié à une sous-estimation du taux de 2012 en raison de difficultés de collecte de données dans les zones aux conditions de sécurité difficiles (Ségou, Kayes, Tombouctou et Mopti), qui sont également des zones où les enfants de moins de cinq ans sont les plus à risque de mourir. D'importantes variations nationales du taux de mortalité des moins de cinq ans ont été observées entre les quintiles économiques, le risque de mortalité étant le plus élevé dans le quintile le plus bas (143 ‰) par rapport au quintile le plus élevé (57‰) ; ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines (111 ‰ et 61 ‰ respectivement).

3.3 Le renforcement du système de santé

Le système public, un secteur privé parallèle joue un rôle important dans la prestation des services de santé (**Figure 1** ci-dessous), mais ce secteur manque actuellement de réglementations et de supervisions adéquates. Le système de santé public malien est organisé en trois niveaux :

1. Le niveau supérieur du système de santé offre des soins avancés à travers cinq grands hôpitaux publics ou d'enseignement, dont trois sont des hôpitaux généraux (l'Hôpital Point G, le Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré et l'Hôpital du Mali) et deux sont spécialisés (Centre national d'odontologie et de stomatologie et Institut tropical d'ophtalmologie d'Afrique).
2. Le niveau intermédiaire est composé de 63 centres de référence appelés Centres de Santé de Référence (CSRef) ou Hôpitaux de District, ainsi que 7 hôpitaux publics régionaux (Établissements Publics Hospitaliers - EPH).
3. La base avec le système de soins de santé primaires comprenant 1 392 Centres de Santé Communautaire (CSCoM) qui sont des entités privées à but non lucratif appartenant à des communes et gérées par des associations de santé communautaire (ASACO).

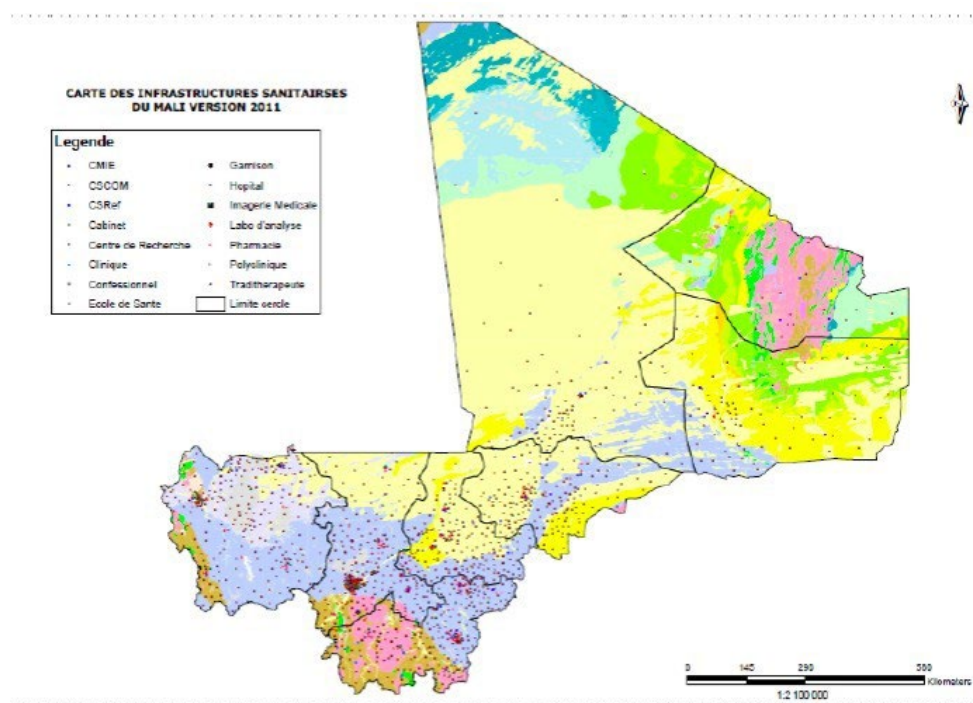


Figure 1 : Carte sanitaire du Mali

3.3.1 La gouvernance

La **Figure 2** suivante présente l'organigramme du MSAS et des différentes directions. L'analyse fonctionnelle fait ressortir les points suivants :

- La relation entre le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général est très étroite. Au plan relationnel c'est le premier conseil du ministre.
- Le rôle de la Direction Nationale de la Santé, notamment en rapport avec les Régions sanitaires, les Districts sanitaires, les hôpitaux et les centres périphériques pour la mise en œuvre des politiques de santé est opérationnel et est surtout axé sur la coordination des activités liées à la santé.
- La collaboration de la Direction générale de la santé avec les autres Directions clés du Ministère : pharmacie et médicaments ; laboratoires ; ressources humaines ; Informations sanitaires. Tous les aspects techniques sont pris en compte.
- La collaboration de la DNS avec les programmes VIH, TB, IST et les hépatites avant la réforme et depuis la création de la cellule intégrée a beaucoup évolué avec la création du CSLS-TBH.

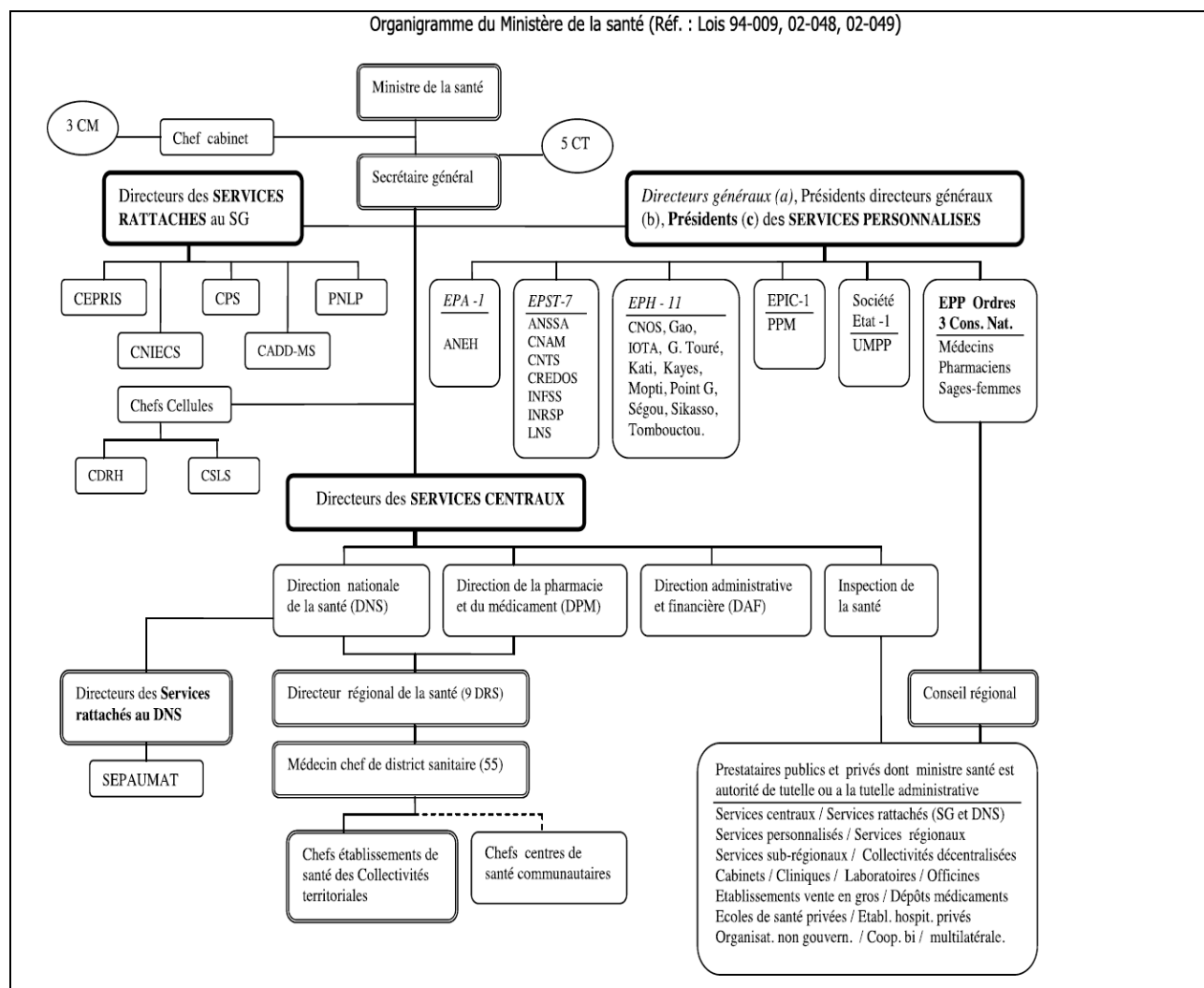


Figure 2 : Organigramme du Ministère de la Santé

3.3.2 Le financement de la santé

Le gouvernement du Mali s'est considérablement désengagé de son secteur de soins de santé primaires à la suite de l'Initiative de Bamako, transférant une grande partie de la charge financière aux utilisateurs en facturant des frais de service. Sur la base des dernières estimations budgétaires nationales disponibles, le Mali n'a consacré que 1,2% de son PIB et 5,1% de son budget national aux soins de santé en 2019 (LFI 2019), et seulement 0,04% de son PIB et 0,2% de son budget national spécifiquement aux soins de santé primaire en 2018. Cette allocation budgétaire est insuffisante par rapport à la norme minimale internationale de 5% du PIB pour la santé et contribue au système de santé sous-performant du pays. Le secteur de la santé malien, en particulier le secteur des SSP, a besoin d'investissements urgents.

Les frais d'utilisation représentent un obstacle financier majeur à l'accès aux soins de santé au Mali. Près de la moitié (46%) des Maliens ayant besoin de soins de santé ont déclaré ne pas aller dans un centre de santé parce que c'était trop cher. De nombreux Maliens n'ont pas les moyens de se payer des soins de santé et peuvent être obligés de choisir entre emprunter, dépenser des ressources rares ou se passer de traitement. Le Mali a l'un des taux de dépenses de santé les plus bas du monde ; un taux qui est passé de 40 \$ US à 30 \$ par habitant entre 2013 et 2016. Plus d'un tiers de ces dépenses (35%) proviennent des dépenses personnelles. Ces coûts peuvent être catastrophiques pour le bien-être financier des familles vulnérables. Vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui représente près de la moitié des 19 millions d'habitants du Mali. En 2015, plus de 400 000 personnes ont été appauvries par les dépenses de santé de la POO, ce qui correspond à une augmentation de 2,3% de l'effectif national de pauvreté¹⁵

3.3.3 Les Ressources Humaines pour la santé

Le Mali a l'une des plus faibles densités de médecins, d'infirmières et de sages-femmes au monde soit 0,52 pour 1 000 habitants est inférieur à la recommandation de l'OMS de 2,3 pour 1 000 habitants, avec des ratios d'agents de santé de 5 ou moins pour 10 000 dans sept des onze régions et 45% pour tous les professionnels de la santé basés à Bamako. Le nombre de nouvelles recrues a diminué et passe de 456 en 2013 à moins de 250 entre 2015 et 2017, tandis que le nombre de professionnels de la santé prenant leur retraite a augmenté.

La participation communautaire se fonde sur un réseau de 1 392 CCom gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En fin 2019, le Mali comptait 2 931 sites ASC fonctionnels avec un besoin théorique autour de 11 000 ASC pour une population totale de 9 146 736 habitants vivants au-delà de 5 Km du CCom. Sur cette population, 2 174 600 habitants soit 23m8% ont bénéficié des prestations des ASC.

3.3.4 Accès à des prestations de services de qualité

Lorsqu'un patient est en mesure d'accéder à un établissement au Mali, la qualité des soins qu'il recevra sera probablement gravement déficiente. Des données récentes du District Health Information Software 2 (DHIS2) ont révélé que 25% des CCom ont accès à une source d'eau fiable, un problème géographiquement concentré, avec 93% des CCom sans eau. Une enquête sur la capacité opérationnelle a révélé que seulement 34% de tous les établissements de santé du pays et 31% de tous les CCom) possédaient tout l'équipement essentiel et 28% dans les zones rurales.

Dans les domaines prioritaires de la santé maternelle et infantile, un établissement de santé moyen au Mali ne possède que 70% du matériel essentiel pour les soins prénatals et que 4% seulement des établissements interrogés avaient tous les éléments de base. De plus, seulement 74% des établissements offraient une vaccination infantile de base et un seul des établissements de niveau CCom interrogés disposait de tous les éléments de de santé infantile.

L'accessibilité des populations dans un rayon de 5km stagne à 58% depuis 2007, sachant que 249 CCom ont été construits depuis cette date. En fin 2019, le Mali comptait 2 931 sites fonctionnels ayant des ASC (besoins théoriques autour de 11 000 ASC), pour une population totale de 9 146 736 habitants vivants au-delà de 5 Km du CCom. Sur ces 9 146 736 habitants,

2 174 600 habitants (23,8%) ont bénéficié des prestations des ASC. Le système de référence entre les différents niveaux du système de santé est insuffisant.

Enfin, de nombreuses personnes recherchant des soins directement à des niveaux supérieurs, créant ainsi des goulots d'étranglement. C'est le cas de la disponibilité des services VIH/TB/IST/hépatites à divers niveaux de la pyramide où les paquets essentiels ne sont pas toujours complets ainsi la formation des prestataires et la supervision des activités est parfois insuffisantes au niveau intermédiaire et périphérique.

3.3.5 Chaîne d'approvisionnement et de distribution de consommables pharmaceutiques et médicaux

Le Mali dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale adoptée en 1999 en marge du Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014-2023) et de son premier programme quinquennal (PRODESS I). Il n'y a pas de magasin régional PPM dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et le district de Bamako. La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est la seule Centrale d'achat des produits Pharmaceutiques. Elle a pour objectif de « Garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel ». Ce réseau est formé de 65 Dépôts de vente (DV) et 65 Dépôts Répartiteurs de cercle (DRC) des CSRef. Il existe 1 368 DV de CSCom. Chaque hôpital national contient un DV et il y a aussi 7 DV des Établissements Publics Hospitaliers. Enfin, il existe 76 grossistes privés répartis dans le tout pays et 614 officines de pharmacie privées.

Le laboratoire constitue l'épine dorsale du système de soins de santé primaires, fournissant aux cliniciens les outils et les informations dont ils ont besoin pour dépister correctement les maladies et optimiser le traitement. Les structures abritant des laboratoires de biologie sont : (i) Centre Universitaire d'Excellence de Recherche Clinique (UCRC) à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ; (ii) Laboratoire de Biologie Moléculaire Appliquée (LBMA) à la faculté des sciences techniques ; (iii) Institut National de Santé Publique (INSP) ; (iv) Centre d'infectiologie Charles Mérieux (CICM). Ces différentes structures, avec statuts différents et des missions distinctes et complémentaires, sont dotées d'infrastructures et d'équipements performants dans le domaine du diagnostic des agents infectieux et le suivi des patients (VIH, TB, Paludisme, Hépatites). Elles sont placées sous l'autorité administrative de la Direction des Laboratoires du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS).

Les tests de diagnostic étaient l'élément le plus souvent manquant, avec seulement 37% des établissements possédant tous les tests de diagnostic recommandés. Selon le rapport la revue du PSN 2017-2020, la disponibilité des tests de diagnostic s'est révélée être un problème à tous les niveaux du système de santé : 47% des CSCom, 64% des CSRef et 54% des hôpitaux nationaux de référence. De nombreuses sociétés de laboratoires privés ont vu le jour pour répondre à ce besoin et occupent une part croissante du marché. Leurs frais élevés constituent une dépense importante pour les familles.

Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME) est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels. Les prix sont fixés par niveau par l'application d'un coefficient multiplicateur conformément au décret n°03-218/P-RM du 30 mai 2003 portant réglementation des prix des médicaments en dénomination commune internationale de la liste nationale des médicaments essentiels.

On distingue 3 modes de financement selon le paiement direct ou non par le patient. Premièrement, pour les médicaments et produits payants par le malade sur les fonds propres de la PPM. Il se fait par le recouvrement du coût des médicaments, des autres produits et des supports de gestion (DRC). Deuxièmement, le système de tiers payant grâce aux mutuelles de santé, l'assurance maladie obligatoire, le fond d'assistance médicale et les assurances privées. Enfin, pour les médicaments subventionnés ou gratuits pour le patient. Il existe la subvention de l'Etat, la subvention des partenaires et les dons en nature des partenaires.

3.3.6 L'information stratégique

L'information stratégique comporte les trois éléments suivants :

- La surveillance des maladies particulièrement celle du VIH/TB/IST/hépatite. Cette intervention apporte des solutions aux défis de la désintégration des différentes composantes du SNIS et de la faible promptitude des données générées par le système. Elle vise à assurer la remontée des données du SIS en temps réel en conformité avec les normes en vigueur (données désagrégées cas par cas pour la surveillance épidémiologique et les données agrégées)
- Le suivi et évaluation des programmes de santé particulièrement ceux des programmes VIH/TB/IST/hépatites grâce au Système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation pour l'amélioration de la promptitude et de la qualité des données ; ce qui permettra une meilleure connaissance de la situation du Paludisme, VIH et TB pour la prise de décision éclairée dans la lutte contre les trois maladies, et le renforcement de la surveillance des maladies à potentiel épidémiques, dans le contexte d'émergence et/ou réémergence des nouveaux agents pathogènes (ex : COVID-19, Maladies à virus Ebola).
- La recherche en matière de santé spécifiquement pour le VIH/TB/IST/hépatite. Il s'agit principalement de recherches opérationnelles et de recherche-actions dans le but de chercher des preuves aux bonnes pratiques. Enfin certaines études planifier dans le PSNI servira à renseigner certains indicateurs de suivi.

3.4 Réforme du Système de Santé

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) a développé le Plan d'Action du Mali (MAP). Il s'appuie sur la réforme lancée en février 2019 et est aligné sur le Cadre stratégique de développement économique (CREDD) et le Plan stratégique du secteur national de la santé (PRODESS) reflété dans la vision 100 - 100 - 50 - PLUS : un plan pour doubler sur l'accès et maximiser l'impact à tous les niveaux.

La CSLS-TBH est la plus récente institution de lutte contre le VIH/TB/IST/Hépatites. C'est une direction de niveau national intégrée au Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS). Pour mener à bien sa mission, elle collabore avec plusieurs acteurs dont les services du MSAS, les Partenaires techniques et financiers (PTF), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) de la société civile et les principales organisations du Système des Nations Unies en particulier l'ONUSIDA et ses co-sponsors, ainsi que la communauté scientifique nationale et internationale. La CSLS-TBH établi aussi des partenariats avec les organisations socio-professionnelles et les organisations du secteur privé.

Le pilier des soins de santé secondaires comprend le lancement d'une réforme globale du système de référence hospitalière, appelé « réseau de référence hospitalière 1 plus 7 », à commencer par la réhabilitation en cours de l'hôpital universitaire Gabriel Touré à Bamako. Par ailleurs, le troisième pilier met l'accent mis sur les laboratoires nationaux et les services de diagnostic. Il consiste à réhabiliter l'ensemble de l'infrastructure et des processus du système, à améliorer les synergies avec le secteur privé, à explorer la création de la fabrication de Tests de Diagnostic Rapide (TDR) dans le DS de Bamako et à renforcer l'Institut National de Santé Publique (INSP). Enfin, le quatrième pilier du MAP est formé des services de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et médicaux. Il révisé le système de passation des marchés publics de la PPM et développe de nouvelles solutions logistiques de livraison du dernier kilomètre pour atteindre les ASC, les CSCom et les CSRef.

Le MAP constitue une opportunité sans précédent d'améliorer la santé du peuple malien. Il investit les ressources du pays pour cette génération et les générations futures sur les cinq points suivants :

- **Un engagement envers la prestation de services** - atteindre les gens de leur communauté avec les services dont ils ont besoin.
- **Une utilisation d'approches différenciées des soins de santé**, qui répondent aux caractéristiques de l'emplacement et de la population. Ceux-ci devraient répondre aux besoins régionaux spécifiques, tels que l'amélioration de la résilience dans le Nord et le Centre et la consolidation du système de santé dans le Sud.
- **Une offre d'interventions à impact rapide pour les populations prioritaires**, ciblant les facteurs de risque et les maladies prioritaires des mères, des enfants de moins de cinq ans et des jeunes au cours de la deuxième décennie de la vie.
- **Une gestion fiduciaire intégrée**, assurée par un nouveau Fonds panier du MAP chargé de la distribution transparente, de la comptabilité, de l'audit et des rapports financiers des fonds des donateurs. Cela permettra une coordination, intégrée et efficace des fonds existants et contribuera à mobiliser de nouveaux financements. Enfin, la stratégie et les opérations du MAP seront dirigées par une
- **Une unité de gestion du MAP dédiée**, habilitée par le MSAS et relevant directement de celui-ci.

4. Justification de l'intégration VIH/Sida, TB et Hépatites Virales

4.1 Bases conceptuelles

Les politiques des ODD et de la CSU valorisent la contribution harmonieuse des programmes verticaux dans le système de santé mais avec des ajustements selon la composante afin d'améliorer la santé³. La Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » la stratégie « Mettre fin avec la TB » et la « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 » ont toutes trois mis le patient au cœur de leur stratégie. Les principaux arguments justifiant l'intégration des trois maladies sont :

- Les interrelations VIH et Tuberculose font partie de la riposte depuis de nombreuses années. En effet, l'objectif visé par cette intégration est de dispenser des services de qualité complets accessibles répondant aux besoins des patients atteints de TB, aux personnes vivant avec le VIH ou qui présentent une hépatite ainsi que leurs familles. Elle permet également d'atteindre les groupes sous-desservis et marginalisés afin de leur garantir un accès universel aux services coproduits en fonction de leurs besoins spécifiques et aux avantages découlant de ces services.
- Les interrelations VIH et hépatites virales peuvent bénéficier des leçons apprises et des bonnes pratiques identifiées et qui ont fait l'objet de discussions avec les différentes équipes de mise en œuvre des programmes. Ainsi par « services de santé intégrés TB-VIH hépatites centrés sur la personne », et comme défini par l'OMS nous entendons « la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé ».
- Les interrelations TB et hépatites ne sont pas réellement décrites mais l'on pourrait évoquer le fait que des hépatopathies et traitement de la TB. Les 6 piliers du système de santé tel que défini par l'OMS en 2007⁴ présentent des stratégies de programmes verticaux (gouvernance et leadership, financement, ressources humaines, système d'information sanitaire, médicaments-consommables médicaux) contribuent au système de santé pour améliorer la santé et constitueraient les axes transversaux de l'intégration des programmes verticaux.
- L'approche centrée sur la personne : la volonté de pouvoir offrir en un même lieu, au même moment, des services répondant aux besoins du client en ce qui concerne le VIH, la TB et les hépatites, quel que soit son âge, son sexe, le lieu de résidence, sa condition économique, sociale (y compris l'orientation sexuelle, profession, privée de liberté ou non). Cette approche innovante doit s'accompagner d'une révision des paquets minimum d'activités, par niveau de soins, pour y intégrer les activités de prévention et soins des programmes de santé prioritaires. En effet, ces programmes trop verticaux ne parviennent pas à atteindre tous les bénéficiaires qui en ont besoin.

³ WHO Strategizing national health in the 21st century: a handbook <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

⁴ Six composantes constitutives du système de santé que définies par l'OMS- gouvernance et leadership, financement, ressources humaines, système d'information sanitaire, offre de soins et infrastructure-équipement- médicaments- consommables médicaux

4.2 Mise en œuvre de l'intégration par l'approche centrée sur le patient

La mise en œuvre se fera par l'approche centrée sur le patient pour un paquet intégré de services VIH, TB et Hépatites (**Encadré 1**)

Intervention transversale : Une intervention peut être qualifiée de transversale lorsqu'elle touche un ou plusieurs piliers du système de santé avec comme finalité de bénéficier simultanément à plusieurs programmes, prenant en compte un ou plusieurs déterminants du modèle qui s'appuie sur : la disponibilité en ressources humaines et en produits de santé, l'accessibilité aux services, l'utilisation des services, et la continuité et qualité des services.

Intégration des activités : L'intégration des activités fait appel à la mise en œuvre commune d'activités initialement menées au niveau de chaque programme en vue d'optimiser l'utilisation des ressources. Elle facilite une appréciation des directives de prestations de soins et services au sein d'un même système de santé et le partage des expériences par les acteurs des différents programmes.

Implication de la communauté : La dynamique se fait par le réseau local coordonné de soins communautaires TB/VIH/SSR à travers une plateforme des intervenants communautaires dans chaque DS entre la communauté et les centres de traitement appelé « réseau local coordonné de soins ». C'est une démarche innovante avec les intervenants communautaires (Relais, ASC, ADC, CPS, PE), les organisations communautaires de base et les centres de santé dans une aire géographique déterminée.

Encadré 1 : Approche centrée sur le patient

Le modèle de prestation de services TB/VIH et hépatites de qualité proposée se fera selon une approche privilégiée intégrée centrée sur le patient. L'objectif est de dispenser des services complets de qualité accessibles répondant aux besoins des patients atteints de TB, aux personnes vivant avec le VIH ou qui présentent une hépatite ainsi que leurs familles. La structure du continuum utilisé est basée sur le « modèle de l'oignon » dans lequel les besoins des personnes atteintes ou à risque la maladie sont évalués systématiquement, couvrant les personnes qui n'ont pas accès au système de soins de santé, les personnes malades qui cherchent des soins de santé, mais qui ne sont pas diagnostiquées ou non notifiées, et les personnes malades qui sont notifiées mais non traitées/pris en charge avec succès.

Des services spécifiques épousant les différentes étapes du continuum des soins ainsi que les acteurs de santé impliqués seront ainsi définis.



Personne qui n'accède pas au système de santé			Personne malade qui recherche des soins mais qui est non diagnostiquée ou non notifiée			Personne diagnostiquée et notifiée mais qui n'est pas traitée/Pris en charge avec succès		
A haut risque pour	Asymptomatique qui ne recherche pas	Symptomatique qui ne cherche pas	Se présente aux niveaux de soins	Diagnostiqué en dehors du circuit du	Diagnostiqué dans le circuit du	Diagnostiqué mais non mis en	Notifié mais non pris en	Pris en charge avec succès,

5. Synthèse de l'analyse de la situation des différentes maladies prioritaires ciblées

5.1 Synthèse épidémiologique du VIH

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) 2012-2013 ont montré une prévalence au sein de la population générale de : 1,7% en 2001, 1,3% en 2006 et 1,1% en 2012-2013. Ce qui fait du Mali un pays à épidémie généralisée avec une prévalence du VIH au sein de la population générale de 15 à 49 ans de 1,1% (EDSM2012-2013), ce qui indique une stabilisation de l'épidémie en population générale. L'épidémie se trouve plus concentrée en milieu urbain (1,9%) qu'en milieu rural (0,9%). Il existe des disparités au niveau régional, ainsi, dans les grandes villes du pays comme Bamako la capitale, Ségou et Koulikoro, la prévalence du VIH est supérieure ou égale à la moyenne nationale soit respectivement 1,7% et 1,3%. Les données issues des différentes enquêtes montrent une féminisation de l'épidémie avec une prévalence de 1,3 % chez les femmes contre 0,8 % chez les hommes du même groupe d'âge (15-49 ans) soit un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,63.

5.1.1 Distribution de la prévalence du VIH dans la population générale et par région

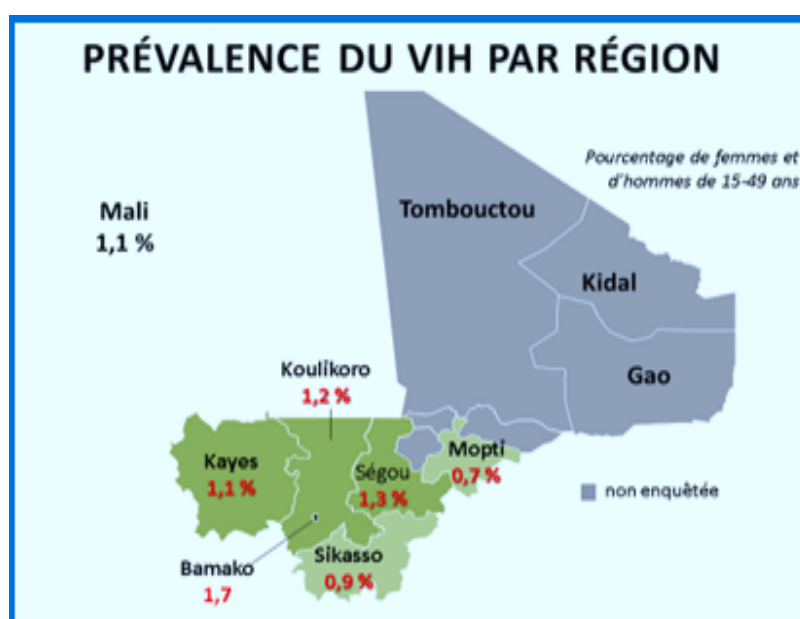


Figure 3 : Prévalence du VIH par région EDSM V 2012-2013

Selon la **Figure 3**, la prévalence moyenne dans la population générale est de 1,1% au Mali. La distribution géographique de l'épidémie montre des disparités régionales. La plus élevée est de 1,7% à Bamako et de 0,7% à Mopti. La dimension sécuritaire de la crise socio-politique a rendu inaccessible les trois régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal) et trois cercles de la région de Mopti (Douentza, Ténenkou et Youwarou).

