



MINISTRE DE LA SANTE



RAPPORT D'ANALYSE DE SITUATION DES INTERVENTIONS EN MATIERE DE SURVIE DE L'ENFANT AU MALI.



VERSION FINALE

OCTOBRE 2013



Sommaire

Sigles et abréviations.....	3
Introduction.....	6
1. Contexte et justification.....	6
2. Objectif de l'étude.....	11
2.1. Objectif général de l'étude.....	11
2.2. Objectifs spécifiques.....	11
3. Méthodologie.....	12
3.1. Technique de collecte des données.....	12
3.1.1. Revue et analyse documentaire.....	12
3.1.2. Entretien avec les acteurs.....	12
3.2. Collecte des données.....	14
4. Résultats.....	14
4.1. Cadre Institutionnel Politique et Réglementaire.....	14
4.1.1. Cadre Institutionnel et Politique.....	14
4.1.2. Cadre législatif et réglementaire ; lois, décrets, arrêtés, décisions, notes de service, lettre circulaire.....	15
4.2. Mise en œuvre des interventions.....	17
4.2.1. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME).....	17
4.2.2. Paludisme.....	24
4.2.3. Maladies Tropicales Négligées.....	27
4.2.4. Programme Élargi de Vaccination (PEV) et Stratégie Mondiale de Vaccination.....	28
4.2.5. Nutrition et Carence en micro nutriments.....	33
4.2.6. Promotion de la planification familiale (espacement des naissances).....	36
4.2.7. Prévention de la Transmission mère enfant du VIH/SIDA (PTME).....	39
4.2.8. Promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.....	41
4.2.9. Paquet de soins essentiels au nouveau-né.....	44
4.3. Evolution des indicateurs de mortalité chez les enfants de 0 à 59 mois.....	46
4.4. Principaux Acteurs Intervenant dans le Cadre de la Survie de l'Enfant.....	47
4.5. Analyse des forces et des points à améliorer.....	56
5. Conclusion.....	68
6. Les leçons apprises.....	70
7. Recommandations.....	71
ANNEXE.....	72

Sigles et abréviations

ACF	Action Contre la Faim
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
ATN	Assistance Technique Nationale
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration
CCC =	Communication pour le Changement de Comportement
CDMT =	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CIP	Communication Interpersonnelle
CNAM	Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie
CNESS	Comité National d'Ethique en Sciences de la Santé et de la Vie
CNIECS	Centre National d'Information, d'éducation et de Communication pour la Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation sur la survie de l'enfant
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et des Réductions de la Pauvreté
CSLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
CSN	Cadre Stratégique National
CSREF	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémésine
DHSP	Demographic, Health, survival and population

DNS	Direction Nationale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DTC	Directeur Technique du Centre
EDC	Educational Development Center
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSM-IV	4ème Enquête Démographique et de Santé du Mali
EDSM-V	Enquête Démographique et de Santé du Mali 5 ^{ème} édition
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
GIVS	Global Immunization Vision and Strategy
HKI	Hellen Keller International
IEC	Information-Education-Communication
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
INFSS	Institut National de Formation en Science de la Santé
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IRD	Institut de Recherche Démographique
MAM	Malnutrition Aigue Modérée
MCHIP	Maternal and Child Health integrated
MILD	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée
MS	Ministère de la Santé
NC	Nouveau Cas
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant
PDDSS	Programme Décennal de Développement Social et Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles

PMA	Pratique Minimum d'activité
PNLP	Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme
PNP	Politiques-Normes et Procédures
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPN	Petit Poids de Naissance
PRODES	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSI	Population Service International
PSNAN	Plan Stratégique National Pour l'amélioration et la Nutrition
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission mère- enfant
PVF	Plan de Viabilité Financière
RC	Relais Communautaire
SEC	Soins Essentiels dans la Communauté
SENN	Soins Essentiels au Nouveau-né
SIAN	Semaine d'Intensification des activités de nutrition
SIS	Système d'information Sanitaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – Mesure de la Mortalité, du Statut Nutritionnel (et de la Sécurité Alimentaire) en Situations de Crise
SNLP	Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SSE	Services Sociaux Essentiels
SSP	Soins de Santé Primaire
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
UNFPA	United Nations Fund Population (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH	Virus Immuno Déficience Humaine

Introduction.

Ce document présente une analyse de situation des interventions en matière de la survie de l'enfant au Mali de 2004 à 2013. Elle vise à faire l'état des lieux, en vue de développer des outils de plaidoyer, des mécanismes opérationnels de suivi et de coordination dans le cadre de l'initiative mondiale « Call to Action/Appel à l'Action ». Cette initiative a été lancée au mois de Juin 2012 à Washington, D.C., aux Etats Unis pour booster la survie de l'enfant dans les pays où les indicateurs de mortalité restent encore un problème majeur de santé publique. Elle permet de mettre en synergie tous les décideurs de haut niveau pour une dynamique multisectorielle d'actions en faveur de la survie de l'enfant, à savoir les institutions de la République, les départements Ministériels, les acteurs politiques, les Partenaires Technique et Financiers, le secteur privé et la société civile.

L'analyse de situation présentée dans ce document a été préparée pour soutenir *la mise en œuvre* et *l'accélération* du plan stratégique national de survie de l'enfant au Mali qui est aujourd'hui l'une des priorités du département de la santé. Les recommandations visent à promouvoir l'ensemble des atouts, des expertises, des approches et modèles réussis, des évidences prouvées et des analyses statistiques pour avoir les engagements fermes et les actions des leaders mondiaux pour soutenir la réduction de la mortalité infantile dans un avenir proche.

La présente analyse, réalisée sous le leadership du Ministère de la Santé à travers la Direction Nationale de la Santé, est la synthèse de l'ensemble des interventions des différents acteurs en matière de survie de l'enfant.

1. Contexte et justification.

Il faut rappeler que cette étude est réalisée au moment où le Mali dans son ensemble vient de subir depuis plus de quinze mois une grave crise politico-institutionnelle et sécuritaire qui est venue sérieusement perturber les activités de survie de l'enfant dans un contexte où les indicateurs d'accessibilité géographique et d'utilisation des services étaient loin d'être satisfaisants.

« Call to Action/Appel à l'Action » : un mouvement à l'échelle planétaire

La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile reste encore un problème majeur de santé publique dans le monde, surtout en Afrique au sud du Sahara. Le plan d'action du « Call to Action/Appel à l'Action » exprime les raisons d'être de ce mouvement dans les termes suivants :

« Cette année, plus de 7 millions d'enfants... mourront avant qu'ils puissent fêter leur 5e anniversaire... Ils n'auront jamais l'occasion de réaliser leur plein potentiel ou de contribuer à l'évolution de leurs propres familles, leurs communautés ou leurs pays.

Au cours des 50 dernières années, nous étions témoins de progrès extraordinaires, comme la diminution de 70% des taux de mortalité infantile dans le monde. Juste au cours des 20 dernières années, nous avons pu réduire de 4,4 million le nombre de décès d'enfants chaque année. Ce progrès, qui en train de se passer dans certains des pays plus pauvres et les plus défavorisés de la planète, a été une source d'inspiration. Mais, ce n'est pas suffisant.

Sur la base du rythme actuel des progrès, beaucoup de pays n'atteindront pas les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5 pour réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle. A travers le monde, nous voyons une disparité flagrante entre le taux de mortalité infantile entre pays riches et pays pauvres, entre familles riches et familles pauvres – disparités qui persisteront jusqu'au siècle prochain, à moins que le monde prenne des mesures.

Mais pour la première fois dans l'histoire, nous avons les outils et les connaissances nécessaires pour changer cette trajectoire. Avec de nouveaux partenaires, un changement d'orientation et un engagement mondial pour nous tenir nous-mêmes responsables, nous pouvons mettre fin à ces décès évitables d'enfants. Relever le défi de mettre fin aux décès évitables d'enfants... aidera également les pays à accélérer leur croissance économique et leur développement social. Il va débloquer des milliards dans des économies en réduisant la charge de morbidité et le coût du traitement de la maladie. En permettant aux couples d'être confiants que leurs enfants survivront jusqu'à l'âge adulte, ils seront libres d'avoir des familles moins nombreuses, créant ainsi un changement démographique favorable.

Avec le taux de réduction annuelle (TRA) de la mortalité infantile -- qui est actuellement de 2,5% -- la trajectoire présentée sur la figure 1 fait prévoir que le monde n'atteindrait les OMD qu'en 2035 au niveau mondial, c'est-à-dire 20 ans de retard par rapport aux prévisions initiales, si rien ne change. Heureusement que d'autres scénarios sont possibles, à condition que les gouvernements prennent des actions plus intenses, plus focalisées et mieux coordonnées, avec l'appui de ses partenaires. C'est dans cette optique que ce document s'inscrit pour aider le Mali à identifier les axes prioritaires à renforcer, à prioriser les actions les plus porteuses et à développer des options stratégiques efficaces et pérennes pour la mise en œuvre.

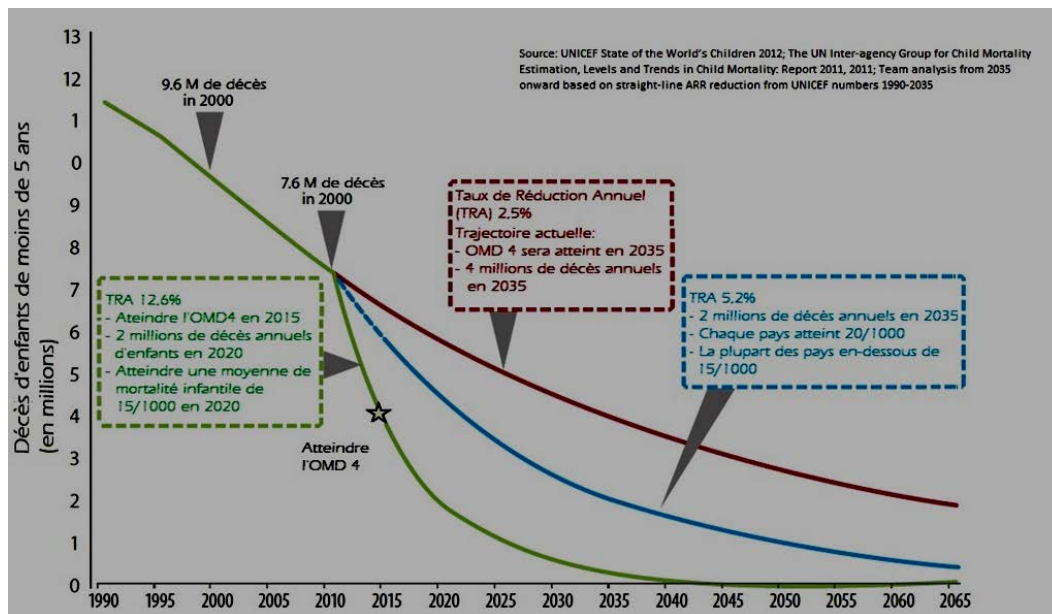


Figure 1: Mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde: trois scénarios de projection si les pays accélèrent leurs taux de réduction annuel (TRA)

(extrait du plan d'action « Call to Action/Appel à l'Action »)

En Juin 2012, une conférence internationale sur la survie de l'enfant intitulée « *Child Survival Call to Action: Ending Preventable Child Deaths* » s'est tenue à Washington, D.C. avec les responsables des institutions internationales et les personnalités de plusieurs pays pour faire l'état des lieux des progrès réalisés et des défis à relever en matière de survie de l'enfant. La conférence a recommandé à l'ensemble des pays, d'afficher une volonté politique forte et la traduire en politique sanitaire vigoureuse et claire, de relier l'engagement à l'action et d'investir de manière importante dans la survie de l'enfant par l'augmentation et l'utilisation rationnelle du budget alloué à la santé de la mère et de l'enfant.

Situation au Mali

Au Mali effectivement, le pays s'est engagé à prendre des actions pour réduire le taux mortalité des moins de 5 ans de **257 à 85 pour 1.000 naissances** vivantes entre 1990 et 2015. Des progrès importants ont été achevés mais les résultats du dernier EDSM-V 2012-2013 montrent que le taux est de 98 pour 1.000 naissances vivantes, deux ans avant la date butoir de 2015. Bien que ce taux soit bien meilleur que la moyenne en Afrique Sub-saharienne (160/1.000 naissances vivantes), il montre que le Mali fait partie des pays qui ont besoin d'accélérer ses efforts pour espérer atteindre ses objectifs à temps. Les principales causes des décès chez les enfants de moins de 5 ans au Mali sont présentées à la figure 2. Les infections respiratoires aiguës (19%), le paludisme (16%), les maladies diarrhéiques (15%) prennent les premières places sur fond de malnutrition. La plupart de ces décès surviennent dans les ménages et sont dus au non recours ou aux recours tardifs aux services de santé.

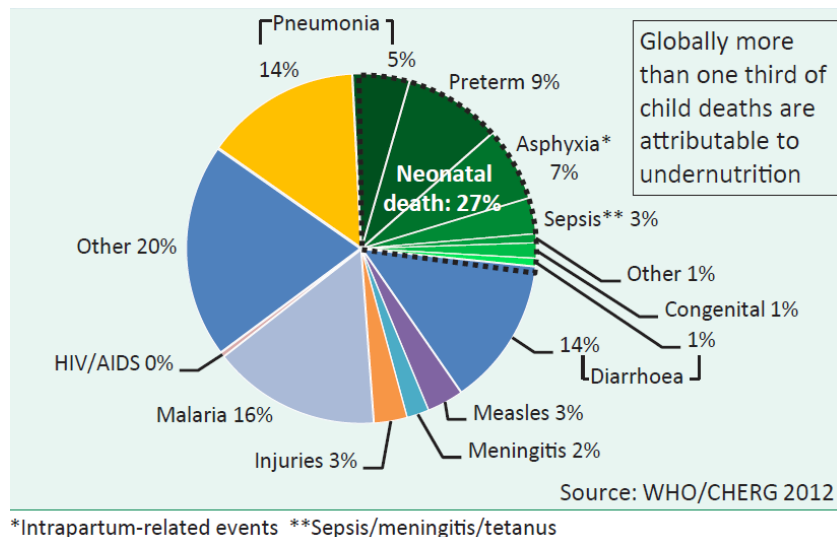


Figure 2: Cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali en 2010

(extrait du Countdown to 2015 <http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/mali>)

Le taux de mortalité maternel reste alarmant à 464 pour 100,000 naissances selon de l'EDS-IV 2006¹. Les résultats définitifs de l'EDSM-V 2012-2013, attendus dans quelques mois permettront de mettre cette donnée à jour. En ce qui concerne les décès néonataux, le taux de mortalité du nouveau-né de 0 à 28 jours est de 35/1,000 naissances vivantes selon dernier EDSM-V 2012-2013, montrant une nette diminution comparée au taux de 46/1,000 naissances vivantes rapporté lors de l'EDSM-IV 2006. Comme présenté sur la figure 2, 27% des décès d'enfants de moins de 5 ans concernent cette tranche d'âge et sont principalement dus à des causes évitables, liées à l'insuffisance de soins maternels adaptés pendant la grossesse et à ceux du nouveau-né en post-natal immédiat.

La situation nutritionnelle en dépit des efforts fournis ces 10 dernières années reste encore alarmante, selon EDSM-V 2012-2013 38% des enfants de 0 à 5 ans souffrent de malnutrition chronique, et 51% des femmes en âge de procréer sont anémiées. Les carences en micronutriments principalement la vitamine A, l'iode, le fer, l'acide folique et le zinc sont fréquentes. Les conséquences des troubles nutritionnelles sont nombreuses et multiformes et font partie des facteurs déterminants de morbidité et de mortalité prématurées. Aussi, paradoxale que cela puisse être, ce sont les enfants des régions du Sud du pays, réputées pour être à la fois le grenier et la zone agro-pastorale qui sont les plus frappés. (SMART 2011)

Engagements mondiales, régionales et nationales

Des initiatives ont été développées au plan mondial à travers entre autres la définition des Soins de Santé Primaire (SSP) dans les années 1980, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies en matière de Santé et le Roll Back Malaria, Scaling-Up nutrition (SUN) et REACH. Le Mali a adopté les cinq principes de la déclaration de Paris en 2005 vers une plus grande efficacité: il s'agit des principes de *la Prise en charge* – Les pays en développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté,

¹ Le ratio de mortalité maternelle de EDSM V de 2012 n'est pas encore disponible

améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption, de *l'Alignement* – Les pays donateurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux, de *l'Harmonisation* – Les pays donateurs se concertent, simplifient les procédures et partagent l'information pour éviter que leurs efforts ne fassent double emploi, des *Résultats* – Les pays en développement se concentrent sur les résultats souhaités et leur évaluation et de *la Redevabilité mutuelle* – Les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.

Au plan Africain, on note l'initiative de Bamako, la Maternité à Moindre Risque, la Vision 2010 + 5 (Initiative des Premières Dames d'Afrique), la Déclaration d'Abuja, encourageant les pays à allouer 15% du budget de l'Etat à la santé. C'est dans l'optique de promouvoir le renouvellement de ces engagements que le mouvement « Call to Action/Appel à l'Action » s'inscrit.

Au Mali, la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population a été adoptée depuis décembre 1990. Elle vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles à travers le rapprochement des soins et services de santé aux populations. L'Etat Malien, en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers, a développé plusieurs initiatives pour assurer la prévention et la prise en charge des maladies, la promotion de la santé, le bien-être des populations et des familles entre autres.

- La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)
- Les soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)
- Les Soins Essentiels au Nouveau-né (SENN)
- La gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA)
- La consultation Périnatale Recentrée (CPNR)
- La semaine d'Intensification des activités de nutrition (SIAN)
- Le Programme Elargi de Vaccination Plus (PEV+)
- La prise en Charge communautaire de la Malnutrition Aigue
- L'approche de bonne nutrition durant les 1000 jours (de la grossesse jusqu'à la deuxième année de l'enfant)
- La lutte contre les carences en micronutriments
- Le lavage des mains au savon
- La promotion de l'utilisation des latrines améliorées

La Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant, adoptée en 2007, met en exergue les activités prioritaires sur lesquels le Mali a décidé de focaliser ses efforts de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La présente analyse de situation a été structurée autour de cette liste d'activités prioritaires, à savoir:

1. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), dans laquelle s'inscrit la prise en charge clinique, la prise en charge communautaire et la promotion de l'hygiène et de la salubrité.

2. Lutte contre le paludisme
3. Programme Élargi de Vaccination (PEV), dans laquelle se cadre la Vision et Stratégie Mondiale de Vaccination
4. Nutrition, dans laquelle se cadre la lutte contre les carences en micronutriments
5. Promotion de la planification familiale
6. Prévention de la Transmission mère enfant du VIH/SIDA (PTME)
7. Promotion des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, dans laquelle s'inscrivent les paquets de soins essentiels au nouveau-né pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après l'accouchement

Dans l'optique d'opérationnaliser les recommandations du mouvement « Call to Action/Appel à l'Action », et en vue de répondre aux OMD 4 et 5, le Ministère de la Santé à travers la Direction Nationale de la Santé a réalisé une analyse de situation des différentes interventions en matière de survie de l'enfant. L'analyse a reçu l'appui technique et financier de l'USAID à travers son Projet Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP).

Les résultats de cette analyse permettront d'accompagner la réorientation stratégique des interventions, des ressources et du partenariat entre les acteurs à travers des mécanismes de suivi et de coordination opérationnels, efficaces et efficients.

2. Objectif de l'étude

2.1. Objectif général de l'étude

Tirer les leçons apprises lors des interventions réalisées en matière de survie de l'enfant au Mali dans les dix dernières années, afin d'identifier les priorités pour accélérer les efforts.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Répertoire tous les documents de politique, de stratégies, des normes et procédures, des textes législatifs, réglementaires et administratifs en matière de survie de l'enfant.
2. Faire une revue documentaire des différentes évaluations relatives à la survie de l'enfant.
3. Identifier les principaux acteurs de la survie de l'enfant.
4. Faire le point de la mise en œuvre des initiatives nationales relatives à la survie de l'enfant entre autres : (i) Faire l'état des lieux de la mise en œuvre de la stratégie

nationale de survie de l'enfant au Mali, (ii) Faire le point des différentes interventions réalisées par les acteurs de la survie de l'enfant.

5. Analyser les succès, d'échecs/contraintes et d'opportunités. Analyser les goulots d'étranglements à l'atteinte des objectifs, identifier les leçons apprises permettant d'asseoir un mécanisme opérationnel et efficace pour la survie de l'enfant.

3. Méthodologie

L'étude s'est déroulée du 05 au 31 octobre 2013. Il s'agit d'une étude qualitative visant à faire l'état des lieux des interventions matière de survie de l'enfant.

3.1. Technique de collecte des données

3.1.1. Revue et analyse documentaire

Elle avait pour objectif de répertorier tous les documents de politique, de stratégies, normes et procédures, des textes législatifs, réglementaires et administratifs en matière de survie de l'enfant. Elle s'est réalisée en deux étapes : recherche exhaustive des documents auprès des structures et analyse des documents repérés.

✚ **Recherche exhaustive des documents :** Elle a été effectuée avant et au cours des interviews auprès des responsables de services techniques nationaux, les ONG et les PTF ou auprès des responsables de la documentation. La collecte a permis de répertorier trois catégories de documents : les documents de politique, de stratégies, normes et procédures, les lois, arrêtées, décrets, décisions en matière de survie de l'enfant y compris le paludisme et grossesse ainsi que les rapports d'activité et d'évaluation.

✚ **Analyse documentaire.** Elle a permis d'une part de faire l'analyse du contexte politique, stratégique, juridique et réglementaire des différentes initiatives nationales relatives à la survie de l'enfant. D'autre part cette analyse a permis de compléter les informations collectées au moyen de l'entretien avec les informateurs clés. La difficulté à trouver ces documents et le temps imparti n'ont pas permis de faire une analyse exhaustive.

3.1.2. Entretien avec les acteurs

Il s'agissait de faire un entretien avec les responsables des structures enquêtées soit en entretien individuel approfondi soit en entretien par petits groupes. Ces entretiens avaient pour objectifs de collecter les données relatives aux interventions de la structure, aux ressources, au processus de mise en œuvre, de suivi, de coordination et d'évaluation des activités. Ils visaient également à faire le point des forces, des insuffisances, des défis, des perspectives et des suggestions pour améliorer les interventions en matière de survie de l'enfant, Echantillon et outils de collecte

✚ **Population et échantillon de l'enquête :** Les services techniques centraux du Ministère de la santé, les partenaires techniques et financiers, les ONG ont constitué la population de notre étude. Les entités incluses dans l'échantillon ont été proposées par le commanditaire de l'étude sur la base d'une liste. Cette proposition a été complétée par les consultants en fonction de leurs connaissances du domaine et la disponibilité des structures à accueillir les enquêteurs à la période indiquée. Le choix des structures a tenu compte du fait que celles-ci ont joué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant. Se sont:

- **Structures de l'état :** la DNS, le PNLP, CAAD, l'Inspection de la santé, la CSLS, la CPS, le CREDOS, CNI ECS, DPM. Toutes les divisions de la DNS ont été concernées à savoir la DSR, la DHSP, la DPLM, le Centre National d'Immunisation, DESR, l'UPFIS, la Division Nutrition.
- *PTF.* La collecte des données a concerné les PTF dont les noms suivent UNICEF, OMS, USAID, Coopération Canadienne;
- ONG concernées ont été: Plan Mali, HKI, la Croix Rouge Malienne.
- Certaines structures prévues n'ont pu être rencontrées. Un canevas de collecte a été envoyé à différentes structures et aux Directions Régionales de la Santé en vue de compléter les informations.
- Organisation de la société civile : FENASCOM
- NB; Seules les données des représentations nationales à Bamako des différentes structures ont été incluses dans l'échantillon.

✚ **Outils de collecte des données**

Fiche d'analyse documentaire : Deux fiches d'analyse documentaires ont été conçues pour les besoins de collecte. Une première fiche a servi à l'identification de l'ensemble des documents au niveau de chaque structure visitée, par nature, thème, source, auteurs etc. La deuxième fiche a permis de faire une synthèse thématique des informations afin de faire des commentaires et observations instantanées au fur et à mesure du déroulement de la collecte

Guide d'entretien : Un guide d'entretien générique ouvert a été conçu. Les thématiques abordées ont concerné les aspects suivants :

- ✓ Description des programmes de survie de l'enfant exécutés ou en cours pendant les dix dernières années et les acteurs impliqués.
- ✓ Problèmes, insuffisances et faiblesses des programmes
- ✓ Forces et acquis
- ✓ Acteurs potentiels
- ✓ Leçons apprises
- ✓ Perception des acteurs
- ✓ Recommandations.

Cet outil a permis principalement de faire l'état de la mise en œuvre des différentes initiatives, d'identifier les principaux acteurs et de dresser des constats en terme de points forts, points à améliorer, les leçons apprises et de recueillir les recommandations des acteurs impliqués .

Questionnaire : Un questionnaire structuré a été conçu pour recueillir des informations auprès des acteurs régionaux impliqués dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain.

3.2. Collecte des données

Deux équipes ont été constituées pour réaliser les entretiens au niveau des structures identifiées. Celles-ci avaient été préalablement réparties entre les équipes. Au niveau de chacune d'elles, après l'introduction, chaque équipe a procédé aux interviews avec les responsables très souvent accompagnés des collègues informés du domaine. Notre démarche a souffert du fait que ces structures n'étaient pas informées à l'avance et elles ont toutes exprimés leurs embarras face au peu d'informations qu'elles détiennent sur les TDR de notre étude. Au regard de cette situation certaines structures n'ont pas pu nous accueillir

Le mode d'administration du questionnaire auprès des DRS a été l'envoi par courrier électronique.

4. Résultats

4.1. Cadre Institutionnel Politique et Réglementaire

4.1.1. Cadre Institutionnel et Politique

- Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) constitue la référence du Mali en matière de formulation et de mise en œuvre des politiques économiques et sociales. Il fédère, dans un cadre cohérent, l'ensemble des politiques et stratégies sectorielles et identifie les besoins financiers ainsi que les moyens de les couvrir. Il prend en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Trois générations se sont succédées : (i) le cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2002-2006, (ii) Le CSCR 2007-2011 et (iii) le CSCR 2012-2017.
- Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 consacre définitivement l'Approche Sectorielle par la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les actrices et acteurs à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune. Le PDDSS qui a été mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I) 1998-2002, le PRODESS II (2005 - 2009) et le PRODESS II prolongé (2009 -2011). Un nouveau PDDSS 2013-2022 et sa première tranche quinquennale sont en cours d'élaboration.

- La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010) et La Politique Nationale de Population.
- La déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali; adoptée par le gouvernement le 07 avril 2004
- Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme au Mali Décembre 2000
- Le Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre le SIDA ;
- Le Plan Stratégique de Santé de la Reproduction 2004-2008; celui de 2014-2018 est en cours de validation
- Le Plan d'action pour le repositionnement de la PF en 2005
- Le Plan Stratégique de Communication sur les Comportements et Pratiques en Matière d'Hygiène
- Le plan stratégique de promotion des pratiques d'hygiène a grands impacts dans le cadre de la réduction des maladies diarrhéiques (2011-2015) en Décembre 2010
- La Politique Nationale de Nutrition adoptée en Décembre 2012
- Le Plan Stratégique de Communication pour le Changement de Comportement en Nutrition en 2009.
- La Stratégie Nationale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant élaborée en 2006 et mise à jour en 2013.
- Les PNP en SR élaborées depuis 2001 et révisées tous les 5 ans. La dernière révision des PNP /SR est en cours de validation.
- Les PNP en Nutrition 2008
- Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2001 avec un plan d'action 2001-2005. La 3^{ème} génération du plan 2013 – 2017 a été élaboré.

4.1.2. Cadre législatif et réglementaire ; lois, décrets, arrêtés, décisions, notes de service, lettre circulaire.

Par rapport à la SR, on constate l'émergence des droits en SR et l'existence d'un cadre législatif et réglementaire favorable marqué par :

- La loi 02-049 AN-RM du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé ; Cette loi, confirme et consacre la politique sectorielle de santé, en précise ses grandes orientations et ses principaux objectifs.

- La loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales, définit les conditions dans lesquelles collectivités territoriales participent à l'administration de la santé
- Ordonnance n° 01-020/P-RM du 20 mars 2001 portant création de la DNS.
- la loi 02- 044 AN-RM du 24 juin 2002 relative à la SR; qui traite des principes et droits de santé de la reproduction, des soins et services de santé de la reproduction et de la contraception. Les soins et les services portent entre autres sur la survie de l'enfant y compris la PCIME, le CCC etc
- Ordonnance n°85-13/P-RM du 10 septembre 1985, portant ratification par le Mali de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF);
- la Convention Relative aux Droits de l'Enfant (CDE) adoptée par le Mali en 1989 ;
- La Signature du COMPACT entre le gouvernement malien et 13 PTF en 2009, pour accroître les ressources allouées à la santé pour la mise en œuvre du PRODESS ;
- La loi N° O6-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH ; traite entre autres de l'éducation et de l'information en matière de VIH/SIDA, des pratiques sécurisées et de leurs procédures, du conseils et du test de dépistage au VIH/SIDA, des services de santé et d'assistance et de la confidentialité
- La décision N° 05-0715 /MS/SG du 12 juillet 2005 portant création du Comité Sectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (CSLS). C'est un organe d'impulsion et de coordination de la lutte dans le secteur de la santé
- Le décret N°99-157 PM-RM du 16 juin 1999, portant création du comité national d'action pour l'éradication des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant ; le décret crée le comité auprès du ministre chargé de la promotion de la femme et de l'enfant. Il définit les missions, la composition et le fonctionnement du comité.
- Le décret N° 05-350/PGRM du 04 Août 2005 relatif à la gratuité de la césarienne ; ainsi, les frais occasionnés par la pratique d'une césarienne sont pris en charge par le budget de l'Etat.
- Le décret N°10-628PM-RM du 29 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé

- Le décret N°002-0314 P/RM du 04 juin 2002, fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux « communes » et « cercle » en matière de santé ;
- Le décret N° 05-147/PGRM du 31 mars 2005 fixant les conditions et modalités d'octroi et d'assistance particulière de l'Etat aux malades du SIDA, aux personnes vivant avec le VIH et de la garantie de la confidentialité ;
- Le décret N° 05-546/PGRM du 20 décembre 2005 relatif aux centres de conseils et dépistage volontaire anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'Immunodéficience Humaine ;
- Arrêté Inter - Ministériel No 06-1907/MS-MIC-MEP-MA-SG du 04 Septembre 2006 portant Réglementation de la Commercialisation de l'Information et du Contrôle de la Qualité des Substituts du Lait Maternel au Mali.
- Arrêté Interministériel N°09 0754/MS/MF/MDAC/MATCL du 3 avril 2009 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite de la césarienne :
- Arrêté Interministériel N°99-162/MSPAS/MICAMF du 12 juin 1999 portant règlementation de la production, de l'importation, et de la vente du sel iodé pour la prévention des Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI)
- La lettre circulaire N°004/MSP-AS/Cab du 25 janvier 1991 relative à l'accès des femmes aux contraceptifs ;
- La lettre circulaire N° 005/MSP-AS/Cab du 25 janvier 1991 relative à la santé maternelle et à la planification familiale
- La lettre circulaire N° 0019/MSP-AS/SG du 07 janvier 1999 interdisant la pratique de l'excision dans les établissements sanitaires.

4.2. Mise en œuvre des interventions.

4.2.1. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME).

L'approche PCIME englobe un éventail d'interventions qui visent à prévenir et traiter les principales causes de morbidité et mortalité infanto juvéniles. Sa mise en œuvre a commencé en 2000 au Mali. Conformément à la définition du concept retenue par l'OMS et l'UNICEF la mise en œuvre de la PCIME au Mali repose trois composantes à savoir:

- l'amélioration de la compétence des agents de santé à travers la formation des prestataires de tous les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) sur le protocole de l'OMS adapté par le Ministère de la Santé.

- le renforcement du système de santé à travers la dotation en matériel et équipement nécessaire des structures sanitaires, l'organisation des services, du système de référence et de contre référence entre les différents niveaux de prise en charge de l'enfant malade.
- L'amélioration des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et communautaires a travers la mise en œuvre de la composante communautaire de la prise en charge intégrée des cas et la promotion des comportements favorables à la santé.

Les deux premières composantes constituent la PECIME clinique et la troisième la PCIME communautaire. La mise en œuvre structurée de ces trois composantes permet de réduire de façon significative la mortalité infanto-juvénile et accélérer l'atteinte des OMD.

Le plan stratégique national 2007 -2011 élaboré en 2006 prévoyait la formation de 1200 prestataires à la prise en charge des cas selon les directives PCIME, l'intégration dans les curricula de formation des écoles de sante et la mise en place d'un groupe de travail PCIME.

Dans le domaine de la PCIME clinique.

➤ **Réalisations.**

Le processus de mise en œuvre de la PCIME clinique au Mali a été marqué par

- L'adoption en 1996 de l'approche PCIME élaborée par l'OMS et l'UNICEF depuis les années 1990.
- Le démarrage du processus de formation des agents en 1998 par la formation des pools national de formateur suivi de la formation des prestataires de la commune V du district de Bamako et des districts sanitaires de Bougouni et de Kolondieba.
- L'organisation d'une revue nationale de mise en œuvre de la PCIME en Avril 2003, autorisant la mise à échelle de la PCIME dans ses 3 composantes.
- L'organisation d'un atelier d'orientation et de planification de la mise en œuvre de la PCIME en 2003.
- La mise à échelle de la PCIME a connu une certaine lenteur du fait de la durée et du cout élevé de la formation.
- La révision des documents de formation des prestataires sur la PCIME en 2009 a permis de prendre en compte l'utilisation des CTA en lieu et place de la chloroquine dans le traitement du paludisme simple, l'introduction du Zinc dans le traitement de la diarrhée et la prise en charge du VIH/ SIDA.

- L'élaboration d'un plan stratégique PCIME de 5ans (2007- 2011) avec comme objectif général contribuer à la réduction de 20% de la morbidité et la mortalité néonatale, infanto-juvénile par la PCIME.
- L'évaluation de la PCIME réalisée en 2010 prenant en compte les 3 composantes (clinique, communautaire et l'amélioration du système de santé).

➤ **Résultats**

- Le nombre d'agents de santé formés en PCIME clinique est de 931 prestataires de services des CSCOM et CSRef
- La formation en PCIME Clinique a touché seulement 470 /1134 aires de santé = 41 %
- La couverture de 42/65 Districts Sanitaires soit 65% de 7 Régions sur 8 (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Kidal) ont été concernées et les Communes V, II et III du District de Bamako.
- La mise en œuvre des SEC a concerné 5 régions sur 9 dont le district de Bamako.