5.1.2 Prévalence du VIH selon les aspects sociodémographiques

Selon les données de l'EDSM V toujours en vigueur, la proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : d'un minimum de 0,6% dans le groupe d'âges 15-19 ans, elle augmente rapidement pour atteindre 1,8% dans le groupe d'âges 40-44 ans, cette proportion diminue ensuite légèrement pour concerner 1,4% des personnes du groupe d'âges 45-49 ans (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Estimation selon SPECTRUM 2020

Récapitulatif VIH/SIDA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mali_2020_25032020							
Population VIH+							
Total	144 376	147 244	150 533	153 483	155 779	157 368	158 174
Hommes	54 926	55 816	56 919	57 917	58 663	59 139	59 305
Femmes	89 450	91 428	93 614	95 566	97 116	98 229	98 869
Prévalence (15-49 ans)	1,24	1,22	1,2	1,17	1,15	1,11	1,07
Nombre de nouvelles infections au VIH							
Total	10 336	9 479	8 956	8 171	7 290	6 299	5 300
Hommes	4 334	3 912	3 685	3 354	2 984	2 571	2 155
Femmes	6 002	5 566	5 270	4 817	4 305	3 728	3 145

Les variations de la prévalence par âge sont assez différentes entre les femmes et les hommes. Chez les femmes, la prévalence augmente rapidement, de 0,8% à 15-19 ans à 1,5% à 20-24 ans. Elle se maintient à ces niveaux jusqu'à 35-39 ans où elle atteint un pic de 2%. Elle diminue par la suite pour se situer à 1,5% à 45-49 ans. Chez les hommes, la prévalence est beaucoup plus faible que chez les femmes aux jeunes âges (0,3% à 15-19 ans contre 0,8% chez les femmes) et augmente plus lentement, mais continuellement, pour atteindre 1,0% à 30-34 ans et un pic de 2,3% à 40-44 ans. Les données ont été comparées entre les EDSM (**Encadré 2**).

Encadré 2 : Les données qualitatives VIH/sida de l'EDSM VI de 2018

5.1.3 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes et leurs enfants

Les enquêtes de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ont estimé une prévalence de 3,4% en 2005, 2,8% en 2007, 2,7% en 2009 et 2,9% en 2012. Par région, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Koulikoro (6,1%) est deux fois plus élevée que la moyenne nationale (2,9%). Sur les 6 régions représentées, les régions de Mopti, Kayes et Sikasso ont des prévalences inférieures à la moyenne nationale.

L'analyse est complétée par les données du dépistage permettant d'apprécier la séropositivité chez les femmes enceintes et les enfants nés de mère séropositives du fait qu'il n'existe plus d'étude de surveillance sentinelle chez celles-ci. Ainsi, parmi les 366 155 tests de dépistage effectués chez les femmes enceintes reçues en CPN, le taux de séroprévalence est de 0,44% en 2018 contre 0,52% en 2017.

Le nombre de PCR1 réalisé chez les enfants nés de mères séropositives au VIH est passé de 166 en 2017, 1 393 en 2018 et à 2 010 en 2019. Au même moment le taux de séropositivité (PCR1+) est passé respectivement de 9,6% à 7,9% pour les mêmes périodes. Il faut noter qu'aucune donnée n'était disponible pour les régions de Kidal et Taoudéni compte tenu de la situation sécuritaire.

5.1.4 Situation épidémiologique VIH et TB parmi les populations-clés.

Les cinq populations clés les plus touchées par l'infection à VIH ont une prévalence 2 à 25 fois supérieure à celle observée au sein de la population générale. Ce sont les populations suivantes : les TS, les HSH, les transgenres, les UDI et la population carcérale.

De même, Le Partenariat « Halte à la Tuberculose » a dans son plan global pour mettre fin à la TB listé trois catégories de populations clés de la tuberculose. La classification par groupes des populations clés de la tuberculose se fait selon que ces populations ont un risque d'exposition élevé à la tuberculose partant de leur habitation ou milieu de travail, soit des populations qui

Le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance complète sur le VIH a augmenté, passant de 9% à 24% pour les femmes et de 15% à 33% pour les hommes. Elle était de 16% en 2018 pour les femmes et pour les hommes.

Entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-VI de 2018, le pourcentage de femmes et d'hommes connaissant les deux méthodes de prévention du VIH a augmenté passant, chez les femmes, de 31% en 2001 à 57% en 2018. Chez les hommes, ce pourcentage est passé de 45% à 62% et à 70% dans la même période.

Entre 2006 et 2018, la proportion de ceux qui ont fait un test dans les 12 derniers mois précédant l'enquête et ayant reçu le résultat est passé de 3% à 9% pour les femmes et de 3% à 5% pour les hommes.

Entre 2006 et 2018, le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu le conseil sur le VIH, qui ont fait un test du VIH au cours d'une visite prénatale et qui ont reçu les résultats est passé de 4 % en 2006 à 12% en 2018

Dans l'ensemble, 32% des femmes ayant eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est de 5% pour les hommes. Parmi les enquêtés qui ont déclaré avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois, 45% des femmes et 40 % des hommes ont recherché des conseils ou traitements auprès de structures de santé ou de personnel de santé.

Entre l'EDSM-III de 2001 et l'EDSM-VI de 2018, le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a diminué, passant de 28% en 2001 à 18% en 2018 pour les femmes, et de 11% à 6% pour les hommes.

ont un accès limité aux services TB de qualité et ou qui sont à haut risque de la tuberculose à

cause de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent les fonctions immunitaires. En l'absence d'étude pour l'identification des populations clés pour la Tuberculose, le Mali identifie actuellement sur huit (8) groupes de populations clés pour la TB. Il s'agit essentiellement : des enfants, des PVVIH/des populations clés VIH, de la population carcérale, des diabétiques, les mineurs de fond, des migrants, des réfugiés et des déplacés.

La synthèse du **Tableau 2** ci-dessous présente la cartographie et l'estimation de la taille des différentes populations clés TB ou VIH au Mali. Ces informations sont issues des données de terrain sur les TS et des HSH couplées à l'étude bio-comportementale chez les HSH en matière de VIH au Mali par Plan International Mali en 2020 et d'autres documents sources pays.

Tableau 2 : Estimation de la taille des populations clés VIH et TB

Description	Taille	Prévalence VIH	Vulnérabilité TB ou VIH	Sources
TS	50 307	8,7% (2019)	VIH et TB	Cartographie et Estimation de la taille des TS et des HSH, Plan Int. Mali, 2020
HSH	12 305	12,6% (2020)	VIH et TB	
UDI	6 195	5,1% (2020)	VIH et TB	Cartographie et taille des TS et des HSH, Plan International Mali, 2020 Estimation taille et cartographie UDI, 2017
Transgenres	497	11,7% (2020)	VIH et TB	Cartographie et Estimation de la taille des TS et des HSH, Plan Int. Mali, 2020
Population carcérale	6 648	3,26% (2017)	VIH et TB	ONG ASDAP et ENDA 2017
Enfants	9 182 000	ND	TB	Projection Population RGPH09
Contacts de TB confirmés	28536	ND	TB	Projection Population RGPH09
PVVIH	147 244	1,1% (Pop. générale)	VIH et TB	Spectrum 2020
Diabétiques	639 118	ND	TB	EDSM V
Migrants	ND	ND	TB	Rapport OMI 2020
Réfugiés	ND	ND	TB	Rapport Croissant Rouge
Personnes déplacées	ND	ND	TB	Rapport Croissant Rouge

Les PVVIH : L'incidence de la tuberculose chez les PVVIH au Mali est estimé à 5.4 pour 100,000 habitants (3.5 – 7.7) (WHO Global Report 2019) soit environ 1,000 cas de co-infection TB/VIH attendue chaque année. La couverture du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux était de 71% en 2019 et demeure en deçà des cibles de 90% de l'OMS. Le nombre de co-infection TB/VIH déclaré en 2019 s'élevait à 528 cas (7%) ; soit 52% des cas attendus.

Travailleuses du Sexe : les zones ayant une forte concentration de TS des 11 régions du Mali : Bamako (11 365), Kayes (6 232), Koulikoro (7 570), Mopti (6 363), Ségou (7 305), Sikasso (8 262), Gao (1 140), Tombouctou (1 582), Kidal (128), Taoudenit (254), Menaka (105). Enfin, les TS ayant répondu avoir eu des écoulements vaginaux anormaux ou un ulcère génital au cours des 3 derniers mois avant l'enquête IBBS 2019, étaient de 29,6%. Les enquêtes (IBBS 2003 à 2019) au sein des TS a montré une diminution de la prévalence de 31,9% en 2003 à 8,7% en 2019 (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Séroprévalence du VIH et autres IST des TS par région au Mali

VIH et IST	Bamako	Kayes	Koulikoro	Ségou	Sikasso	Mopti	Gao	Moyenne
HIV	9,6	6,6	10,3	11,3	7,4	9,4	9,1	8,7
Syphilis	0	0	0	0	0	0	1,8	0,1
Gonorrhée	11,6	14,2	18,6	6,3	14,8	15,4	1,8	12,8
Chlamydiae	12,3	11,8	13,1	7	11,7	19,2	3,6	11,4

HSH : les zones ayant une forte concentration de HSH des 11 régions : Bamako (3 205), Kayes (1 412), Koulikoro (1 715), Mopti (1 441), Ségou (1 655), Sikasso (1 872), Gao (344), Tombouctou (478), Kidal (48), Taoudenit (96), Menaka. La stigmatisation, la discrimination de la sexualité entre hommes au Mali aggravent le risque (84,2% des HSH ont répondu être victimes de chantage parce qu'ils ont eu des rapports sexuels avec d'autres hommes lors de l'étude Teriya de 2015. Le niveau de connaissance sur le VIH est bas puisque 11,5% des HSH

ont une connaissance complète de l'infection à VIH. Les HSH des régions de Ségou et de Sikasso sont ceux qui ont la meilleure connaissance comparée aux autres régions (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Evolution du taux de séropositivité et du taux de prévalence parmi les HSH

Année	2003	2006	2009	2015	2020	Sources
Taux de séroprevalence VIH	31,9	35,3	24,2	ND	ND	Rapports d'activité Santé PLUS 2003, 2006, 2009
Taux de prévalence HSH	ND	ND	ND	13,7 % (79/550)	12,6% (132/613)	Etude « Teriya » (CSLS CDC), 2015. Estimation PS et HSH, Plan International, 2020

Personnes transgenres : Grâce à une modélisation, le nombre de personnes transgenres estimé au Mali en 2019 est de 497 avec un effectif minimum de 328 et un maximum de 1 901 dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso et le district de Bamako. Les trois quarts des personnes transgenre (75,5%) étaient nées à l'état civil masculin mais se déclarent de sexe féminin. Majoritairement, ces personnes étaient d'orientation homosexuelle (60,2%), de niveau d'instruction secondaire du second cycle (35,0%) avec un âge médian de 23 ans. La plus jeune a 18 ans et la plus âgée 43 ans. Les 75% des personnes transgenres impliquées dans l'étude étaient âgés de moins de 28 ans. La moitié des personnes transgenres avait découvert leur identité de genre à l'âge de 12 ans et les trois quarts à l'âge de 15 ans.

UDI : (Ajouter estimation UDI et cartographie). Les femmes UDI représentaient 4,5% (108) de l'échantillon. Les jeunes de 15-19 ans étaient de 8,5% ; les adultes de 20-34 ans étaient de 60,3% ; les adultes de 35-49 ans étaient 29,4%. L'échantillon contenait seulement 1,7% des personnes de plus de 50 ans. Le taux de prévalence du VIH est de 5,1% chez les UDI selon une étude d'ARCAD Santé Plus de 2015. Les taux de prévalence élevés d'infection au VIH, au VHB et au VHC, et une prise de risque multiple (Note conceptuelle conjointe VIH-TB, 2014).

Les Enfants : L'OMS, dans son rapport de 2019, estime à 2 300 le nombre de cas de tuberculose attendus au Mali dans la tranche des 0-14 ans et à 8 800 le nombre d'enfants contacts de moins de 5 ans éligibles à la chimio prophylaxie. En 2018, le programme national de lutte contre la Tuberculose a notifié 167 enfants 0-4 ans sous thérapie préventive et 301 cas de tuberculose infantiles 0-14 ans soit 4 % des cas de tuberculoses toutes formes communes détectés avec une augmentation de cette proportion depuis 2014 et un ratio 0-4 ans sur 4-15 ans de 0,65 en 2019 en de ça de la norme OMS attendue de 1,5-3. Ainsi Quatre-vingts pourcent (80%) des enfants de 0 à 14 ans ne sont pas détectés. Ce gap est accru dans la tranche vulnérable des moins de 5 ans où seulement 16% des cas attendus ont été notifiés. Seule la région de Sikasso a atteint la norme en 2018.

Les cas contacts TB confirmés : Le Mali a notifié en 2019 4756 cas de tuberculoses bacillifère. Ce chiffre rapporté à la taille du ménage au Mali (5,8) donne un chiffre estimé de 28 536 contacts. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport de 2019, estime à 8 800 le nombre d'enfants contacts de moins de 5 ans éligibles à la chimio prophylaxie.

Population carcérale : Le Mali compte 58 établissements pénitentiaires situés majoritairement dans les capitales régionales ou chefs-lieux de cercle. La taille de la population carcérale est estimée à 6 295 en 2016 et 6 648 en 2017. Il y a peu d'études sur la prévalence de cette cible. Les actions menées en 2018 par ENDA Mali à la Maison Centrale d'Arrêt (MCA) et de correction de Bamako et à la MAC de Bollé ont permis de dépister 392 personnes détenues dont 9 cas positifs, soit une fréquence de 2,30% (9/392). La notification de la TB dans les prisons du Mali en 2019 était de 67 nouveaux cas pour une population carcérale estimée à

6,648 personnes soit une incidence de 1 000 pour 100 000 personnes soit 20 fois supérieure à la moyenne dans la population générale. De même, l'ASDAP a mené des activités de sensibilisation et de dépistage de VIH et des IST à la MCA Bamako, MCA Kayes, MCA Dioila et MCA Kati. La fréquence des détenus séropositifs était de 1,03% (117/11 320) dans ces centres de détention.

Les diabétiques : Au Mali, les maladies non transmissibles constituent un véritable problème de santé publique compte tenu de leurs conséquences socio-économiques très importantes. Le pays ne dispose pas pour l'heure de politique structurée pour la prise de la comorbidité Tuberculose et diabète et les données relatives à cette cible ne sont pas capturés dans les supports du programme. La prévalence du diabète au Mali était estimée à 3,2% en 2018.

Les déplacés internes : Les données sur la tuberculose dans ces populations ne sont pour le moment pas disponibles. L'insécurité grandissante au Mali a poussé beaucoup de populations à quitter leurs localités pour fuir les conflits ces dernières années. Ce déplacement massif de populations pose le problème de la continuité du diagnostic et des soins TB pour les populations concernées.

Populations en contexte de vulnérabilité VIH : Les données sur la tuberculose dans ces populations ne sont pour le moment pas disponibles.

1. **Les routiers** ont vu leur prévalence passée de 2,7% (ISBS 2009) à 1,9% (IBBS 2019) à Kayes grâce aux nombreuses campagnes de sensibilisations de cette cible mais elle reste très élevée à Ségou et Sikasso (**Tableau 5**).
2. **Les coxeurs** (jeunes gens cherchant des clients pour les compagnies de transport) accompagnent les routiers. Ces derniers sont pour eux des figures parentales. La prévalence dans ce groupe devrait être analogue à celle des routiers.
3. **Les vendeuses ambulantes** sont particulièrement à risque car elles sont très jeunes et souvent ne sont pas aller à l'école. L'étude ISBS 2009, estime la prévalence du VIH à 1,7% chez les aides familiales et à 3,7% pour les vendeuses ambulantes.
4. **Les hommes et femmes en uniformes.** Le dépistage au sein de cette population vulnérable montre un taux de 3,18% en 2017, 5,35% en 2018 et 7,91% en 2019.
5. **Les personnes en situation d'handicap.** Une étude bio-comportementale sur la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Mali en 2019, a été réalisée par l'Humanité & Inclusion en collaboration avec SE/HCNLS. Les résultats montrent que sur les 1 051 personnes handicapées incluses et testées pour le VIH dans la présente étude, 25 étaient infectées par le VIH soit une prévalence de 2,38%. Ceci démontre que les personnes handicapées ont un risque d'infection à VIH deux fois plus élevé (2,38% contre 1,1%) que dans la population générale avec des disparités selon les régions : La prévalence est relativement plus élevée dans les régions de Sikasso, Bamako et Mopti avec respectivement 3,85%, 3,64%, et 2,50%. Elles sont plus basses, à Ségou 1,74%, à Koulikoro 1,65% et enfin à Kayes 0,61%.
6. **Les adolescent(e)s et les jeunes.** Les résultats de l'étude sur les jeunes et VIH en milieu universitaire à Bamako, qui a porté sur un échantillon de 1 330 étudiants, ont montré l'existence de facteurs de risque dans ce milieu. Ils se caractérisent par la fréquence des rapports sexuels homosexuels et hétérosexuels qui concernent 65% des étudiants dès l'âge de 17 ans, seul un tiers de ces rapports sont protégés. Près d'un tiers des étudiants pratiquent les trois types de rapport, vaginal 66,3%, anal 55,7% et buccal 49,2%. Parmi eux 13% des étudiants et près de la moitié des HSH (44, 9%) ne se protègent pas au cours de leurs rapports sexuels anaux. Selon la même étude, 1 étudiant sur 10 déclare consommer de la drogue.
7. **Les miniers** (orpaillage, cimenterie, exploitants de Sable) sont une cible très vulnérable avec une fréquentation des TS bien souvent elles-mêmes migrantes et vivant des conditions très difficiles.
8. **Les clients des TS** ont pour particularité de partager la prise de risque avec les TS dont la prévalence reste encore très élevée.

Tableau 5 : Séroprévalence du VIH et autres IST chez les routiers par région au Mali.

VIH et IST (IBBS 2019)	Bamako	Kayes	Koulikoro.	Ségou	Sikasso	Mopti	Gao Ville	Moy
VIH (IBBS 2019)	1,8%	1,9%	2,0%	2,7%	2,6%	0,0%	0,0%	1,9%
Syphilis	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,5%
Gonorrhée	1,5%	0,4%	2,0%	0,7%	1,0%	0,0%	5,5%	1,2%
Chlamydiae	4,4%	3,0%	2,0%	5,3%	2,6%	6,3%	1,8%	3,7%

5.1.5 Scénarios de couverture de l'épidémie du VIH/sida

Nous avons utilisé le modèle Goals dans Spectrum pour estimer le coût, l'impact et le rapport coût-efficacité d'alternatives stratégies d'investissement dans la lutte contre le VIH en Mali. Les scénarios analysés ont été définis lors de discussions avec les parties participantes. Les données comportementales sont tirées principalement de l'enquête nationale MICS-4 en 2009-2010 et MICS-5 en 2015, des enquêtes EDS de 2001, 2006, 2012 et 2018 et d'autres études et enquêtes communautaires.

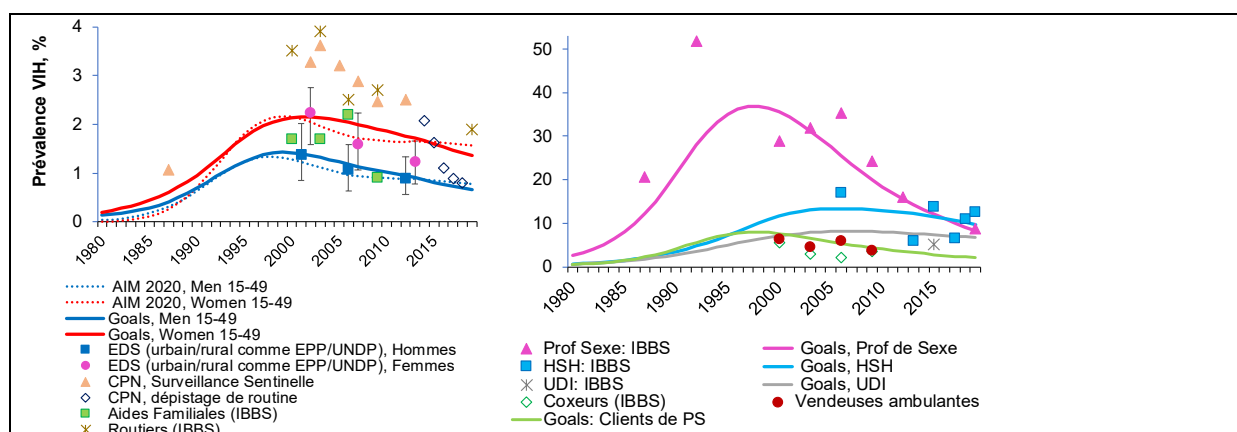


Figure 4 : Calibration du Goals selon les données épidémiologiques, et l'estimation AIM/EPP

Le modèle a été adapté aux valeurs historiques de prévalence afin de reproduire la dynamique de l'épidémie (**Figure 4**). En effet, bien que la tendance générale montre une réduction dans les cas, les coxeurs peuvent être considérés en matière de risques comme des clients potentiels de TS. Ces dernières et une partie des vendeuses ambulantes pourraient être des femmes à haut risque. Enfin, la forte baisse de prévalence parmi les TS pourrait refléter un dépistage en diminution chez les TS car elles sont à moindre risque au cours de l'évolution des programmes d'interventions. De même, la forte baisse de prévalence dans les données de routine CPN reflète une expansion importante des sites et femmes dépistées.

Les cibles appliquées à chacun des 3 scénarios sont les suivantes :

1. Couverture constante, comme en 2019. Selon ce scénario, les nouvelles infections diminuent de 40% entre 2010-2021 et de 45% entre 2010-2030 et les décès liés au SIDA diminueront de 36% et 32%. Ces réductions sont au-dessous des objectifs mondiaux de réductions de 75% et 90% pour ces périodes (**Figure 5**).
2. Cibles de couverture comme considérable pour le CSN 2021-2025 s'achevant en 2025, et maintenu jusqu'au 2030.
3. Fast Track, adoptant les cibles globales pour éliminer l'épidémie comme un problème de santé publique, selon les directives de l'ONUSIDA. La proposition est de cibler les

interventions spéciales pour adolescentes et jeunes femmes dans les géographies de moyen risque, définies comme ayant une incidence (15-49 ans) >0,3% par an.

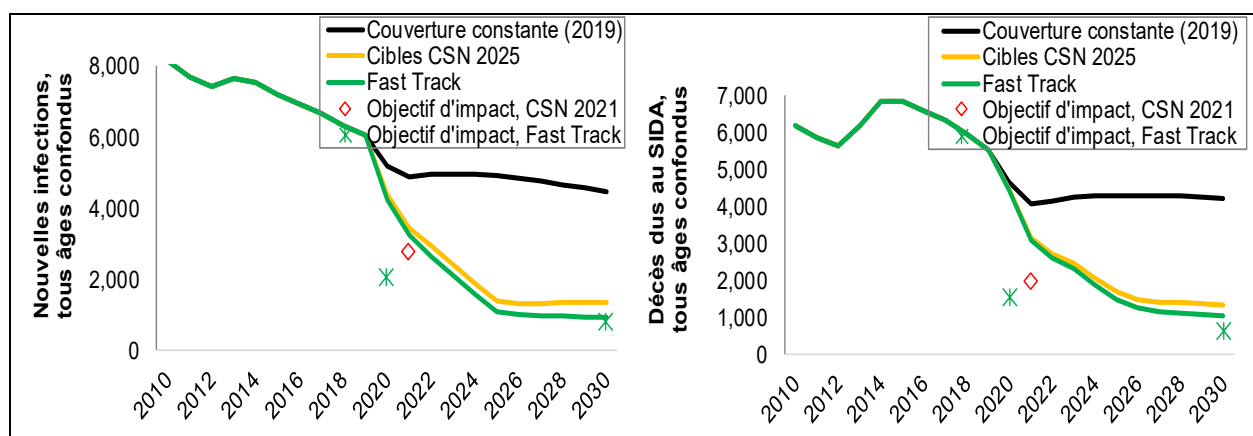


Figure 5 : Nouvelles infections et décès dus au SIDA, sous Couverture constante après 2019

La **Figure 6** ci-dessous montre les nombres de PLVVIH sous TARV, par scénario.

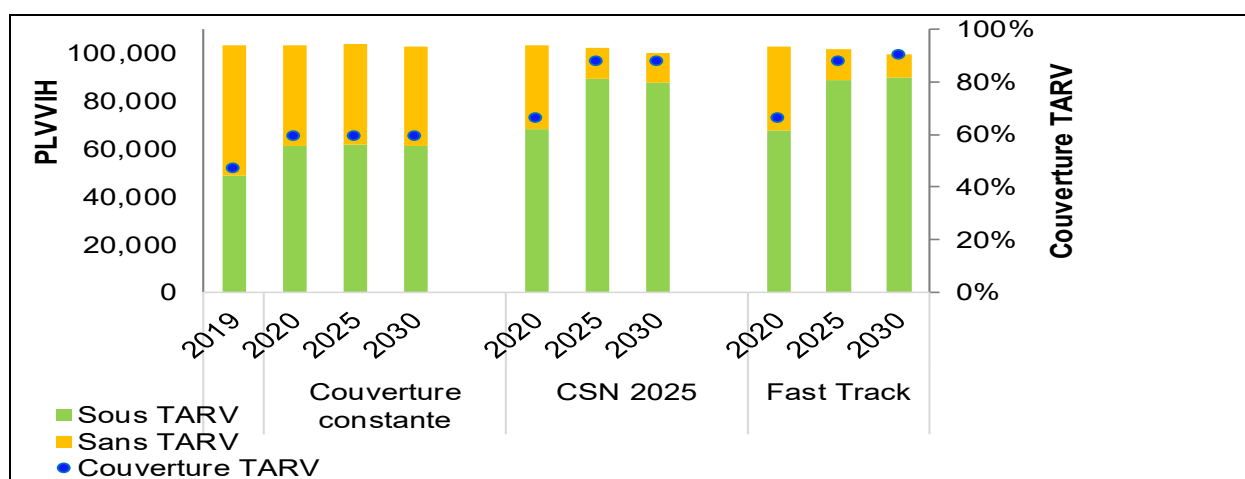


Figure 6 : Les PVVIH (>15 ans) sous et sans TARV par scénario

La **Figure 7** ci-dessous montre que les nouvelles infections infantiles devraient sensiblement diminuer dans les deux scénarios. Cette réduction suivra la mise à l'échelle du PTME (d'une couverture de 33% en 2019), ainsi que d'une baisse prévue de la prévalence des femmes enceintes.

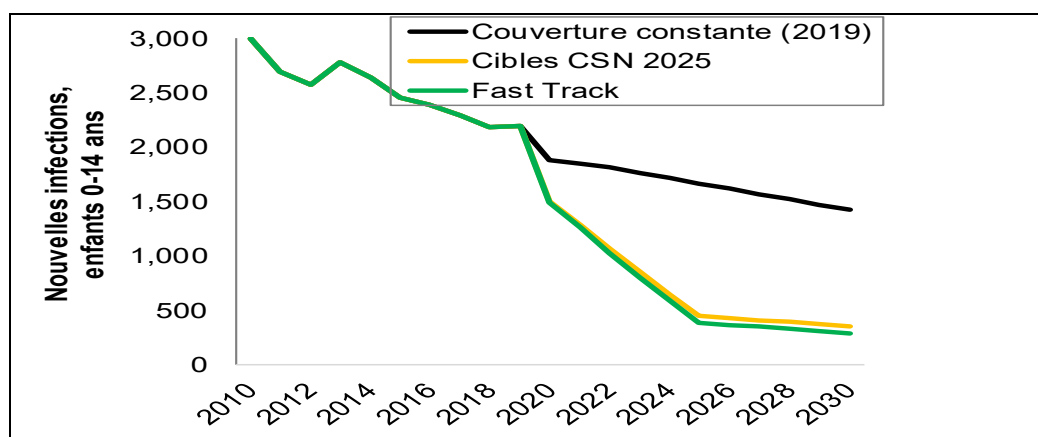


Figure 7 : Nouvelles infections parmi les enfants (0-14 ans)

La **Figure 8** ci-dessous compare les nouvelles infections à VIH avec décès de toutes causes confondues parmi les PVVIH, dans le scénario atteignant les cibles proposées pour le CSN

2021-2025. Les lignes se sont croisées en 2015, indiquant le début d'une transition épidémique selon laquelle le nombre de PVVIH continue à diminuer.

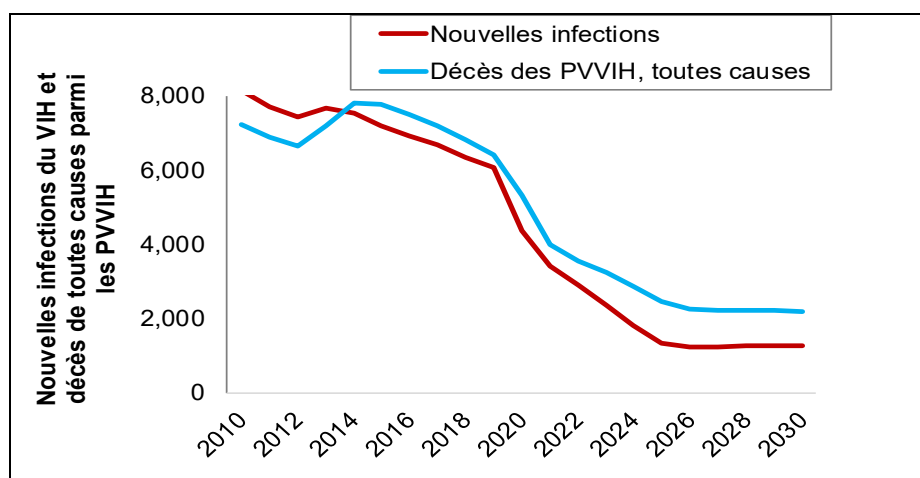


Figure 8: Nouvelles infections et décès parmi les PVVIH, dans le scénario du PSNI 2021-2025

5.1.6 Scénarios du PSNI 2021-2025 et Fast Track : Impact sur l'épidémie

Les projections des nouvelles infections et des décès dus au SIDA dans les 3 scénarios sont présentées dans le **Figure 8**. Dans le scénario du CSN 2021-2025, comparé à la Couverture Constante, dans l'année 2030 les nouvelles infections diminuent d'environ 4,500 à 1,350 (soit d'un 70%) en 2030, évitant ainsi 23 700 nouvelles infections pendant 2020-2030, soit 45% du total des infections. Les décès liés au SIDA diminuent de 4 225 à 1,341 (soit, de 68%) en 2030, évitant ainsi 23 300 décès (soit 50%) sur 2020-2030. Ces impacts représentent une nette amélioration comparée au scénario de couverture constante.