🚩 **Dans le domaine de la PCIME communautaire.**

➤ **Réalisations.**

La composante communautaire de la PCIME a été mise en œuvre sous le leadership des Partenaires Techniques et Financiers à travers des approches spécifiques avant la conception du paquet intégré des Soins Essentiels dans la Communauté avec des approches harmonisées. Il s'agit entre autres de:

- La Stratégie pour Accélérer la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE) avec l'appui de l'UNICEF dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti. Cette stratégie a mis l'accent sur les 13 Pratiques Familiales Essentielles retenues par le Mali dont les acteurs techniques communautaires de mise en œuvre étaient les relais. Le manque de plan de pérennisation et les limites liées
- L'approche des caisses pharmaceutiques villageoises par Save the Children dans la région de Sikasso dont la mise en œuvre était assurée par les relais communautaires. Ces caisses pharmaceutiques permettaient de faire le traitement du paludisme avec la chloroquine, de faire les pansements, promouvoir les accouchements propres et références les cas au niveau CSCOM et d'assurer une surveillance épidémiologique. La chloroquine a été relayé par les CTA à partir des années 2007 à 2009.

- Le traitement du paludisme simple par les CTA par les relais communautaires dans la région de Ségou avec l'appui de PSI.
- L'étude pilote sur le traitement de la pneumonie avec les antibiotiques par les relais entre autres celle réalisée dans le district sanitaire de Kadiolo qui a donné des résultats satisfaisants.
- A l'issue de l'analyse de toutes les expériences nationales et internationales, un Forum National sur l'amélioration de la santé Communautaire a été organisé en 2009. Une synthèse de tous les acquis a été faite pour définir un paquet intégré de soins curatifs, préventifs et promotionnels essentiels au niveau communautaire, consensuels avec une approche de mise en œuvre harmonisée. Il a permis de retenir 2 profils d'agents pour l'offre des SEC: les Agents de Santé Communautaire (ASC) avec un niveau minimal de base d'aide soignant ou de matrone d'une part et les relais classiques d'autre part.

L'approche des Soins Essentiels dans la Communauté est le continuum de la Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant dans les ménages à travers l'offre d'un paquet de Soins et Services de santé à haut impact par des Agents de santé communautaire ayant au moins un niveau de base de matrone ou d'aide soignant en renforcement des relais communautaires. Le paquet comporte la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, des Infections Respiratoires Aigues (IRA), la malnutrition aigue, l'offre des méthodes de planification familiale, le suivi des nouveau-nés à domicile, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, la communication pour le changement social et de comportement.

- L'élaboration et la validation des outils de mise en œuvre des SEC à savoir: le guide national de mise en œuvre en 2010, les modules de formations des ASC, les outils de collecte de collecte, de rapportage et de supervision en 2011.
- L'adaptation des modules de formation des relais et des outils de collecte et de supervision en 2013 avec l'appui de tous les PTF sou le leadership du CНИЕCS et de la FENASCM dont le processus de validation est en cours.



Figure 3. Photos des participants a une réunion de restitution et de renforcement de l'approche communautaire au cours d'une visite de supervision dans un village site ASC.

- La formation des formateurs nationaux, régionaux et des districts sanitaires des régionaux de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti.
- L'identification des sites ASC prioritaires, le recrutement, la formation et l'installation des ASC dans les districts des 5 régions.
- La mise en place des structures de coordination des SEC au niveau central, régional, des districts sanitaires et au niveau aire de santé.
- La formation des relais dans les districts sanitaires de Kita et de Diema dans la région de Kayes et des districts sanitaires de Bougouni, Kolondieba, Yanfolila, Yorosso et Selingue dans la région de Sikasso sur le module adapté des relais avec l'appui technique et financier de MCHIP.
- Les activités de supervision des ASC se font par tous les niveaux de la pyramide, mais le rythme de supervision prévu dans le guide de mise en œuvre n'est pas respecté.
- L'évaluation interne de l'utilisation des SEC par la méthode LQAS a été réalisée en fin 2012 et début 2013 dans 4 districts sanitaires.
- Une évaluation externe et une évaluation qualitative post LQAS sont en cours pour mieux analyser la mise en œuvre des SEC.
- Des ateliers de plaidoyer ont été organisés au niveau central puis régional pour développer les mécanismes de pérennisation des SEC.



Figure 4. Prise en charge d'un enfant malade par un ASC sous la supervision des Facilitateurs au cours du stage pratique d'une session de formation en juin 2011

➤ Résultats

- La mise en œuvre des SEC a concerné 5 régions sur 9 dont le district de Bamako.
- Le nombre de district assurant la mise en œuvre des SEC est de 39 sur 60:
- Le nombre de ASC formes actuellement dans tout le pays est égal 2213 sur
- Les ASC prennent en charge environ 20% des pathologies au niveau du district.

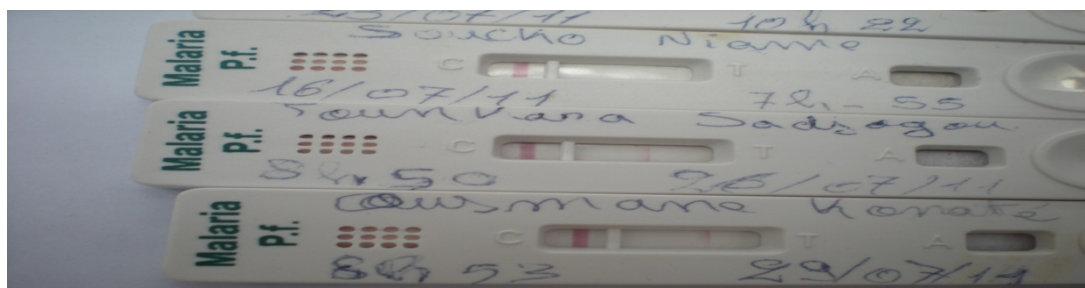



Figure 5. Echantillon de TDR réalisés par un ASC dans un site ASC en 2011.

L'enquête par la méthode LQAS sur l'utilisation des SEC a montré les résultats suivants :

- Une faible utilisation des services de prise en charge de l'enfant malade au niveau des sites ASC (25% à 40%)
- Une faible proportion de TDR réalisés soit 75 à 80% des enfants de 2 à 59 mois admis chez les ASC pour fièvre.
- Le recours tardif aux services des ASC avec les enfants malades ; environ 6% à 39% des enfants ayant fréquenté les sites ASC ont reçu leur traitement dans les 24 heures qui ont suivi le début de la maladie.
- Une faible utilisation des méthodes de planification familiale au niveau des sites ASC (0% à 10%)
- La proportion de mères ou gardiennes d'enfants de 2 à 59 mois qui n'amènent pas les enfants malades au niveau des sites ASC manquant de moyens financiers est de 48% à 85%.
- Cette évaluation a fait des recommandations dont la mise en œuvre est en cours pour améliorer l'utilisation des SEC.

 **Dans le domaine de la promotion des activités d'hygiène, assainissement et de salubrité publique.**

➤ **Réalisations**

Dans le cadre du contrôle de la qualité de l'eau, les activités ont été marquées par

- Le développement et la multiplication des outils IEC en matière de promotion de l'hygiène de l'eau;
- l'aménagement des puits traditionnels contre les contaminations dans le cadre de l'auto-approvisionnement en eau potable (Self Supply) ;
- l'Étude sur la promotion des stratégies alternatives d'approvisionnement en eau potable à l'échelle familiale et communautaire ;
- la dotation en kit de contrôle de la qualité de l'eau de boisson (DELAGUA, POTAKITS) et en comparateurs de chlore résiduel pour la surveillance et le contrôle de la qualité de l'eau de boisson à l'échelle familiale et communautaire ;
- la formation du personnel de santé et des relais communautaires ;

- L'organisation des journées d'information et de sensibilisation sur l'hygiène de l'eau de boisson ;
- La production d'eau de javel à l'échelle communautaire ;
- La vente des comprimés chlorés comme Aquatabs à travers une campagne de marketing social.

Dans le cadre du lavage des mains aux savons, les actions ont été:

- L'organisation chaque année de la Journée Nationale du lavage des mains au savon le 10 septembre depuis 2007.



Figure 6. Dispositifs de conservation de l'eau et de lavage des mains

Cette journée est également

célébrée dans toutes les capitales régionales ;

- L'organisation des sessions d'information et de sensibilisation sur le lavage des mains au savon à l'intention des associations, orphelinats, jardins et garderies d'enfants et des responsables scolaires du district de Bamako;
- L'organisation des réunions de concertation avec les partenaires, le secteur privé et la société civile ;
- L'organisation d'une Journée d'information et de sensibilisation à l'intention des Associations, ONG, DRS et des Animateurs de radio des huit (08) régions et du district de Bamako ;
- le développement, la multiplication et la diffusion des supports de communication.

Dans le cadre de la promotion de l'utilisation latrines améliorées, l'accent a été surtout mis sur la promotion des latrines à dalles SANPLAT à travers:

- La formation des maçons évoluant dans les aires de santé ;
- La dotation des maçons formés en moule SANPLAT ;

- La mise en place des ateliers de confection et de vente de dalles SANPLAT dans les aires de santé.

➤ **Résultats**

- Selon l'EDSM V (2012-2013) rapport préliminaire, 9 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête contre, 13 % EDSM IV (2006). 37 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 40 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale
- 70% de la population utilise l'eau des puits et 4% les eaux de surface comme source d'approvisionnement. Selon la même source, 66,1% de la population n'utilise aucun moyen de traitement de l'eau à domicile (javellisation, ébullition filtration à travers un filtre...).
- Selon l'OMS, la pratique du lavage des mains contribuerait à réduire de 45 à 50% les diarrhées.
- Une étude menée au Mali en 2006 sur l'évaluation du taux de lavage des mains au savon a donné les résultats suivants:
 - 45,4% des femmes soutiennent qu'elles se lavent la seule main après le nettoyage anal des enfants avec de l'eau seulement;
 - 13,6% utilisent le savon pour laver la même main ;
 - 11 % seulement d'entre elles utilisent le savon pour se laver les deux mains ;
 - 4 % maintiennent ne rien faire après avoir nettoyé les enfants ;
 - 68 % des élèves ne se lavent pas les mains au sortir des toilettes ;
 - 75 % des élèves qui se lavent les mains au sortir des toilettes n'utilisent pas le savon ;
 - 34% des clients des restaurants ne se lavent pas les mains avant de manger ;
 - 82 % des clients des restaurants qui se lavent les mains n'utilisent pas le savon.
 - La même étude révèle que dans près de 56% des ménages il n'y a pas de dispositif de lavage des mains et là où ce dispositif est présent, il s'agit d'un dispositif sommaire comme les bouilloires et les vieilles boîtes récupérées.

4.2.2. Paludisme

Le paludisme est une maladie endémique, qui constitue la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes vulnérables. (enfants de 0 à 5 ans, femmes enceintes). Le paludisme connaît une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies.

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludiques et la prise préventive d'antipaludiques par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme. La politique nationale de lutte contre le paludisme s'est inspirée de l'Initiative « Roll Back Malaria » (Faire reculer le Paludisme), de la déclaration d'Aboucha et s'articule autour de :

- La prise en charge du paludisme simple et du paludisme compliqué (sévère)
- La chimio prophylactique chez les femmes enceintes avec la chloroquine puis le TPI à partir de 2004 afin de réduire les conséquences du paludisme sur la grossesse, la mère et le nouveau-né.
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- La pulvérisation intra domiciliaire,

➤ **Réalisations.**

Au Mali plusieurs actions et initiatives ont été entreprises pour faire face au paludisme. Il s'agit entre autres:

- L'élaboration d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 2001 afin de définir les orientations politiques et institutionnelles de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme pour faciliter la mobilisation et l'allocation des ressources basées sur les principes suivants:
- L'élaboration de trois générations de plans stratégiques de lutte contre 2001-2005 puis 2007-2011 et enfin 2013 – 2017 dont le processus de validation de cette dernière génération est en cours. Le plan 2007 – 2011 qui vient de finir met l'accent sur l'inscription d'une ligne budgétaire pour assurer la mobilisation des ressources selon les principes suivants:
- L'organisation des campagnes nationales de distribution de MLD en 2008 pour assurer la couverture universelle.
- La distribution universelle en MILD de 2011 à 2013 dans régions de Sikasso, Ségou et 6 districts sanitaires sur 8 de la Région de Mopti et celle réalisée pendant la vaccination.
- La mise à échelle de la Prévention chez la femme enceinte par la TPI à la SP.
- La Chimio prévention saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois.
- La mise en place des points focaux de différents à tous les niveaux

- Restructuration du PNLP afin de renforcer l'encrage institutionnel. Une Direction National de lutte contre la Paludisme rattachée au cabinet du Ministre de la Sante a été créée,
- L'introduction des CTA au niveau communautaire
- La pulvérisation intra domiciliaires dans trois districts sanitaires (Bla, Koulikoro et Barnaoul) de 2008 à 2010.
- L'IEC sur la lutte contre le paludisme en milieu Scolaire
- La décision de la Gratuité des intrants de lutte contre le paludisme (CTA, TDR, Médicament pour le paludisme compliqué, MII) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans en vue d'assurer l'accessibilité financière des populations aux Soins et Services.
- La Subvention des CTA et TDR pour les adolescents et adultes.
- L'organisation du système de surveillance hebdo dans les 3 régions du nord puis dans toutes les régions
- La mise en place du réseau des parlementaires en faveur de la lutte contre le paludisme
- La réalisation d'étude sur la chimio prévention du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par le Centre de Recherche sur la Paludisme au Mali dont les résultats ont permis de planifier cette stratégie dans le nouveau plan stratégique.

➤ **Résultats.**

Les progrès de la performance du programme paludisme sont périodiquement mesurés à travers des enquêtes de couverture et/ou des évaluations communautaires. Ces évaluations réalisées en collaboration avec des institutions locales et internationales des partenaires techniques et financiers ont permis de constater les résultats consignés comme suite². Pour 2012, il s'agit des résultats préliminaires de l'EDS V.

² Revue de Performance du Programme Paludisme. PNLP 2011

Tableau I. Couverture en Moustiquaire selon les résultats d'enquêtes nationales.

Indicateurs	2006	2008	2010	2012
Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide	50% (EDSIV)	80,6% (enquête nationale)	84,7% (EAP°)	81,9% EDSV
Proportion des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	36% (EDSIV)	78,5%% (enquête nationale)	70,2%	68,8% EDSV
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	29% (EDSIV)	73,9%% (enquête nationale)	62,7%	71,4% EDSV
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI durant leur dernière grossesse avec une naissance vivante	11%(EDS IV°)		51% (MICS)	37% EDSV

On note une augmentation de la couverture en MILD des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes de l'EDSM IV en 2006 à EDSM V en 2012. Les baisses enregistrées de 2008 à 2010 sont consécutives au gel du financement du fonds mondial.

4.2.3. Maladies Tropicales Négligées.

Dans le cadre de la survie de l'enfant, il s'agit des interventions relatives à la lutte contre le trichiasis, les helminthiases telles que: les parasitoses intestinales, la filariose lymphatique, les schistosomiase urinaire. Les stratégies de lutte reposent sur la prise en charge des cas, intégrée à la PCIME clinique, la distribution des médicaments lors des SIAN intégrée à celle de la vitamine A.

➤ Réalisation.

- La formation des tous les prestataires des structures de prise en charge sur la prévention le dépistage et le traitement du trichiasis, des parasitoses intestinales, de la filariose lymphatique, et de la schistosomiase urinaire.

- La formation des relais communautaire sur la distribution de masse de l'Albendazole et la sensibilisation de la population sur l'hygiène et la salubrité en faveur de la prévention du trachome et des parasitoses intestinales et de la filariose lymphatique.
- L'organisation de la distribution de masse de l'Albendazole dans tout le pays tous les 6 mois, intégrée aux SIAN pour les enfants de 1 à 5 ans
- La surveillance sentinelle des cas de filariose lymphatique.
- L'organisation du dépistage du trachome en centre fixe et en stratégie avancée dans les villages de certains districts sanitaires par les DTC et les infirmiers spécialistes en ophtalmologie.

➤ **Résultats.**

- La couverture des enfants de 12 à 59 mois en Albendazole au 2ème passage de la SIAN en 2012 a varié, 70 à 90%.

4.2.4. Programme Élargi de Vaccination (PEV) et Stratégie Mondiale de Vaccination.

La stratégie nationale de survie de l'enfant ambitionne de tout faire pour vacciner les enfants avant leurs premiers anniversaires contre les maladies cibles (Tuberculose, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole, diphtérie, fièvre jaune, hépatite B, vaccin Antihémophilus Influenza B, méningite à méningocoque A). Le vaccin contre le Rota Virus serait progressivement introduit dans le PEV. Les femmes en âge de procréer devraient recevoir deux doses de VAT dans le cadre de la lutte contre le tétanos maternel et néonatal.

Pour accélérer le contrôle ou l'élimination de certaines maladies (rougeole, poliomyélite, fièvre jaune et méningite), des campagnes supplémentaires de vaccination seraient organisées. La Vision et Stratégie Mondiale de Vaccination, En anglais « Global Immunization Vision and Strategy » (GIVS) a été adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS et le comité exécutif de l'UNICEF en 2005. Le Mali y a adhéré et elle a pour Objectifs entre 2006 et 2015 de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer.

A titre de rappel, il faut noter que le PEV du Mali a été lancé en Décembre 1986 par le Président de la République. Il s'est déroulé en 3 phases : la phase coup de balai (1986-1991), la phase d'entretien (1992-1996), la phase de consolidation (depuis 1996). La cible des enfants a été ramenée aux 0-11mois. Les partenaires s'étaient engagés à financer le PEV pendant 10 ans (1986- 1996) et la relève devrait être assurée par le Mali.