En définitive, comparé au scénario du PSNI 2021-2025, le Fast Track augmenterait les impacts légèrement. L'avantage de Fast Track est plus important pour les décès que pour les infections, grâce aux cibles de Fast Track pour le TARV : sa couverture adulte, ainsi que la suppression virale.

5.2 Synthèse épidémiologique de la TB

Le système d'information et la charge de la maladie au Mali ont été évalués lors d'une revue épidémiologique qui a été réalisée dans la même période que la revue programmatique. Le système d'information a été analysé selon le référentiel de l'OMS et l'analyse des données de routine a été faite tant au niveau national qu'au niveau régional.

5.2.1 Incidence et notification de la TB

Selon le rapport annuel 2019 de l'OMS sur la TB, le taux d'incidence de la TB au Mali a été estimé à 53 (35–76) cas pour 100 000 habitants en 2018 avec une mortalité (toutes formes, hors VIH +) estimée à 7.7 (4.6–11) décès pour 100 000 habitants (source : www.who.int/tb/data). Aussi bien la nombre décès TB que l'incidence ont diminué entre 2000 et 2018 avec respectivement une baisse globale de 41% et 31% soit une baisse annuelle modérée de respectivement 2,1% et 1,7% par an. En 2018, le nombre de cas incidents de TB était estimé à 10 000 (6 700-14 000) avec une notification effective au cours de cette même année de 6 889 nouveaux cas et rechutes de TB (toutes formes) soit une couverture de traitement de 67% et un gap de détection de 33% de cas de TB estimés (**Figure 9,10**).

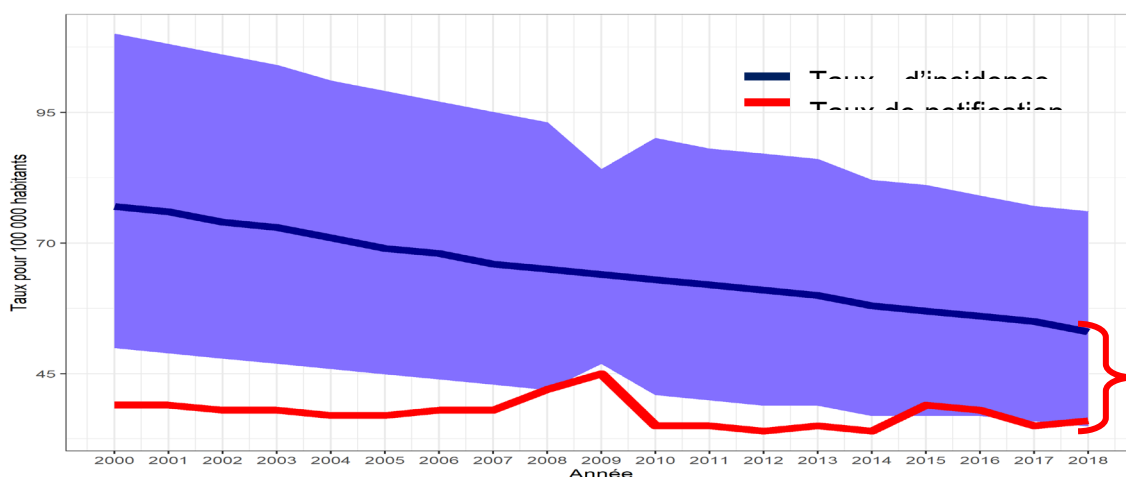


Figure 9 : Taux de notifications TB et taux d'incidence estimé OMS, Mali, 2000-2018

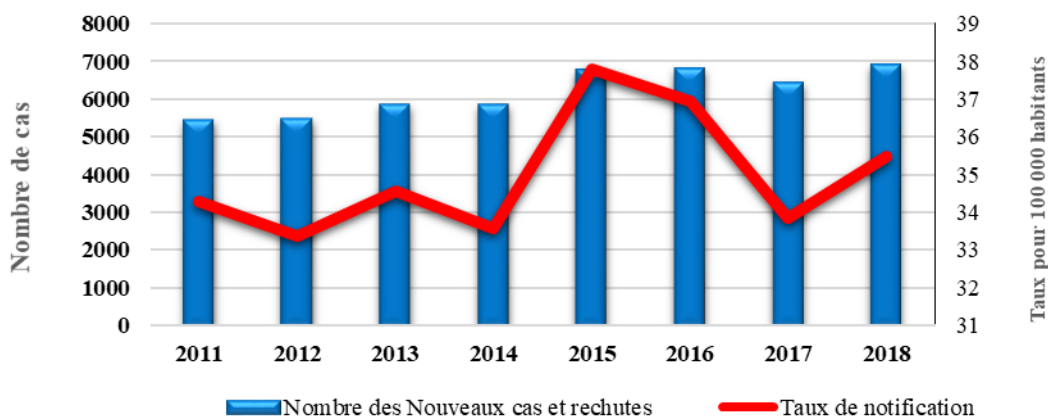


Figure 10 : Nombre et taux de notifications TB et rechutes, Mali, 2011-2018

5.2.2 Distribution temporelle et géographique des cas TB notifiés

La notification de la TB au Mali est irrégulière. En 2018, 6 889 cas de TB (nouveaux cas et rechutes) ont été déclarés. Une amélioration du dépistage était survenue entre 2007 et 2009 avant une chute en 2010 à rattacher à l'arrêt de la subvention du Fonds mondial en 2009. En 2018, le taux de notification des cas de TB était de 35 pour 100 000 habitants après une hausse de (37-38 cas pour 100 000 habitants) entre 2015 et 2016. Cette évolution irrégulière peut être en partie expliquée par la crise politique et sécuritaire que connaît le pays depuis 2012 avec une amélioration passagère du dépistage en 2015 et 2016. On retiendra l'influence forte de la situation sur le dépistage ainsi que la capacité du programme à augmenter son dépistage même si c'est sur des périodes limitées. Les disparités régionales sont liées à la situation sécuritaire régionales (**Figure 11**).

Les taux les plus bas ont été observés dans les régions de Kidal, Kayes, Ségou et Sikasso. Les taux ont stagné et sont irréguliers dans toutes les régions à l'exception des régions de Kayes et Koulikoro qui affichent plutôt une évolution ascendante expliquée par une situation sécuritaire plus stable. La désagrégation par région montre que le gap de détection est plus marqué dans les régions de Bamako (28,57%), de Koulikoro (16,66%), de Sikasso (16,47%) et de Mopti (11,71%).

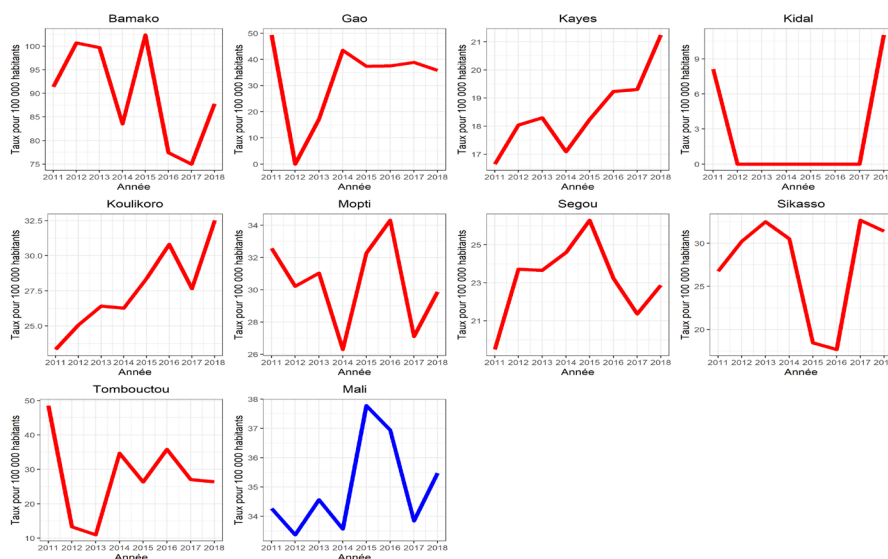


Figure 11 : Taux de notification TB par région et par année de 2011 à 2018 au Mali

La désagrégation par région montre que le gap de détection est plus marqué dans les régions de Bamako (28,57%), de Koulikoro (16,66%), de Sikasso (16,47%) et de Mopti (11,71%). La désagrégation des données par CSRef montre que vingt CSRef concentrent 70% des gaps de détection dont 28% situés dans la région de Bamako.

5.2.3 Répartition des cas TB notifiés selon la forme clinique et les antécédents thérapeutiques

Les proportions des formes cliniques de TB sont restées stables sur les dernières années. La forme de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement (TPB+) était la forme principalement diagnostiquée et représentait 67% des cas en 2018 suivi des TEP (19%) et des TPB- (14%). Le recours aux soins semble tardif avec un taux de positivité élevé à 13% avec des disparités entre les régions, variant de 12% pour Kayes à 19% pour Mopti. Les régions de Ménaka (91%), Tombouctou (90%), Mopti (79%), Gao (79%) et Ségou (77%) sont celles qui notifient beaucoup plus de cas de TPB+ avec une proportion supérieure à 70%. Les plus fortes proportions de cas TEP ont été observées dans les régions de Bamako (30%), Koulikoro (21%). Les plus fortes proportions de cas de TPB- ont été observées dans les régions Sikasso (31%), Kidal (20%) et Kayes (16%) (**Figure 12**).

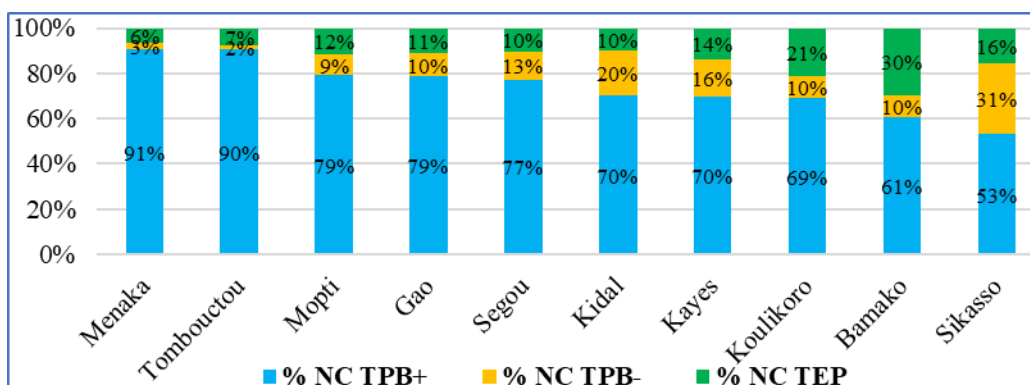


Figure 12 : Proportion des cas TB déclarés par forme clinique de TB et par région, Mali

5.2.4 Proportion de cas déclarés par âge et par sexe

Les données réparties par sexe et par classe d'âge montrent que la majorité des cas TB (44%) surviennent dans la tranche active des jeunes adultes de 25 à 44 ans, tant chez les hommes que chez les femmes avec un sex ratio de H/F de 2/1 en 2018. (**Figure 13, 14**). Chez les enfants de 0-4 ans et 5-14 ans, on note une très faible proportion de cas notifiés quel que soit le sexe.

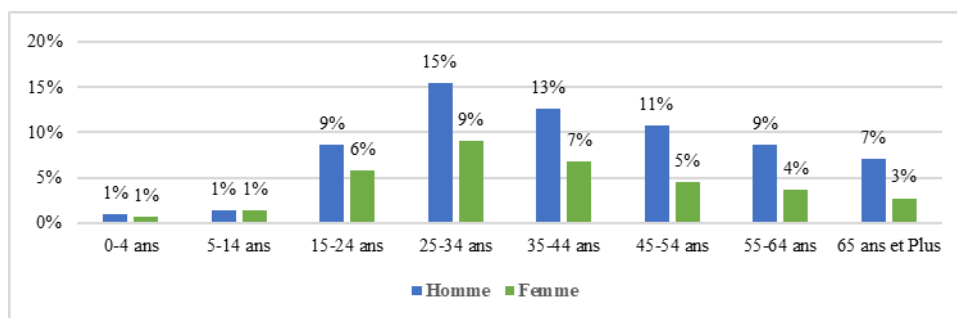


Figure 13 : Proportion de cas de TB toutes formes par âge et sexe en 2018

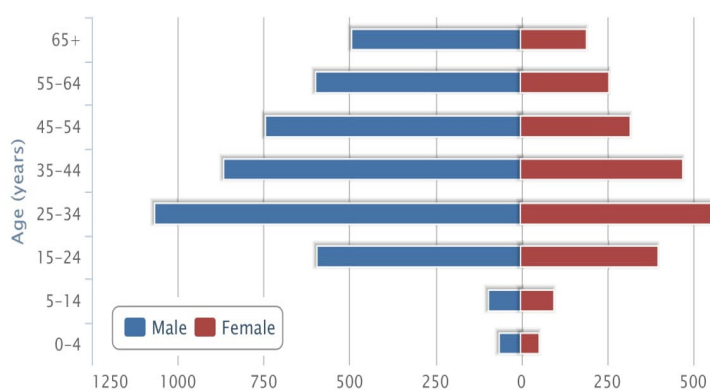


Figure 14 : Ratio des notifications Homme/Femme en 2018

5.2.5 Détection des cas de TB chez l'enfant

En 2018, le programme national de lutte contre la tuberculose infantiles 0-14 ans soit 4 % des cas de tuberculoses toutes formes communes détectés avec une augmentation de cette proportion depuis 2014 et un ratio 0-4 ans sur 4-15 ans de 0,65 en 2019 en dessous de la norme OMS attendue de 1,5 à 3 (Tableau 6).

Tableau 6 : Evolution du ratio 0-4 ans/5-14 ans de 2015 à 2018

Année	2015	2016	2017	2018
Ratio 4 ans/5-14 ans	0,4	0,8	0,6	0,6

5.2.6 Tuberculose et VIH

La couverture du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux était de 71% en 2018 et demeure en deçà des cibles de 90% de l'OMS avec une amélioration depuis 2013 et un taux de positivité en baisse régulière de 2013 atteignant 10% en 2018 (**Figure 15**).

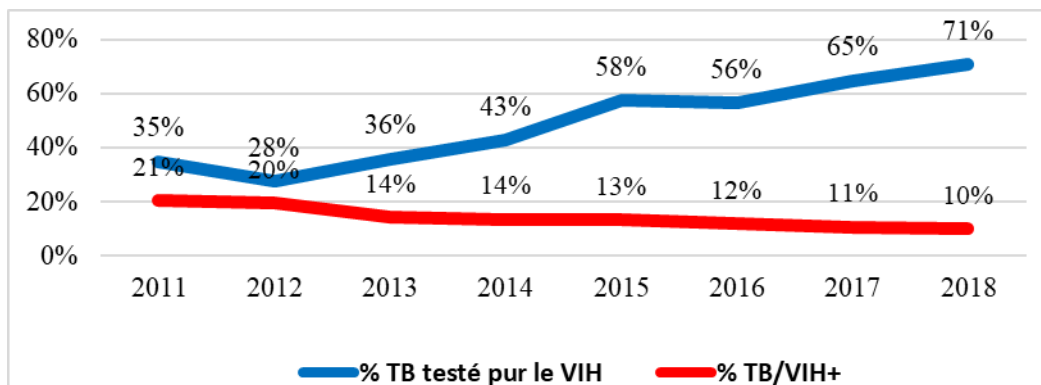


Figure 15 : Evolution du dépistage du VIH chez les patients TB, 2011-2018, Mali.

A l'échelle régionale, la proportion des cas TB ayant un statut VIH connu est variable en fonction des régions. En effet, cette proportion a varié de 14% à Kidal (zone abritant des troubles sécuritaires) à 97% Menaka. La séroprévalence du VIH parmi les patients TB a varié de 0% à Kidal et Menaka à 13% à Bamako et Sikasso (**Figure 16**).

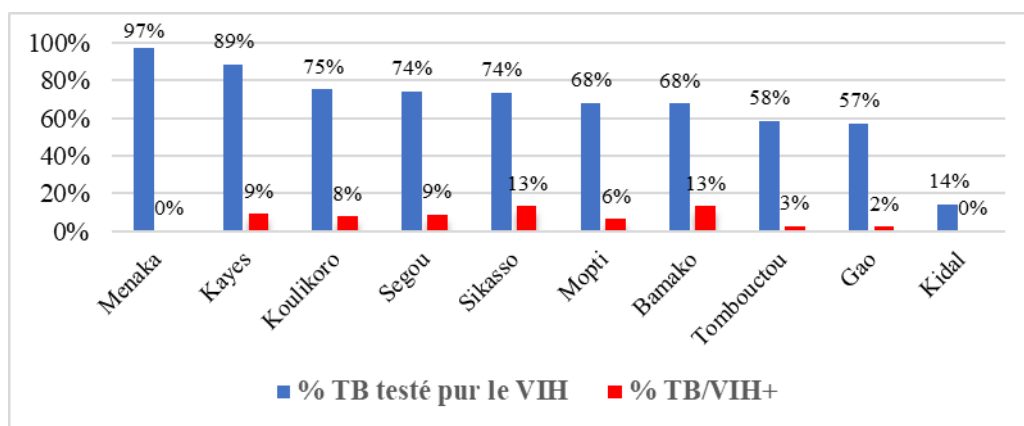


Figure 16 : Dépistage du VIH chez les cas de TB par région, 2018, Mali

Parmi les patients co-infectés TB/VIH, 95% ont été mis sous TARV en 2018, soit une nette amélioration comparativement à 2011 (68%). La proportion de patients co-infectés TB/VIH mis sous cotrimoxazole est également en amélioration entre 2011 (57%) et 2018 (93%) (**Figure 17**).

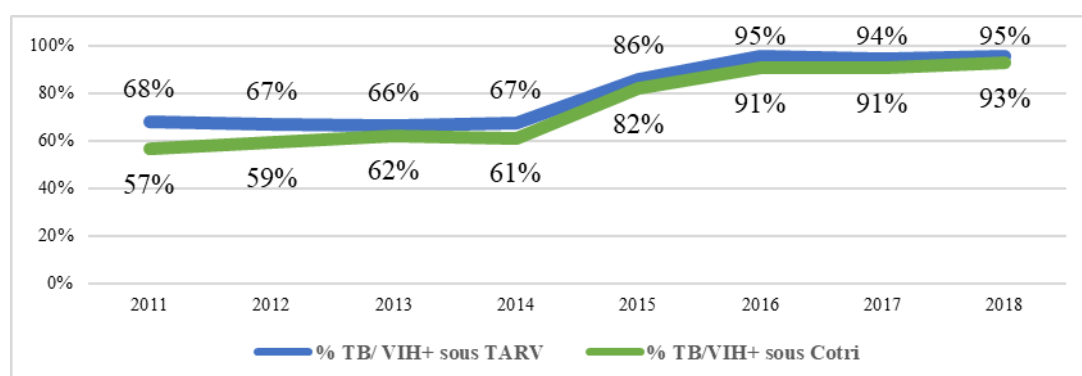


Figure 17 : Traitement de l'infection à VIH chez les cas de TB, 2011-2018, Mali

La couverture de la mise sous traitement ARV des patients co-infectés TB/VIH était très bonne en 2018 dans les régions de Bamako (100%), Gao (100%), Ségou (96%), Kayes (96%), Sikasso (94%) et Koulikoro (92%). Dans les autres régions : Kidal (0%), Menaka (0%), Tombouctou (75%) et Mopti (84%) la performance atteinte n'est pas bonne (**Figure 18**).

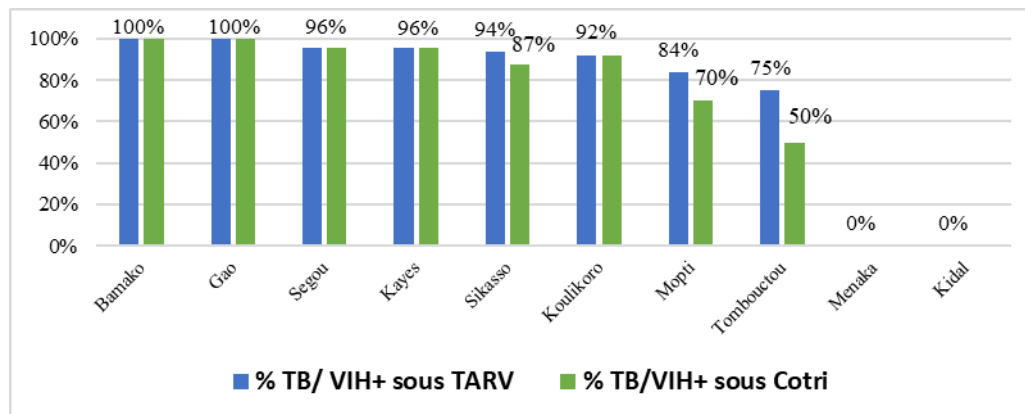


Figure 18 : Traitement de l'infection à VIH chez les cas de TB par région en 2018, Mali

5.2.7 TB pharmaco résistante

Selon les estimations de l'OMS pour 2018, au Mali la prévalence de la résistance à la rifampicine chez les nouveaux cas est de 2,4% et de 15% chez les cas de retraitement représentant 82 (4-230) TB-RR parmi les nouveaux cas et 110 (1-220) par les cas déjà traités. La toute première enquête nationale sur la résistance aux médicaments antituberculeux est en cours. Cette enquête a démarré en 2019 et les analyses sont en cours. En 2018, 91% des retraitements (392/431) ont été testés pour la recherche de résistance. Les directives nationales de prise en charge de la TB pharmaco résistante au Mali recommandent la surveillance de routine de la résistance chez les cas d'échec, de rechutes, de reprises après abandon, les sujets-contact de patients TB Multirésistante et Résistante à la Rifampicine (MR-RR) et les patients sous traitement de 1ère ligne qui ont un frottis fortement positif (2+ ou 3+) à la fin du 2^{ème} mois et qui ne présentent aucune amélioration clinique. En 2018, le nombre de cas présumés soumis au dépistage de la TB pharmaco-résistante était de 1 868. Ceux confirmés résistants au laboratoire étaient de 29 (2%). Parmi ces cas résistants, 28 (97%) ont bénéficié du traitement de seconde ligne. La situation est pratiquement similaire depuis 2015 (**Figure 19**).

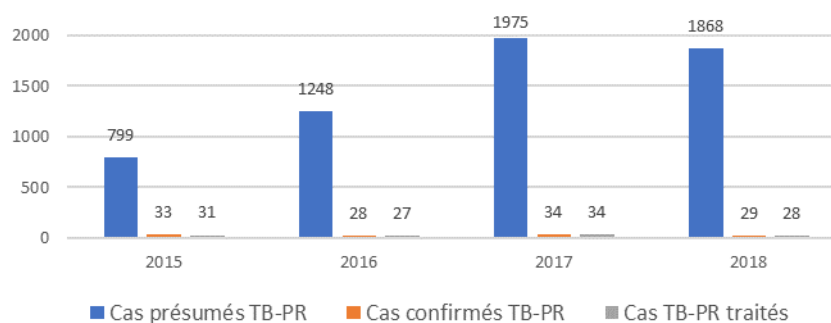


Figure 19 : Cascade de prise en charge de la TB-MR, Mali, 2015-2018

5.2.8 Thérapie préventive

Les données relatives à la prévention de la tuberculose montrent un total 2 105 personnes sous thérapie préventive dont 351 enfants et 1 953 PVVIH. La mise en œuvre de la Thérapie préventive est faible aussi bien chez les enfants que chez les PVVIH. Les nouvelles recommandations pour l'adoption de la Rifapentine et la prise en compte des cibles adultes inclus dans les UNHLM ne sont pas encore adoptées par le pays. Le screening systématique des cas contacts qui selon les normes du programme sont dévolues aux communautaires n'est pas effectif et doit être organisé. Le Mali ne dispose pas de politique spécifique pour la recherche active des cas contacts mais cette stratégie est intégrée dans ses directives. Les données sur le nombre de cas contacts détectés pour la TB ne sont capturées par les outils du PNLT.

5.3 Synthèse épidémiologique des Hépatites virales

L'analyse des données de la transfusion sanguine monte en 2017 que 66 973 poches de sang ont été collectées dont 48 508 à Bamako et en 2018 ce nombre est passé à 76 148 poches de sang collectées dont 55 935 à Bamako. Le taux de positivité des marqueurs infectieux dans la population des donneurs de sang du CNTS a diminué de 2017 à 2018 passant de 2,34% à 1,9% pour le VIH/SIDA. On observe un léger fléchissement de 2017 à 2018 de 10,72% à 10,17% pour l'Hépatite B (VHB) et augmente pour l'Hépatite C (VHC) 1,53% à 3,9%.

Les hépatites virales ont souffert au Mali d'une insuffisance de sensibilisation et d'un défaut de priorisation dans les programmes nationaux de santé. La Loi N° 2019 – 021 du 3 juillet 2019 portant création de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les Hépatites Virales, permettant ainsi de prendre en compte les hépatites virales dans le Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire 2014-2023. L'analyse épidémiologique des hépatites virales met en évidence des données limitées sur la charge de morbidité, et l'influence de certains déterminants de la santé.

5.3.1 Des données limitées sur la charge de morbidité.

La Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) est l'organe de coordination du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS). Dans son annuaire, les hépatites ne sont mentionnées que dans les activités du Centre National de Transfusion Sanguine. Il ne comporte aucune donnée relative aux hépatites virales en ce qui concerne les activités de consultations externes et les activités hospitalières. Les informations stratégiques telles que les prévalences nationales et la mortalité (par hépatite aiguë, cirrhose, cancer du foie) font défaut.

Selon le Scorecard Hépatites de l'OMS 2019, le taux de prévalence du VHB au Mali est estimée à 8,5% dans la population générale et 4,9% chez les enfants de < 5 ans. Ce taux est de 3,1% pour le VHC dans la population générale. Le nombre de porteur chronique est de 1 503 000 pour le VHB et 160 000 pour le VHC. Un taux de prévalence du VHB de 14,9% dans un quartier de Bamako a été rapporté dans une étude de l'hôpital Gabriel Touré. Pour l'hépatite C, les données sont très variables, avec des taux de prévalence plus faibles : 0,2% chez les femmes enceintes et 0,55 à 3,3% chez les donneurs de sang. Les travaux portant sur la co-infection du VIH avec les virus des hépatites sont rares ; une étude a rapporté une prévalence de 21% pour la co-infection VIH/VHB, et 8,3% pour la co-infection VIH/VHC. Enfin en dehors des PVVIH, la distribution des hépatites B et C dans les autres groupes à risque n'est pas documentée au Mali : les personnels de santé, des transfusés et des hémodialysés, des

usagers de drogues injectables, des transgenres, des prisonniers, des TS, des HSH, les contacts familiaux et sexuels des personnes atteintes d'hépatite B.

6. Synthèse de la riposte nationale aux maladies prioritaires ciblées

6.1 Synthèse de riposte au VIH

Le rapport de la revue à mi-parcours du Cadre Stratégique National 2017-2021, effectuée en Février 2020 montre l'engagement du Mali à travers la Déclaration de Politique Nationale en matière de lutte contre le VIH et le sida à savoir « Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 » conformément à la déclaration politique de juin 2016 à New York à l'occasion de la Réunion de Haut Niveau. Le **Tableau 7** présente les principales réalisations et indicateurs de la prévention hors PTME.

6.1.1 Les services de Prévention hors PTME

Accès aux services : Pour le Mali, selon la couverture des interventions actuelles et leur coûts au niveau de 2019, les interventions dont le rapport coût-efficacité est le plus favorable, sont: Distribution de préservatifs, sensibilisation des jeunes et sensibilisation des PS et UDI, Mobilisation communautaire et TARV dans la population générale, les activités de sensibilisation menées en 2017 sur : i) La distribution de 706 282 préservatifs masculins et féminins ii) La confection et la distribution de pagnes, de t-shirts, de casquettes, et de portes clés iii) Les campagnes de sensibilisation pour la population générale c). Des campagnes de dépistage auprès des Jeunes Scolarisés et Non Scolarisés et dans les gares routières, les quais, les marchés, les sites miniers et les grands carrefours (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Synthèse des réalisations et indicateurs de Prévention VIH/sida hors PTME

SERVICES	INDICATEURS	ANNEES			COMMENTAIRES
		2017	2018	2019	
Sensibilisation	Distribution de préservatifs M&F	706 282			Structures (publique, privé, société civile),
	Distribution : pagnes, t-shirts, casquettes, portes clé				Campagne du mois de lutte contre le VIH et le sida par la CSLS-TBH
	Jeunes Scolarisés et non Scolarisés				
	Dépistage de la population générale		2 099		18 cas positifs et soit 0,86%
	Dépistage des populations clés		253 cas positifs		Gares routières, les quais, les marchés, les sites miniers.
	Miniers	5 789	4 613	5 035	Augmentation de 9% en 2019
	Personnes handicapées	321	502	4 520	Augmentation de 800% en 2019
Dépistage population générale	Sites Centre de dépistage	26	16	15	Une variation de -6.3%. Cette baisse limite l'accessibilité au dépistage au niveau communautaire.
Dépistage populations clés	Sites offrant les services (PS, HSH)	19	33	29	Légère baisse en 2019
	Nombre de personnes sensibilisées	26 456	37 379	53 526	
	Préservatifs M&F distribués	3 584 183	4 592 911	4 270 540	Augmentation de 28,14% en 2018
	Gels lubrifiants		64 825		Au niveau des miniers
Sécurité transfusionnelle	Séroprévalence VIH des poches de sang	2,27%	1,38%	ND	

Les sites CCDV sont passés de 26 en 2017 à 16 en 2018 et à 15 en 2019 soit une variation de - 6.3 %. Cette baisse limite l'accessibilité au dépistage au niveau communautaire. Cependant les sites intégrés aux structures de santé ont connu une augmentation de 2017 (202 sites) à 2018 (223 sites) et en 2019 (224 sites), soit respectivement une variation de 10,4% de 2017 à 2018, et de 0,4% de 2018 à 2019. On enregistre également la distribution de 45 504 préservatifs Masculins au cours de la campagne 2018 et 70 396 préservatifs masculins et 64 825 Gels lubrifiants distribués au niveau des miniers.

Sensibilisation : Le pourcentage de miniers sensibilisés a régressé de 2017 (5 789) à 2018 (4 613) soit -20% et ce nombre a connu une augmentation en 2019 (5 035) soit 9%. Au niveau des personnes vivant avec un handicap, le nombre de personnes sensibilisées a connu une augmentation très significative : 2017 (321), 2018 (502) soit 56 % et en 2019 (4 520), soit 800%.

Préservatifs masculins et féminins : Globalement les structures de mise en œuvre des activités auprès des populations clés notamment IMADEL, ENDA, SOUTOURA, APPF, ARCAD Santé PLUS, AMPRODE Sahel, ont distribué 3 584 183 des préservatifs Masculins et Féminins en 2017 ; 4 592 911 en 2018 et 4 270 540 en 2019 soit une augmentation de 28,14% entre 2017 et 2018.

Dépistage ou test du VIH au sein de la population générale selon les sites : Le dépistage du VIH dans la population générale au niveau des sites intégrés a montré une baisse du taux de séropositivité de 2017 (6,80%) à 2018 (5,79 %) et en 2019 (5,71%). Le dépistage au cours de la campagne nationale, la prévalence a augmenté de 2017 (1,41%) à 2018 (1,75%), puis en 2019 ce taux a connu, une baisse (0,21%). Le taux cumulé a enregistré une baisse.

Dépistage ou test du VIH au sein des populations vulnérables : Le dépistage au sein des populations vulnérables (miniers, détenus, handicapés, militaires, routiers et jeunes de 15-24 ans) : dans ce groupe, le taux est plus élevé chez les militaires (3,18% en 2017, 5,35% en 2018 et 7,91% en 2019) suivi par les routiers dont le taux connaît une baisse (7,14 % en 2017, 4,90% en 2018 et 1,64% en 2019), et par la population carcérale (1,24 en 2017, 1,38% en 2018, et 1,63% en 2019)

Dépistage du VIH des Jeunes Scolarisés et des Jeunes non Scolarisés : La campagne de dépistage a concerné 14 304 élèves et étudiants dans 48 établissements de l'enseignement général technique professionnel et universitaire et 4 523 personnes dans 27 lieux de regroupement (les gares routières, les quais, les marchés, les sites miniers (Orpaillage/Cimenterie/Exploitants de Sable) et les grands carrefours.

Après analyse des informations collectées auprès des personnes dépistées, les informations sur l'âge de 320 personnes (1,7%) et sur le sexe de 35 personnes (0,2%) sont manquantes soit 355 personnes sur un total de 18 827 personnes dépistées. La séroprévalence VIH de l'ensemble de la population dépistée lors de cette campagne est de 0,3%. Cette analyse des résultats du dépistage VIH chez les Jeunes au Mali révèle une prévalence VIH de 0,09 % chez les jeunes en milieu scolaire contre 1,0% chez les jeunes non scolarisés.

Avec le projet ATLAS au Mali avec l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et SOLTHIS comme lead, le projet a été lancé le 19 juin 2019 avec les communautaires (ARCAD Santé, Soutoura, AMPROD Sahel, Danayaso, Cerkes et Walé) et leur réseau de pairs éducateurs assure une mise à disposition de l'autotest auprès des partenaires des PVVIH, le canal IST et les populations clés et leurs partenaires. Fin 2019, 7 763 kits d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) ont été dispensés dont 80% aux HSH et TS en stratégie avancée.

Sécurité transfusionnelle : Les examens de sécurité transfusionnelle font apparaître les résultats suivants : En 2017 sur 18 465 poches collectées, 388 sont VIH+, 1 938 anti-Hbs+, 319

BW+ et 442 VHC+. Le nombre le plus élevé pour le VIH+ est relevé à Sikasso (131) de même que le nombre de VHC+ (213) ; pour le BW+ à Ségou (165). Sur les poches de sang collectées, Sikasso compte à peu près le 1/3 soit 28%. De plus, Au niveau du CNTS Bamako sur 48 508 poches collectées, 1 136 sont VIH+, 5 200 HBS+, 0 BW+ et 743 VHC+. En 2018, sur 20213 poches collectées, 228 sont VIH+, 1 938 anti-Hbs+, 576 BW+ et 447 VHC+. Le nombre le plus élevé pour le VIH+ est relevé à Sikasso (111) de même que le nombre de VHC+ (149) ; pour le BW+ à Ségou (278). Sur les poches de sang collectées, Sikasso compte à peu près le 1/3 soit 28%. En 2018, sur 55 935 poches collectées, 830 sont VIH+, 5 630 anti-Hbs+, 25 BW+ et 938 VHC+. Au total, dans sept antennes régionales (Kidal non compris) plus le CNTS de Bamako, sur 66 973 poches collectées en 2017, 1 524 étaient VIH+, soit une prévalence de 2,27% supérieure à la moyenne nationale. En 2018, sur 76 148 poches collectées, 1 058 étaient VIH+, soit 1,38%. D'où une diminution de la prévalence constatée au cours de la période.

6.1.3 Principales réalisations de la PTME

Le pays enregistre 1 108 sites PTME et de 178 sites de diagnostic précoce en 2019. Nous enregistrons une augmentation du nombre de site PTME de 34% de 2017 à 2018 et 19% de 2018 à 2019. Une analyse comparative nous permet de voir que les régions de Koulikoro, Mopti, le district de Bamako, Kayes, Sikasso et Ségou détiennent respectivement 18,7%, 15,3%, 15,0 %,14,2,13,0% et 12,5%. Soit au total 89% du nombre total de site PTME. Les mêmes régions ont 100% des sites de Diagnostic Précoce (DP) et l'ensemble des régions du nord n'ont aucun site DP. Les sites de dépistage précoce représentent en moyenne 13,8% de l'ensemble des sites PTME et DP. C'est à Mopti et Bamako où le taux est 20% et plus. L'ensemble des régions du nord disposent d'aucun site DP.

Appareils de diagnostic précoce : Dans le cadre du DP des enfants nés de mères séropositives, le parc des appareils a été renforcé avec la dotation de l'appui de l'UNICEF à 20 appareils m-PIMA (Aleré Q) dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti en 2018 et 2019. Ces appareils ont permis de tester dans les régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti), 266 enfants nés de mères séropositives dont 30 positifs soit 11,28% (30/266) en 2018 et 9,80% (69/704) en 2019. L'Institut de Recherche en Santé Publique (INRSP) à Bamako, sur 1 127 personnes 95 étaient positives à la DBS (8,42%) en 2018, et sur 1 174 personnes, 88 positives à la DBS (7,49%) ont été enregistrées.

Résultats d'indicateurs PTME/VIH : Entre l'EDSM 2006 et 2018, le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des 2 années précédant l'enquête, qui ont reçu le conseil sur le VIH, qui ont fait un test du VIH au cours d'une visite prénatale et qui ont reçu les résultats est passé de 4 % en 2006 à 12 % en 2018. Le DS de Bamako et la région de Gao enregistrent les pourcentages les plus élevés (respectivement, 32 % et 24 %). À l'opposé, les régions de Kidal (2 %), Sikasso (7 %) et Tombouctou (7 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles. Entre 2017 et 2018, le nombre de femmes enceintes vues en CPN, conseillées et testées a augmenté de 20% et le pourcentage des femmes enceintes séropositives a augmenté de 10% ; le nombre de femmes ayant reçues les ARV n'a pas varié (0%). Concernant les nouveaux nés de mères séropositives, le nombre a augmenté de 4%, tous ont reçu l'ARV (4%). Pendant la même période, 78% d'enfants ont été testés à 18 mois.

Pour 2018 à 2019, le nombre de femmes enceintes vues en CPN, conseillées a enregistré 10%. Une diminution de -17% a été enregistrée au niveau des femmes enceintes testées et -18% au niveau des femmes enceintes séropositives ; le nombre de femmes ayant reçues les ARV a diminué (-21%). Concernant les nouveaux nés de mères séropositives et ceux qui ont reçu les ARV, le nombre a diminué (-1%), ont reçu l'ARV (4%). Pendant la même période, -31% d'enfants ont été testés à 18 mois. Enfin, les femmes enceintes vues pendant la CPN1, en salle de travail et testées au VIH sont passées de 368 298 en 2017 à 441 537 en 2018 et 486 599 en

2019 avec respectivement une prévalence de 0,52% en 2017, 0,47% en 2018 et 0,46% en 2019.

Tableau 8 : Les insuffisances de la PTME au Mali

Domaines	Insuffisances
Le dépistage de femmes enceintes attendues	54,3% de femmes enceintes n'ont pas bénéficié de services PTME,
	26,8% de femmes conseillées n'ont pas bénéficié de dépistage.
	La mise sous ARV des femmes testées positives : 10% de femmes réellement testées positives n'ont pas bénéficié de soins ARV dans le cadre de la PTME ;
	L'effectivité de la mise en œuvre du « Tester – Traiter » : 8% des PVVIH connues ne bénéficient pas de traitement ARV ;
	La délégation des tâches du personnel n'est pas appliquée à hauteur de souhait,
	Le maintien des patients sous ARV : Bamako compte le plus grand nombre de patients perdus de vus ;
	La recherche des signes cliniques de la TB chez les PVVIH suivis a été effectuée chez seulement 48% au 1er semestre et 62% au 2ème semestre 2018 ;
	Difficultés de remontées des rapports d'activités (PTME, compte rendu de gestion du stock, données des laboratoires et des populations clés) ;
	Le traitement du VIH est gratuit au Mali, mais les examens biologiques (biochimie) restent payants avec la problématique de la maintenance des appareils de suivi biologique ;
	Faible taux de saisie des données logistiques médicaments (ARV et réactifs) dans OSPSANTE via le DHIS2.
L'atteinte des 3X90	Faible financement du dépistage, surtout pour des campagnes de dépistage avancé dans la communauté ;
	Insuffisance dans mise en œuvre de l'autotest ;
	Insuffisance dans la mise en œuvre de la stratégie « tester traiter » ;
	Non systématisation de la recherche active des perdus de vue et le maintien sous traitement des PVVIH par une aide à l'observance ;
	Difficultés à mener des campagnes de charge virale pour les patients dans les zones difficiles et les patients très éloignés des sites de prise en charge ;
	Rupture périodique de l'approvisionnement en Réactifs de charge virale.
	Non identification au sein de la file active des personnes devant faire l'objet d'un examen par DBS en routine.
Finances	Les montants sont des annonces collectées et non tirés des accords de financement signés ;
	Les contributions de certains partenaires bilatéraux, multilatéraux n'ont pas été disponibles ;
	Les montants annoncés pour les années 2019, 2020 et 2021 sont généralement des estimations qui peuvent éventuellement faire l'objet de modifications.

Au niveau de la PTME : En 2018, le taux de CPN dans les sites ayant intégrés les activités PTME était de 44,2% (441.537/ 998.696) en 2018 avec des disparités observées par régions. Seules les régions de Bamako et Ménaka ont enregistrées un taux supérieur à 80%. Toutes les autres régions ont un taux qui varie entre 26,1% et 53,0% avec le plus faible enregistré à Kayes. Cependant 55,8% (556 994) d'écart est observé dans l'année, imputable à toutes les régions du Mali (**Tableau 8**).

Dépistage du VIH chez les femmes enceintes : Il existe une disparité régionale largement en faveur du DS de Bamako. En 2018, le taux de dépistage des femmes enceintes ayant reçu le counseling était de 73,2% avec des disparités observées par régions. Seul le district de Bamako a enregistré une bonne performance (supérieur à 80%) avec un taux de 95,4%. Les taux moyens (entre 50 et 79%) sont enregistrés dans les régions de Kayes (77,9%), Ségou (76,6%), Tombouctou (73,9%), Mopti (71,6%) et Ménaka (59,1%). Les plus faibles taux (moins de 50%) sont enregistrés dans les régions de Sikasso (48,6%) et Gao (47,3%). On observe que 36,5% (364 354 sur 998 531) de femmes enceintes connaissaient leur statut sérologique pour un objectif du CSN 2017-2021 de 44,2% (441 692 sur 998 531) avec des disparités observées par régions. Seul le district de Bamako a enregistré une bonne performance (supérieur à 80%) avec un taux de 99,1%. Toutes les autres régions ont un taux faible qui varie de 20,8% à 40,7%.

Par ailleurs, il faut noter que parmi celles qui connaissaient leur statut sérologique (441 692), 837 étaient déjà sous ARV avant cette grossesse. Au cours de l'année 2018, sur les 1 722 femmes enceintes dépistées séropositives, 1 545 VIH+ ont pu bénéficier du traitement ARV soit 90%. La proportion de femmes enceintes séropositives n'ayant pas pu avoir d'ARV (4%) pourrait s'expliquer par les ruptures d'ARV au niveau des sites PTME.

Au cours de l'année 2019 (jan-sep), sur les 837 femmes enceintes dépistées séropositives, 790 VIH+ ont pu bénéficier le traitement ARV soit 94,38%. La proportion de femmes enceintes séropositives n'ayant pas pu avoir d'ARV (4%) pourrait s'expliquer par les ruptures d'ARV au niveau des sites PTME. Le taux de mise sous ARV des femmes enceintes séropositives connues était de 93,1% excepté celui de Mopti dont le taux est inférieur à 50% (**Figure 20**).

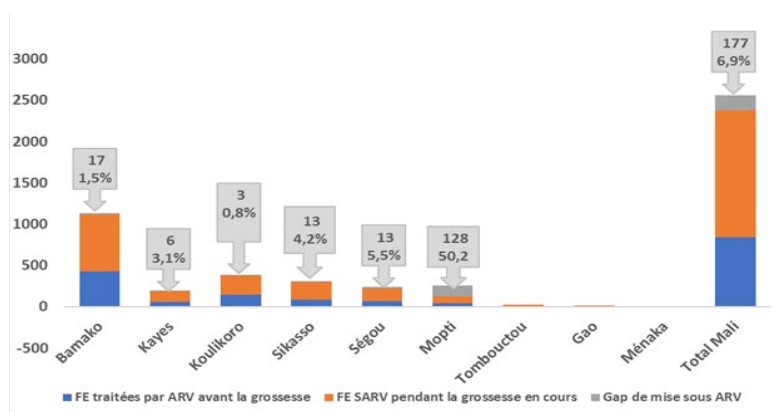


Figure 20 : Distribution de la mise sous ARV des femmes enceintes séro+ par région en 2018.

6.1.4 Le diagnostic précoce du VIH

Sur les 1 393 PCR1 effectuées (1 127 DBS et 266 appareils m-PIMA), le district de Bamako a enregistré le plus grand nombre de résultats de PCR15 soit 809 suivis de la région de Sikasso et Kayes. 125 échantillons sont positifs soit 8,97% (125/1 393 résultats de PCR1+) et dans 50,40 % des cas, ils proviennent des sites de Bamako. Le nombre de PCR1 réalisé chez les enfants nés de mères séropositives au VIH est passé de 166 en 2017, 1 393 en 2018 et à 2 010 en 2019. Au même moment le taux de séropositivité (PCR1+) est passé respectivement de 9,6% à 7,9% pour les mêmes périodes.

Sur un total de 1 299 enfants nés de mère VIH+, 1 127 (soit 86,8%) d'entre eux ont été testés par Protéine C réactive (PCR) à partir de la 6ème semaine de vie. Au total, 1 127 échantillons ont été analysés pour la PCR1, 95 sont revenus positifs soit 8,43% et dans 66,32% des cas (soit 63 des 95 résultats de PCR1+) ils appartenaient aux sites du district de Bamako. Le district de Bamako a enregistré le plus grand nombre de demande de PCR1, 809 au total soit 76,64% suivi des régions de Sikasso et Koulikoro.

En juillet 2018, le Mali, avec l'appui de l'UNICEF, a doté 10 DS prioritaires en POC pour le diagnostic précoce des nouveaux – nés de mères séropositives. Le taux de positivité est de 11,3% pour l'ensemble des districts. Seul le DS de Bankass n'a pas enregistré de cas positif. Il

⁵ La PCR1 a été réalisée avant l'âge de 2 mois après la naissance et la PCR2 après 6 mois de naissance

faut rappeler qu'aucune donnée n'est disponible pour les régions de Kidal et Taoudéni compte tenu de la situation sécuritaire.

6.1.5 Evaluation de l'atteinte des objectifs de dépistage du CSN 2017-2021

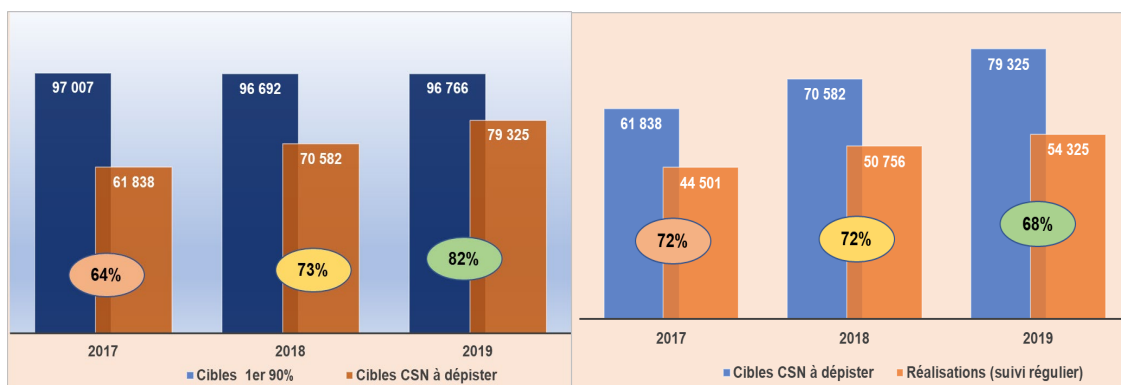


Figure 21 : Analyse comparative des objectifs et des résultats du CSN

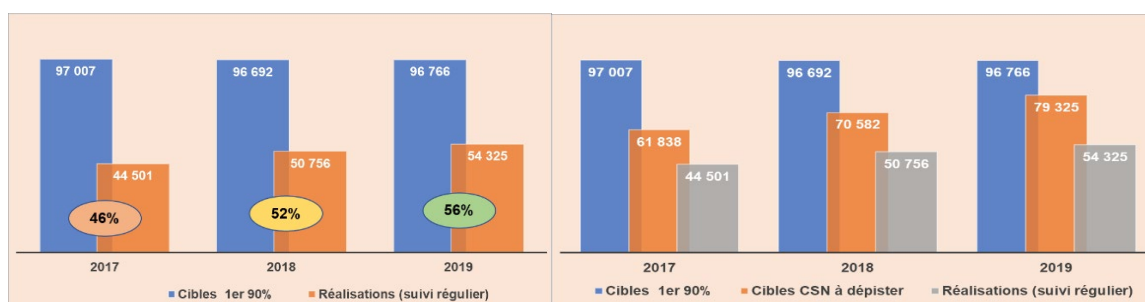


Figure 22 : Analyse de l'atteinte du 1^{er} 90%, des réalisations du 1^{er} 90 et du CSN

Il y a un gap important à combler en 2020. En effet, les objectifs de dépistage fixés dans le cadre du CSN étaient respectivement de 64% en 2017, 73 % en 2018, et 82% en 2019 par rapport à ceux du 1^{er} 90 pour la même période. L'analyse des réalisations par rapport aux cibles du CSN montre un niveau acceptable de réalisation de 72% en 2017 et en 2018, malgré une baisse en 2019 (68%). Considérant les réalisations par rapport au 1^{er} 90, les niveaux atteints sont largement en deçà des objectifs fixés : 46% pour une cible de 64% en 2017 (gap de 18%), 52 % pour une cible de 73% en 2018 (gap de 28%), et 56% pour une cible de 82% en 2019 (gap de 20%) (Figures 21, 22).

6.1.6 Domaine de la prise en charge soins et soutien

L'approche « Tester – Traiter » est une recommandation de l'OMS adopté au Mali. Elle consiste à mettre sous traitement ARV, toute personne dépistée positive au VIH sans conditions d'éligibilité au traitement et indépendamment de leur niveau de CD4.

Stratégie de la délégation de tâches : l'OMS recommande la délégation de tâches. Une lettre circulaire ministérielle n°0086/MSHP-SG a été publiée le 21 mars 2017 au personnel infirmier. Globalement, 91% des formations sanitaires dont les prestataires ont été formés sur la délégation de tâches offrent déjà des services PTME. Les principales difficultés sont : (i) financement des activités programmées ; (ii) le manque d'appropriation de l'extension par les structures opérationnelles ; (iii) dans la gestion et l'approvisionnement des produits de santé VIH ; (iv) dans le suivi de la mise en œuvre des activités programmées.

Approches différenciées : Le nombre des sites de PEC adultes n'a pas varié de façon significative : 95 en 2017, 95 en 2018 et 96 en 2019. Concernant les sites de PEC pédiatrique, le nombre est resté stationnaire à 77 de 2017 à 2019.

Résultats des indicateurs de la prise en charge : En 2017, l'ensemble des suivis réguliers sous ARV était de 42 078 (92,80% d'adultes et 7,20% d'enfants). La majorité est suivie à Bamako (55,14%) et 1 seul à Kidal. En 2018, l'ensemble des suivis réguliers sous ARV était de 47 055 (92,68% d'adultes et 7,32% d'enfants). La majorité de la file active est suivie à Bamako (54,42%). Il n'y a pas de malade suivi régulier sous ARV à Kidal et Taoudéni. En 2019, l'ensemble des suivis réguliers sous ARV était de 52 541, (92,80% d'adultes et 7,20% d'enfants). La majorité de la file active est suivie à Bamako (54,08%). Il n'y a pas de malade suivi régulier sous ARV à Kidal et Taoudéni (**Figure 23**).

En 2018, 836 enfants ont été notifiés parmi lesquels 615 ont initié au traitement ARV soit un taux d'initiation de 73,5%. Durant la même période, il y a eu 17 cas de coïnfection TB/VIH et 8 cas de coïnfection hépatite/VIH soit respectivement 2,76% et 1,30% des initiés. En 2019, 781 enfants ont été notifiés parmi lesquels 628 ont été initiés au traitement ARV soit 80,4%. Durant la même période, il y a eu 13 cas de coïnfection TB/VIH et 1 cas de coïnfection hépatite/VIH soit respectivement 2,07% et 0,15% des initiés. Le nombre d'enfants ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois (PCR 1) était de : 819 en 2017, 1 127 en 2018 et 1 174 en 2019. Les nombres d'arrêt de traitement, de décédés et de perdus de vue représentent une proportion de 41,0% des initiés aux ARV en 2017, 35,34% en 2018 et 49,04% en 2019.

Bilan initial et de suivi biologique des PVVIH : le Taux de suppression de la charge chez les PVVIH sous traitement est estimé environ 13% au 30 septembre 2018 (rapport 2018 de la CSLS-TBH). La numération des T CD4 dont le nombre réalisé est passé de 16 245 en 2017 à 17 068 en 2018. En référence au rapport de la campagne de charge virale réalisée à Bamako, selon leur niveau de charge virale par rapport à la durée sous traitement ARV avec un seuil de ≤ 1000 copies /ml, les données suivantes ont été enregistrées : d'une part, la CV indétectable est à 82% à moins de 6 mois, et à 90% à 24mois et plus, d'autre part, la CV indétectable augmente en fonction de la durée du traitement.

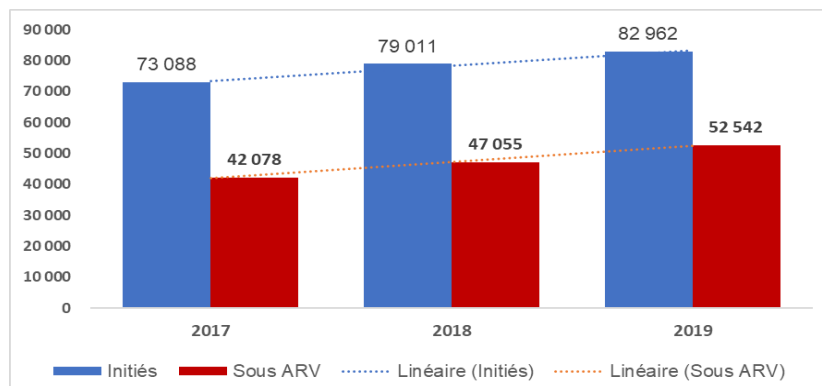


Figure 23 : Données sur le Traitement ARV de 2017 à 2019

Selon la **Figure 23**, les patients initiés du TARV sont ceux qui reçoivent le traitement pour la première fois pendant 6 mois. Le nombre total des PVVIH régulièrement suivi sous ARV est passée de 42 078 en 2017 (Taux d'assiduité de suivi de 58%) à 47 055 en 2018 (Taux d'assiduité de suivi de 60 %) et à 52 541 en 2019 (Taux d'assiduité de suivi de 61 %).

Niveau de charge virale des PVVIH sous traitement ARV : En 2018, la quantification de la charge virale en routine dont le nombre réalisé est passé de 10 603 en 2017 à 19 052 en 2018 dont 8 775 charges virales indétectables soit (46%). En 2019, le nombre de charge virale réalisé était de 11185 dont 8966 charges virales indétectables soit 80%.

Approvisionnement en ARV : Des insuffisances existent dans la collecte de l'indicateur. Cependant certains sites rapportent des ruptures de molécules tel l'Amivudine Sirop pour lesquels le profil de patients n'existe pas sur le site. Le nombre de charge virale réalisées était respectivement de : (i) 10603 dont 5168 charges virales indétectables (49%) en 2017, (ii) 19052

dont 8775 charges virales indétectables (46%) en 2018 et 11185 dont 8966 charges virales indétectables (80%) en 2019.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge est effective même si le taux de charges virales a légèrement baissé de 2017 à 2018 et a connu un bond important en 2019. Si chaque PVVIH sous ARV doit bénéficier au moins d'une évaluation de la charge virale par an, le taux de couverture actuel est très faible, soit 25% en 2017, 40% en 2018 et 21% en 2019 voir les **Figures 24, 25** ci-dessous.

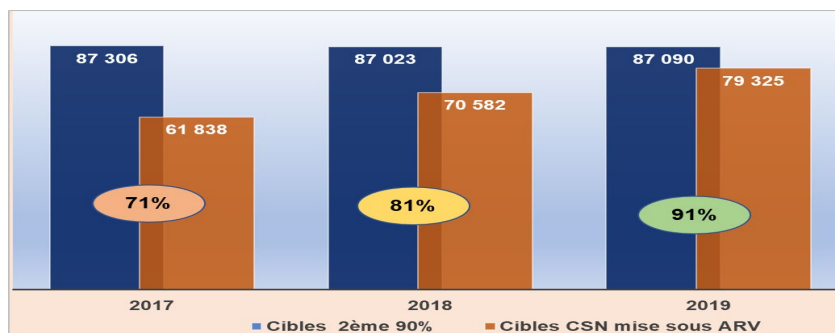


Figure 24 : Analyse des cibles du 2^{ème} 90 et celles du CSN de 2017 à 2019

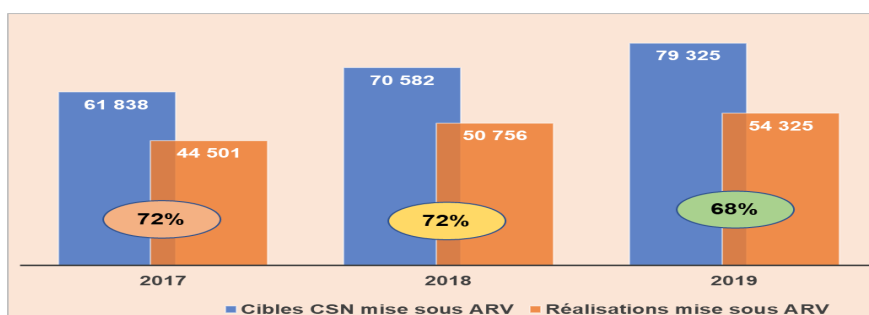


Figure 25 : Analyse des cibles des réalisations et ceux de 2017 à 2019

La **Figure 26** ci-dessus présente les cibles du CSN. Par rapport aux cibles du CSN, les réalisations de mise sous ARV sont respectivement les suivantes : sur 61 838 personnes à mettre sous ARV, 44 501 (72%) ont bénéficié du traitement en 2017 ; sur 70 582 personnes, 50 756 (72%) ont également été mis sous ARV en 2018 ; et sur 79 325 personnes, 54 325 (68%) ont été mis sous ARV.

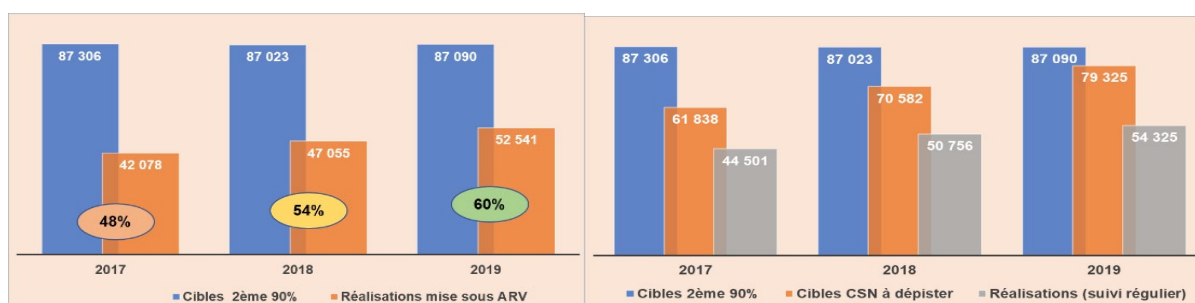


Figure 26 : Analyse comparée des cibles et réalisations du 2^{ème} 90 de 2017 à 2019

Selon la **Figure 26**, le niveau de réalisation par rapport aux cibles du 2^{ème} 90 est assez faible pendant la période avec une variation de 6% de 2017 à 2019 en matière de mise sous ARV.