➤ **Réalisations**

Les principales réalisations sont les suivantes ;'inscription d'une ligne budgétaire nationale pour le financement des vaccins et consommables suite à l'adoption par le pays de la Politique d'Indépendance vaccinale garantissant le financement durable des besoins en vaccins et consommables

- La mise en œuvre de l'Initiative GAVI avec entre autres l'établissement des contrats de performance avec les différents acteurs d'exécution
- L'élaboration d'un Plan de Viabilité Financière (PVF) 2002 - 2010 accepté par GAVI
- L'introduction de nouveaux vaccins et la sécurité des injections à partir de 2001 grâce à l'appui de GAVI. Ainsi, ont été introduits successivement les vaccins contre : la fièvre jaune en 2001, l'hépatite B (2003), , l'Hemophilus Influenzae B en combinaison avec DTC et Hépatite B, (Penta (DTC,HIB,HB)en 2005 BKO, 2006 les capitales régionales et 2007 les reste du Pays, le Pneumocoque (PCV13) en 2011 Il est prévu d'introduire à partir de 2013 ,le vaccin contre le Rotavirus, et le vaccin contre papillomavirus(vaccin anti HPV)
- Elaboration d'un plan pluriannuel 2002-2005
- Elaboration d'un document de formation sur la gestion des vaccins avec l'appui de l'OMS, de l'USAID et l'UNICEF en 2005. Ce document a été révisé en 2007, 2009 et 2011 avec l'introduction du vaccin pneumo et disséminé sur l'ensemble du pays.
- La mise en œuvre des stratégies novatrices pour l'amélioration de la couverture vaccinale dans les zones d'accès difficile notamment la stratégie SASDE.
- La construction d'une chambre froide dans 5 régions en plus de Bamako.
- Intégration de la vaccination, des interventions sanitaires apparentées et de la surveillance au sein des systèmes de santé.
- L'intégration du PEV dans le Paquet Minimum d'Activité (PMA) des CSCOM.
- L'Organisation des campagnes de vaccination de masse et des journées Nationales de Vaccination (JNV) Les campagnes de masse qui sont organisées ont une approche

plus verticale avec une forte campagne de mobilisation et l'effet d'entraînement sur le PEV de routine reste à démontrer.

- La surveillance des maladies cibles du PEV se fait au cas par cas. Chaque cas fait l'objet d'un prélèvement. Il existe une base de données pour la fièvre jaune, la rougeole, les Paralysies Fléissques Aigues (PFA) , elle se fait de façon parallèle au système de santé.
- L'organisation des revues ; la première revue du PEV a été organisée en 1998-1999 et la deuxième en 2006
- Les évaluations externes du PEV Mali. Elles ont été réalisées en 2006 et 2009-2010.
- L'évaluation de la Gestion Efficace du Vaccin (GEV). En juillet 2005, Décembre 2007 et en juillet 2011. Selon le dernier rapport (2007) la plupart des recommandations faites lors de ces évaluations ne sont appliquées. Elles ont permis quelques progrès importants entre autres ; l'augmentation de la capacité de stockage, l'élaboration d'une politique de sécurisation des injections

➤ **Résultats.**

Selon les résultats de l'évaluation de la couverture vaccinale réalisée en 2010, Au Mali, la couverture vaccinale était de 86% pour le BCG ; 77% (VPO0) ; 84% (VPO1) ; 80% (VPO2), 76% (VPO3) ; 85% (Penta1) ; 80% (Penta2) ; 75% (Penta3) ; 71% (VAR) ; 74% (VAA).

Cette couverture variait d'une région à une autre, et selon la carte et l'histoire. En effet, elles se rapprochent aux couvertures vaccinales attendues qui étaient fixées par le PEV en 2009, voir même légèrement plus élevées pour certains antigènes tels que le VPO1, 2 et le penta3. Selon la même évaluation, sur l'ensemble des enfants enquêtés au Mali, 56 étaient complètement à 12 mois parmi eux 9 étaient correctement vaccinés. Selon les résultats de cette dernière évaluation, Avec une couverture vaccinale de 62% pour l'ensemble des enfants de 12 à 23 mois enquêtés, l'objectif sur le plan national qui est de 95% n'a pas été atteint. Cependant, elle a permis de mettre en exergue, la non complétude des vaccinations et la proportion d'enfants n'ayant jamais reçu d'antigènes (6%). Les principales raisons évoquant cet état de fait étaient : les coutumes, l'ignorance de la nécessité de vaccination et l'absence du vaccinateur.

Cette évaluation a permis d'avoir des couvertures vaccinales assez proches de celles de l'enquête du PEV de 2006 et les CV administratives « attendues » de 2009. que s'était fixée le PEV en 2009 au Mali.

La même source indique que la couverture vaccinale du VAT2 au Mali est de 75%; variant de 61% (Kidal) à 91% à Bamako. Selon la présentation carte de vaccination par les parents, la couverture vaccinale est de 27% pour le Mali; variant de 18% (Tombouctou) à 40% (Bamako). Selon l'histoire de la vaccination décrite par les parents, elle est de 48% pour le Mali; variant de 35% (Sikasso) à 60%(Kayes). La proportion de mères n'ayant pas reçu de VAT2 est de 25% pour le Mali; allant de 9% (Bamako) à 39% (Kidal).

Les couvertures vaccinales en VAT1 et VAT2+ étaient supérieures aux couvertures. Les mères n'ayant reçu aucune dose de VAT représentaient 13% de l'échantillon.

Les principales raisons évoquées étaient surtout l'ignorance de la nécessité de la vaccination, le report à une date ultérieure, le lieu de la séance trop éloigné, les mères trop occupées.

Selon les résultats d'EDSMV 2012-2013, 39 % d'enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 12 % n'ont reçu aucun vaccin. La couverture des enfants complètement vaccinés varie de 46% à Bamako à 21% à Mopti. C'est aussi dans la région de Mopti que l'on trouve la proportion la plus élevée (29 %) d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin.

Tableau II: couverture vaccinale par antigène et par région selon les résultats préliminaires d'EDSV au Mali en 2012-2013

Régions	BCG	DTC3	Polio		Rougeole	Tous les vaccins	Aucun vaccin
			Polio 0	Polio 3			
Kayes	83,5	62,0	65,7	50,3	65,8	37,9	9,9
Koulikoro	86,5	70,5	69,5	52,4	74,8	43,3	10,4
Sikasso	86,8	63,8	63,9	53,8	74,1	42,1	8,0
Ségou	82,4	60,9	59,8	47,7	75,9	37,7	13,6
Mopti	63,9	43,6	44,3	34,6	54,2	21,5	29,1
Bamako	95,0	74,1	84,9	57,8	79,6	45,7	3,5
Ensemble	83,6	63,1	64,4	50,0	71,7	38,9	11,9

Source : Résultats préliminaire EDSM V 2012 2013, p 21

Environ 12% des enfants n'ont reçu aucun vaccin. Seulement 39% des enfants ont reçus tous les antigènes. Ceci nécessite une bonne analyse de la couverture vaccinale et des stratégies appropriées pour combler les insuffisances.

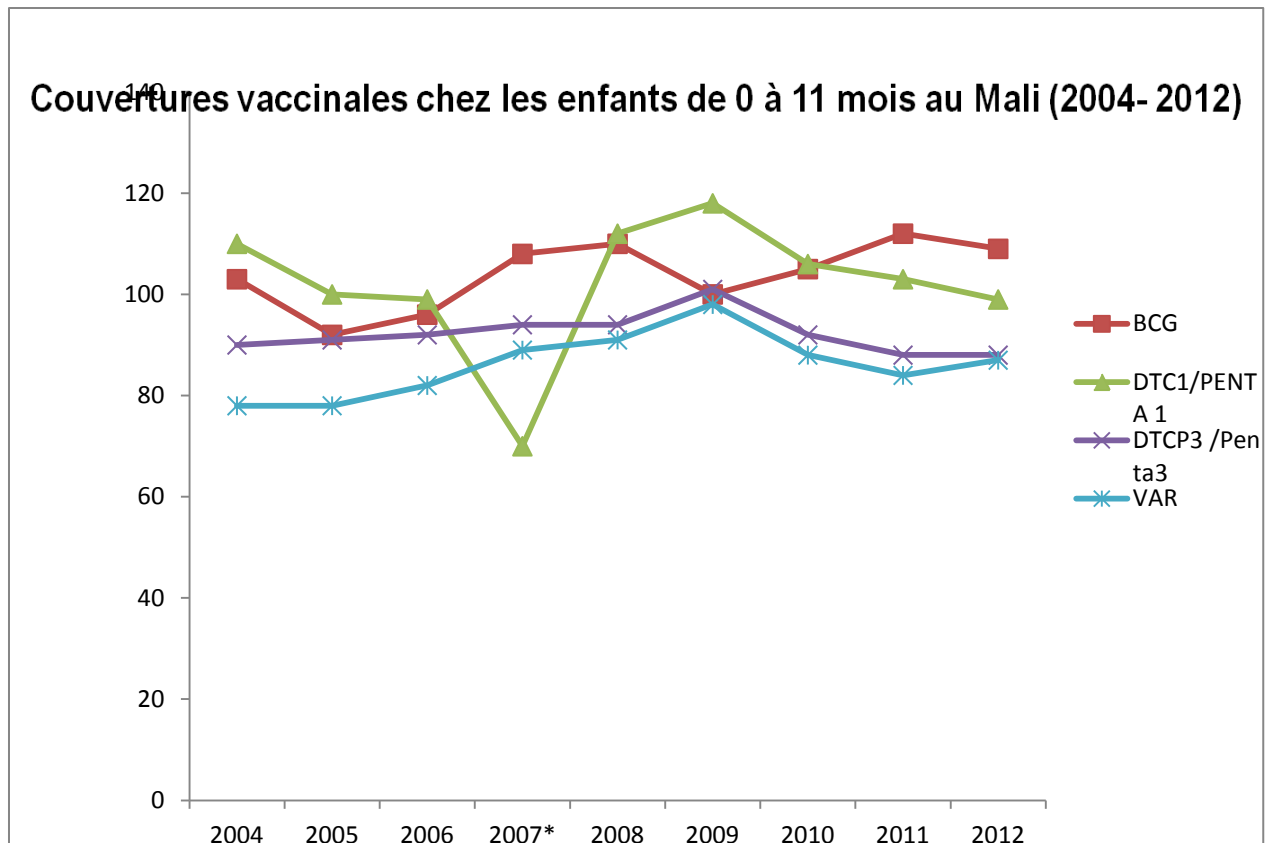
Selon les données du SLIS, 88% des enfants de 0 à 11 mois ont reçu le Penta 3. Le tableau ci-dessous résume les taux de couverture e BCG, penta 1 et 3 et le VAR de 2004 a 2012.

Tableau III: Couvertures vaccinales chez les enfants de 0 à 11 mois au Mali (2004- 2012)

Années	BCG	DTC1/PENTA 1	DTCP3 /Penta3	VAR
2004	103	110	90	78
2005	92	100	91	78
2006	96	99	92	82
2007*	108	70	94	89
2008	110	112	94	91
2009	100	118	101	98
2010	105	106	92	88
2011	112	103	88	84
2012	109	99	88	87

Il n'existe pas de différence notable évidente des couvertures vaccinales depuis 2004 a 2012, sans l'utilisation des tests statistiques. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les taux de couverture vaccinale envoisine les 100%. Toutefois, il existe un écart considérable entre les données du SLIS et celles de l'EDSV en 2012 (88% contre 63%).

Le graphique ci-dessous indique une évolution en dents de scies nous des indicateurs de couverture vaccinale.



Source : Annuaire SLIS 2012

4.2.5. Nutrition et Carence en micro nutriments.

La malnutrition contribue à elle seule directement ou indirectement à plus de 51 % des cas de décès. Pour faire face à cette situation plusieurs interventions ont été définies en matière de nutrition par niveau et par cible selon les politique normes et procédures en matière de nutrition au Mali (PNP-Nut). La politique en matière de nutrition prévoit la multi-sectorialité autour de la mise en œuvre intégrée d'actions dites « Actions Essentielles en Nutrition» (AEN), le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition aigue. Sept (7) Actions Essentielles en Nutrition (AEN) ont été retenues :

1. Promotion de l'allaitement maternel
2. Promotion de l'alimentation de complément
3. Soins nutritionnels des enfants malades et malnutris
4. Promotion de la nutrition des femmes
5. Lutte contre la carence en vitamine A
6. Lutte contre l'anémie
7. Lutte contre les TDCI.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique en matière de nutrition, plusieurs actions sont planifiées entre autres :

- La gestion des activités
- La formation des acteurs
- Le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs qui interviennent
- La recherche opérationnelle pour orienter les priorités en fonctions des zones et des niveaux d'intervention
- Le suivi et l'évaluation des services.

De la conception à l'âge de 24 mois, l'apport immédiat en micronutriments, particulièrement le fer, la vitamine A, l'iode et le zinc sont des interventions à haut impact, essentielles pour la croissance et le développement de l'enfant.

➤ **Réalisation.**

 **Prévention**

- Elaboration du Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAM) en 2006 et mise à jour en 2013.
- Elaboration de Module de Formation en Gestion de la Lactation
- Elaboration de Directives Nationales de Supplémentation en Vitamine A depuis 2003,
- Organisation de campagne bi annuelle de distribution de Vitamine A, déparasitage à l'Albendazole chez les enfants 0-5 ans pour éviter la carence en vitamine et l'anémie, introduction de la supplémentation en vitamine A dans le PEV de routine, la fortification de l'huile et de la farine de blé en micro nutriment (vitamine A), l'intégration du dépistage de la malnutrition selon le protocole harmonisé de prise en charge.
- La supplémentation en fer chez la femme enceinte pendant la grossesse
- Elaboration du Guide d'inspection des aliments vendus dans la rue et dans les établissements pour assurer le suivi de la qualité des aliments vendus aux abords de la rue et dans les établissements publics.
- Elaboration des Politiques Normes et Procédures en Nutrition (PNP Nut) révisée en 2006.

- Elaboration d'une stratégie nationale et d'un manuel de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH.
- L'intégration de la nutrition dans les PNP.SR, la PCIME clinique et communautaire, les Soins Essentiels au nouveau-né (SENN),
- La formation des acteurs sur les Actions Essentiels en Nutrition avec l'implication de la société civile (ONG nationales et internationales, les organisations communautaires RECOTRADE, Groupements Féminins, les media, les relais communautaire, les tradithérapeutes)
- L'organisation périodique des enquêtes nutritionnelles pour apprécier l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des femmes en post-partum immédiat.
- L'organisation en 2010 d'un forum national sur la nutrition qui a recommandé le renforcement de l'encrage institutionnel de la nutrition et de la multi-sectorialité autour des interventions à l'image de certains programmes comme celui de la lutte contre le VIH/SIDA.

Dépistage et traitement de la malnutrition aigue-

- L'élaboration d'un protocole harmonisé de prise en charge de la MA décembre 2007, révisé en 2012 pour s'adapter aux normes de l'OMS.
- La formation de tous les prestataires sur le protocole national révisé en 2012 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- L'organisation des séances de dépistage de masse la malnutrition aigue
- La formation de pool de formateurs nationaux et régionaux
- La mise en place et l'équipement des unités de Prise en charge de la malnutrition
- L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aigue dans le paquet soins essentiels dans la communauté
- Le renforcement du partenariat avec les ONG, Associations et les structures de l'état
- La mise en place de points focaux nutrition au niveau régional et district sanitaire
- La mise en place cluster nutrition pour la coordination des activités dans le cadre de l'urgence.

➤ **Résultats.**

- De 2012 à 2013, tous les prestataires des structures de prise en charge de la malnutrition aiguë ont été formés selon le nouveau protocole de prise en charge.
- La couverture des activités de supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois au 2ème passage de la SIAN en 2012 a varié de 85 à 100%.
- La couverture des enfants de 12 à 59 mois en Albendazole au 2ème passage de la SIAN en 2012 a varié, 70 à 90%.
- Les pratiques d'alimentation des enfants de moins de 2 ans sont encore inappropriées (introduction tardif d'aliments de complémentaires, riche en protéine, micronutriment, mauvaise condition de préparation des aliments, fréquences des repas et les méthodes utilisées pour alimenter les enfants ne sont pas adaptés à leur âge etc.)
- Une analyse qualitative des déterminants de l'alimentation des jeunes enfants est en cours dans les districts sanitaires de Yorosso et Bankas, (régions de Sikasso et Mopti) où les prévalences de malnutrition chronique et d'incidence de pauvreté monétaire sont les plus élevés au Mali (SMART 2011).

🚦 **Selon les résultats préliminaires d'EDSMV:**

Certains indicateurs ont connu une amélioration

- L'alimentation de complément en plus du lait maternel est de 49 % des enfants de 6 à 9 mois
- La prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois est de 12,7%
- La prévalence de l'anémie chez les moins de 5 ans 82% dont 9% d'anémie sévère.
- Prévalence élevée de l'anémie parmi les femmes en âge de procréer est de 51%.

D'autres indicateurs n'ont pas connu d'amélioration:

- Allaitement maternel exclusif chez les de 0 à 6 mois est 33%, selon les résultats de EDSM V (2012-2013) contre 38% en 2006 (EDSM IV).
- Prévalence de la malnutrition chronique.38%
- % des enfants de 6 à 23 mois avec un régime alimentaire acceptable.

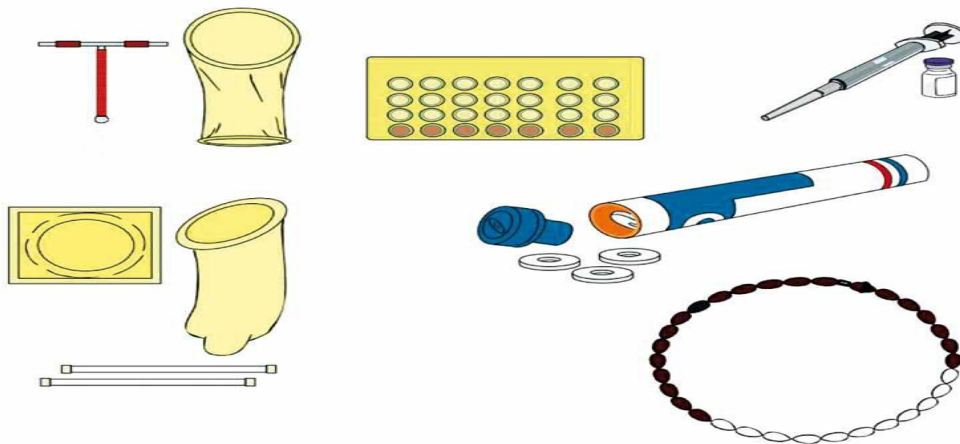
4.2.6. Promotion de la planification familiale (espacement des naissances).