Les réalisations dans le cadre du suivi régulier présentent des écarts dans l'atteinte des cibles du CSN et celles du 2^{ème} 90 :

- En 2017, 72% des cibles du CSN avec un écart de 28%, et 50,97% des cibles du 2^{ème} 90 avec un écart de 49,03% ;
- En 2018, 72% des cibles du CSN avec un écart de 28%, et 58,3% des cibles du 2^{ème} 90 avec un écart de 42,7% en 2018 ;
- En 2019, 68% des cibles du CSN avec un écart de 32%, et 62% des cibles du 2^{ème} 90 soit un écart de 38%.

6.1.7 Domaine des droits Humains

Selon le Sous Cluster VBG MALI, le système de gestion de l'information sur les VBG (GBVIMS) a recensé 2 870 cas de VBG rapportées en 2017. il y a une prédominance des violences sexuelles (57%) perpétré principalement sur des enfants. On constate également une proportion élevée de pratiques traditionnelles néfastes (39%) se manifestant par la pratique de la mutilation génitale surtout dans la région de Kayes. Les 12% de viols rapportés ont été principalement perpétré dans les régions du nord. En 2018, nous déplorons 3 330 cas de VBG dont 59% de cas de violences sexuelles, parmi lesquels 41% sont des cas d'agressions sexuelles. En 2019, il y a eu 4 617 cas de VBG dont 47% sont des cas de violences sexuelles et parmi lesquelles près de 26% des cas d'agressions sexuelles. Les femmes et filles demeurent les personnes survivantes les plus touchées soit 97% des cas dont 45% sont des filles de moins de 18 ans. Les hommes et les garçons représentent 3% des incidents.

6.1.8 Stigmatisation envers les PVVIH

La stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH persistent en famille, dans la communauté, en milieu de soins. L'EDSM VI montre que 68 % des femmes et 60 % des hommes ont exprimé des opinions discriminatoires à l'égard des PVVIH. Selon les résultats de l'Index sur la stigmatisation financé par le Budget National en 2015, le constat reste alarmant puisque sur le plan familial, les femmes sont les exclues des activités familiales (81,5% de celles qui l'ont été) comme faire la cuisine, manger ensemble, dormir dans la même chambre, et cela à cause de leur statut sérologique dans 76% des cas. Les autres violences subies par les enquêtées ont trait aux commérages (32 %) ; aux insultes ou harcèlements (16%) ; aux agressions physiques (5,7%). On retrouve dans les deux sexes la même proportion (80 à 100% des cas dans la population clé) les difficultés dans l'accès au travail, aux services de santé et d'éducation. Aussi, elles vivent dans des conditions précaires ; 12,1% de ces femmes, ont été exclues de leur logement et, l'ont été à cause de leur statut sérologique contre 7% des hommes. D'autres difficultés ont éprouvé les enquêtés, comme la perte d'un emploi ou d'une source de revenu (9,1%, N=54), le refus d'un emploi ou d'une opportunité de travail en raison du statut sérologique (7,1%, N=42).

6.1.9 Domaine de la gouvernance dont la coordination, l'information stratégique et le financement

Leadership et coordination : Après la double crise politico-sécuritaire et à la faveur des efforts de reconstruction des infrastructures, aujourd'hui des services sociaux de base sont offerts aux populations même si des difficultés subsistent. Conformément à l'objectif 3x90 et en droite ligne de l'objectif d'élimination du VIH en 2030, l'année 2018 a été marquée par une série d'activités notamment l'élaboration de la déclaration de politique VIH et la Réforme du système de santé qui impactera les fonctions et le fonctionnement de la Cellule Sectorielle du MSHP et une Proposition de réforme du SE/HCNLS.

De même, nous avons réalisé l'élaboration du plan d'accélération du plan de rattrapage PTME et du plan eTME de Bamako ainsi que son lancement. Enfin, la mobilisation des fonds catalytiques de l'ONUSIDA à booster le plan de rattrapage et la disponibilité des médicaments pour les PVVIH.

Informations stratégiques : Par rapport aux résultats escomptés à savoir, les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH, le sida et les différentes coinfections (TB et les Hépatites virales) produites, diffusées et utilisées, quelques études et recherches ont été réalisées. Concernant la recherche, plusieurs études ont eu lieu en 2019 notamment celle sur les transgenres (non encore intégré dans le pop clé au Mali), programme de recherche interventionnelle chez les TS en Afrique de l'Ouest avec l'université de Laval, la cartographie et Estimation de la taille des TS et des HSH et étude bio-comportementale chez les HSH et l'étude de capitalisation des bonnes pratiques pour les acteurs communautaires en vue d'assurer le continuum des services de santé en février 2020.

Financement du CSN : La mobilisation des ressources domestiques auprès de l'ETAT des collectivités, du secteur privé, et des partenaires. En résumé les montants mobilisés ne couvrent que :

- 42,73% des objectifs de la prévention
- 84,31% de la Prise en charge, Traitement & Soins
- 62,81% des Droits humains
- 94,13 pour la Gouvernance de la Riposte
- Soit une couverture globale de 68,50%

6.2 Organisation de la riposte nationale TB

6.2.1 Intégration de la lutte contre la TB dans le système de santé

L'organisation de l'offre de soins de lutte contre la TB au Mali est de pyramidale à trois niveaux. Le niveau central est intégré dans la cellule sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales (CSLS-TBH).

Au niveau intermédiaire, chaque DRS dispose d'un point focal régional TB en charge de la coordination de l'ensemble des activités TB de la région et d'un pharmacien chargé du suivi de l'approvisionnement et de la gestion des stocks des médicaments et produits antituberculeux. La particularité du Mali est que pour ce niveau intermédiaire les structures de références sont plus représentées par les CSRef des capitales régionales que par les hôpitaux régionaux.

Au niveau périphérique, tous les CSRef des DS disposent de Centres de Diagnostic et Traitement (CDT) pour la TB au sein duquel se trouvent une unité de traitement et un laboratoire de microscopie. Chaque CSRef dispose d'un médecin d'appui chargé des malades TB. Certains grands CSCom ont été érigés en CDT. De plus, tous les CSCom ont été érigés en centres de traitement afin d'éviter de longs déplacements aux malades pour s'approvisionner en médicaments.

6.2.2 Détection des cas de TB

La détection précoce de tous les cas de TB est indispensable pour mettre fin à la TB. Les documents normatifs du PNLT intègrent des algorithmes clairs de diagnostic de la TB adaptés selon l'âge. Les médecins et infirmiers des CDT et CSCom sont formés à l'identification de cas présumés de TB%. La TB a été intégrée dans le paquet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) déroulé par les agents de santé communautaires (ASC). Les associations de la société civile (ex CAMM) mènent activement des activités de sensibilisation sur la TB dans leurs zones d'intervention. Des journées de sensibilisation sur la TB sont organisées dans les communautés

des districts sanitaires de certaines régions et dans les mosquées à Bamako.

Tableau 9 : Récapitulatif des principaux services VIH et TB selon la pyramide des soins

Découpage admin.administratif	Services de santé	Services TB	Services VIH
Central	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux, - Instituts centres de recherche - 7 Établissements Publics Hospitaliers, Hôpital Mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - - CSLS-TBH - - INRSP (institut recherche santé publique), - - SEREFO (Université de Bamako - - NHS Bethesda USA) 	SE-HCNLS CSLS-TBH/MSHP
8 Régions sanitaires	8 Centres de Santé de Référence (CSRéf)	<ul style="list-style-type: none"> - -8 CDT au niveau des chefs lieu de région 	85 sites de PEC du VIH dont 73 pédiatriques. (2014) 54 appareils de CD4 8 appareils charge virale
Opérationnel : 49 Cercles administratifs et 703 communes	2 ^{ème} échelon : 1 ^{ère} référence <ul style="list-style-type: none"> - 59 DS hors Bamako = CSRéf - 6 DS Bamako 1 ^{er} échelon : base <ul style="list-style-type: none"> - 1 368 CCom - 1 308 structures FOSA parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et privés 	<ul style="list-style-type: none"> - -62 CDT dans les DS (CSRéf) - - 21 CDT CCom (données agrégées dans les CDT des CSRéf) - -2 nouveaux CDT à créer 	- 416 sites de PTME en 2016 dont 54 sites de diagnostic précoce - 396 structures qui offrent le dépistage volontaire
Villages et hameaux	Villages > 5 km d'un CS <ul style="list-style-type: none"> - 2 437 ASC 	Prévention et sensibilisation	Prévention et sensibilisation

Encadré 3 : Le Réseau de laboratoire et accès à la radiographie

Le diagnostic est assuré essentiellement par la microscopie et le test Xpert. Le diagnostic de la TB est réalisé dans les 86 laboratoires. Le pays dispose de 19 machines Xpert dont 6 à Bamako (6 CSRéf et 2 au LNR/INSP). Le diagnostic de première intention à l'aide de Xpert a débuté au niveau de la capitale Bamako depuis décembre 2019. La couverture en CDT au Mali est largement insuffisante avec un ratio de 1 CDT pour 240,627 habitants loin de la norme de l'OMS qui est de 1 CDT pour 50,000 à 100,000 habitants. En plus de cette couverture faible en CDT, l'étendue du pays avec une superficie de 1.24 million km² constituent un facteur additionnel limitant l'accès au diagnostic de la TB. Afin de combler le gap d'accès à la microscopie, un dispositif de transport d'échantillons entre les CCom et leur laboratoire de référence au niveau CSRéf a été mis en place mais n'a pas fonctionné à hauteur de souhait.

L'accès à la culture des mycobactéries demeure problématique en raison du Laboratoire National de Référence (LNR) qui ne remplit pas les normes de biosécurité et bio sûreté. Afin de contourner cette situation, le laboratoire national travaille en étroite collaboration avec les Laboratoires Supranationaux d'Anvers et du Benin. Il existe une collaboration avec le Centre d'Infectiologie Charles Mérieux du Mali pour les cultures de suivi des cas de TB MR en traitement et le Line Probe Assay (LPA) de 2^{ème} ligne. Le LNR est aussi en collaboration avec le laboratoire de recherche de SEREFO pour la réalisation des tests de cultures et de LPA concernant les patients recrutés pour l'étude de la pharmaco résistance. En moyenne au Mali le diagnostic est tardif comme le suggère le taux de positivité des examens microscopiques de 13% (environ 10% attendu). Le programme a récemment mis en place 9 unités de radiographie thoracique dans certains CSRéf à haut volume pour la détection des cas présumés TB.

6.2.3 Traitement des malades TB, y compris les formes résistantes, et soutien aux patients

La prise en charge des cas confirmés est gratuite et est effectuée au niveau des CSRéf pour les formes sensibles. Les molécules utilisées sont essentiellement les associations à dose fixe d'antituberculeux. Le traitement de la TB se fait en ambulatoire avec une recommandation d'appliquer le traitement directement observé durant la phase initiale. Les nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement de la TB sensibles sont appliquées avec des directives pour le traitement qui ont été régulièrement partagés avec les prestataires de soins. Les directives sur l'arrêt de la streptomycine ont été partagées. Le pays a introduit en 2018 le régime court de 9 mois selon le schéma suivant : **4Km-Mfx-Pto-Cfz-E-Z-H / 5Mfx-Cfz-E-Z**. Le Programme bénéficie de l'appui technique du Green Light Committee (GLC) pour le suivi de la mise en œuvre.

Le traitement de la TB pharmaco-sensible à l'échelle nationale en 2018 montraient un taux de succès du traitement de 79%. L'analyse des données antérieurs du programme montrent la constance de ces issues défavorables avec un taux de succès thérapeutique qui tourne autour de 78% depuis 2011. Les taux de perdus de vue et de décès sont restés élevés autour de 8% depuis 2011. Une désagrégation des données du succès thérapeutique montre pour 2018 un taux de guérison de 44% et taux de traitement terminé de 35%. Ce taux est élevé autour de 32% depuis 2011. On observe une disparité selon les régions des taux succès de traitement, d'échec et de décès. En effet, les plus forts taux de décès ont été notés dans les régions de Ségou (13%) et de Sikasso (12%), tandis que les taux de perdus de vue restent élevés dans la région de Ménaka (13%) et Kayes (12%).

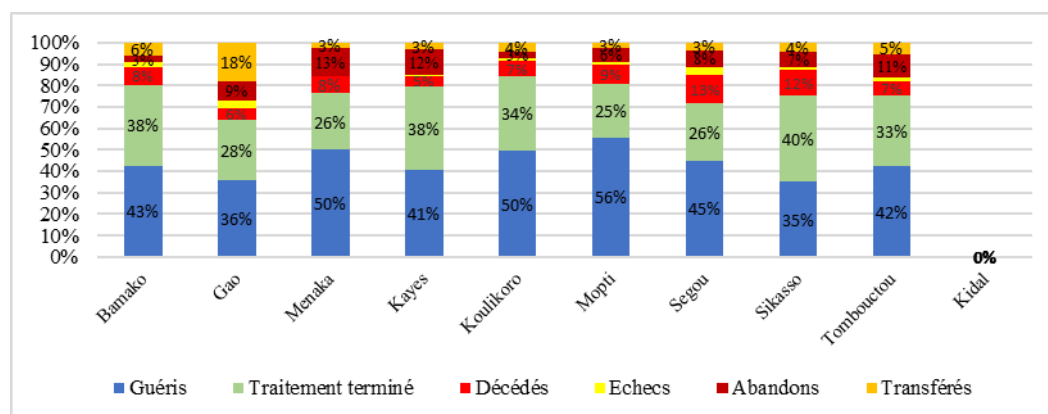


Figure 27 : Résultats de traitement des cas TB (toutes formes) par région, Mali 2018

Ces données traduisent ainsi des insuffisances dans le suivi des patients. Cette situation serait liée à la non-effectivité de la décentralisation du traitement. La Thérapie sous Observation Directe (TDO) n'est pas effective avec des dotations longues (1 mois) en médicaments des patients. La communication avec le patient est insuffisante avec l'absence de module de formation en counseling TB. Les acteurs communautaires sont insuffisamment impliqués dans le suivi des cas.

6.2.4 Groupes vulnérables

Le programme dispose d'un guide technique de prise en charge de la TB de l'enfant et des adolescents. Les nouvelles formulations pédiatriques sont disponibles. La recherche active de la TB a retrouvé dans l'URENI du CDT de Koutiala 30% de cas infantiles. Des activités de dépistage actif sont conduites dans les Maisons Centrales d'Arrêt (MCA), dans les camps de déplacés et dans les mosquées à Bamako. La situation sécuritaire actuelle a entraîné

l'émergence d'un groupe de réfugiés et de déplacés internes qui ont également bénéficié de dépistage actif de la TB.

6.2.5 Activités de collaboration et de prise en charge des co-infections VIH/TB et des comorbidités

La mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH a été une politique recommandée à tous les deux programmes pour la prise en charge de la co-infection. Le Mali a adopté les recommandations de l'OMS autour de trois axes majeurs : la mise en place de mécanismes de collaboration TB-VIH à tous les niveaux, la réduction de la charge morbide de la TB chez le patient VIH et la réduction de la charge morbide du VIH chez les patients TB. Outre la mise en place de mécanismes de collaboration elle préconise le screening régulier de tous les PVVIH à chaque contact et une mise sous chimio prophylaxie à l'INH de tous les PVVIH indemne de TB pour une durée de 6 mois. Le test Xpert est recommandé comme test de diagnostic chez les PVVIH. Parallèlement les patients dépistés TB doivent bénéficier du test de dépistage VIH et d'une mise sous cotrimoxazole et ARV si positif.

En 2018, 93% des co-infectés TB/VIH étaient sous cotrimoxazole et 95% sous ARV pour un objectif de 100% attendu. Le taux de succès a été de 74% et le taux de décès de 18% pour la cohorte 2017 des co-infectés TB/VIH. Ce taux élevé de décès des malades co infectés s'explique par le retard dans le diagnostic du VIH chez les patients tuberculeux.

L'objectif de 100% du taux de dépistage pour le VIH n'a été atteint dans aucune région. On note un taux de séropositivité au VIH de 10% chez les patients tuberculeux dépistés en 2018. Ce faible taux de dépistage au VIH pourrait s'expliquer par la non-systématisation de la proposition du test VIH aux patients tuberculeux et l'insuffisance dans la collaboration entre les unités de prise en charge de la TB et du VIH. Le taux de dépistage a évolué de 65% en 2017 à 71% en 2018, soit une progression de 6%. On constate une amélioration dans toutes les régions sauf à Ménaka. Le taux le plus faible a été observé à Gao avec 38% et le plus élevé à Kayes avec 89%. A noter que Kidal n'a mené aucune activité de dépistage en 2018.

Le PNLT a pendant longtemps préconisé la chimio prophylaxie comme mesure préventive chez les enfants de moins de 5 ans. Cette mesure a été élargie aux PVVIH. Le pays dispose d'un guide du contrôle de l'infection en 2019. Pour soutenir la mise en œuvre du PSN 2015-2019 prolongé à 2020, un Plan National de Communication de la lutte contre la TB a été élaboré pour la même période.

Encadré 4 : Collaboration renforcée TB Fonds Mondial avec la communauté

La composante communautaire au Mali est confiée à 3 ONG sous-réceptaires du Fonds mondial : Santé-Sud, Guamina, JIGI sous réceptaire du Fonds Mondial. L'ONG santé Sud couvre les activités de SEC avec 54 ASC dans 3 quartiers de Bamako. Les interventions communautaires de lutte contre la TB sont focalisées sur l'identification et la référence des cas présumés de TB à travers les activités de sensibilisation telles que les causeries éducatives, les projectifs des films, les journées de sensibilisation. Le suivi des malades (TDO, éducation, visite à domicile, recherche des malades perdus de vue, etc.) fait aussi partie des tâches des acteurs communautaires tels les Agents de Développement communautaire (ADC) et les relais communautaires. Aujourd'hui, Il existe une collaboration effective avec le PNLT qui participe aux rencontres des instances de SEC.

Les aspects de lutte contre la TB et le VIH sont intégrés dans le paquet de service des SEC et la division programme a activement participé à l'élaboration du document normatif pour la stratégie communautaire de lutte contre la TB au Mali 2018. Une revue du volet communautaire TB avait été effectuée en 2017. Selon ce rapport, dans tous les districts, existent des Comités antituberculeux de lutte contre les maladies respiratoires du Mali (CAMM) regroupés au niveau régional et national et leur création remonte à bien avant la mise en place du PNLT et ont pratiquement débuté la lutte contre la TB au Mali.

6.3 Organisation de la riposte nationale aux hépatites virales

6.3.1 Prévention par l'information et la communication

L'Etat ne s'investit dans ce domaine que depuis quelques années à l'occasion de la célébration de la journée mondiale contre l'hépatite. Le grand public n'est pas suffisamment sensibilisé à l'ampleur du problème. En effet, les décideurs, les agents de santé, les populations à risque et le grand public n'ont pas une bonne connaissance de la maladie, ni de ses symptômes et voies de transmission. Par conséquent, les sujets infectés continuent de transmettre l'hépatite à leurs familles et à leurs partenaires.

6.3.2 La vaccination contre l'hépatite B (HepB).

Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit au Mali sous forme monovalent en 2003. Pour les enfants, la forme combinée avec le DTC et le vaccin contre *Haemophilus influenzae* type B a été introduite dans le programme élargi de vaccination (PEV) d'abord dans le district de Bamako en 2005, puis dans les chefs-lieux des régions en 2006. Le taux de couverture par ce vaccin chez les enfants de moins d'un an est satisfaisant : 96 %. Mais le vaccin pentavalent ne peut être administré aux nouveau-nés qu'à partir de la 6^{ème} semaine après la naissance. La prévention primaire par la vaccination est donc insuffisante et mériterait à être renforcée par l'administration de la dose de naissance du vaccin monovalent dans les vingt-quatre heures suivant la naissance. Cette stratégie assure la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B. Par ailleurs, la vaccination recommandée des agents de santé contre l'hépatite B n'est quasiment pas pratiquée.

6.3.3 La réduction des risques de transmission.

La sécurité transfusionnelle vis-à-vis de l'infection par les hépatites virales est assurée par la recherche systématique de l'AgHBs et de l'anti-VHC sur toutes les poches de sang. Mais il persiste un risque résiduel de contamination en raison l'absence de la recherche de l'anti-HBc de type IgG. La sécurité des injections est assurée dans les formations sanitaires publiques et privées mais pas pour les injections pratiquées à domicile ou dans les formations sanitaires clandestines. Il n'y a pas un mécanisme pour la prévention de la transmission sanguine chez les utilisateurs de drogues par voie injectable.

6.3.4 L'offre de dépistage des Hépatites virales

Le dépistage est faible en raison des opportunités manquées. Les autorités sanitaires ne saisissent pas assez de l'opportunité qu'offre le dépistage du VIH pour faire le test des hépatites. Il n'y a pas de recommandations nationales pour le dépistage du VHB et du VHC, ni de centres d'orientation dédiés à cette activité. Par conséquent, il n'y a pas d'harmonisation des pratiques en la matière sur le territoire national. Le dépistage est laissé à l'initiative du praticien. Il est proposé occasionnellement par les agents de santé lors des consultations médicales.

6.3.5 Prise en charge et traitement

Le Mali ne dispose pas d'une capacité suffisante de diagnostic, d'évaluation du traitement, ni d'un mécanisme de suivi des malades traités. Toute la prise en charge se fait aux frais des malades. Elle est centralisée dans les services d'Hépatogastroentérologie, de Maladies Infectieuses et de Médecine Interne de la ville de Bamako. Pour le traitement de l'hépatite B, le TENOFOVIR est offert aux malades au prix subventionné de 5 000 FCFA (8,31 U\$D) la boîte pour un mois de traitement et pour une durée indéterminée ; les antiviraux d'action directe contre l'hépatite C (associations SOFOSBUVIR-VELPATASVIR et SOFOSBUVIR-DACLATASVIR). Les obstacles au traitement sont l'inaccessibilité financière et géographique pour les patients hors Bamako.

L'objectif général du PSNI sera de réduire considérablement la transmission des hépatites virales B et C ; la morbidité et la mortalité des porteurs chroniques d'hépatite virale en s'alignant le plus possible sur les cibles de la stratégie mondiale de lutte contre les hépatites à l'horizon 2030 à savoir :

- Réduction de 90% des nouveaux cas d'hépatite B chronique et C ;
- Réduction de 65% des décès liés aux hépatites B et C ;
- Couverture de traitement de 80% pour les porteurs chroniques d'hépatite B et C éligibles.

6.4 Réponse communautaire, médecine traditionnelle et secteur privé

6.4.1 La réponse communautaire

L'engagement pour la communauté est présent au Mali depuis plusieurs décennies. Cet engagement communautaire dans la lutte contre le VIH et la TB s'organise autour des aires de santé à travers l'implication des Relais communautaires et au sein de la société civile par les organisations à base communautaire à travers les Conseillers psychosociaux, les pair-éducateurs, animateurs. Parmi les réalisations concrètes de ces dernières années, citons :

- Sur le volet prévention TB/VIH : les acteurs communautaires mettent en œuvre les interventions auprès des populations clés et autres groupes vulnérables. Ils participent à l'élaboration des documents normatifs comme l'élaboration de la feuille de route à la suite de la déclaration de Dakar sur les populations clés.
- Sur le volet prise en charge TB/VIH : l'implication des acteurs communautaires se fait à travers l'offre de services différenciés pour l'accès au traitement et le continuum de soins. Au niveau du VIH, 53% de la file active nationale est suivie sur les sites de prise en charge communautaires.
- Il existe des documents normatifs et des directives qui orientent la mise en œuvre des interventions communautaires : (document SEC, politique nationale de communication

auprès de la population clé, référentiel national de paquets de services à délivrer au sein des populations clés et carcérale).

La mise en place d'une coalition solide avec les communautés et les Organisations de la Société Civile (OSC) est l'un des quatre principes de la Stratégie pour mettre fin à la TB. Ainsi, dans la mise en œuvre de la série 10 de la subvention du Fonds Mondial de lutte contre la TB au Mali, un volet a été consacré à l'implication de la communauté. Ces organisations communautaires sont représentées au CCM Mali et actives dans la mise en œuvre des programmes au côté de la CSLS-TBH et de la Direction générale de la Santé. Il devient impératif de pouvoir intégrer et impliquer les OSC dans les systèmes de collecte de données (DHIS2). L'évaluation de la part du budget de la réponse au VIH alloué aux OSC demeure un défi au vu de l'absence d'information sur ce sujet aussi bien au niveau de la CSLS-TBH.

Au nombre des principaux acteurs communautaires, nous avons de façon non exhaustive :

- **RENAPOC** (Réseau National des Populations Clés) qui regroupe l'ensemble des organisations identitaires du Mali. Il siège au CCM et participe à des réunions des instances de décision.
- **RMAP+** (Réseau Malien des Associations des PVVIH) regroupe l'ensemble des associations des PVVIH. Il compte 62 associations membres réparties sur toute l'étendue du territoire.
- **ARCAD Santé PLUS** (Association pour la Résilience des Communautés vers l'Accès au Développement à la Santé PLUS) : elle compte parmi les organisations les plus anciennes (créée en 1994). Elle est membre de la Coalition PLUS créée en 2008 et anime la plateforme Afrique de l'ouest (PFAO). ARCAD Santé PLUS est également membre de l'Alliance Globale de Communauté pour la Santé et les Droits (AGCS PLUS).
- **AKS Sikasso** (Association Kénédougou solidarité de Sikasso) : structure communautaire de prévention et de prise en charge de l'infection au VIH dans la région de Sikasso.
- **ONG WALE Ségou** : structure communautaire de lutte contre le VIH et la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région de Ségou.
- **AMPROD SAHEL** : ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH
- **ONG SOUTOURA** : ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH, TS et leurs clients et les miniers.
- **DANAYASO** : Association nationale créée en 1996 pour l'appui à l'amélioration des conditions de vie des TS, leurs enfants, et leurs partenaires dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti et le District de Bamako
- **CAMM** (Comités antituberculeux de lutte contre les maladies respiratoires du Mali) : leur création remonte à bien avant la mise en place du PNLT et ont pratiquement débuté la lutte contre la TB au Mali. Le programme dispose actuellement d'un guide communautaire et d'un module de formation sur la TB pour les ASC.
- **AMDH** (Association Malienne de la Défense des Droits Humains) intervient dans la défense des droits des populations vulnérables.
- **Associations internationale et humanitaires** : ENDA Mali, Amnesty International Mali, VIH/MINUSMA, Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale (AMPPF), Plan International Mali, USAID, FHI 360 Linkages, Association Santé Sud, WILDAF.

Dans le contexte d'instabilité sécuritaire, plusieurs organisations interviennent dans certaines zones et seront prise en compte dans la présente demande de financement conjointe VIH/TB/RSS. Il s'agit de ; Mopti : Save The Children, COOPI, Ségou : Terre des Hommes, Tombouctou : Inter Médical Corps, Humanité et Inclusion, Gao : Help, Croix-Rouge française (dans 2 districts), Kidal : Première Urgence, Taoudenit: Inter Médical Corps, Ménaka : Médecins du Monde Belgique.

6.4.2 La médecine traditionnelle complémentaire aux systèmes conventionnels

Malgré les progrès notables sur le plan technologique et au niveau de la médecine moderne, plus de 80% de la population malienne, continuent d'avoir recours à la Médecine traditionnelle

(MT). Aussi, les recommandations de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2019 sont prises en compte pour que la MT soit incluse dans le système de santé, dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle, selon la Stratégie 2014-2023 de l'OMS pour la MT. Le programme de MT de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS) a renforcé les Tradipraticiens de Santé (TPS).

Les objectifs de cette subventions de la BAD étaient (i) le renforcement de capacités des TPS ; (ii) la mise en place de cadres de concertation des praticiens des deux systèmes ; 'iii) l'utilisation avec succès des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) du Département de Médecine Traditionnelle (DMT) pour le traitement de certaines affections opportunistes (dermatoses, toux, diarrhée, comme tonique) ; (iv) des plantes proposées par les TPS, qui ont démontré des propriétés antibactériennes et de capacité de renforcer le système immunitaire et (v) la mise au point d'un nouveau phyto-médicament.

Pour la TB, l'implication des TPS dans la prise en charge de la TB avec le Programme National de Lutte contre la TB, a permis une augmentation de 20% de cas dépistés dans le district sanitaire de Kadiolo. Une enquête ethnobotanique a permis de recenser auprès des TPS des recettes à base de plantes médicinales qui peuvent être sources des molécules antibactériennes.

Les hépatites virales constituent le principal motif de consultations au niveau du DMT (200 cas d'hépatite B, 16 d'hépatites C, 3 cas d'Hépatite A/866). Au niveau du DMT, il existe des expériences de prise en charge efficace des hépatites avec des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA), entre autres HEPATISANE® qui a une autorisation de mise sur le marché et qui est sur la liste des Médicaments Essentiels du Formulaire Thérapeutique National du Mali et le SAMANERE. Pour une meilleure prise en charge de ces hépatites à moindre coût, protéger le foie et prévenir le cancer de foie, nous proposons, dans le cadre du Programme intégré :

- Mettre en place une collaboration efficace avec le système traditionnel
- Instituer un cadre de concertations de tous les acteurs tels les associations de patients, la Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH), les structures techniques spécialisées, les cliniciens et le programme de lutte contre les hépatites.
- Mener une recherche appliquée pour la prise en charge effective avec des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) qui ont fait la preuve de leur sécurité, efficacité et qualité.
- Soutenir la production des MTA utilisés dans la prise en charge des hépatites
- Renforcer les capacités du DMT par la mise en place d'un laboratoire d'analyse pour le suivi des patients traités par les MTA
- Mener cinq recherches opérationnelles dans le développement de nouveau MTA ;
- Créer une alliance de lutte dans le cadre du programme intégré Hépatites-TB-VIH pour la contribution des ressources de la MT dans la prise en charge intégrée.