Le Mali a adopté la planification familiale (PF) avec la création de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF) en Juin 1972

Au Mali le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la

disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la morbidité et mortalité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST/VIH/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

La contraception a défini comme étant l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu.



➤ **Réalisations.**

Dans le cadre de la promotion de la planification familiale au Mali plusieurs actions ont été entreprises entre autres :

- L'intégration de la PF aux activités de santé maternelle et infantile avec l'avènement de la stratégie de soins de santé primaires en 1978.
- L'introduction des implants en 2000
- L'institutionnalisation de la campagne PF depuis 2005.
- Le repositionnement de la PF en 2005
- La formation de 368 prestataires qualifiés, encadreurs de l'institut (INFSS) et des écoles privées sur les MLD et de 92 prestataires sur le DIUPP pour l'intégration de l'insertion des méthodes de longue durée d'action en planification familiale dans le curricula de formation des prestataires de sante.
- La mise en place d'équipes mobiles d'offre des méthodes de longue durée d'action en Planification Familiale (7 rurales et urbaines)
- La mise en place de trois cliniques d'offre des méthodes de PF de Longue durée dont 2 à Bamako et 1 à Mopti

- Un réseau de 100 CSCom et structures privées franchisés avec Blue Star
- La sensibilisation, dépistage et prise en charge des IST et VIH avec intégration PF /VIH Sida
- L'intégration de la PF à d'autres activités (SIAN, fistules, vaccination)
- L'intégration des actions de la Société Civile dans le plan d'action national de la PF;
- L'élaboration d'un document-cadre de partenariat entre la Coalition et le Ministère de la Santé;
- L'organisation 4 sessions de Plaidoyer de haut niveau pour le repositionnement de la PF dont une à l'Assemblée Nationale
- La formation des membres de plusieurs associations de jeunes sur les réseaux sociaux. Ce qui a facilité l'organisation d'un concours de poésie pour les jeunes et adolescents sur la PF;
- L'organisation d'un concours de production vidéo pour les jeunes et adolescents sur la PF.
- La mise en place d'une ligne verte gratuite sur la santé de la reproduction (Keneyako 80002828)
- La réalisation d'étude d'impact des activités de planification familiale au Mali en Avril 2012
- L'offre des services de PF au niveau communautaire par acteurs communautaires (relais, ASC)
- L'intégration de la PF dans le paquet de SEC
- La formation des prestataires des structures de référence (CSRef et Hopitaux) et certains CSCOM sur l'offre des méthodes de longue durée (Implants et DIU).
- Le test de la capacité des matrones à faire l'insertion de la Jadelle dans les districts sanitaires de Kita et de Diéma en vue de l'extension à cette catégorie, proche de la communauté.

➤ **Résultats**

La prévalence contraceptive est passée de 6,9 (EDSM IV) à 9,9 (EDSMV)

- Les besoins non satisfaits en PF sont estimés à 31% (EDSM V)
- L'utilisation actuelle des méthodes modernes de contraception est seulement de l'ordre de 7% (soit 4 % en milieu rural, et 13% en urbain)

Selon une étude réalisée de janvier à novembre 2011 par ECHO, sur l'impact des activités de PF au Mali, les effets de la contraception moderne en 2009 sont estimés à :

- Plus de 16000 grossesses évitées
- Environ 12000 naissances évitées
- Environ 1200 morts d'enfants de moins de 1an évités
- Environ 2300 d'enfants de moins de 5 ans évités
- 100 cas de mortalité maternelle évités
- 175 avortements évités

(Source Etude d'impact des activités de planification familiale au Mali de Janvier à Novembre 2011)

4.2.7. Prévention de la Transmission mère enfant du VIH/SIDA (PTME)

La transmission Mère /Enfant étant la principale cause de contamination de l'enfant, sa prévention est devenue de ce fait une stratégie capitale pour le Mali. La stratégie de la PTME a été initiée en 2001 par le gouvernement du Mali. Il s'agissait de développer un système permettant de proposer aux femmes enceintes le test VIH et à celles qui seront séropositives, une prophylaxie antirétrovirale et une prise en charge psychosociale appropriée pour elles et leurs enfants ainsi que la prise en charge alimentaire alternative de l'enfant (lait maternisé) jusqu'à 18 mois.

➤ Réalisations

Les principales réalisations en matière de prévention de la transmission Mère –enfant du VIH ont été :

- L'élaboration des modules de formation des prestataires sur l'approche PTME et des outils de collecte des données
- La mise en place d'un point focal PTME a la DNS et au niveau de la cellule sectorielle de lutte contre le SIDA du Ministère de la santé, au niveau des Directions régionales de la Santé et des Centre de Sante de Référence ainsi que les hôpitaux.
- La création des sites PTME dans les 5 régions du pays et le district de Bamako
- La gratuité des ARV et du bilan biologique chez les mères et les enfants séropositifs dépistés dans le cadre de la PTME depuis 2004.

- La mise en place d'un mécanisme de supervision régulière et structurée pour garantir la qualité des prestations
- La mise en place d'un mécanisme rapide de diagnostic de l'infection de l'enfant par le VIH par la transmission mère- enfant
- L'organisation périodique des revues au niveau régional et national qui n'ont pas régulières ces 2 dernières a cause de l'insuffisance de financement.

➤ **Résultats**

 **Selon le RTA de la CSLS-MS 2011.**

- Environ 88% (197 478 /224 622) des femmes enceintes ont été conseillées pour le dépistage du VIH, parmi elles 35,63% ont fait le test et 2,24% ont été dépistées positives.
- 396 conjoints de femmes dépistées VIH+ ont eu accès au conseil dépistage dont 220 ont été testés VIH positif soit 55,56%).
- Dans le cadre de la PTME 96,19% des femmes enceintes mises sous ARV ont bénéficié de la trithérapie. Cependant 7,24% des femmes sous ARV ont été perdues de vue.
- En fin décembre 2011, 449 enfants de moins de 18 mois dont les mères ont été suivis en PTME avaient fait le test sérologique et parmi eux 14 ont été testés positifs au VIH soit un taux de positivité de 3,12%.

 **En 2012:**

- 370 centres publics, privés et autonomes offrent des services de conseil et dépistage.
- 281 sites de prévention de la mère enfant du VIH sont fonctionnels.

Ce qui a permis au 1er semestre 2012:

- de conseiller et tester 16115 femmes enceintes dont 505 sont séropositives

³ Bilan des réalisations 2012 et perspectives 2013. Cellule Sectorielle de lutte contre le Sida. Ministère de la Santé

- d'offrir la prophylaxie ARV à 758 femmes enceintes séropositives (anciennes et nouvelles)
- de réaliser le test de diagnostic à 165 enfants nés de mères séropositives à 18 mois dont 4 séropositifs soit un taux de séropositivité 2,42%.

La prise en charge au premier semestre 2012

- 83 sites de prise en charge globale sont fonctionnels dont 70 offrent la prise en charge pédiatrique au 30 juin 2012.
- 11398 patients VIH ont été notifiés dont 1277 ont été initiés au traitement ARV
- Le nombre cumulatif de PVVIH sous ARV suivies régulièrement est 28692.
- La collecte hebdomadaire des ARV traceurs.

Le Suivi biologique des PVVIH

- Les appareils de comptage des CD4 au nombre de 46 sont disponibles dans les CSRéf
- L'appareil pour la charge virale est disponible aujourd'hui dans 4 régions (Kayes, Mopti, Ségou, Sikasso) en plus de 4 appareils dans le District de Bamako.

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes est en cours

- Au total 127 cas soit 9,56% des enfants ont été diagnostiqués VIH positif sur les 1 329 enfants testés et parmi ces 127 positifs, 103 n'avaient pas bénéficiés de la prophylaxie ARV soit 81%.
- Parmi les 920 enfants qui ont bénéficié de la prophylaxie ARV 24 étaient VIH positifs soit 2,61%.

4.2.8. Promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

On entend par Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU,) l'ensemble des services d'urgence nécessaires pour traiter les complications obstétricales directes potentiellement mortelles pour les femmes et les nouveaux nés durant la grossesse, l'accouchement ou au cours de la période post natale.

De façon globale les résultats de l'analyse de la situation en 2002 ont montré que les besoins en SOU sont loin d'être satisfaits au Mali. Pour l'ensemble du pays, bien qu'il y a un excédent

en structures SOUC 26/22 prévues, leur répartition sur tout le territoire est inégale. A titre d'exemple, Bamako a 7 SOUC de plus que prévus.

Les structures SOUB étaient largement en deçà des prévisions recommandées (15 SOUB/88 souhaitées). L'extension de la couverture en services offrant les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC) va se poursuivre selon la politique nationale. La promotion des SONU est une approche de renforcement de la politique sectorielle de sante et de Population. L'offre des SONU est essentielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale..

➤ Réalisations

Les réalisations sont marquées par :

- L'élaboration des outils de formation et de supervision des prestataires
- L'élaboration d'un plan de mise en œuvre des SONUC et SONUB
- La création des sites SONUC et SONUB
- La dotation de tous les SONUC et SONUB en Kit initial de SONU approprié
- La formation des prestataires des SONUC et SONUB



Figure 7. Séance pratique de réanimation du nouveau-né au cours d'une session de formation des matrones sur le paquet intégré de Soins Maternels et néonataux

- La prise de décision par le gouvernement du Mali de la prise en charge par l'Etat des frais liés à la pratique de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence des cercles/communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des armées (1) le 23 Juin 2005. L'objectif de cette décision est de rendre les soins obstétricaux d'urgence accessibles à toutes les femmes

enceintes ayant des besoins cliniques d'accouchement par césarienne afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

- La mise en œuvre de la politique de césarienne gratuite dans 57 établissements de santé: 49 CSRef, 6 EPH et 2 CHU. (*Source ; USAID/ATN, Rapport d'étude : Améliorer l'accès aux services de santé maternelle qui sauvent la vie : effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali 2011*). Cette gratuité de la césarienne est effective pour toutes les femmes pour lesquelles les indications se posent.
- Création des unités de soins Mère-Kangourou et formation des équipes dans les CSRef des communes I, Commune V du district de Bamako et le CSRef de Bougouni, les EPH Gabriel TOURE, de Kayes, de Ségou et de Sikasso.

➤ **Résultats**

- 18 formateurs en SONU, ont été formés en 2005.
- Le nombre de CSREF et d'hôpitaux (régionaux et nationaux) dont les équipes ont été formés en SONUC étaient de 36 structures en 2006 et 61 en 2012.
- 22 formateurs et 168 prestataires ont été formés en soins après avortement.
- 9 gynécologues des régions et du District de Bamako ont reçu des orientations sur les soins d'avortement conformément à la loi SR
- 13 formateurs nationaux et 45 prestataires des cliniques Profam ont été formés sur l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement.
- Le PMA complet en SR (CPN, accouchement, GATPA, postnatal, PF) est offert à tous les niveaux.
- Les soins après avortement sont offerts dans les structures disposant de personnel qualifié, formé et suivi. Pour rendre disponible ces soins,;
- La proportion de césariennes ayant abouti à des décès maternels a diminué, de 2 % à 1,3 % entre 2006 et 2009.
- La proportion de décès néonataux après césarienne a baissé de 14 % à 12 % entre 2006 et 2009 (*Source Rapport d'étude : Améliorer l'accès aux services de santé maternelle qui sauvent la vie : effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali 2011*).

- Selon les résultats des revues SONU de 2006, 2008, 2009, 2010, le nombre de nouveau-nés de petit poids de naissance (PPN) enregistré dans les structures SONU est respectivement de 298, 502, 1904 et 1162.
- La prise en charge des nouveau-nés de PPN par la méthode Kangourou se fait seulement au niveau du CHU Gabriel TOURE, des EPH de Kayes et de Ségou. Cependant les unités des CSRef des communes I, Commune V du district de Bamako, du CSRef de Bougouni, l'EPH de Sikasso ne sont pas fonctionnelles.

4.2.9. Paquet de soins essentiels au nouveau-né

Les soins essentiels du nouveau-né après la naissance sont l'ensemble des gestes et actes réalisés de la naissance à 6 semaines pour améliorer la survie du nouveau-né.

L'approche des soins essentiels du nouveau-né a démarré en 2002 par une phase pilote dans le district sanitaire de Bougouni. Elle a été introduite dans les documents de politiques, normes et procédures (PNP) en SR en 2006. A partir de 2008, l'approche a été renforcée par une harmonisation des manuels de formation, Cette approche prend en compte les soins « mère Kangourou » pour la prise en charge des Petits Poids de Naissance (PPN).

De part le monde de nombreuses initiatives globales mettant l'accent sur la mère et le nouveau-né ont vu le jour:

- Chaque Femme Chaque Enfant
- La Commission des Nations Unies sur l'Information et la Recevabilité
- La Commission des Nations Unies pour les Produits d'Assistance aux Femmes et aux Enfants
- Né Trop Tôt,
- Une Promesse Renouvelée et d'Autres
- Au cours des cinq dernières années l'Académie Américaine de Pédiatrie a produit un programme de formation très facile à utiliser et simplifié : «Aider les Bébé à Respirer (HBB) »
- La création de l'Alliance publique et privée de Développement Globale (ADG)
- La Politique et les efforts de formation au niveau pays et concernant la réanimation du nouveau-né (issu du partenariat du GDA du HBB et les autres partenaires),
- Le Plan d'Action de Chaque Nouveau-né (lancé à la Conférence Mondiale sur le Nouveau-né) en 2013.

➤ **Réalisations**

- La formation de 36 formateurs nationaux, 117 formateurs au niveau régional et 1830 prestataires au niveau des structures sanitaires.
- La mise en œuvre de l'intégration GATPA, SENN et HBB a commencé dans deux districts (Diéma, Kita) à partir de modules de formation adaptés et validés par tous les acteurs
- L'organisation de sessions de formation des formateurs, clôturées en Septembre 2013 dans la région de Kayes pour la mise à échelle de l'intégration GATPA, SENN et HBB.

➤ **Résultats.**

- La mortalité néonatale a passé de 46 pour 1000 naissances vivantes (EDSM IV) à 35 pour 1000 naissances vivantes (EDSM V).
- Selon l'analyse des résultats des EDSM de 2001 à 2012, les indicateurs.

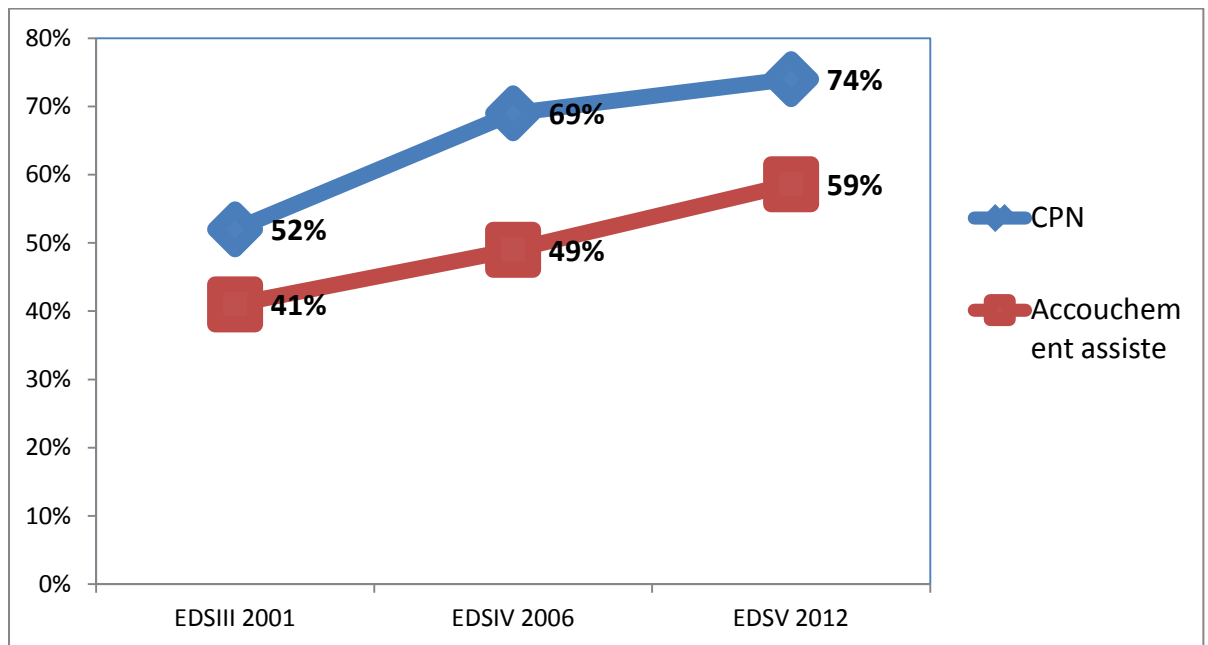


Figure. Evolution des taux de consultation prénatale et d'accouchement assistés selon EDS III, EDSI V et EDS V

4.3. Evolution des indicateurs de mortalité chez les enfants de 0 a 59 mois.

Selon les résultats des enquêtes EDS III en 2001 et EDS IV en 2006 et les résultats préliminaires de l'EDS V en 2012-2013 on enregistre une diminution progressive des taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile. Cette diminution serait la résultante des différentes interventions mises en œuvre en matière de survie de l'enfant.

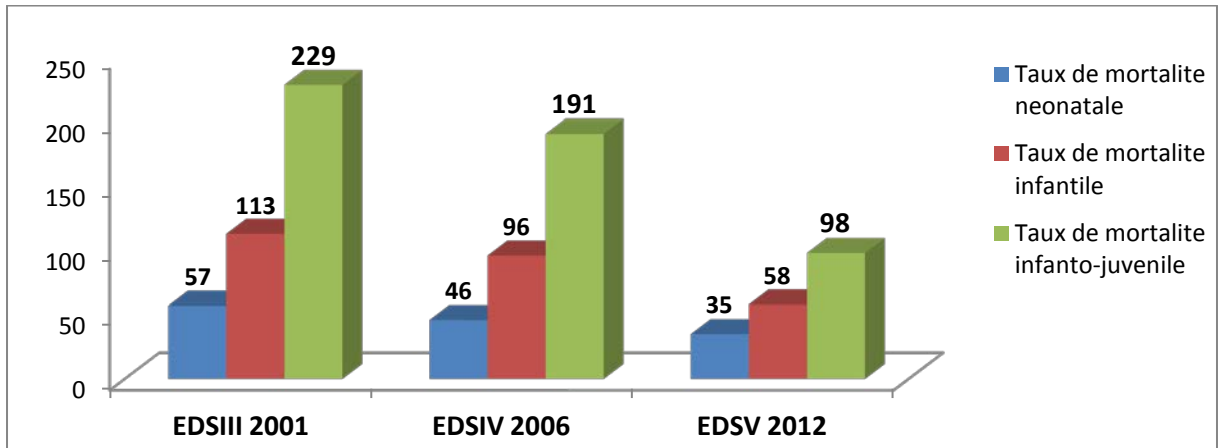


Figure 8. Evolution des indicateurs de mortalité chez les enfants de 0 a 59 mois au Mali selon les résultats des EDS III, EDS IV et EDS V

4.4. Principaux Acteurs Intervenant dans le Cadre de la Survie de l'Enfant.

Les interventions et les intervenants en matière de survies de l'enfant au cours des 10 dernières années selon les résultats de la collecte des données auprès des structures visitées.

Tableau IV. Principaux Acteurs Intervenant dans le Cadre de la Survie de l'Enfant.

N°	Acteurs/structures interviewés	Natures des interventions	Zones	Période	Financement/ partenariat	Observations
STRUCTURES PUBLIQUES						
01	Direction Nationale de la Santé (DNS)/ DPLM/ Section Immunisation	Vaccinations routines et campagnes, Vision et Stratégie mondiale de vaccination	Tout le Mali	Toute l'année	Etat, Sabine Institute, OMS, GAVI UNICEF, Collectivités, Communautés USAID/ATN, USAID/PKC, Union Européenne, Coopérations Japonaise, Néerlandaise, Canadienne et le Rotary International.	
02	DNS/UPFIS	Soins Essentiels dans la communauté (SEC)	Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti	L'activité a démarré en juin 2011	Unicef, OMS, Collectivités, ETAT, SC, MCHIP, Croix Rouge, Plan-Mali	Les SEC sont soutenus par la PCIME Clinique
03	DNS/DESR					
04	DNS/DHPS	Promotion des pratiques d'hygiène à haut impact : Prévention du cholera et des autres maladies diarrhéiques; Pratiques d'hygiène à haut impact (Lavage des mains au savon, Désinfection de l'eau à l'échelle familiale, Élimination des excréta)	Tout le Mali		Unicef, OMS, Collectivités, ETAT, IRD, World vision ACF, Alima, PSI, Plan International, water aid, Care International, Groupe Pivot S/P USAID, ATN Plus, WaterAid, World Education, Oxfam, WAWI, CREPA/Mali, etc	
05	DNS/DN	Promotion des actions essentielles en	Tout le Mali		Croix rouge ; HKI, ACF, Etat, UNICEF,	

		nutrition, prévention et Prise en charge de la malnutrition, lutte contre les carences en micro nutriments			OMS, ASDAP OMAES, ATN+	
06	DNS/DSR	PCIME, soins essentiels aux nouveau-nés, SONU, PTME, PF,	Tout le Mali		OMS, UNICEF, OOAS, ABS, UNFPA, SC, Plan International, MCHIP, ATN+, World vision, Fondation NOVARTIS	
07	CREDOS	Recherche et documentation sur la survie de l'enfant	Tout le Mali		DNS, CPS, UNICEF, SC, Plan Mali, USAID, OMS, PAM Mali,	
08	DPM	Suivi de la disponibilité et de la qualité d'une liste de médicaments traceurs en SR	Tout le Mali		Cscom, Cscref, Hôpitaux, PPM, UNFPA, Fonds Muskoka, OMS, USAID, MSH /CIAPS, KFW, Pays Bas	
09	CADD	Suivi de la mise en œuvre du transfert de compétence aux collectivités et de la déconcentration des services de santé. Participe aux suivis des activités des SEC	Tout le Mali		AMM, Maires, FENASCOM	Joue l'interface entre les services techniques du ministère et les collectivités.
10	Inspection/Santé	Contrôle le fonctionnement et l'organisation des services Suivi de l'utilisation des fonds des césariennes	Tout le Mali		Etat, Pays Bas	
11	CNIECS	Production et diffusion de supports (Ex : cartes conseils) Réalisation de spots télévisuels Réalisation d'affiches et panneaux Confection et diffusion de messages radiophoniques Formation des acteurs de terrain en communication : membres d'ASACO, relais communautaires etc. Mobilisation sociale (Ex : Dialogue communautaire en vaccination) Plaidoyer auprès des ONG, élus, conseils de cercle, conseils régionaux	Tout le territoire national		Les principaux bailleurs de fonds des activités de communication du CNIECS sont : Save the Children; World vision ; Croix rouge ; UNFPA, ACF ; HKI ; UNICEF ; Coopération Espagnole, Pays-Bas ; USAID (ATN+)	L'Etat intervient dans le financement des activités de lancement des programmes de survie et la diffusion des messages sur l'ORTM. Le CNIECS dispose d'une ligne budgétaire sur le budget de l'Etat pour la

						production de supports IEC en appui aux différents programmes. Il dispose aussi d'un car-vidéo pour réaliser des activités d'animation sur le terrain, payé par l'Etat.
12	PNLP	<p>Les interventions chez la mère Prévention par TPI à la SP Prise en charge gratuite des cas de paludisme chez la femme enceinte avec des CTA Activités promotionnelles en poste fixe et stratégie avancée Les interventions chez les enfants Distribution de moustiquaire chez les enfants de 0-11 mois pendant le PEV Distribution de moustiquaire chez les enfants de 12-59 mois pendant les campagnes ciblées. Le PNLP effectue de la chimiothérapie saisonnière en donnant de l'amodiaquine et la SP en 4 tours.</p>	Depuis 2006	Tout le territoire	Financement du programme : Etat, USAID/PMA, Fonds Mondial, UNICEF, OMS	<p>La politique Nationale de lutte contre le paludisme est en révision. Le PNLP a mis en œuvre 3 plans stratégiques : 2001-2005 ; 2007-2011 ; 2013- 2017.</p>
13	CSLS	<p>Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives (semaines jusqu'à 18 mois) PTME La surveillance sentinelle chez les</p>		Tout le pays	Fonds mondial, OMS, Unicef, FNUAP, ESTHER, Solithis, Fondation Clinton, ONUSIDA, CDC, Etat	Le document de politique est à jour, il est révisé L'Etat intervient essentiellement

		femmes enceintes Prise en charge pédiatrique des enfants infectés et affectés Dépistage des malnutris aigus				dans la prise en charge du fonctionnement de la cellule
SOCIETE CIVILE : Associations ONG						
14	FENASCOM	La FENASCOM intervient dans tous les domaines à travers les Cscm où toutes les interventions se font et aussi directement en tant que acteur actif et interlocuteur des partenaires et des populations.	Tout le Mali		Coopération Canadienne, Ambassade Pays bas, médecin du monde Belgique, Caire Internationale, UNICEF, Recotrade, PAM, Muskoka, UE, AMM, Croix Rouge	
15	Croix Rouge Malienne	La croix rouge a mis en œuvre deux Plans stratégiques Projet santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; Les interventions du projet sont : le SEC, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre le paludisme, la CPN Projet santé de la reproduction et de promotion de l'abandon de la pratique de l'excision (Les cibles sont : enfants, jeunes filles et femmes en âge de procréer) Projet Mobilisation Communautaire pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène. - Projet D'Appui au Ministère de la Santé à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition aigue - Projet Santé de la reproduction (santé de la mère et de l'enfant, la PF, les soins du nouveau-né et l'accouchement.	2004-2008 et 2010- 214. Début 2012. 2011-2014	Tout le territoire Il couvre deux régions ; Kayes (5 districts) et Sikasso (le seul district de Sikasso). Zone d'intervention Kayes (districts de Kayes, Yélimane et Kita) et	financement de la croix rouge Canadienne en collaboration avec l'ACDI Le budget annuel est environ 595.580.000 FCFA Financement de la Croix rouge Espagnole 787.000.000 environ.	L'évaluation à mi-parcours du second est en cours. Chaque projet possède un volet de communication. En plus de cela la Croix Rouge a élaboré un Plan de Communication général. Le document a été validé mais pas encore disséminé.

			2013. 2010-2013	Ségou (Ségou, Barouéli et Niono). 5 communes du cercle de Ségou, CI et CVI du district de Bamako CI du district de Bamako	Financé par l'Union Européenne en collaboration avec la Croix Rouge Danoise à hauteur de 734.522.731 environ. Coût en 202.000.000 environ. en 2013 :	Le projet a rénové et équipé la maternité de la CI et il a formé les agents. Chaque projet possède un volet de communication. La Croix Rouge a élaboré un Plan de Communication général. Le document a été validé mais pas encore disséminé.
16	Plan International	Appui aux structures : équipement, intrants, médicaments, formation d'agents des cscm, Cscref. Formation et prise en charge des ASC et des relais communautaires	Kita, Baraouli, Kangaba	2011-2015	Save the children, MCHIP, Marie stopes International, UNICEF	Prévenir la santé du nouveau né, la mise en œuvre, la régularité dans les ménages
Coopération Bilatérale						
17	USA : USAID	Accompagne le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique de santé notamment la mise en œuvre de la stratégie Nationale de survie de l'enfant : PCIME, PTME, ANJE,				

		Promotion de l'allaitement exclusif, PC MAM, SEC, Eau/assainissement, vacc, CCC,				
18	CANADA	Accompagne le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique de santé notamment la mise en œuvre de la stratégie Nationale de survie de l'enfant : En particulier dans la mise en œuvre des SEC - Planification familiale ; - Consultation prénatales et postnatales ; - Accouchements ; - Suivi des nourrissons ; - Vaccination, nutrition ; - lutte contre les IST et le VIH/sida.	5 Districts de Sikasso	2012-2016	Save the Children ; Croix rouge malienne, UNICEF,PAM, , FENASCOM	Avec la crise politique et sécuritaire, le Canada intervient à travers l'UNICEF pour l'achat des vaccins, la prise en charge de la malnutrition aigue, le Wash, le PAM pour la prise en charge de la malnutrition modérée,
19	Pays Bas	Appui à l'accélération de la mise en œuvre du PRODESS				
20	Luxembourg	Appui à la santé de base (PIC 2): - Mise en œuvre d'un programme de vaccination, la PCIME clinique et communautaire ; - Utilisation et vulgarisation des moustiquaires imprégnées, et la lutte contre la malnutrition ; - Offre de services intégrés en matière de santé de la reproduction, - Couverture	2007-2011	Ségou, Kidal, Sikasso et Bamako	DNDS, CPS/SDSPF ; DNPSES,, ANICT, DNCL	Le 3 ^{ème} Programme Intégré (PIC 3) est en cours d'élaboration

		des besoins non satisfaits en PF ; - Développement de services de santé de la reproduction.				
21	France : AFD	Appui à la croix rouge malienne : Formation de personnels en SMI y compris la PF	2012 015		Croix Rouge Malienne	Projet multi-pays Le financement est reparti entre 4 pays en 4 ans
22	Allemagne : KFW	-Projet « Santé reproductive et prévention du VIH » -Marketing social des contraceptifs/promotion de la PF/prévention du VIH ; - Développement d'un système de franchise sociale en matière de santé de la reproduction.	2011 2018 2011 2014		PSI	
23	Espagne : AECD	Santé de la Reproduction et planning familial ; - Amélioration de la prise en charge des complications des accouchements, PTME ; - Augmentation de la connaissance et perceptions sur le SR de la communauté ; - Amélioration de l'accès des jeunes à	2009 2014	Kayes et Kita	Office National pour la PF(Tunisie)	

		l'information et aux soins en SR ; - Renforcement des capacités au niveau central et régional.				
Coopération Multi latérale						
24	OMS	Appui à la mise en œuvre de la PCIME Appui à la lutte contre la malnutrition		Tout le territoire	Assemblée mondiale Banque mondiale	L'Unicef appui la mise en œuvre la composante communautaire L'OMS accompagne les pays jusqu'à ce qu'ils acceptent la stratégie et la banque mondiale assure le financement
25	UNICEF	Accompagne le gouvernement dans la mise en œuvre de la politique de santé notamment la mise en œuvre de la stratégie Nationale de survie de l'enfant : PEV, PCIME, PTME, ANJE, Promotion de l'allaitement exclusif, PC MAM, SEC, Eau/assainissement, vacc, CCC,	tout le Mali	25% du Financement du PEV. Principal soutien financier pour les SEC	SC, MCHIP, Médecin du Monde, Action contre la fin,	
26	UNFPA	-Infrastructure ; - Equipement des centres de santé ; - Formation des personnels de santé - Logistique ; - Contraceptifs, autres consommables	2008 2012	Régions de : - Kayes ; - Sikasso ; - Gao ; Tombouctou-		6 ^{ème} programme de Coop Mali/UNFPA

		<p>médicaux ;</p> <p>- Communication/IEC ;</p> <p>- Supervision (niveau national > Régions; Régions > Districts Sanitaires; DS > CSCOM)</p> <p>- Assistance technique.</p>		Kidal		
	GAVI ALLIANCE	<p>PEV ; achat de nouveaux vaccins, formation des agents, sécurité des injections, planification</p> <p>Renforcement du Système de Santé ; recrutement de Médecins, Sages Femmes et Infirmières Obstétriciennes dans les zones d'accès difficiles, supervision du personnel</p>		Tout le Mali	Etat, Collectivité territoriale, FENASCOM	
	FONDS MONDIAL	<p>Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ; Formation du personnel, achat matériel, équipement et logistique, achat de médicament notamment ARV et CTA, supervision des activités, études et recherches</p>		Tout le Mali	Etat, Collectivité territoriale, FENASCOM, les ONG nationales et Internationales. Ces dernières siègent avec le gouvernement dans le CCM	Le fonds a suspendu sa coopération avec le Mali de 2011 à 2013 suite à des malversations financières et à la situation politique née du coup d'Etat de mars 2012. La reprise est en cours
	Banque Mondiale	<p>Appui le PRODESS ans le cadre de l'Appui Budgétaire Général (ABG)</p>		Tout le Mali	Etat, Collectivité territoriale, FENASCOM, les ONG	La Banque Mondiale et le ministère de la

		Appui les études et recherches, élaboration du PDDSS, PRODESS, le partenariat public-privé Appui au programme SR				santé viennent de signer une convention pour le financement d'un programme de SR 20014-2018
--	--	---	--	--	--	---

4.5. Analyse des forces et des points à améliorer.

Le tableau résume les forces, les points à améliorer, les suggestions et recommandations pour améliorer la mise en œuvre des interventions en matière de survie de l'enfant.