Pour le VIH, ces expériences, ont permis de faire une médiation, une communication interculturelle et une complémentarité entre les deux systèmes avec des solutions efficaces aux PVVIH. Cela a permis entre de minimiser le risque de stigmatisation et favoriser l'intégration sociale des PVVIH. La collaboration entre le système traditionnel et le système conventionnel, a permis aussi de : Faciliter la communication entre les agents de la santé moderne et

traditionnels. (ii) Affaiblir les barrières socioculturelles. (iii) Renforcer les capacités et expériences et (iv) Soutenir le DMT avec un financement de la BAD de lutte contre le VIH/sida.

6.4.3 Le secteur privé

La mobilisation du secteur privé est essentielle pour les populations des zones rurales. Au Mali, la TB peut être bien soignée si son diagnostic est précoce et son long traitement correctement appliqué. Cependant, les populations souffrent d'une prise en charge discontinuée dans les centres de santé communautaires. Après confirmation du diagnostic, le suivi est assuré par des structures publiques peu performantes. Cela a souvent comme conséquence l'abandon du traitement. La TB se transmet facilement et est un risque pour la population, en particulier en milieu rural, où vivent plus de 75% des Maliens.

Le Gouvernement atteste que la lutte contre le Sida repose sur trois piliers : le secteur public, le secteur privé et la société civile. Or, la réponse du secteur privé a été faible. Néanmoins, certaines grandes entreprises de la place, notamment les groupes CFAO Motors, TOLMALI, MOBIL, SHELL et TOTAL, ont entrepris ces dernières années des initiatives. Il s'agit de :

- L'adoption de la charte engageant l'entreprise à sauvegarder le personnel par l'accès à l'information, au dépistage, aux soins et aux médicaments.
- L'élaboration des plans de communication, de sensibilisation à faire maintenant ;
- L'utilisation de méthodes innovantes de distribution de préservatifs ;
- L'organisation des formations appropriées à travers les « pairs éducateurs » au sein des petites et moyennes entreprises. La non-implication s'explique par l'insuffisance de communication et de moyens financiers, le manque de savoir-faire spécifique pour la nouvelle génération de PVVIH et la faible appréciation par l'absence de données au sein des entreprises.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'accélération d'ici à l'horizon 2025.

Au Centre Awa Keïta en fin 2019, l'Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes vivant avec le VIH et le SIDA (ARCAD-SIDA Mali) a organisé un atelier de dialogue national au profit de la société civile sur les 90X90X90 pour développer une vision et un plan d'intervention national rapide pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Tel est l'objectif global de cet atelier.

L'objectif de de l'ONG Santé Sud est d'améliorer la collaboration entre les secteurs privé et public dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la TB. Elle équipe et forme au diagnostic et au traitement le personnel des CScom, des cliniques et des cabinets de médecine privés. Pour le repérage de nouveaux cas, elle prépare les agents de santé de filatures de coton, de centres pénitentiaires et de structures paramédicales et confessionnelles. Pour améliorer le dépistage, le suivi des malades et la sensibilisation de la population aux bons gestes à adopter, Santé Sud forme des ADC.

Encadré 4 : Le DMT : structure de Médecine Traditionnelle au cœur des 3 maladies

Le Mali est à l'avant-garde dans la valorisation de la MT. La première structure pour cette reconnaissance a été créée en 1968, bien avant la déclaration de Alma Ata de l'OMS en 1978. Depuis le Mali a fait des progrès, ce qui lui a valu des reconnaissances par les organisations africaines et internationales, entre autres : i) Centre collaborateur de l'OMS en 1981 ; ii) Centre d'excellence de l'OOAS depuis 2015 ; iii) Prix scientifique Kwame Nkrumah de l'Union Africaine en 2016 ; v) Coordination du Programme Thématique de Recherche Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines du CAMES, en 2019.

Le Département Médecine Traditionnelle (DMT) fait partie de l'Institut National de Recherche sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles (INRMPT). Le succès de la recherche au DMT a permis outre le coût très bas de la consultation (1 000 Fcfa) la mise au point de sept MTA qui ont une autorisation de mise sur le marché et qui sont sur la liste des Médicaments Essentiels du Formulaire Thérapeutique National du Mali.

6. Référentiels nationaux et internationaux du PSNI Mali 2021-2025

6.1 Référentiels nationaux

- La constitution du Mali du 25 février 1992 garantit le droit à la Santé pour tous
- « Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable (CREDD 2019-2023) du Mali »
- Loi n°02- 049 du 22 juillet 2002, portant Loi d'Orientation sur la Santé définie la Politique Nationale de Santé ;
- Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) IV au titre de la période de 2014 à 2023



100 % de la population recevra un accès gratuit à un paquet essentiel de services rapprochés dispensé par des ASC

100% des femmes enceintes et des enfants de < 5 auront accès gratuit à tous les services de santé et toutes les femmes en âge de procréer auront un accès gratuit à la PF

50% des services seront dispensés gratuitement au niveau des CSCom

Plus une rénovation et une revalorisation du secteur national de santé

6.2 Référentiels internationaux du PSNI Mali 2021-2025





Les principaux référentiels sont notamment : les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin des épidémies d'ici 2030, la résolution WHA 63.18 de l'OMS qui déclarait l'hépatite virale comme priorité de santé publique, et la date du 28 juillet comme Journée Mondiale de lutte contre l'hépatite, et la résolution WHA 67 qui invitait les Etats Membres à mettre en place des plans stratégiques nationaux de lutte contre les hépatites virales.

La déclaration politique sur le VIH/sida adoptée en juin 2016, la Stratégie de l'ONUSIDA 2016 – 2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida », la Stratégie « Mettre fin à la TB », la « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 », la stratégie de UNICEF/ONUSIDA pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020, le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Les directives de l'OMS sur le dépistage, les traitements, la prévention auprès des populations clés. L'intérêt que revêt cette intégration c'est la convergence commune vers l'élimination des épidémies d'ici 2030.

La Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017- 2022 « Investir pour mettre fin aux épidémies » visant à a) Optimiser l'impact des actions menées contre le VIH la TB et le Paludisme, b) Promouvoir et protéger les droits humains et l'égalité de genre, c) Mettre en place des systèmes résiliants et pérennes pour la santé, d) Mobiliser des ressources accrues.

Encadré 5 : Objectifs globaux pour les 3 maladies

VIH/SIDA : Faire baisser rapidement la mortalité et l'incidence du VIH en élargissant l'accès universel aux services de prévention et traitement, conformément à la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA et à la stratégie mondiale de l'OMS

TB : Faire baisser rapidement l'incidence de la TB, de la coïnfection TB-VIH et de la TB multirésistante, ainsi que la mortalité associée à ces maladies, en mettant en place un accès universel à des services de prévention et de soins de qualité, conformément à la stratégie pour mettre fin à la TB et sur le Plan mondial pour éliminer la TB

Hépatites Virales : La stratégie de l'OMS est la première stratégie mondiale visant l'hépatite virale (c.-à-d. les hépatites A, B, C, D et E). La stratégie se concentre particulièrement sur les hépatites B et C en raison du fardeau relativement important qu'elles constituent pour la santé publique. Les auteurs de la stratégie affirment que l'élimination de la pandémie de l'hépatite est faisable. La vision de la stratégie est celle d'« Un monde où la transmission de l'hépatite virale est stoppée et où toute personne atteinte d'hépatite virale a accès à des soins et des traitements sûrs, abordables et efficaces »

7. Vision stratégique, du PSNI Mali 2021-2025

La vision stratégique du Mali est d'assurer une riposte intégrée, efficace efficiente et durable au VIH/Sida, à la TB, et aux hépatites virales pour que le Mali participe au mouvement national et international pour mettre fin à ces épidémies d'ici à 2030

Le **Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025** contribue d'ici 2025, à ce que toutes les personnes vivant avec la maladie, les populations clés ou vulnérables bénéficient d'informations fiables et de compétences pour se protéger et accéder aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien à travers une démarche centrée sur les droits humains. Cette approche d'équité et de solidarité nationale permettra d'atténuer l'impact de ces trois maladies au sein de la population marginalisée ou vulnérable afin que personne ne soit laissé pour compte.

7.1 But

Le Plan vise la réduction de l'incidence des trois maladies parmi les adultes et les adolescent(e)s, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité et de la morbidité liées **VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales** le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par ces maladies et la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une riposte efficiente et durable.

Toutes les parties prenantes, à savoir le Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS), la CSLS-TBH, les autorités sanitaires nationales, les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires y compris les populations clés et les personnes vivant avec la maladie, du Mali sont appelés à jouer un rôle de leadership pour mettre en œuvre ensemble, les orientations stratégiques contenues dans le présent **Plan Stratégique national intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025**

Les Fondements	
<ul style="list-style-type: none">• La mise en œuvre des approches centrées sur les personnes, sur les droits humains et l'égalité femmes-hommes dans le contexte des ODD	<ul style="list-style-type: none">• La mise en œuvre de stratégies qui se basent sur des évidences, les avancées scientifiques et les normes nationales et mondiales
<ul style="list-style-type: none">• La mise en œuvre d'interventions complémentaires et synergiques entre toutes les parties prenantes ainsi que les partenaires financiers étatiques et	<ul style="list-style-type: none">• L'appropriation et le leadership national pour une coordination multisectorielle et partenarial efficace.

7.2 Principes directeurs

2. **Les populations les plus exposées aux VIH/SIDA à la TB et aux Hépatites Virales sont au cœur de la riposte** : les interventions sont ciblées et les services de soins simplifiés sont centrés sur la personne, les familles et les communautés en se basant sur l'équité et la solidarité
3. **Respect des droits humains, du genre et de l'équité** : Le Plan d'extension du PSNI du Mali œuvre pour intégrer un nombre plus important de bénéficiaires afin de mettre un accent particulier sur la réduction des inégalités liées au genre, la promotion et le respect des droits humains et l'équité dans l'accès aux services VIH, TB et Hépatites Virales. Il développe toutes les conditions pour créer un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins.
4. **Décentralisation de l'offre de prévention et de soins** : Afin de favoriser une riposte plus appropriée aux contextes locaux, le Plan d'extension du PSN sera contextualisé et opérationnalisé dans le souci d'une mise en œuvre décentralisée. Cette décentralisation donnera plus d'opportunités dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources à l'échelle locale. Toutes les régions du Mali sont concernées mais la priorité sera donnée à la situation épidémiologique.
5. **Innovation, efficience et efficacité de la riposte globale et intégrée** : cette approche vise et oriente les financements sur les interventions qui ont un fort impact, ainsi que celles qui ont fait la preuve de leur efficacité tout en introduisant les innovations susceptibles d'améliorer les résultats du PSNI. L'assurance d'un coût-bénéfice optimal des interventions constitue à cet effet, un souci primordial pour une rationalisation de la dépense liée aux coûts des interventions tant au niveau étatique qu'au niveau communautaire.
6. **La couverture universelle en prévention, soins et services de santé** de qualité est basée sur l'extension à tous, de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable. Elle est le résultat des réformes du système de prestations de soins et services qui est organisé en soins de santé primaires
7. **La gouvernance, la coordination et la gestion axée sur les résultats** : L'implication de tous les acteurs aux différents niveaux sera soutenue et stimulée par une bonne gouvernance, un leadership fort de l'équipe de coordination. Il s'agira d'œuvrer pour une gestion axée sur les résultats et d'assurer une bonne traçabilité des contributions financières des différents partenaires avec des audits et comptes rendus réguliers
8. **Le suivi et l'évaluation** : les interventions et stratégies de prévention et de soins sont suivies et évaluées de façon conjointe. Dans le cadre du PSNI du Mali, les caractéristiques des soins incluent la continuité, l'intégration des soins, la globalité et la pertinence des soins alors que les caractéristiques des services incluent la décentralisation, la permanence, la polyvalence, l'efficience des services et la conformité aux normes de qualité des soins et services de santé. Par ailleurs, les principaux indicateurs seront sexo-spécifiés.
9. **Les organisations communautaires et de la société civile** sont parties prenantes de la riposte nationale intégrée pour les trois maladies : elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines que sont la prévention, la prise en charge globale et les droits humains
10. **L'approche multisectorielle et le partenariat** avec les parties prenantes : tous les

partenaires nationaux, y compris ceux du secteur privé seront impliqués dans la riposte nationale selon un paradigme qui permet à chacun de prendre sa part de responsabilité avec un devoir de redevabilité

7.3 Priorisation du PSNI 2021-2025

La démarche de priorisation a été menée selon une approche prenant en compte toutes les contributions des parties prenantes dans le cadre du dialogue pays menée avant le confinement mais aussi pendant cette période inédite du COVID-19. L'analyse des lacunes et contraintes a fait l'objet d'un consensus obtenu au cours des ateliers en visioconférence afin de respecter les règles de distanciation sociale. Entre la fin de l'année 2019 et le début de l'année 2020, le Mali a conduit deux revues externes : Revue à mi-parcours du PSN VIH et Revue « Desk review » du programme PNLT ainsi qu'une analyse prospective de situation des hépatites virales au Mali. Les critères retenus sont :

- Un processus participatif et inclusif avec les partenaires ainsi que les représentants des populations clés, les PVVIH et personnes touchées par la TB et les Hépatites virales.
- Les preuves épidémiologiques concernant la TB et le VIH et des Hépatites virales.
- L'estimation de l'incidence VIH, TB et Hépatites Virales (HV) parmi les populations.
- L'analyse du système de santé, en lien avec tous les actions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des subventions RSS.
- L'analyse de la complémentarité des financements (financements domestiques, Fonds mondial, PEPFAR et autres partenaires PTF) et la valeur des investissements pour l'efficacité et l'atteinte des résultats nationaux.
- La mise en œuvre des approches différenciées pour la prévention, le dépistage, la prise en charge et la protection sociale pour chaque type de population.
- L'alignement sur les stratégies et politiques nationales du Mali.
- La prise en compte des aspects droits humains et genre qui affectent les programmes.
- La Valeur de l'investissement (l'égalité entre les hommes et les femmes) et l'équité, l'efficacité, et l'atteinte des résultats afin d'obtenir un impact.

Éléments fondamentaux du cadre de priorisation

Promouvoir une analyse et des discussions holistiques centrées sur les personnes

1: Connaître les différentes épidémies	Comprendre les données sur les contextes épidémiologique TB,VIH,HV) y compris sa distribution (par exemple par âge et sexe) et les incidences des population les plus vulnérables et populations clés.
2: Connaître les personnes touchées par les maladies	Comprendre les profils de risque (par exemple, l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le statut VIH), les connaissances, les perceptions, les attentes et le comportement des personnes atteintes de maladies ou à risque de développer la maladie
3: Connaître les différentes dimensions du système de santé au Mali	Comprendre les capacités, les performances, les limites et la distribution des services de santé et sociaux, spécifiques aux maladies, dans le cadre de la réforme et du MAP MALI



Raisonner de façon systémique et promouvoir des solutions centrées sur les personnes

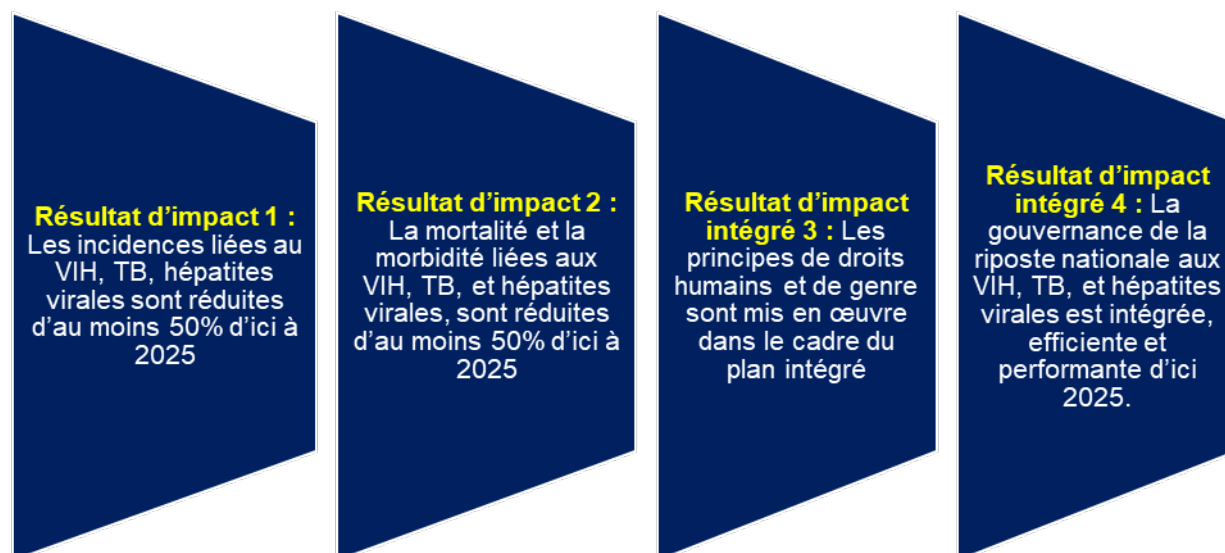
Figure 28 : Éléments du cadre de priorisation PSNI 2021-2025

Durant les ateliers les parties prenantes ont discutés des priorités du plan stratégique national intégré et de leurs déclinaisons dans le cadre de la demande de financement selon la logique

décrite dans la **Figure 28** ci-dessus. Ce processus de priorisation a été ouvert donnant l'opportunité d'un dialogue national et d'une concertation avec toutes les parties prenantes.

8. Cadre des résultats du PSNI 2021-2025

Quatre principaux résultats d'impact ont été définis pour les axes stratégiques du plan intégré PSN. Chaque résultat global est décliné en résultats effets qui regroupent plusieurs produits. Les résultats de l'impact correspondent à des changements durables en matière de santé des populations, auxquels.



8.1 Description globale des résultats à atteindre selon les impacts

Résultat d'impact 1 : Les incidences liées au VIH, TB, hépatites virales sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025

L'accélération de la prévention du VIH, de la TB et des Hépatites virales constitue un axe essentiel du Plan Stratégique intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025. Elle nécessite la mise à l'échelle des interventions de prévention et des innovations, avec une focalisation sur les zones géographiques et les populations à risque élevé ainsi que les populations vulnérables identifiées dans le cadre des analyses propres à chaque maladie. Il s'agit d'apporter une combinaison de services adaptés, l'introduction d'innovations et de nouvelles approches pour augmenter l'efficacité, le renforcement de la coordination nationale et locale entre les différents acteurs ainsi qu'un engagement et financement soutenus.

Parmi les approches innovantes développées par la société civile et les acteurs communautaires on note :

- **Le développement des approches différenciées** en prévention, dépistage qui consiste à proposer des services plus adaptés, des approches plus intégrées et mieux centrées sur la personne. Ces approches sont basées sur le principe de base de la reconnaissance de la diversité des besoins spécifiques des différents bénéficiaires. Les approches différenciées ont aussi pour objectif de toucher plus de personnes en besoin, tout en maîtrisant les coûts et accroissant l'efficacité et l'utilisation rationnelle des ressources.
- **L'offre de service de santé sexuelle ciblant les jeunes** : Il s'agit de rendre disponible l'information et les moyens de protections pour les jeunes afin de garantir un environnement contribuant à promouvoir une santé sexuelle, affective et reproductive performante. Pour ce faire, une analyse précise des déterminants socio-culturels et économique de la transmission du VIH sera menée, conduisant à la mise en œuvre d'approches adaptées aux jeunes : utilisation des réseaux sociaux, des logiques de sociabilisation, de la paire éducation, activités visant à renforcer l'estime de soi et l'augmentation du pouvoir de négociation des adolescentes pour le port du préservatif, e un accès facilité aux moyens de protection de de contraception
- **Les programmes de réduction des risques** auprès des populations en contexte spécifiques tels que les consommateurs de drogues et les consommateurs de drogues injectables selon la cartographie des zones et des régions prioritaires, (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ainsi qu'une thérapie de substitution aux opiacés TSO).
- Le développement de campagne multi-maladies dans les villes et les zones géographiques de haute vulnérabilité (les quartiers périphériques défavorisés, zones d'orpaillages) pour mieux cibler et réduire l'accès tardif à la prise en charge : dépistage des cas index à partir de l'offre de dépistage aux partenaires des populations ciblées, la promotion de l'autotest (VIH), le ciblage des zones économiques,
- **La mise en œuvre de programme eTME communautaire**. Cela passe par l'implication des hommes et des femmes qui exercent un rôle de « mentor » social auprès des plus jeunes (mères, tantes, grands-mères, accoucheuses traditionnelles...), l'empowerment de la femme séropositive au VIH et la prévention primaire auprès des jeunes filles.

Ce résultat d'impact lié aux divers domaines de la prévention ou de la détection des cas se décline sur 4 résultats d'effets qui permettront la mise à l'échelle des services de prévention combinée et de proximité pour le changement de comportement parmi les populations vulnérables, identifiées dans le cadre des analyses propres à chaque maladie

Résultat d'impact 2 : La mortalité et la morbidité liées aux VIH, TB, et hépatites virales, sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025

Le Mali s'est engagé, la Stratégie de l'ONUSIDA 2016 –2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida », la Stratégie « Mettre fin à la TB », la « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 », les objectifs 90.90.90 soit (i) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut sérologique pour le VIH, (ii) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral, (iii) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.

Pour améliorer la connaissance du statut sérologique, le **Plan Stratégique intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025** se focalisera sur la mise en œuvre d'une approche diversifiée de dépistage et de détection. Cette approche capitalisera sur les approches communautaires déjà initiées pour un meilleur ciblage des populations vulnérables et clés (dépistage communautaire, autotest) tout en renforçant le dépistage initié par les prestataires ou à visée diagnostique par les professionnels de Santé publics et privés.

L'intensification de l'implication des acteurs communautaires pour l'augmentation de la demande, de l'offre de services de Traitements (ARV, Thérapie sous Observation Directe) et la rétention dans les soins. Cette stratégie passe par la cartographie des intervenants des Organisations à Base Communautaire (OBC) qui seront identifiées dans le cadre de la mise en œuvre.

La délégation des tâches en matière de prise en charge au niveau des structures de Santé et communautaires sera mise en œuvre pour assurer une couverture optimale au niveau des sites non couverts qui font face à un manque de personnel médical. L'amélioration de la qualité de la PEC holistique dans tous les sites de PEC sera également renforcée avec un focus particulier sur l'observance, la rétention et l'adhésion des bénéficiaires à la dynamique de soins pour le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales. Avec une utilisation plus rationnelle des agents de santé communautaire (ASC) et des conseillers psycho-sociaux (CPS)

Les efforts porteront également sur l'amélioration du système de gestion des approvisionnements pour assurer la disponibilité continue des tests, des médicaments, des équipements de laboratoire et intrants stratégiques.

8.2 Les aspects transversaux

Les aspects transversaux portent d'une part sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH mais aussi à l'égard des populations clés constituent d'importantes barrières à la réalisation des droits à la santé. D'autre part, la réussite de ce plan intégré est liée aux pratiques de bonne gouvernance.

Résultat d'impact 3 : Les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré

Ce résultat **Plan Stratégique national intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali**, il s'inscrit dans la mise en œuvre d'un environnement favorable pour

lever les obstacles structurels à l'accès à la prévention et aux soins qui ont engendré des difficultés aux personnes vivant avec la maladie.

La Stratégie définit un cadre de programmation cohérent pour promouvoir et protéger les droits humains et l'égalité femmes-hommes dans le contexte de lutte contre les maladies. Elle vise un changement au niveau de la société et des services de manière à réduire les attitudes négatives, les refus de traitements et les discriminations envers les personnes vivant avec la maladie. L'objectif recherché est de mettre en œuvre une riposte efficace en atténuant la discrimination et en favorisant la promotion, la protection et la diffusion des droits humains afin d'aboutir à l'impact sur les épidémies.

Cette stratégie vise également à identifier les barrières qui limitent l'accès des jeunes filles et des femmes à l'information et à la prévention des infections afin de jouir de leur droit à la santé. Il s'agira alors de mettre en œuvre toutes les activités permettant de vérifier que le cadre légal est à jour, qu'il est connu de tous les acteurs de la santé et d'autres ministères (comme celui de la justice concernant les violences faites aux femmes), que les barrières financières, culturelles et traditionnelles qui entravent l'égalité entre les femmes et les hommes sont levées. Enfin, le plan stratégique contiendra des mesures fortes contre les violences faites aux femmes, et des activités visant la prévention, la formation des soignants, le renforcement et la multiplication des réponses intégrées médicales psychosociales et juridiques pour les jeunes filles et les femmes victimes.

Ce résultat vise également le renforcement et l'extension de l'accès à l'appui psychosocial pour amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec la maladie leurs familles et contribuer ainsi à la rétention dans le système de prise en charge.

Les interventions contribueront à créer un environnement favorable pour réduire les obstacles à la prévention et à la prise en charge. Cela se traduira par la protection des droits en matière d'accès aux services des personnes vivant avec la maladie, et leur accompagnement psychologique et social durant le parcours de soins ainsi que la lutte contre violences basées sur le genre.

Résultat d'impact 4 : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB, et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025.

Ce résultat, constitue un axe transversal primordial du Plan **Stratégique intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali** qui permettra de mettre en synergie les différentes dimensions de la riposte et par-delà, d'assurer la réalisation des résultats d'impact 1, 2 et 3.

En effet, l'accélération des programmes de prévention, de traitement et de lutte contre la discrimination dans le cadre du PSNI, implique un ensemble d'acteurs institutionnels, associatifs, du secteur privé et des collectivités territoriales, ce qui nécessite un haut niveau de coordination nationale et locale, de partenariat et de suivi-évaluation.

Un élément central concerne le renforcement du partenariat avec le système communautaire et l'implication accrue du secteur associatif pour une contribution efficace aux résultats nationaux.

Enfin, le financement du PSNI, la préparation de la transition du programme VIH/TB/HV de l'appui des donateurs pour assurer sa durabilité, figurent également parmi les composantes clés de ce résultat transversal.

9. Matrice du cadre de résultats impacts, effets produits et activités

Les résultats d'impact 1 et 2 sont spécifiques à chaque maladie au regard des particularités liées aux populations et à l'adoption des approches différenciées. Dans l'ordre de présentation, l'impact 1 et 2 est présenté pour le VIH, puis la TB et enfin les hépatites virales. Les résultats 3 et 4 sont transversaux aux trois maladies.

Les résultats d'impact 1 et 2 sont spécifiques à chaque maladie au regard des particularités liées aux populations et à l'adoption des approches différenciées. Dans l'ordre de présentation, l'impact 1 et 2 est présenté pour le VIH, puis la TB et enfin les hépatites virales. Les résultats 3 et 4 sont transversaux aux trois maladies.