Tableau IV. Récapitulatif des forces, points à améliorer et suggestions/recommandations en fonction des interventions clés

Interventions	Forces	Points à améliorer	Suggestions/Recommandations	Observations
INTERVENTIONS CLES				
PCIME Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des communautés • Formation des formateurs et des superviseurs • La PCIME est une stratégie globale efficace • Les outils existent • Le personnel impliqué est convaincu de son efficacité à sauver les enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources matérielles, financières et humaines • Insuffisance de collecte des données • Insuffisance de communication avec les ONG • Insuffisance dans le suivi et la supervision • Temps d'attente est trop long pour les clients • La formation dure trop longtemps <p>Une partie du personnel de santé n'accepte pas la PCIME car elle induit des charges</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la collecte des données • Planifier et mettre en œuvre les activités de supervision et de monitoring 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude sur l'utilisation de l'IMCI Computer Adapté Training Tool (ICATT) comme un outil alternatif pour passer à l'échelle de la PCIME en assurant la formation électronique des prestataires in situ est en cours. • Les enseignants des écoles de santé de base(INFSS) ont été formés en PCIME • 	<p>non couvertes par le recouvrement des coûts</p> <p>Le coût de la formation est élevé ne facilitant l'engagement de tous les partenaires.</p> <p>Le faible niveau d'instruction de certains agents impliqués dans les activités PCIME constitue un frein à son développement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la coordination de la mise en œuvre de la stratégie • Difficultés pour les ASCO de renouveler les supports • La PCIME n'est pas enseignée dans les écoles de formation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les critères de choix des ASC • Introduire la PCIME dans le curricula des écoles de formation en santé 	
PCIME Communautaire SEC	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge rapide des problèmes de santé de la mère et de l'enfant dans les zones éloignées • Les ASC ont un bon niveau • Près de 3000 ASC sont fonctionnels • Existence d'une directive de la DNS en 2009, imposant de prévoir un réseau de fluides médicaux dans les csref • Adhésion des populations 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des ASC est assurée uniquement par les partenaires notamment l'UNICEF • Absence de mécanisme pour le passage à échelle • Manque de coordination ; certains acteurs ne respectent pas l'approche officielle et opère suivant leur propre schéma. Les messages envoyés sont souvent différents • Irrégularité dans la supervision des ASC • Les données collectées ne sont intégrées au SIS • Rupture en médicaments et en intrants • Non respect de l'approche communautaire pour le choix du site et le recrutement des ASC • Faible niveau d'instruction de certains ASC 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les efforts de la FENASCOM et de l'AMM dans le cadre de leur démarche pour la pérennisation de la prise en charge des ASC • Renforcer, pérenniser et mettre à échelle les interventions qui ont donné de bons résultats : asphyxie du nouveau-né, suivi dans les 30 premiers jours 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible mobilisation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une analyse 	La promotion

<p>PCIME: Eau, Hygiène et assainissement</p>	<p>agents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accès aux services sociaux de base : points d'eau, infrastructures sanitaires, • Amélioration des capacités de gestion des infrastructures communautaires par les populations 	<p>financières (beaucoup d'activités programmées ne sont pas exécutées);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de coordination/collaboration entre les différents intervenants; • Les zones d'interventions choisies par les PTF eux mêmes • Insuffisance de communication pour le changement de comportement social • Données des interventions non centralisées au niveau de la DHP (Certaines ONG donnent les données directement à leurs Partenaires financiers). • Plans et Programmes insuffisamment suivis / évalués et non à jour; • Réunions des groupes thématiques non régulières. 	<p>de la mise en œuvre de l'ATPC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de couverture totale selon l'approche ATPC • Impliquer les groupements féminins dans la promotion de l'hygiène et de la salubrité dans les villages 	<p>des pratiques à haut impact a suscité un changement de comportement positif de façon générale.</p>
<p>Lutte contre le Paludisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition de l'outil de collecte de données à tous les niveaux • Disponibilité des données d'impact et de couverture à jour grâce aux enquêtes • Renforcement du fonctionnement des sites sentinelles de surveillance • Amélioration du système de contrôle de qualité des données de paludisme grâce à l'instauration de revues de vérification au niveau opérationnel avant transmission 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances de financement pour le suivi-évaluation • Faible prise en compte des indicateurs clé du palu dans les outils du SNIS • Insuffisance dans la collecte, la compilation et la transmission des données au niveau des districts sanitaires. Certaines ONG ne fournissent pas leurs données aux districts sanitaires pour les faire remonter. • Insuffisance dans l'archivage des données au niveau opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la coordination entre les acteurs intervenant dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme. • Promouvoir les activités d'hygiène et de salubrité au niveau communautaire. 	<p>Le PNLP a abandonné les campagnes ciblées au profit des campagnes universelles. Celles-ci visent à couvrir tout le pays en moustiquaire. On procède par plan d'action.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • au niveau central • Existence d'un comité national d'orientation impliquant les partenaires pour la coordination des activités du plan d'action annuel du PNLP • La prise en compte des informations sur le paludisme dans le guide national de supervision • L'utilisation des informations produites pour la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de Financement des activités de suivi-évaluations • Ruptures fréquentes en intrants TDR, CTA et MII 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture des pratiques familiales essentielles a travers les acteurs communautaires (groupements féminins et groupements de jeunes 	<p>Actuellement le programme couvre les régions de Sikasso, Ségou et 5 districts de Mopti avec l'appui de World vision.</p>
PEV	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement politique du gouvernement et des partenaires pour le PEV • Existence d'une ligne budgétaire dans le budget d'Etat pour l'achat des vaccins, • Disponibilité de chambre froide dans 5 régions plus BKO • Chaîne de froid disponible dans tous les Cscm et CSREF • Introduction de nouveaux vaccins • Amélioration de couverture vaccinale • Organisation d'activités de soutien dans le cadre de l'élimination de certaines maladies par ex organisation des journées nationales de vaccination • Elaboration validation du plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de financement local • Absence de plan de renouvellement de la logistique. Près de 50% des motos sont en panne • Absence de cadre de concertation avec les autres acteurs de la survie de l'enfant notamment la DSR • Non fonctionnalité de la chaîne de froid dans certains Cscm • Baisse du taux de couverture pour le Penta3 de 49% (EDSM IV 2006) à 38,9% (rapport préliminaire EDSM V 2012-2013) • Insuffisance dans la collecte, le traitement et la transmission des données de routine • Insuffisance et irrégularité dans la supervision des agents • Insuffisance de communication : faible niveau information des mères par les structures sanitaires et par les relais communautaires sur la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier le plaidoyer auprès des communautés, pour mobiliser des ressources supplémentaires en faveur de la vaccination • Renforcer le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour améliorer le financement du PEV • Améliorer la collecte et le traitement des données • Renforcer les activités de 	<p>Les communautés n'arrivent pas à assurer le financement du carburant pour la stratégie avancée et pour le fonctionnement de la chaîne de froid</p>

	<p>stratégique d'élimination de la rougeole 2013-2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du plan pluri-annuel 2012-2016 • Existence d'un réseau de parlementaire pour la vaccination • Existence de base de données pour les maladies cibles (rougeole, PFA, Tétanos Néonatal) • Elaboration d'une politique et d'un plan national sur la sécurité des injections ; 		<p>communication et de mobilisation sociale en faveur du PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en œuvre des plans opérationnels de communication • aux différents niveaux de la pyramide sanitaire 	
<p>Nutrition : Lutte contre les carences en micronutriments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une cartographie des intervenants en nutrition • Politique nationale de la nutrition adoptée par le gouvernement • Plan d'action multisectoriel en cours de validation • Existence d'un plan de communication en nutrition • Disponibilité de financement pour les activités • Existence d'un protocole de prise en charge de la malnutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup d'abandons en cours de traitement. • Les actions contre l'anémie restent très limitées dans la survie de l'enfant malgré la prévalence élevée parmi les femmes en âge de procréer (51% selon EDSM V) et les enfants de moins de 5 ans. La lutte contre l'anémie n'est bien structurée en absence d'une stratégie nationale intégrée • Une stratégie nationale intégrée comprenant (le déparasitage et la supplémentation systématique du fer soutenu, la consommation des aliments riches en fer/acide folique y compris la fortification, la lutte contre le paludisme n'est pas encore élaborée. • Dans le cadre des TDCI accélérer la lutte : car le constat est une baisse de la consommation du sel iodé par les ménages • Ruptures fréquentes des intrants de prise 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture des actions essentielles en nutrition à travers l'implication des acteurs communautaires (groupements féminins et groupements de jeunes) dans la sensibilisation et dans la préparation des aliments enrichies 	

		en charge de la malnutrition		
Promotion de la PF	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité à appuyer la mise en œuvre des activités de promotion de la PF • Disponibilité de compétences et d'expériences d'approche de DBC • Adhésion de plus en plus des leaders religieux à l'utilisation des méthodes de PF 	<ul style="list-style-type: none"> • Faibles implication des organisations communautaires dans la promotion de la PF • Existence de considérations socio culturelles dans l'utilisation des méthodes dans certaines communautés • Le cout des intrants est un obstacle à l'utilisation des méthodes de PF pour les plus démunies qui en ont le plus besoin • Le taux élevé de besoins non satisfaits en PF selon EDS V 	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les groupements féminins dans la sensibilisation pour l'utilisation des méthodes de PF. • Réfléchir sur le cout des intrants de la PF pour les rendre accessible à la communauté (gratuité ?? forfait raisonnable ??) 	
Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des plus hautes autorités • Forte implication des PVVIH et leurs associations • Intégration des CDV dans les CSCOM • Existence des centres d'excellence de prise en charge (Point G pour adulte et Gabriel Touré pour enfant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture en test de dépistage • Résistance de certains CSCOM à faire la PTME car elle induit une charge de travail et des coûts non pris en charge par le système de recouvrement • Les équipements initiaux fournis aux structures sanitaires sont faiblement renouvelés • L'instabilité du personnel remet en cause les acquis des formations dispensées aux équipes • Faible prise en charge par l'Etat de la supervision et du suivi des activités sur le terrain • 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la mise à l'échelle de l'approche PTME dans tous les sites de Consultations prénatales 	L'implication a fortement lutté contre les stigmates et apporte un soutien très appréciable à toutes les personnes nouvellement dépistées séropositives
Promotion des Soins Obstétricaux et néo nataux d'urgence (SONU),	<ul style="list-style-type: none"> • PNP révisé et validé • Gratuité de la césarienne • Toutes les régions disposent d'un plan stratégique pour la survie de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • La Gratuité de la césarienne ne prend pas en compte l'enfant • Mobilité du personnel formé • Non application des directives après la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prise en charge de l'enfant dans la gratuité de la césarienne 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de modules de formation adaptés en PCIME, PTME, SONU, PF et formation du personnel • Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'extension de la PCIME 2007-2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible mobilisation des ressources • Rupture de support • Irrégularité dans la supervision et le monitoring • Insuffisance d'équipement et de maintenance • Insuffisance de coordination • Faible dissémination des documents élaborés • Faible implication du secteur privé • Groupe thématique SR peu fonctionnel • Plan de communication SR non spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le cadre de dialogue et de concertation public-privé 	
<p>Paquet de Soins Essentiel au nouveau né :</p> <p>Suivi de la disponibilité et de la qualité d'une liste de médicament traceur en SR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration du plan stratégique de sécurisation des produits de la SR • Disponibilité d'un document de politique Nationale pharmaceutique élaboré en 1999, révisé en 2010 • Adoption du plan révisé par le gouvernement avec un accent sur l'accès équitable aux médicaments, notamment la forme infantile • Révision du SDAM en 2010 et dissémination en 2011 dans 5 régions • Disponibilité des PTF pour le suivi de la politique 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible financement de l'Etat • Difficulté de mobilisation des fonds • La non exécution du paquet de services complets sur la survie de l'enfant au niveau opérationnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la contribution de l'Etat dans le financement des activités SR • Rendre effectif l'offre du paquet de services complets sur la survie de l'enfant 	
<p>Communication pour le changement de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents de terrain disposent et utilisent beaucoup de supports de communication élaborés par le CНИЕCS 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de suivi • Absence d'évaluation des plans conçus et réalisés par le CНИЕCS • Absence de structures déconcentrées du 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un document de politique Nationale de communication 	<p>Le dialogue communautaire en vaccination est</p>

communication	(Evaluation guide de message)	<p>CNIECS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de vision stratégique en matière de communication pour la santé • Faible financement des activités de communication • Il n'ya pas de coordination dans le domaine de la communication des programmes de survie. 	<p>pour la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'approche 	<p>un cas de réussite selon nos interlocuteurs Il existe un foisonnement de diffuseurs de message en santé (agents socio-sanitaire, FM radio, agents d'ONG, chargés de communication ministériels etc.) sans coordination.</p>
INTERVENTIONS DE SOUTIEN				
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des organes de coordination du PRODESS ; comité de pilotage • Existence de points focaux et/ou chargés à tous les niveaux d'exécution des programmes de nutrition, SR, PTME/VIH, PEV et de Paludisme • Tenue régulière des revues de certains programmes : (PTME, Nutrition, PEV) et au SR au niveau des régions • Existence des groupes thématiques du PRODESS dont les groupes thématiques SR et 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la coordination effective des interventions à tous les niveaux • Cloisonnement et multiplicité des groupes de travail sur différentes interventions alors que ce sont les mêmes acteurs • Il n'existe pas de cartographie à jour, des interventions et intervenants en matière de survie de l'enfant • Méconnaissance du document de la stratégie Survie de l'Enfant par la plupart des acteurs y compris des cadres de la DNS. • Insuffisance de la dissémination des documents stratégiques • insuffisance du leadership de l'Etat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le leadership des structures du ministère. • Tenir et actualiser une cartographie des intervenants 	

	<p>Nutrition et VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des approches communautaires • Stratégie de continuité des soins dans la communauté.par les SEC (balancer dans suivi - évaluation • Insuffisance dans la fonctionnalité des organes de coordination des SEC • Non respect des directives et normes de la stratégie par certains acteurs qui évoluent selon leur propre schéma dans certaines interventions Non prise en compte du couple mère-enfant dans la gratuité de la césarienne(à mettre dans les interventions) • .Groupe de travail PCIME non fonctionnel • Absence de stratégie de désengagement dans les projets/programmes pour garantir la pérennisation de l'activité. • Certains intrants (nutrition) ne sont pas intégrés dans le SDAME.. • Insuffisance d'utilisation des nouvelles technologies de l'information • Comité National de lutte contre le paludisme peu fonctionnel, • Absence de déconcentration du CNIEC • 		
Suivi/Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des organes de suivi du PRODESS ; comité de suivi, comité technique • Tenue régulière des organes du PRODESS • Existence des mécanismes de suivi, de supervision et 	<ul style="list-style-type: none"> • La non prise en compte des recommandations faites lors des supervisions et évaluations précédentes. • Les suivis immédiats des formations se font rarement. • L'irrégularité ou la non tenue des revues annuelles à différents niveaux (National, 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations des supervisions et évaluations • Evaluer les 	

	<p>d'évaluation dans la quasi-totalité des plans de mise en œuvre des interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de certaines évaluations; PCIME (2010), la gratuité de la césarienne (2011), la feuille de route pour la réduction de mortalité maternelle et néonatale (2013) le protocole national de prise en charge de la malnutrition (2011), les soins essentiels dans la communauté en cours • Révision des PNP/SR (2013) • Réalisation d'enquêtes SMART; 2011, 2012 	<p>Régional et Opérationnel) de certaines intervention : PEV, PCIME etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence d'outils standardisés de supervision/suivi pour les interventions. • La difficulté de mobilisation des ressources surtout au niveau de l'Etat pour le suivi/supervision, évaluation. • L'impact négatif des activités non programmées sur celles qui le sont. • L'irrégularité des supervisions à tous les niveaux. • La plupart des programmes/Interventions ne sont pas évalués • 	<p>projets et les interventions</p>	
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique à soutenir financièrement les programmes de survie des enfants en dépit de l'insuffisance des financements nationaux • Disponibilité des PTF à accompagner la mise en œuvre des interventions en matière de survie de l'enfant • 	<ul style="list-style-type: none"> • Le financement dépend des centres d'intérêt de chaque partenaire et non des rapports d'activités et plans d'opération. • Pas d'harmonisation des procédures de financement au niveau des PTF malgré la signature du compact. • Non appropriation des interventions par les acteurs étatiques. • Faible contribution des collectivités et du secteur privé dans le financement des activités relatives à la survie de l'enfant. • Faible capacité de mobilisation des ressources auprès des PTF par les acteurs étatiques. • Non disponibilité de la situation du financement des activités dans la majorité des structures 	<ul style="list-style-type: none"> • Se conformer aux procédures nationales conformément aux compacts et à la déclaration de paris. • Améliorer la disponibilité des fonds pour les activités prioritaires de SR 	
Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Existences ressources humaines compétentes pour assurer la 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les interventions de la Stratégie survie ne sont pas intégrées dans les 		

	<p>formation des acteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des outils de formation harmonisés pour la plupart des interventions. 	<p>curricula des écoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très forte instabilité du personnel. • Insuffisance du nombre de personnel formé et de la documentation requise au niveau opérationnel. • Faible qualité des services. • Insuffisance de formation continue des agents sur le terrain. 		
Communication/ plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Le CНИЕCS accompagne toutes les programmes de santé en matière de communication, principalement : vaccination, les gestes qui sauvent, nutrition, SR, la lutte contre la diarrhée..... • Le CНИЕCS a élaboré un plan de communication en SR par région. La dissémination n'est pas faite dans toutes les régions en collaboration avec la DSR • Existence de stratégies de communication pour le changement de comportement par intervention en matière de survie de l'enfant. • Disponibilité des radios de proximité à relayer les messages de santé • Existence de répertoire de messages disséminés au niveau des structures de santé • Existence de radios de proximité dans tous les districts de santé • 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible action de plaidoyer dans les stratégies de communication accompagnant les interventions • Absence d'une évaluation systématique des aspects de communication dans les différents programmes de survie • Absence de document de politique, Normes et Procédures de communication en santé. • Non dissémination du plan de communication dans certaines régions • 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le volet plaidoyer dans les stratégies de communication accompagnant les interventions • Evaluer les aspects de communication dans les différents programmes de survie • Elaborer le documents de politique, Normes et Procédures de communication en santé 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'initiatives en mobilisation sociale ; dialogue communautaire dans le cadre du PEV • Existence de comité de veille communautaire dans le cadre de la lutte contre le paludisme • 			
Partenariat/Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du rapport de l'étude diagnostic du secteur privé de la santé au Mali • Participation des représentants du secteur privé, de certains départements aux réunions statutaires du PRODESS • Elaboration en cours du cadre de concertation privé-public • Elaboration/validation en cours du plan multi sectoriel de nutrition avec la participation des départements concernés 	<ul style="list-style-type: none"> • le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle sont peu développés • Retard dans la signature de l'arrêté du ministre de la santé relatif à la mise en place d'un cadre de dialogue et de concertation public-privé 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de développer davantage le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle par l'exploitation de toutes les potentialités et favoriser la contractualisation avec les ONG et associations. 	