Résultat d'impact 1 : Réduire l'incidence liée au VIH, TB et aux Hépatites virales respectivement de 50%, 30% et 50% d'ici 2025

Résultat d'impact 1 : L'incidence liée au VIH est réduite d'au moins 50% d'ici à 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés et vulnérables (PS, HSH, UDI et transgenre) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées.	Produit 1.1.1 : D'ici à 2025, 95% des populations ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> TS HSH UDI Transgenre sont dépistées et référées sur les sites de prise en charge approprié	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du Conseil et le Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) <ul style="list-style-type: none"> Renforcement du dépistage communautaire par les pair-éducateurs, ASC et offre paquet de service différenciée (gel, préservatif M F, PF, seringues et aiguilles Démédicalisation du dépistage Mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas index (passif) Déploiement de nouvelles stratégies de dépistage par auto-test Développement de programme différencié de santé numérique de prévention et de PEC Digitalisation du dépistage et lien avec la prise en charge Renforcement de l'observatoire communautaire dans le suivi des patients
Résultat d'effet 1.2 : En 2025, 50% des adolescent(e)s et jeunes âgés de 10 à 24 ans et des populations vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST par une approche différenciée de prévention et de dépistage selon l'âge et le sexe	Produit 1.1 : D'ici à 2025, 95% des populations ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> TS HSH UDI Transgenre ont accès à une information de qualité sur IST VIH TB Hépatites	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place la Prophylaxie pré Exposition (PrEP) pour la prévention du VIH des TS, HSH, UDI et Transgenre dans les sites de plus forte prévalence. Mise en place du Conseil et le Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) Dépistage communautaire par les pair-éducateurs, ASC et offre paquet de service différenciée (gel préservatif M / F, PF, seringue et aiguille) Démédicalisation du dépistage Mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas index Déploiement de nouvelles stratégies de dépistage par auto-test Développement de programme différencié de santé numérique de prévention et de PEC Digitalisation du dépistage et lien avec la prise en charge Renforcement de l'observatoire

		communautaire dans le suivi des patients
	Produit 1.2.2 : D'ici à 2025, 95% des populations ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> ▪ TS ▪ HSH ▪ UDI ▪ Transgenre ont accès à un paquet de service adapté sur les IST, VIH TB et Hépatites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des professionnels et prestataires de santé pour l'intégration du paquet de service adapté sur les IST, VIH TB et Hépatites ▪ Mise en place des services adaptés et intégrés pour la prise en charge des IST ▪ Mise à disposition de l'offre de paquet de service de prévention, prise en charge ▪ Actualisation de la cartographie des points de rencontre de HSH, et des sites de TS ; ▪ Mise en place la Prophylaxie pré Exposition (PrEP) pour la prévention du VIH des TS, HSH, UDI et Transgenre dans les sites de plus forte prévalence.
	Produit 1.2.4 : 95% des UD/UDI utilisent les services de réduction des risques adaptés à leurs besoins selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage communautaire par les pair-éducateurs, ASC et ▪ Offre paquet de service différenciée (gel préservatif M / F, PF, seringue et aiguille) ▪ Mise en place d'un centre communautaire de traitement de substitution aux opiacés (TSO),
	Produit 1.3.1 : D'ici à 2025, 100% des Jeunes et adolescent(e)s (15 à 24 ans) bénéficient du paquet minimum de prévention VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) ▪ Création des centres de santé sexuelle et ▪ Offre de services de santé sexuelle adaptée aux adolescents/jeunes, femmes en âges de procréer et autres populations vulnérables ▪ Empowerment des jeunes et adolescents sur le DSSRAJ ▪ Amélioration de l'environnement national en matière de DSSRAJ ▪ Accessibilité aux préservatifs et lubrifiants, PF, Approche genre, Pilule de lendemain, soins post-abortif et VBG ; ▪ Démédicalisation du dépistage ; ▪ Mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas index ▪ Informatisation ou Digitalisation du dépistage VIH en lien avec la file active des PVVIH sous ARV ▪ Renforcement du DCIP dans les centres de santé
Résultat d'effet 1.3 : 95% des adolescent(e)s et les femmes enceintes de 15 à 49 ans connaissent leur statut sérologique pour le VIH et bénéficient du paquet minimum de prévention VIH dès l'entrée en CPN	Produit 1.4.1 : D'ici à 2025, 100% des Femmes enceintes vue en CPN bénéficient du paquet minimum de prévention VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication et mobilisation communautaire pour la PTME (leadership par un champion) ▪ Proposition systématique du dépistage à toutes les femmes enceintes ▪ Mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas index ▪ Informatisation (Digitalisation) du dépistage VIH en lien avec la file active des PVVIH sous ARV ▪ Renforcement du DCIP dans les centres de santé ▪ Dépistage communautaire par les pair-éducateurs ASC et offre paquet minimum de prévention (PF, gel et préservatif)
	Produit 1.4.2 : D'ici à 2025, 95% des Femmes enceintes dépistées séropositives sont référées sur les sites de prise en charge (ont accès à la prise en charge)	

	<p>Produit 1.4.3 : D'ici 2025, 95% des femmes enceintes sur traitement ARV ont bénéficiées de la charge virale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déploiement de nouvelles stratégies de dépistage par auto-test ▪ Dispensation/Distribution communautaire des ARV ▪ Renforcement de l'utilisation des services de PTME ▪ Renforcement de la disponibilité des ARV pour les femmes enceintes ▪ Suivi, supervision, formation continue, Coaching et stage ▪ Quantification de la charge virale chez les femmes enceintes sous ARV et DBS chez l'enfant exposé ▪ Décentralisation de la charge virale ▪ Impact de la charge virale sur la prescription ▪ Mobilisation des communautés pour l'implication des hommes dans les services PTME
	<p>Produit 1.4.4 : D'ici à 2025, 50% des conjoints des Femmes enceintes VIH+ bénéficient du paquet minimum de prévention VIH</p>	
	<p>Produit 1.4.5 : Produit 1.5.6 : Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME en vigueur et d'une prophylaxie au Cotrimoxazole (CTX)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du dépistage précoce des enfants exposés au VIH ▪ Mettre en place un dispositif pour une disponibilité pérenne des intrants pour le diagnostic précoce et sérologique. ▪ Définir un circuit clair pour l'acheminement des échantillons des sites vers les laboratoires de réalisation des tests ▪ Mettre en place un mentoring pour la rétention des enfants ▪ Mettre en place la surveillance de la résistance ▪ Mettre en place un dispositif pour une disponibilité pérenne des ARV pédiatriques avec des formulations adaptées ▪ Renforcement du suivi actif du couple mère-enfant. ▪ Renforcement de capacités des personnels des OBC et prestataires pour réduire la stigmatisation et la discrimination
<p>Résultat d'effet 1.4 : D'ici à 2025, 95% des hommes et femmes des populations vulnérables âgés de 15 à 49 ans (miniers, personnes porteuses de handicap, porteurs d'uniforme, détenus, les coxieurs, routiers, vendeurs (ses), ambulants, les conjoints/partenaires et enfants des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH</p>	<p>Produit 1.5.1 : D'ici à 2025, 95% de la population des miniers, des personnes porteuses de handicap, des porteurs d'uniforme, la population carcérales, les conjoints/partenaires et enfants des PVVIH dépistées séropositives sont référées sur les sites de prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place du Conseil et le Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) ▪ Dépistage communautaire par les pair-éducateurs, ASC et offre paquet de service différenciée (gel préservatif M / F, PF) ▪ Démédicalisation du dépistage ▪ Mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas index ▪ Déploiement de nouvelles stratégies de dépistage par auto-test (conjoint PVVIH, porteurs d'handicap) ▪ Développement de programme différencié de santé numérique de prévention et de PEC ▪ Digitalisation du dépistage et lien avec la prise en charge ▪ Renforcement de l'observatoire communautaire dans le suivi des patients
<p>Résultat d'effet 1.5 : D'ici à 2025, 100% des femmes et des hommes victimes d'AES/AELB, victimes d'exposition en milieu de soins et victimes d'exposition sexuelle reçues dans les Centres de Santé bénéficient d'une Prophylaxie Post-Exposition</p>	<p>Produit 1.6.1 : 100% des personnes victimes d'accidents d'expositions aux liquides biologiques qui se présentes dans les sites de prise en charge bénéficient de la prophylaxie post-exposition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification d'un référent AES/AELB dans chaque site ▪ Mettre en place un numéro d'urgence ▪ Sensibilisation des professionnels de santé sur les AES/AELB

(PPE) selon les directives nationales		
Résultat d'effet 1.6 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque	Produit 1.7.1 : La promotion de l'usage du préservatif est assurée auprès des populations sexuellement actives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion de l'information des points de distribution dans les services de santé, les associations et les ONG ▪ Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité au préservatif masculin et féminin. ▪ Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif masculin et féminin
	Produit 1.7.2 : La couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants est assurée à 100% dans une approche de marché total	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion de l'information des points de distribution dans les services de santé, les associations et autres lieux de proximité ▪ Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité au préservatif et du gel lubrifiant au niveau des points de distribution dans les services de santé, les associations et dans les sites de plus forte prévalence. ▪ Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif masculin dans les lieux à forte prévalence du VIH
Résultat d'impact 1 : L'incidence de la Tuberculose est réduite d'au moins 30% d'ici à 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 1.7 : Au moins 90% des cas de TB attendus sont notifiés d'ici 2025	Produit 1.1.1 : 90% des cas attendus de TB sensibles sont déclarés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la coordination des activités de détection et de diagnostic de la TB au Mali ▪ Extension du réseau GenXpert ▪ Renforcement du dispositif de transport des échantillons des Cscm vers les laboratoires des CSRef ▪ Extension du réseau diagnostique par la création de nouveaux CDT ▪ Amélioration de la qualité de détection dans les structures de soins publiques (CSCoM, CSRef, Hôpitaux) ▪ Renforcement du rapportage des cas de TB sensible ▪ Renforcement de l'implication des CSCoM et CSRef dans la détection des cas de TB ▪ Renforcement de l'accès à la radiographie pour le diagnostic de la TB ▪ Dépistage actif dans la communauté ▪ Recherche active des cas dans les autres unités de consultation des CSRefs ▪ Approvisionnement en réactifs et consommables de laboratoire ▪ Suivi- Supervision ▪ Evaluation de la prévalence de la TB au Mali
	Produit 1.1.2 : 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de contrôle de qualité des laboratoires nationaux par le LNR
	Produit 1.1.3 : 10% des cas diagnostiqués sont des enfants de moins de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la détection des cas de TB de l'enfant et l'adolescent ▪ Investigation des cas contacts ▪ Dépistage actif dans les unités de prise en charge nutritionnelle des enfants et lors des campagnes (vaccination, CPS, déparasitage .)
	Produit 1.1.4 : 100% des PVVIH des files actives sont dépistés systématiquement pour la TB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du dépistage systématique de la TB chez les PVVIH ▪ Extension du réseau Xpert et accès à la radiographie
	Produit 1.1.5 : 20% des cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la coordination de la réponse

	incidents sont notifiés par les acteurs communautaires (Leaders, organisations communautaires, ASC, relais, tradipraticiens de santé)	<p>communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur la TB ▪ Implication des agents de santé communautaire dans la détection des cas de TB ▪ Implication des ONG, la société civile et des associations de patients dans la détection des cas de TB ▪ Implication des Tradipraticiens le dépistage des cas ▪ Renforcement de la communication sur la TB
	Produit 1.1.6 : 2% des cas de TB (toutes formes confondues) sont déclarés dans la population carcérale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening systématique de la TB à l'entrée des nouveaux détenus dans les prisons ▪ Campagnes de dépistage actif de la TB ▪ Formalisation du cadre de collaboration entre la santé et l'Administration pénitentiaire
	Produit 1.1.7 : 1% des cas de TB (toutes formes confondues) sont déclarés dans les populations clés/groupes à haut risque (hors population carcérale) - migrants,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre d'une politique de gestion de la TB chez les diabétiques ▪ Campagnes de dépistage actif de la TB dans les sites d'orpaillage, de déplacés et dans les entreprises ▪ Mise en place de mécanisme de suivi et de retro information des populations déplacés et nomades dépistés TB et mis sous traitement
	Produit 1.1.8 : 1% des cas de TB (toutes formes confondues) sont déclarés par des prestataires de soins hors programme national de lutte contre la maladie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du partenariat public-privé pour la détection des cas de TB ▪ Renforcement de la capacité des structures privées à la détection de la TB ▪ Renforcement du système de référence entre les structures sanitaires privées et les centres de traitement de la TB
	Produit 1.1.9 : 80% des cas nouvellement notifiés sont dépistés en utilisant les tests rapides recommandés par l'OMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration du diagnostic bactériologique de la TB sensible dans la population générale ▪ Mise à disposition de la culture et des nouvelles technologies au niveau du LNR ▪ Elargissement du plateau technique aux nouvelles techniques moléculaires
Résultat d'effet 1.8 : Au moins 75% des cas estimés TB-RR et ou TB-MR sont notifiés	Produit 2.1.1 : 80% des patients TB a un résultat de test de sensibilité au médicament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension du réseau GenXpert ▪ Mise en réseau des appareils GenXpert à travers des solutions de connectivité ▪ Renforcement du système d'information laboratoire
	Produit 2.1.2 : 100% des cas suspects de TB Pharmaco-résistante bénéficient de test de sensibilité pour au moins la rifampicine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du dépistage systématique de la résistance chez les groupes cibles pour la TB MR ▪ Renforcement du système de transport d'échantillons entre CDT ne disposant d'appareils Xpert et laboratoire Xpert le plus proche ▪ Renforcement de l'adhésion au traitement par la DOT communautaire ▪ Soutien nutritionnel des patients TB MR ▪ Coordination entre chargés TB et laborantins dans le rapportage des données laboratoire ▪ Mise en place d'un dispositif d'alerte et de coordination entre CDT disposant d'Xpert et unités de prise en charge de la Tuberculose multi-résistante aux médicaments (MDR-TB)
	Produit 2.1.3 : 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la culture et les Xperts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation de la qualité des laboratoires de culture et Xpert par le laboratoire supranational

Résultat d'effet 1.9 : Au moins 50% de la cible pour la thérapie préventive est atteinte d'ici 2025	Produit 3.1.1 : 50% des personnes en contact avec des patients tuberculeux (adultes et enfants) ont commencé une thérapie préventive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la mise en œuvre des directives nationales pour la Thérapie préventive au Mali ▪ Investigation des cas contacts ▪ Traçage des sujets contacts (famille, lieu de travail) ▪ Approvisionnement continu en médicaments pour le traitement préventif (nouveaux protocoles courts) ▪ Suivi- Supervision
	Produit 3.1.2 : 95% des PVVIH éligibles ont commencé une thérapie préventive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la mise en œuvre des directives nationales pour la Thérapie préventive au Mali ▪ Un screening systématique des PVVIH à chaque contact ▪ Approvisionnement continu en médicaments pour le traitement préventif (nouveaux protocoles courts) ▪ Suivi- Supervision
Résultat d'effet 1.10 : Au moins 70% des structures de santé respectent les mesure de préventions pour le contrôle de l'infection d'ici 2025	Produit 4.1.1 : Les mesures de prévention pour le contrôle de l'infection sont disponibles dans 70% des structures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à disposition de plans de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures ▪ Approvisionnement en matériels et équipements de contrôle de l'infection
Résultat d'impact 1 : L'incidence liée aux l'hépatites virales B et C sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 1.11 D'ici 2025, le suivi des hépatites virales B et C dans la population générale et les populations clés est réalisé	Produit 1.1.1 : Les hépatites virales font l'objet d'une veille sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la surveillance épidémiologique de l'hépatite B et de l'hépatite C
Résultat d'effet 1.12 : D'ici 2025, 70 % de la population générale utilisent les moyens de prévention contre les hépatites virales B et C	Produit 1.2.1 : 80% de la population générale a accès à une information de qualité sur les hépatites virales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'information et de la communication sur les hépatites virales
	Produit 1.2.2 : La journée mondiale contre l'hépatite fait l'objet d'une célébration annuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'information et la communication sur les hépatites virales ▪ Renforcer le dépistage et la prévention primaire
	Produit 1.2.3 : 80 % de la population générale connaissent leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B et de l'hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du dépistage ▪ Stratégies innovantes pour amener la population à se faire dépister (réseaux sociaux, implication des ONG)
	Produit 1.2.4 : 80 % de la population générale a accès à un paquet de services adapté (préservatifs)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la prévention primaire
Résultat d'effet 1.13 : D'ici à 2025, 90% des professionnels de santé connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et disposent de compétences adaptées pour se protéger des hépatites virales	Produit 1.3.1 : 100 % des professionnels de santé ont accès à une information de qualité sur les hépatites virales et connaissent les moyens de protection contre les liquides biologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'information et de la communication en direction des professionnels de santé
	Produit 1.3.2 : 100 % des professionnels de santé ont accès à un paquet de services de prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du dépistage et de la prévention primaire

Résultat d'effet 1.14 : D'ici à 2025, 80 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans disposent de connaissances, attitude et pratiques adaptées et utilisent le paquet de services de prévention	Produit 1.4.1 : 90 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons ont accès à une information de qualité sur les hépatites virales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'information et de la communication en direction des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons
	Produit 1.4.2 : 90 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons ont accès à un paquet de services adaptés (préservatifs, dépistage)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du dépistage et de la prévention primaire ▪ Renforcement des stratégies de santé sexuelle et reproductrice
Résultat d'effet 1.15 : D'ici à 2025, 80% des populations clés (TS, HSH, UDI et transgenres) ainsi que les populations vulnérables connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et utilisent le paquet de services de prévention combinée	Produit 1.5.1 : 90% des TS, des HSH, des transgenres, des routiers et des miniers, ont accès au paquet de prévention combiné	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'information et de la communication ▪ Promotion du dépistage et de la prévention primaire
	Produit 1.5.2 : 80% des Détenus sont dépistés pour les hépatites B et C et ont accès à un paquet de services adapté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement et promotion du dépistage durant toutes les interventions de prévention combinée auprès des populations clés dans les centres de santé de proximité et les associations ▪ • Renforcement de l'orientation et du lien avec les soins ▪ Mise en œuvre des approches de dépistage ciblées dans des structures de santé publiques, privées et les structures communautaires intervenants dans l'environnement des lieux de fréquentations des populations clés « hots spots
	Produit 1.5.3 : 60% des UDI ont accès aux interventions de la réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation aux méfaits des drogues ▪ Mise en œuvre et extension de l'éducation de proximité et la distribution des kits d'injection et préservatifs, orientation pour le dépistage VIH et VHC ▪ Prise en charge médicale et psychothérapeutique des addictions ▪ Appui Psychosocial aux UDI et auto-support ▪ Appui à l'insertion/réinsertion socioprofessionnelle ▪ Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90
Résultat d'effet 1.16 : D'ici à 2025, 90 % des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou d'agression sexuelle n'ont pas fait de séroconversion post-exposition	Produit 1.6.1 : 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou de violence sexuelle qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient d'une prise en charge appropriée et reçoivent une prophylaxie post-exposition le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la prévention primaire
Résultat d'effet 1.17 : D'ici à 2025, les femmes enceintes et leurs enfants bénéficient des services	Produit 1.7.1 : Les cas de transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant sont notifiés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la surveillance épidémiologique des hépatites virales

de vaccinations pour se protéger de l'hépatite B	Produit 1.7.2 : 95 % des nouveau-nés sont vaccinés avec le vaccin monovalent anti-hépatite B dans les vingt-quatre heures suivant la naissance	<ul style="list-style-type: none"> Prévention de la transmission mère-enfant et de la transmission périnatale de l'hépatite B
	Produit 1.7.3 : 95% des femmes enceintes sont dépistées systématiquement pour le VHB	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B
	Produit 1.7.4 : 100 % des femmes enceintes diagnostiquées pour l'hépatite B bénéficient d'un bilan pré-thérapeutique et de la quantification virale de l'HV	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des intrants de laboratoire Renforcement des capacités des Laboratoires Nationaux et Régionaux (Ressources Humaines, Système de Management de la Qualité (SMQ) pour assurer la régularité du suivi biologique
	Produit 1.7.5 : 100 % des femmes enceintes éligibles au traitement sont mises sous traitement	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du traitement à faible cout pour les femmes enceintes
	Produit 1.7.6 : 90 % des femmes enceintes mises sous traitement ont une charge virale indétectable	<ul style="list-style-type: none"> Introduction et passage à l'échelle des nouveaux outils d'évaluation de la charge virale (POC) Renforcement des capacités des prestataires de santé à l'utilisation de la charge virale Passage à l'échelle du déploiement des plateformes de charge virale au niveau national

Résultat d'impact 2 : Réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH, TB et aux Hépatites virales de 50% d'ici 2025

Résultat d'impact 2 : La mortalité et la morbidité liées aux VIH sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025

Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes connaissent leur statut sérologique pour le VIH	Produit 2.1.1 : D'ici à 2025, 95% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) bénéficient de l'offre de l'offre de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les formations sanitaires Mettre en œuvre la stratégie « Dépister et traiter » Dispensation et distribution communautaire des ARV Renforcement de l'ETP et l'observance Digitalisation de la file active des PVVIH sous ARV Extension de la prise en charge ARV au niveau des CSCom (SSP) en collaboration stratégique avec les associatifs : (création de nouveaux sites et délégation des tâches, accréditation des CS en sites de dispensation ARV), Renforcement de la prise en charge psychologique et sociale Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH, Renforcement de capacités des formations sanitaires (suivi/supervision et coaching, formation continue, mise à niveau et stage) et

		<ul style="list-style-type: none"> plateaux techniques des laboratoires pour le suivi biologique ▪ Acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence ▪ Suivi/Evaluation ▪ Promotion des droits humains ▪ Observatoire communautaire pour le traitement ; ▪ Évaluation des taux de rétention M 12 et M 24 ▪ Suivi, supervision, formation continue, Coaching et stage ▪ Approches différenciées d'offre de services VIH
	Produit 2.1.2 : D'ici à 2025, 95% des populations clés (TS, HSH, UDI) et de la population carcérale, notifiés VIH bénéficient de l'offre de l'offre de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les formations sanitaires ▪ Mettre en œuvre la stratégie « Dépister et traiter » ▪ Dispensation / distribution communautaire des ARV ▪ Renforcement de l'ETP et l'observance ▪ Digitalisation de la file active des PVVIH sous ARV ▪ Extension de la prise en charge ARV au niveau des CScCom (SSP) en collaboration stratégique avec les associatifs : (création de nouveaux sites et délégation des tâches), ▪ Renforcement de la prise en charge psychologique et sociale ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH, ▪ Renforcement de capacités des formations sanitaires (suivi/supervision et coaching, formation continue, mise à niveau et stage) et plateaux techniques des laboratoires pour le suivi biologique ▪ Acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence ▪ Suivi/Evaluation ▪ Promotion des droits humains ▪ Observatoire communautaire pour le traitement ; ▪ Évaluation des taux de rétention M 12 et M 24 ▪ Suivi, supervision, formation continue, Coaching et stage ▪ Approches différenciées d'offre de services VIH
	Produit 2.1.3 : D'ici 2025, 95% des adultes et des enfants accèdent à l'offre de prise en charge VIH (hôpitaux et CSRéf)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les formations sanitaires ▪ Dépistage et traitement ▪ Dispensation des ARV ▪ Renforcement de l'ETP et l'observance ▪ Digitalisation de la file active des PVVIH sous ARV ▪ Renforcement de la prise en charge psychologique et sociale ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH, ▪ Renforcement de capacités des formations sanitaires (suivi/supervision et coaching, formation continue, mise à niveau et stage) et plateaux techniques des laboratoires pour le suivi biologique ▪ Acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence ▪ Suivi/Evaluation ▪ Promotion des droits humains ▪ Évaluation des taux de rétention M 12 et M 24 ▪ Suivi, supervision, formation continue,

		<p>Coaching et stage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approches différenciées d'offre de services VIH
	<p>Produit 2.1.4 : D'ici 2025, 70% des adultes et des enfants accèdent à l'offre de prise en charge VIH des CScCom</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les formations sanitaires ▪ Mettre en œuvre la stratégie « Dépister et traiter » ▪ Dispensation / distribution communautaire des ARV ▪ Renforcement de l'ETP et l'observance ▪ Digitalisation de la file active des PVVIH sous ARV ▪ Extension de la prise en charge ARV au niveau des CScCom (SSP) en collaboration stratégique avec les associatifs : (création de nouveaux sites et délégation des tâches), ▪ Renforcement de la prise en charge psychologique et sociale ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH, ▪ Renforcement de capacités des formations sanitaires (suivi/supervision et coaching, formation continue, mise à niveau et stage) et plateaux techniques des laboratoires pour le suivi biologique ▪ Acheminement des échantillons vers les laboratoires de référence ▪ Suivi/Evaluation ▪ Promotion des droits humains ▪ Observatoire communautaire pour le traitement ; ▪ Évaluation des taux de rétention M 12 et M 24 ▪ Suivi, supervision, formation continue, Coaching et stage ▪ Approches différenciées d'offre de services VIH
<p>Résultat d'effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral</p>	<p>Produit 2.2.1 : 100% des personnes dépistées séropositives sont référées sur les sites de PEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les compétences des prestataires ▪ Mettre en œuvre la stratégie « Dépister et traiter » ▪ Dispensation / distribution communautaire des ARV ▪ Rendre effective la délégation des tâches ▪ Mettre en œuvre les approches différenciées d'offre de services ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH
	<p>Produit 2.2.2 : 95% des PVVIH reçoivent les ARV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des compétences des prestataires ▪ Mise en œuvre la stratégie « Dépister et traiter » ▪ Dispensation et distribution communautaire des ARV ▪ Rendre effective la délégation des tâches ▪ Mise en œuvre les approches différenciées d'offre de services ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH ▪ Pérennisation du circuit de transport des échantillons
<p>Résultat d'effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH femmes et hommes traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge</p>	<p>Produit 2.3.1 : 95% des PVVIH adultes, adolescents et enfants sous ARV bénéficient la quantification de la charge virale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place de la quantification de la charge virale dans les hôpitaux régionaux ▪ Acquisition des équipements complémentaires pour la charge virale ▪ Mettre en place de POC pour la charge virale et le diagnostic (Genexpert) y compris les

virale indétectable		<ul style="list-style-type: none"> plateformes du PNT et celles du Covid 19 Amélioration du système d'acheminement des prélèvements et de rendu des résultats Renforcement des supervisions formatives pour l'amélioration de la qualité de la quantification de la charge virale
	Produit 2.3.2 : 95% des PVVIH chaque année sont observant au traitement	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la recherche active des perdus de vue dans le cadre du dispositif de rétention Renforcement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge
Résultat d'impact 2 : La mortalité et la morbidité liées à la Tuberculose sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 2.4 : Au moins 90% des cas de TB notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès d'ici 2025	Produit 2.1.1 : 100% des cas de TB toutes formes (nouveaux cas + rechutes) sont mis sous traitement	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la disponibilité des médicaments de 1ère ligne Renforcement de capacités en prise en charge TB Disponibilité de moyens de communication pour relancer des malades Mise en place tracker TB
	Produit 2.1.2 : 100% des patients TB sensibles sont correctement suivis (effets secondaires, soutien psychosocial et nutritionnel, TDO)	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la couverture en CDT Renforcement de l'implication communautaires Système de pharmacovigilance Soutien nutritionnel et psychosocial aux patients TB
Résultat d'effet 2.5 : 90% des cas de co-infection TB/VIH toutes formes (nouveaux cas + rechutes) sont traitées avec succès d'ici 2025	Produit 2.2.1 : 100% des patients tuberculeux enregistrés (nouveaux cas et cas de récurrence) ont leur statut VIH documenté	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la coordination TB VIH
	Produit 2.2.2 : 95% des patients tuberculeux ont bénéficié d'un test de dépistage VIH	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la coordination TB VIH Renforcement du counseling VIH Assurer la disponibilité permanente du test VIH
Résultat d'effet 2.6 : Au moins 85% des cas de TB-MR sont traités avec succès d'ici 2025	Produit 2.3.1 : 100% des cas de TB pharmaco résistante diagnostiqués ont commencé le traitement de deuxième intention	<ul style="list-style-type: none"> Décentralisation de la prise en charge des cas de TB Multi résistante Disponibilité des médicaments de 2^{ème} ligne Décentralisation du traitement de la TBMR Appui nutritionnel et psychosocial aux patients Prise en charge des bilans paracliniques et effets secondaires durant le traitement Mise en place d'un Comité TBMR)
	Produit 2.3.2 : 100% des cas confirmés de TB résistante à la rifampicine/multirésistante ont reçu un test de résistance aux médicaments de deuxième intention	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des tests de sensibilité de 2^{ème} ligne
Résultat d'impact 2 : La mortalité et la morbidité liées aux hépatites virales B et C sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 2.7 : 80 % des personnes dépistées positives pour hépatite B ou hépatite C sont diagnostiquées et bénéficient du bilan pré-	Produit 2.1.1 : 90 % des personnes dépistées positives pour l'hépatite B ou l'hépatite C ont accès au diagnostic et au bilan pré thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Décentraliser la prise en charge des malades d'hépatite Renforcer les capacités des professionnels de santé à la prise en charge des malades d'hépatite B et C Améliorer l'accessibilité financière

thérapeutique		des malades au diagnostic et au traitement
Résultat d'effet 2.8 : 80 % des personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C éligibles au traitement sont mises sous traitement antiviral.	Produit 2.2.1 : 95 % des personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C éligibles au traitement ont accès au traitement antiviral. Produit 2.2.2 : 95 % des malades traités pour hépatite B ou hépatite C sont observants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre disponibles et accessibles les médicaments antiviraux ▪ Favoriser l'adhésion au traitement ▪ Rendre accessibles les examens de suivi pour l'hépatite B (charge virale, échographie abdominale)
Résultat d'effet 2.9 : 90% des patients traités pour hépatite B ont une charge virale indétectable à 12 mois de traitement	Produit 2.3.1 : 95 % des malades traités pour hépatite B bénéficient annuellement du test de quantification virale du VHB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le suivi biologique
Résultat d'effet 2.10 : 90% des patients traités pour hépatite C ont une suppression de la répllication virale trois mois après la fin du traitement	Produit 2.4.1 : 95 % des malades traités pour hépatite C bénéficient du test de quantification de l'ARN du VHC 3 mois après la fin du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le contrôle de la guérison
Résultat d'effet 2.11 : La mortalité nationale par cirrhose et cancer du foie liés aux hépatites B et C est connue.	Produit 2.6.1 : Les cas de décès par cirrhose et cancer du foie liés aux hépatites B et C sont notifiés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un registre national de décès par cirrhose et cancer du foie liés aux hépatites B et C notifiés

Résultat d'impact 3 transversal et intégré : D'ici 2025, les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré

Résultat d'impact 3 transversaux et intégrés : D'ici 2025, les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet. 3.1 : Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés	Produit 3.1.1 : Le dispositif juridique et la réglementation nationale et internationale existants sont utilisés pour protéger les personnes touchées par le VIH/TB/HV et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la diffusion de l'information et de la communication sur les dispositions législatives et réglementaires qui protègent les malades et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination ▪ Conception et mise en scène de pièces de théâtre populaire sur le genre et les droits humains ▪ Renforcement des systèmes juridiques de protection des populations clés et vulnérables ▪ Renforcement du circuit de recensement et de diffusion de l'information sur les VBG ▪ Renforcement du dispositif de concertation intra-communautaire des populations clés sur les droits humains <p>Mise en place d'un observatoire droits humains</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un fonds d'assistance

		juridique et sociale pour les victimes de VGB
	Produit 3.1.2 : La dimension genre est assurée dans la conception et la mise en œuvre des interventions couvrant les trois maladies gérées par CSLS-TBH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction de la vulnérabilité liée au genre dans la mise en œuvre des interventions du PSNI
Résultat d'effet 3.2 : D'ici 2025, les personnes touchées par le VIH, la TB et les Hépatites virales bénéficient d'un environnement social et juridique qui les protège de la stigmatisation et de la discrimination	Produit 3.2.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les personnes touchées par le VIH/TB/HV et les populations clés sont réduites d'au moins 50% dans les établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer et sensibilisation des décideurs, des acteurs de la riposte (prestataires de santé, les médias, forces de défense et de sécurité), des leaders communautaires sur le VIH et les enjeux de santé publique ▪ Formation des professionnels de santé en matière de stigmatisation et discrimination des PVVIH
Résultat d'effet 3.3 : En 2025, l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la contre les violences basées sur le genre atténue l'impact parmi les patients touchés par le VIH, la TB et les Hépatites virales	Produit 3.3.1 : Les stratégies nationales en matière d'égalité entre les sexes intègrent la composante VIH/ TB et Hépatites Virales dans le contexte du COVID-19 Produit 3.3.2 : Les programmes d'égalité entre les sexes et de lutte contre les violences basées sur le genre intègrent la composante VIH/ TB et Hépatites Virales dans le contexte du COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui aux acteurs de la riposte au VIH pour l'intégration du genre dans les interventions ▪ Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les programmes sur l'égalité ▪ Identification des programmes sur la promotion de l'égalité des droits ▪ Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les programmes sur l'égalité entre les sexes et de lutte contre les violences basées sur le genre ▪ Prioriser la cible des femmes et des jeunes filles dans les stratégies de riposte au VIH ; ▪ Mettre en place une plateforme sur la dimension genre et VIH (Dialogue, information, veille et alerte sur les violences) ▪ Développement de programmes de leadership auprès des OEV pour porter le combat de la lutte contre le VIH ▪ Mise en place de partenariat avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour la promotion de l'égalité et de la lutte contre les violences basées sur le genre

Résultat d'impact 4 transversal et intégré : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025.

Résultat d'impact 4 transversaux et intégrés : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB, et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025		
Résultats d'effets	Résultats produits	Principales Stratégies
Résultat d'effet 4.1 : La coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNI	Produit 4.1.1 : Les organes de coordination de la riposte au niveau national, départemental et communal sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décentralisation effective au niveau programmatique avec une ligne de financement du PSNI dans les budgets nationaux, départementaux et communaux ▪ Renforcement de la collaboration entre les

sont assurés		programmes des maladies cibles de la CSLS-TBH et entre les ministères du « One Health » (Santé humaine, et santé environnementale)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités de leadership des organisations faitières de la société civile (OSC) sur l'approche intégrée du PSNI
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités managériales et financières des organes de coordination et de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la riposte aux trois maladies (VIH/TB/HV) au niveau des secteurs ministériels
Résultat d'effet 4.2 : La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSNI est assurée, à travers des co-financements domestiques et internationaux	Produit 4.1.2 : coordination et la riposte multisectorielles pour les aux trois maladies (VIH/TB/HV) sont effectives en milieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la riposte aux trois maladies (VIH/TB/HV) dans les entreprises publiques et privées
	Produit 4.2.1 : Le budget de l'Etat, relatif à la lutte contre les trois maladies (VIH/TB/HV) est augmenté et pérennisé pour couvrir les besoins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement de la riposte aux différentes maladies par des mécanismes innovants ▪ Mobilisation et répartition optimale de ressources pour le financement de la riposte aux trois maladies (VIH/TB/HV) ▪ Réallocations des ressources économisées grâce à l'intégration, à la mutualisation et aux stratégies et technologies innovantes introduites dans le PSNI
	Produit 4.2.2 : La contribution du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre les trois maladies (VIH/TB/HV) est augmentée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du partenariat public-privé-société civile ▪ Partenariat avec les municipalités en vue du financement de la riposte trois maladies (VIH/TB/HV)
	Produit 4.2.3 : Les Ressources externes sont mobilisées pour appuyer le PSNI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accroissement de la mobilisation des ressources externes
Résultat d'effet 4.3 : Les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population	Produit 4.3.1 : Les systèmes communautaire apportent une contribution stratégique et opérationnelle à la mise en œuvre du PSNI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration des services de prévention et de promotion (dépistage, sensibilisation) en stratégies fixe et avancée ▪ Renforcement de capacités des acteurs communautaires sur les thématiques innovantes (auto-test, traitement différencié) ▪ Renforcement des capacités des réseaux de coordination et des organisations de la société civile (OSC)
	Produit 4.3.2 : Les programmes prioritaires développent des interventions intégrées en matière de santé sexuelle et reproductive des Jeunes	Mise en œuvre par les programmes de l'approche intégrée de la santé sexuelle et reproductive des jeunes (Education complète à la sexualité)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive en milieu communautaire (par les programmes) ▪ Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive dans le système éducatif formel (par les programmes) ▪ Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive en faveur des déscolarisés, des non scolarisés, des artisans (par les programmes)

	Produit 4.3.3 : Les services sont délivrés dans toutes les situations d'urgence et d'insécurité y compris celles du Covid-19 pour assurer le continuum de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de capacités des acteurs communautaires en cas de situations d'urgence et d'insécurité ▪ Mise en place d'un mécanisme d'appui aux ONG pour des interventions directes, notamment, quand l'Etat ne peut pas intervenir directement ▪ Préparation et le renforcement des compétences des structures déconcentrées de la santé à faire face aux conséquences sanitaires des catastrophes ▪ Mise en place de dispositifs d'aide médico-psychologique aux victimes des catastrophes
Résultat d'effet 4.4 : Les ressources humaines en santé mettent en œuvre les normes et nationales et internationales relatives aux infections VIH, TB et Hépatites virales	Produit 4.4.1 : Les ressources humaines sont en nombre suffisant, déployées selon les besoins et bien formées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités humaines des structures de coordination de lutte contre les maladies, au niveau national, et régional, de la CSLS-TBH, mais aussi des structures impliquées dans les achats, le stockage et la distribution des produits, ainsi que dans la collecte, la remontée et l'analyse des données
Résultat d'effet 4.5 : La médecine traditionnelle contribue efficacement à la lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales.	Produit 4.5.1 : la médecine traditionnelle est intégrée dans le système de santé et contribue davantage à l'amélioration de la santé des populations.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire de collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle ▪ Promotion de la Recherche scientifique en médecine traditionnelle en appui au système de santé ▪ Renforcement de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé
Résultat d'effet 4.6 : Le système d'approvisionnement est régulièrement renforcé pour assurer la mise à disposition des produits de santé	Produit 4.6.1 : Le panier commun pour les achats, la gestion des stocks et la distribution des produits de santé est opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition d'un cadre unique pour la gestion des produits de santé.
	Produit 4.6.2 : Les produits de santé sont disponibles à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de distribution.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre d'un système unique et Intégré de Gestion Logistique (SIGL) ▪ Institution d'une solidarité entre les CS d'une même zone sanitaire sur le plan logistique pour l'approvisionnement en produit de santé ▪ Mise en place d'un système intégré de transport au sein de la centrale d'achat des médicaments pour la distribution des produits de santé par niveau.
	Produit 4.6.3 : Le contrôle qualité des médicaments est assuré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la capacité du Laboratoire National du Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ) en plateau technique et personnel
	Produit 4.6.4 : Le système de pharmacovigilance est fonctionnel et performant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent l'importation, la distribution et les prescriptions des médicaments et produits pharmaceutiques. ▪ Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent la pharmacovigilance des produits de santé
Résultat d'effet 4.7 : Le suivi-évaluation des activités et la recherche sont assurés à travers des études pour le	Produit 4.7.1 : Un Système d'information sanitaire unique est adopté, déployé et utilisé par tous les acteurs des services public, privé et communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une bonne promptitude et complétude des données du DHIS-2 ▪ Assurer une bonne promptitude et complétude des données du DHIS-2 ▪ Développement et installation de bases de données sur les maladies non prises en

VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales		compte dans le DHIS2 aux niveaux central et décentralisé
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les maladies prioritaires y compris les données communautaires
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation d'outils de santé numériques pour améliorer la collecte de données aux niveaux périphériques et communautaire
	Produit 4.7.2 : La qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement du code unique d'identification pour les bénéficiaires des services et numérisation du dossier de suivi des patients
	Produit 4.7.3 : Un agenda de recherche national est développé et mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des agents de santé à la prise en charge des patients
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'étude d'impact des interventions
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'étude de l'influence du cadre de vie sur l'incidence des maladies cible de la CSLS-TBH
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la surveillance comportementale et épidémiologique
	Produit 4.7.4 : L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée disponible et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la coordination entre les partenaires en matière d'information stratégique (Partage systématique des rapports des études et recherches et des rapports nationaux)
	Produit 4.7.5 : Le monitoring des activités est assuré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesurer la performance du PSNI
	Produit 4.7.6 : Les résultats des travaux de recherche sur le VIH/TB et les hépatites virales sont diffusés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la recherche sur les hépatites virales

9. Mise en œuvre du PSNI 2021-2025

9.1 Vision opérationnelle des concepts

C'est la Loi N°2019-021 du 3 juillet 2019 qui a créé la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites Virales (CSLS-TBH). Elle est régie par le Décret 2019-0603/P-RM du 05 Août 2019 Fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites Virales. Et le Décret 2019-0604/P-RM du 05 Août 2019 fixant son Cadre organique. Ainsi, selon l'Article 1 de la Loi N°2019-021 du 03 juillet 2019, la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales, en abrégé CSLS-TBH, est un service rattaché, à durée indéterminée, du Ministère de la Santé et des affaires sociales.

La CSLS-TBH est une direction de niveau national intégrée au Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS). Pour mener à bien sa mission, la Cellule collabore avec plusieurs acteurs au nombre desquels figurent les services du MSAS, les Partenaires techniques et financiers (PTF) et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) de la société civile, les principales organisations du Système des Nations Unies en particulier l'ONUSIDA et ses co-sponsors, ainsi que la communauté scientifique nationale et internationale. Par ailleurs, la CSLS-TBH a établi des partenariats avec les organisations socio-professionnelles et les organisations du secteur privé. Les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la CSLS-TBH sont présentés dans le **Figure 29** ci-après :

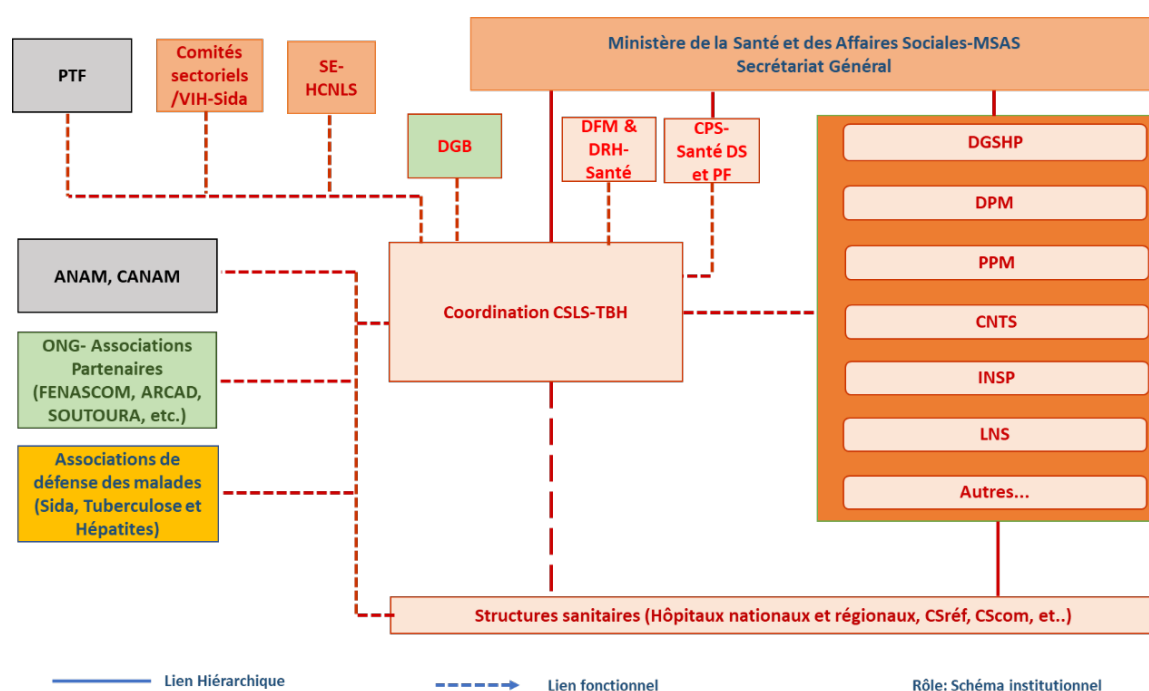


Figure 29 : Mise en œuvre du PSNI 2021-2025

10. Suivi Evaluation du PSNI 2021-2025

Le système de gestion de l'information sanitaire au Mali vise à produire, analyser, disséminer et assurer l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire (PRODESS IV 2019-2023, p112). Celle-ci devant être de bonne qualité portant sur la quasi-totalité des entités, institutions et structures de santé du pays, promptement disponible en vue de la prise de décisions afin de contribuer à la couverture universelle des soins à la population.

Le système d'information sanitaire du Mali comprend : (i) Système local d'information sanitaire (SLIS) ; (ii) Système d'information hospitalier (SIH) ; (iii) Système d'alerte épidémiologique (SAE) et (iv) Le système d'information de gestion logistique (SIGL) des produits de santé.

Parmi les domaines appuyés par le gouvernement et ses partenaires, on mentionnera : (i) le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire pour une planification et une prise de décision plus efficaces ; (ii) les capacités techniques des différents niveaux renforcées pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données. Depuis 2016, le gouvernement et ses partenaires, dont le Fonds mondial, Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Coopération Néerlandaise/PRODESS, USAID/MEASURE Evaluation, OMS, UNICEF ont stratégiquement réajusté les investissements dans ce secteur et sont engagés à mettre en place, par étape, un système d'information sanitaire basé sur l'implémentation du DHIS2.

Avec une Assistance Technique pourvue par USAID/MEASURE Evaluation, cette plateforme a été déployée dans plusieurs localités, notamment au niveau des CSCom sous la conduite de la CPS et la DGSHP avec l'appui technique et financier de l'USAID Measure/Evaluation et l'accompagnement des ONG MUSO, PSI, Services de Santé à Grand Impact (SSGI) et la Croix Rouge.

Quelques progrès enregistrés en termes de complétude des données de santé, y compris ceux des programmes spécifiques, grâce à l'implémentation du DHIS2 communautaire qui a permis d'améliorer la qualité du travail des ASC dans les districts-pilotes (ex : le niveau de couverture du DHIS2 montrait les 65/75 DS avec le DHIS2 configuré et opérationnel (les données des 10 DS sont fournies via les 65 DS) ; 2 371 structures (public and privées) sont couverts par le DHIS2 ; les données sont majoritairement fournies par les structures publiques (CsCom=1 392, Csréf=65, Confessionnelles=34, hôpitaux=13, Cliniques=20).

En définitive, le mécanisme en place permet la collecte systématique de données pour le suivi des patients et l'évaluation des performances du programme. Le suivi des patients se fera à travers un système de notification et de surveillance des cas. L'évaluation des performances du programme se fera à travers des études approfondies à partir des données issues du suivi et d'enquêtes spéciales. Enfin, l'intégration des hépatites virales et le COVID-19, deux nouvelles maladies dans le contexte actuel oblige à un suivi de la population en temps réel pour avoir une vue d'ensemble de la réalité de terrain.

Il faut intégrer l'un outil qui fait aussi la gestion des données logistiques OSPSANTE. Il existe une interopérabilité entre OSPSANTE et DHSI2. Cet outil est le résultat d'une collaboration entre le Ministère de la Santé et l'USAID à travers MSH/SIAPS.

11. Financement du PSNI 2021-2025

Budget par Résultat d'impact en Euros	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total sur 5 ans	%
RI 1 : Les incidences liées au VIH, Tuberculose, hépatites virales sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025	32 873 841	25 599 023	24 620 560	23 296 067	25 950 368	132 339 860	43,92%
RI 2 : La mortalité et la morbidité liées aux VIH, Tuberculose, et hépatites virales, sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2025	22 311 632	24 093 351	26 558 317	29 143 392	31 846 938	133 953 629	44,45%
RI 3 intégré : Les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré	905 398	905 398	905 398	905 398	905 398	4 526 989	1,50%
RI 4 intégré : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB, et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2025	6 103 447	6 103 447	6 103 447	6 103 447	6 103 447	30 517 234	10,13%
Total	62 194 318	56 701 219	58 187 722	59 448 303	64 806 151	301 337 713	100,00%

Budget par Programme en Euro	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total sur 5 ans	%
VIH/SIDA	32 948 760	35 059 693	36 431 142	38 211 174	43 197 045	185 847 814	61,67%
TUBERCULOSE	18 904 519	11 359 797	11 612 351	11 091 899	11 530 922	64 499 487	21,40%
HEPATITES	3 332 195	3 272 884	3 135 384	3 136 386	3 069 340	15 946 189	5,29%
DROIT HUMAIN ET GENRE	905 398	905 398	905 398	905 398	905 398	4 526 989	1,50%
GOURVERNANCE	6 103 447	6 103 447	6 103 447	6 103 447	6 103 447	30 517 234	10,13%
Total	62 194 318	56 701 219	58 187 722	59 448 303	64 806 151	301 337 713	100,00%

Budget par Résultat d'effet	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total sur 5 ans	%
RE-VIH 1.1 : En 2025, 95% des populations clés et vulnérables (PS, HSH, UDI) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	9 608 183	9 670 823	9 690 200	8 725 178	11 123 091	48 817 474	16,20%
RE-VIH 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et des jeunes les plus vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST	289 140	218 437	218 437	218 437	218 437	1 162 888	0,39%
RE-VIH 1.4 : 95% Femmes enceintes connaissent leur statut sérologique pour le VIH et bénéficient du paquet minimum de prévention VIH	558 463	535 093	548 688	610 220	616 292	2 868 757	0,95%
RE-VIH 1.5 : D'ici à 2025, 95% la population des miniers, personnes porteuses de handicap, porteurs d'uniforme, population carcérale, les coxieurs, routiers, vendeurs (ses), ambulants, pour le VIH.	1 985 607	1 913 589	816 141	870 838	816 141	6 402 317	2,12%
RE-VIH 1.6 : D'ici à 2025, 100% des personnes victimes d'accidents d'exposition au liquides biologiques, AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, selon les directives nationales	167 777	135 948	135 948	135 948	135 948	711 568	0,24%
RE-HV 1.1 : Le nombre de nouveaux cas d'hépatite B et d'hépatite C est connu	230 633	67 573	135 146	67 573	0	500 926	0,17%
RE-HV 1.2 : D'ici 2025, 70 % de la population générale utilisent les moyens de prévention contre les hépatites virales B et C	1 676 774	1 905 420	1 859 826	1 891 359	1 879 783	9 213 162	3,06%
RE-HV 1.3 : D'ici à 2025, 90% des professionnels de santé connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et disposent de compétences adaptées pour se protéger des hépatites virales, et utilisent le paquet de services de prévention	310 177	311 191	312 344	313 647	315 102	1 562 461	0,52%
RE-HV 1.4 : D'ici à 2025, 80 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons disposent de connaissances, attitude et pratiques adaptées pour se protéger contre les hépatites virales et utilisent le paquet de services de prévention	46 658	14 829	14 829	14 829	14 829	105 973	0,04%

RE-HV 1.5 : D'ici à 2025, 80% des femmes travailleuses de sexe (FTS), 80 % des HSH et transgenres, des routiers et des miniers, 70 % des détenus et 50% des utilisateurs de drogues injectables (UDI)prévention combinée	610 407	645 280	585 080	620 818	593 354	3 054 939	1,01%
RE-HV 1.6 : D'ici à 2025, 90 % des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou d'agression sexuelle n'ont pas fait de séroconversion post-exposition	33 787	65 616	33 787	33 787	33 787	200 762	0,07%
RE-HV 1.7 : D'ici à 2025, la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant est réduite d'au moins 50%	133 589	81 884	81 884	81 884	81 884	461 125	0,15%
RE-VIH 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH	6 955 577	7 200 682	7 572 303	8 094 839	8 577 949	38 401 349	12,74%
RE-VIH 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	8 578 659	9 855 376	11 182 429	12 536 472	13 920 847	56 073 783	18,61%
RE-VIH 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable	4 805 354	5 529 745	6 266 996	7 019 243	7 788 340	31 409 678	10,42%
RE-HV 2.1 : 80 % des personnes dépistées positives pour hépatite B ou hépatite C sont diagnostiquées et bénéficient du bilan pré - thérapeutique	145 103	99 681	99 681	99 681	99 681	543 828	0,18%
RE-HV 2.2 : 80 % des personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C éligibles au traitement sont mises sous traitement antiviral.	5 947	5 947	5 947	5 947	5 947	29 737	0,01%
RE-HV 2.5 : La prévalence nationale de l'hépatite B et de l'hépatite C sont connues	68 602	0	0	0	0	68 602	0,02%
RE-HV 2.6 : La mortalité nationale par cirrhose et cancer du foie liés aux hépatites B et C est connue.	0	68 602	0	0	0	68 602	0,02%
RE-HV 2.7 : Le suivi-évaluation des activités et la recherche sont assurés	70 518	6 860	6 860	6 860	44 972	136 071	0,05%
RE 3.1 : Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés	372 811	372 811	372 811	372 811	372 811	1 864 054	0,62%
RE 3.2 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les personnes touchées par le VIH/TB/HV et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	266 293	266 293	266 293	266 293	266 293	1 331 467	0,44%

RE 3.3 : En 2025, l'impact du VIH/Tuberculose et Hépatites Virales parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et de lutte contre les violences basées sur le genre	266 293	266 293	266 293	266 293	266 293	1 331 467	0,44%
RE 4.1 : La coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNI sont assurés	426 070	426 070	426 070	426 070	426 070	2 130 348	0,71%
RE 4.2 : La mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du PSNI est assurée	399 440	399 440	399 440	399 440	399 440	1 997 201	0,66%
RE 4.3 : Les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population	346 182	346 182	346 182	346 182	346 182	1 730 908	0,57%
RE 4.4 : Les ressources humaines en santé sont disponibles et de qualité	932 027	932 027	932 027	932 027	932 027	4 660 136	1,55%
RE 4.5 : La médecine traditionnelle contribue efficacement à la lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales.	2 663	2 663	2 663	2 663	2 663	13 315	0,00%
RE 4.6 : Le système d'approvisionnement est efficace et la distribution/cession des produits de santé est régulièrement assurée	535 250	535 250	535 250	535 250	535 250	2 676 250	0,89%
RE 4.7 : La prise de décision stratégique est assurée et fondée sur des données fiables et produites en temps réel	3 461 815	3 461 815	3 461 815	3 461 815	3 461 815	17 309 077	5,74%
RE-TB 1.1 : Au moins 90% des cas de tuberculose attendus, sont notifiés d'ici 2025	16 243 077	9 077 793	9 230 417	8 756 003	9 128 887	52 436 176	17,40%
RE-TB 1.2 : Au moins 75% des cas estimés TB-RR et ou TB-MR sont notifiés	90 861	75 102	75 102	75 102	110 102	426 269	0,14%
RE-TB 1.3 : Au moins 70% de la cible pour la thérapie préventive est atteinte d'ici 2025	880 445	880 445	880 445	880 445	880 445	4 402 227	1,46%
RE-TB 1.4 : Au moins 90% des structures de santé respectent les mesures de prévention pour le contrôle de l'infection d'ici 2025	8 263	0	2 287	0	2 287	12 837	0,00%
RE-TB 2.1 : Au moins 90% des cas de tuberculose notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès d'ici 2025	609 334	270 475	326 366	270 475	272 381	1 749 031	0,58%

RE-TB 2.2 : 90% des cas de co-infection TB/VIH toutes formes (nouveaux cas + rechutes) sont traités avec succès d'ici 2025	44 280	36 900	36 900	36 900	36 900	191 881	0,06%
RE-TB 2.3 : Au moins 85% des cas de TB-MR sont traités avec succès d'ici 2025	1 028 258	1 019 081	1 060 834	1 072 974	1 099 920	5 281 067	1,75%
Total	62 194 318	56 701 219	58 187 722	59 448 303	64 806 151	301 337 713	100%

12. Annexes

12.1 Annexe 1 : Références bibliographiques

Documents stratégiques

- Programme de développement sanitaire et social PRODESS IV 2019-2023, Mali
- Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté au Mali 2016-2020
- Global Tuberculosis Report 2019
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>
- The End TB Strategy http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf
- Rapid Communication: Key changes to treatment of multidrug- and rifampicin-resistant tuberculosis (MDR/RR-TB)
www.who.int/tb/publications/2018/WHO_RapidCommunicationMDRTB.pdf
- Early detection for tuberculosis: An overview of approached Guidelines and Tools
<http://www.who.int/tb/publications/tb-detection-guideline/en/>
- Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries
http://www.who.int/tb/publications/2012/contact_investigation2012/en/
- Systematic screening for active tuberculosis : principles and recommendations
<http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>
- Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide
http://www.who.int/tb/publications/systematic_screening/en/
- Chest radiography in tuberculosis detection: Summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches
<http://www.who.int/tb/publications/chest-radiography/en/>
- Implementing Tuberculosis Diagnostics: A policy framework
http://www.who.int/tb/publications/implementing_TB_diagnostics/en/
- Latent TB Infection: Updated and consolidated guidelines for programmatic management http://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/ltbi_faqs/en/
- Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update)
http://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/
- WHO policy on collaborative TB/HIV activities
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/
- Médecine et Santé Tropicales 2015 ; 25 : 141-144 Situation de la lutte contre les hépatites virales B et C en Afrique ;
- Stratégie mondiale du secteur de la sante contre l'hépatite virale, 2016-2021 ;

Documents VIH/sida

- xxxxxxxx

Documents TB

- Rapport Annuel d'activités TB Mali 2018
- Plan national de communication pour la lutte contre la TB au Mali 2019– 2020
- Guide de l'union pour le diagnostic et la prise en charge de la TB chez l'enfant the union troisième Edition 2016
- Guide de prise en charge de la TB de l'enfant au Mali 2018
- Rapport revue externe TB Mali 2020
- Rapport final de la revue du volet communautaires de lutte contre la TB au Mali 2017
- Guide de contrôle de la transmission de la TB dans les services de santé au Mali 2019
- Facteurs structurels, organisationnels, socioculturels et comportementaux limitant l'accès aux soins et a l'observance au traitement de la TB au Mali, 2017
- Lignes directrices concernant la prise en charge de la TB chez l'enfant dans le cadre des programmes nationaux oms 2ème édition 2014

Documents Hépatites virales

- Bah A, Traoré Keita M, Kassogué A, Coulibaly D, Sogodogo I, Diallo H, Diallo S, Keita M, Koné SI, Kanté M, Diallo M. Séroprévalence des donneurs de sang à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou Seroprevalence of blood donors at Nianankoro Fomba hospital of Segou. Rev Mali Infect Microbiol 2019 ; 13 : 41 - 46
- Katilé D, Konaté I, Goita D, Kaboré M, Dicko MY, Malla O, Kondé A, Dao S. Prévalence de l'Antigène Hbs et Profil Sérologique du Virus de l'Hépatite B en Consultation de Médecine Générale à l'Hôpital Régional de Kayes au Mali. Health Sci Dis 2018 ; 19 (4) : 16 -19
- Diarra A, Kouriba B, Baby M, Murphy E, Lefrere JJ. HIV, HCV, HBV and syphilis rate of positive donations among blood donations in Mali: lower rates among volunteer blood donors. Transfus Clin Biol 2009; **16**: 444-447
- Anselme Konaté, H. Sow Coulibaly, K. Doumbia Wife Samaké, Moussa Younoussou Dicko, R. Dembélé Wife Dakouo, A. Soukho Wife Kaya, Makan Ciré Tounkara, Hamadoun Guindo, Abdoulaye Maiga, Mamadou Dembélé, Hamar Alassane Traoré, Moussa Tiémoko Diarra, Moussa Youssoufa Maiga. Epidemiological and Serological Profile of Hepatitis B Virus in an Urban Area in Mali. Open Journal of Gastroenterology, 2019, 9, 158 – 163
- Aude Jary, Sidi Dienta, Valentin Leducq, Quentin Le Hingrat, Mahamadou Cisse, Amadou B. Diarra, Djeneba B. Fofana, Alhassane Ba, Mounirou Baby, Chad J. Achenbach, Robert Murphy, Vincent Calvez, Anne-Geneviève Marcelin and Almoustapha I. Maiga. Seroprevalence and risk factors for HIV, HCV, HBV and syphilis among blood donors in Mali. SNISS
- Infectious Diseases (2019) 19 :1064
- Tounkara A, Sarro YS, Kristensen S, Dao S, Diallo H, Diarra B, Noumsi TG, and Guindo O. Seroprevalence of HIV/HBV Coinfection in Malian Blood Donors. Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC Online First, published on January 30, 2009 as doi :10.1177/1545109708330118
- Dao S, Bougoudogo F, Traoré S, Coulibaly K, Diallo S, Oumar A A. Portage de l'AgHBs au Mali : bilan de dix ans de dépistage à l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP). J Afr Cancer 2009 ; 1 : 68 – 71
- Nouhoum Bouare, Dolores Vaira, Andre Gothot, Jean Delwaide, Sebastien Bontems, Laurence Seidel, Paul Gerard, Christiane Gerard. Prevalence of HIV and HCV

infections in two populations of Malian women and serological assays performances. World J Hepatol 2012 ; 4 (12) : 365 – 373

- Koné MC, Sidibé ET, Malle KK, et al. 2012. Séroprévalence du virus de l'immunodéficience humaine, du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C chez les donneurs de sang à Ségou, Mali. Med Sante Trop 2012 ; 22 (1) : 97-8
- Diarra M, Konate A, Minta D, Sounko A épouse DIARRA Dembele M, Toure CS, Kalle A, Traore HA, Maiga MY. Aspects épidémiologiques de la co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine et les virus des hépatites. Mali Médical 2006 ; 21(2) : 27 – 30
- Institut national de la Statistique. Enquête démographique et de santé 2018. Août 2018.

12.2 Annexe 2 : Liste des personnes consultées au cours de la mission

[illegible]

12.3 Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier de définition des priorités

[illegible]

12.4 Annexe 4 : Liste des participants à l'atelier de validation du PSNI

[illegible]