5. Conclusion.

L'étude sur l'état de mise en œuvre de la SNSE s'est déroulée du 05 au 31 octobre 2013 .Il s'agit d'une étude documentaire et d'enquête auprès des acteurs clés. Elle a abouti aux conclusions suivantes:

Des progrès importants ont été réalisés :

- L'achat de vaccin par l'Etat pour plus de 3 milliards,
- L'introduction de nouveaux vaccins pour augmenter la liste des maladies évitables par la vaccination
- L'amélioration de couverture vaccinale administrative. Il existe un réseau de parlementaire pour la vaccination.
- Les SEC ont permis une Prise en charge rapide des problèmes de santé de la mère et de l'enfant dans les zones éloignées.
- La césarienne est gratuite depuis 2005 La proportion de césariennes ayant abouti à des décès maternels a diminué de 2 % à 1,3 % entre 2006 et 2009 et la proportion de décès néonataux après césarienne a baissé de 14 % à 12 % entre 2006 et 2009
- La disponibilité d'environ 3000 ASC fonctionnels dans 5 régions
- La signature d'une Convention entre la FENASCOM et l'AMM pour la facilitation de la prise en charge des ASC par les collectivités locales et les ASACO
- L'adhésion des communautés à la PCIME (clinique et communautaire).
- La disponibilité de financement pour les activités de nutrition.
- L'existence d'un protocole de prise en charge de la malnutrition.
- Les PNP-SR révisé et validé.
- L'accès équitable aux médicaments, notamment la forme infantile.
- Le suivi de la disponibilité et de la qualité d'une liste de médicament traceur en SR.
- L'amélioration de l'accès aux services sociaux de base : points d'eau, infrastructures sanitaires,
- L'amélioration des capacités de gestion des infrastructures communautaires par les populations

- les programmes sont beaucoup en avance sur les textes de fonctionnement qui sont désuets (datent pour la plupart de 1989). Les cadres ne maîtrisent pas l'utilisation des textes comme documents de référence
- L'adhésion des plus hautes autorités aux politiques nationales et internationales de sante
- La forte implication des PVVIH et leurs associations.
- L'intégration des CDV dans les CSCOM.

Cependant, les insuffisances demeurent :

- Toutes les interventions de la Stratégie survie ne sont pas intégrées dans les curricula des écoles
- La méconnaissance du concept de la stratégie Survie de l'Enfant par l'ensemble des acteurs.
- L'impact négatif des activités non programmées sur celles qui le sont.
- L'insuffisance de financement local du PEV. Les communautés n'arrivent pas à assurer correctement le fonctionnement de la chaîne de froid
- Le non disponibilité de la situation du financement à tous les niveaux
- L'absence de plan de renouvellement de la logistique PEV
- La prise en charge des ASC est assurée uniquement par les partenaires
- Le manque de coordination ; certains acteurs ne respectent pas l'approche officielle
- L'irrégularité dans la supervision à tous les niveaux
- La rupture en médicaments et en intrants
- L'insuffisance de communication avec les ONG
- Beaucoup d'abandons en cours de traitement de la malnutrition aigue
- La Gratuité de la césarienne ne prend pas en compte l'enfant
- Le coût du suivi de la grossesse reste encore élevé malgré la gratuité de la césarienne
- Le manque de données pour le suivi des nouveaux nés pendant les 24 premières heures
- L'insuffisance d'équipement pour le nouveau né
- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées et leur répartition
- La mobilité du personnel formé
- Les ruptures de stocks fréquentes au niveau de la chaîne d'approvisionnement en médicaments
- La liste des médicaments qui doivent être disponibles dans la pharmacie d'urgence des cliniques ne sont pas conformes et parfois dépassés

- Le faible financement des activités de communication
- L'absence de plan de pérennisation des acquis des projets.
- Les nombreuses ONG qui opèrent au niveau opérationnel ne fournissent pas leurs données aux districts sanitaires
- L'instabilité du personnel remet en cause les acquis des formations dispensées aux équipes.

Les défis sont entre autres:

- Comment équilibrer le travail des ASC entre les 5 composantes des SEC.
- Comment pérenniser la prise en charge du salaire des ASC et passer à échelle dans la mise en œuvre des SEC.
- Comment faire pour que les campagnes de vaccination renforcent le PEV de routine

En terme de coordination, l'accent doit être mis sur le niveau régional où il faut harmoniser les appuis, instituer un dialogue entre PTF d'une part et entre PTF et l'Etat d'autre part.

- Comment créer une synergie entre les interventions ?
- Comment améliorer la collecte des données pour réduire les pertes de données ?

6. Les leçons apprises

- La nutrition joue un grand rôle dans la santé des enfants
- La PC du salaire a permis de stabiliser les ASC
- L'approche des SEC rendent plus équitable la Politique de gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et contribue à accélérer l'atteinte de la couverture universelle.
- Rôle capital du suivi/évaluation des activités
- Nécessité de travailler en partenariat Etat-ONG-PTF
- Partout où le suivi a été assidu, les ASC ont été efficaces
- Nécessité d'avoir une bonne communication entre les différents niveaux et entre les acteurs de différents ministères.

7. Recommandations

- Elaborer un document de politique Nationale de communication pour la santé
- Pérenniser et mettre à échelle les interventions qui ont donné de bons résultats
- Mettre l'accent sur la santé néo natale : asphyxie du nouveau-né, suivi dans les 30 premiers jours
- Documenter les réalisations
- Planifier et mettre en œuvre les activités de supervision et de monitoring
- Soutenir les efforts de la FENASCOM et de l'AMM dans le cadre de leur démarche pour la pérennisation de la prise en charge des ASC
- Améliorer la collecte des données
- Tenir et actualiser une cartographie des intervenants
- Créer un fonds national de lutte contre le VIH/SIDA
- Impliquer davantage les CSCOM dans la PTME
- Introduire la PCIME dans le curricula des écoles de formation en santé
- Renforcer le leadership des structures du ministère
- Evaluer les projets et les interventions
- Faire de la couverture universelle une des toutes premières priorités du ministère (un plus fort engagement de l'Etat et des PTF)
- Appliquer le principe de la recevabilité à tous les intervenants et à tous les niveaux

ANNEXE

ANNEXES 1

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES PAR STRUCTURES

Numero	NOMS	PRENOMS	FONCTION
DIRECTION NATIONAL DE LA SANTE			
DIVISION SANTE DE LA REPRODUCTION			
1	Dr BORE	Saran	Chef de division
2	Mme KEITA	Oumou	Assistant Médecin PF
3	Mme KONATE	Ramatou Fomba	Assistante Maiga
4	Dr COULIBALY	Marguerite Dembélé	Chef section jeune adolescent
5	Mme DIARRA	Haoua Ouattara	TSS
6	CISSÉ	BAH Ami	Assistant Médecin
7	Mme DIALLO	Rokia Diakité	Assistante Médicale
8	Dr KOKAINA	Sidiki	Médecin
9	Dr TRAORE	Mahamadou	Médecin
DIVISION HYGIENE PUBLIQUE ET SALUBRITE			
10	KEITA	Gausou	Ingénieur Sanitaire
11	TRAORE	Toula Touré	Administrateur Action Sociale
12	OUATTARA	Kangou Diarra	Ingénieur Sanitaire
13	Dr BOCOUM	Kola	Médecin Hygiéniste
14	TRAORE	Ibrahima	Ingénieur Sanitaire
DPLM/Section Immunisation			
15	Dr MAIGA	Aguissa	Chef de section
Unité Planification, Formation, Information Sanitaire			
16	Dr DIARRA	Bogoba	Chef d'Unité
Division des Etablissement Sanitaire et Règlementation			
17	Dr DAKOUCO	George	Chef de division
18	Dr BA	Hamadoun	Chargé de programme
Division Nutrition			
19	Dr TRAORE	Modibo	Chef de division
20	Dr DICKO	Assetou PLEA	Chargée de programme
Cellule de Planification et de Statistique			
21	Dr SIDIBE	Sidi	Directeur Adjoint
22	CISSE	Sidi Yaya	Chef de division Planification, Analyse
Inspection de la Santé			
	Dr COULIBALY	FODE	Inspecteur en Chef
Direction de la Pharmacie et du Médicament			
23	Dr COULIBALY	Yaya	Directeur
24	Dr SANGO	Fatoumata	Chef division
25	Dr TOURE	Daouda	Chargé de programme
Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration			
26	BALLO	Mamadou Bassery	Coordonnateur
Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé			
27	Dr HAIDARA	Souleymane	Directeur
28	Mme DIALLO	Astan Diakité	Chef Département provision
29	Dr SIDIBE	Fatoumata Maguiraga	Chef Département Animation

Numéro	NOMS	PRENOMS	FONCTION
Programme National de Lutte contre le Paludisme			
30	Dr COLIBALY	MADINA KONATE	Chef de division suivi et évaluation
31	Dr Baba	CISSE	Chargé de Statistique
Cellule Sectorielle de Lutte Contre le Sida			
32	Dr TRAORE	BOUAGUI	Coordonateur de la cellule
33	Dr DEMBELE	OUMAN	Chargé de la surveillance épidémiologique
Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation sur la Survie de l'Enfant			
34	Pr SANGHO	Hamadoun	Directeur
35	Dr KEITA	Hawa DEMBELE	Chef de division
Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire			
36	KONARE	Yaya	President
37	Dr SANGUISSO	Amadou	Conseiller
Organisation Mondiale de la Santé			
38	Dr MAIGA	Attaher	Chargé survie de l'enfant
UNICEF			
39	Dr ANDELE	Aboudou Karimou	Chef section santé
40	Dr Meh	George	Chargé de programme survie
USAID			
41	MIHIGO	Jules	CDC/PMI Chef division
42	BAH	Mariama	Conseillère en Santé publique
43	SADOU	Aboubacar	Conseiller Palu-PMI
Ambassade du Canada			
44	FOSTER	Nancy. J.	Conseillère et directrice adjointe de la coopération
45	Dr Ouassa	SANOGO	Conseillère en santé
46	McMillan	Lynn	1 ^{ière} Secrétaire à la coopération
Ambassade des Pays Bas			
47	Dr Huijts	INI	Conseillère santé
Hellen Keller International			
48	Dr DIARRA	Houleymatou	Directrice
Plan Mali International			
49	Dr SIDIBE	Lala	Coordinatrice
Croix Rouge Malienne			
50	Dr DIALLO	Mamadou	
Œuvre Maliennes d'Aide à l'Enfance au Sahel OMAES			
51	TOURE	Bourama Allaye	President

Annexe 2

LISTE DE DOCUMENTS CONSULTES

- 1- Ministère de la santé/DNS/ DSR:** PLAN STRATÉGIQUE D'EXTENSION DE LA PRISE EN CHARGE INTEGRÉE DE LA MALADIE DE L'ENFANT (PCIME), Bamako, janvier 2006
- 2-Ministère de la santé/DNS/DSR:**STRATEGIE NATIONALE DE SURVIE DE L'ENFANT, Bamako, 2007
- 3-Ministère de la santé/DSR:** RAPPORT D'ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE 2004-2012, Bamako, Juillet 2013
- 4-Ministère de la santé/CPS:** DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (POLITIQUE NATIONALE) Bamako, Décembre 2009
- 5-Ministère de la santé/DNS/DSR:** PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION DE LA CAMPAGNE TOUS ET CHACUN POUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE, Bamako, Décembre 2012
- 6-Ministère de la santé/CREDOS:** ETUDE SUR LE SUIVI DE LA MORTALITE EN TEMPS REEL DES ENFANTS DE 0-59 MOIS DANS LA REGION DE SEGOU AU MALI, Bamako, Mars 2013
- 7-Ministère de la santé/CSLS:** ENQUETE INTEGREE SUR LA PREVENTION ET LES COMPORTEMENT EN MATIERE DES IST/VIH(ISBS) MENEES AU MALI D'AVRIL A JUIN 2009, Bamako, Juillet 2011
- 8-Ministère de la santé/CSLS:** SURVEILLANCE SENTINELLE DU VIH ET DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES VUES EN CONSULTATION PRENATALE AU MALI EN 2009, Bamako, Juillet 2010
- 9-Ministère de la santé/CSLS:** POLITIQUE ET PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALE DU VIH ET DU SIDA, Bamako, Juin 2010
- 10-Ministère de la santé/Haut conseil national d lutte contre le VIH/SIDA:** ANNEXES CSN 2006-2010, Bamako, Juillet 2006
- 11-Ministère de la santé/Campagne tous et chacun:** JOURNEE MONDIALE DE LA MATERNITE A MOINDRE RISQUE AU MALI: NECESSAIRE IMPLICATION DES COLLECTIVITES ET DES COMMUNAUTES LOCALES, Bamako, 2012
- 12-Ministère de la santé/CAAD:** ETUDE SUR LA MOBILISATION, LA GESTION ET L'IMPACT DES FONDS ALLOUES AUX POLITIQUES DE GRATUITE DE SANTE DANS LE CERCLE DE KATI, Bamako, Janvier 2013

13-**Ministère de la santé/PEV/ICSP/OMS/UNICEF/USAID:REVUE EXTERNE DE MAI A JUIN**
2006, Bamako, Juin 2006

14-**Ministère de la santé/CREDOS: LA SURVIE DE L'ENFANT MALIEN**, Bamako, Juillet 2002

15-**Ministère de la santé/OMS/UNICEF/USAID: EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE**
DE ROUTINE DE PEV, Bamako, Janvier 2010

16-**Ministère de la santé/OMS/UNICEF/USAID:EVALUATION DE LA GESTION EFFICACE DES**
VACCINS(GEV), Bamako, Juillet 2011

17-**Ministère de la santé/Save the children: RAPPORT D'ANALYSE DE LA SITUATION DE LA**
SANTE DE LA REPRODUCTION DE 2004-2012 (Version provisoire), Bamako, Juillet 2013

18-**Ministère de la santé/Save the children: EVOLUTION DE LA SANTE NEONATALE AU MALI**
2000-2010, Bamako, Juin 2011

19-**Ministère de la santé : PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION (version**
provisoire) 2014-2018, Bamako, Aout 2013

20-**Ministère de la santé/Save the children: ENQUETE D'EVALUATION FINALE RAPPORT**
D'ANALYSE, Bamako, Avril 2011

21-**Ministère de la santé/CREDOS:PRISE EN CHARGE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE DES**
INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES(IRA)CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, Bamako,
Mars 2010

22-**Ministère de la santé/Leon bijmaers,roy hill: ETUDE D'IMPACT DES ACTIVITES DE**
PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI, Bamako, Avril 2012

23-**Ministère de la santé/USAID: CADRE POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DES EFFORTS DE**
REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION, Bamako, Janvier 2011

24-**Ministère de la santé/UNICEF:STRATEGIE NATIONALE POUR L'ALIMENTATION DU**
NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

25-**Ministère de la santé/UNICEF : POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION 2012-2021,**
Bamako, 2012

26-**Ministère de la santé/ DNS/DN/USAID : PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION POUR**
LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN NUTRITION, Bamako, 2009

27-**Ministère de la santé/UNICEF:PROMOTION DE L'HYGIENE EN MILIEU SCOLAIRE**, Bamako,
2013-2014

28- **Ministère de la santé/DNS/UNICEF**: PLAN NATIONAL TRIENAL DE PREVENTION ET DE RIPOSTE CONTRE LE CHOLERA ET LES AUTRES MALADIES DIARRHERIQUES 2014-2016, Bamako, Juillet 2013

29- **Ministère de la santé/UNICEF**: PLAN STRATEGIQUE DE PROMOTION DES PRATIQUES D'HYGIENE A GRAND IMPACTS DANS LE CADRE DE LA REDUCTION DES MALADIES DIARRHERIQUES 2011-2015, Bamako, Décembre 2010

30- **Ministère de la santé/DNS/DHPS/UNICEF**: PLAN D'ACTION NATIONAL 2007-2009 POUR LA PROMOTION DU LAVAGE DES MAINS AU SAVON, AUX MOMENTS DECISIFS POUR LA REDUCTION DE L'INCIDENCE DES MALADIES DIARRHERIQUES DANS LE CADRE D'UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVE, Bamako, Mai 2007

31- **Ministère de la santé/DNS/DHPS/UNICEF**: EVALUATION DES COMPORTEMENTS ET PRATIQUES EN MATIERE DE LAVAGE DES MAINS DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DES MALADIES DIARRHERIQUES AU MALI, Bamako, Mars 2006

32- **Ministère de la santé/ATNPLUS**: AMELIORER L'ACCES AU SERVICE DE SANTE MATERNELLE QUI SAUVENT LA VIE: EFFETS DE L'EXEMPTION DES FRAIS LIES A LA CESARIENNE AU MALI, Bamako, Mars 2013

33- **Ministère de la santé/Intra Health**: EVALUATION RAPIDE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI, Bamako, DÉCEMBRE 2012

34- **Ministère de la Santé/DNS**: ANNUAIRE SLIS 2012 (SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE), Bamako, Mai 2013

35- **Ministère de la Santé/CNIECS**: GUIDE DU FORMATEUR EN COMMUNICATION, Bamako, 2008

36- **Ministère de la Santé/CNIECS**: GUIDE DU BON ACCUEIL, Bamako, 2010

37- **Ministère de la Santé/CNIECS**: MODULE DE FORMATION DES VACCINATIONS EN CIP, Bamako, 2011

38- **Ministère de la Santé/CNIECS**: PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE COMMUNICATION SR, Bamako, 2008

39- **Ministère de la Santé/CNIECS**: PLAN DE COMMUNICATION SR DES 8 REGIONS PLUS LE DISTRICT DE BAMAKO,

40- **Ministère de la Santé/CNIECS**: PLAN DE COMMUNICATION TRANSFERT DE L'HOPITAL DE MOPTI, Bamako, 2011

41- **Ministère de la Santé/CNIECS**: PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION PEV, Bamako, 2012

42- Ministère de la Santé/CNIECS: PLAN DE COMMUNICATION POUR LA MUTUALITE,
Bamako, 2012

43- République du Mali. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). 2002-2006
(disponible à <http://www.ml.undp.org/linkdoc/cslp2002.pdf>)

44- République du Mali. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté. CSLP 2ème
génération 2007-2011. 2006.

45- République du Mali. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté. CSLP 3ème
génération 2013-2017. 2012.

ANNEXE 4 ; Guide d'entretien avec les principaux acteurs

MATERNAL AND CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM MCHIP		
Etat des lieux des interventions de la survie de l'enfant au Mali		
GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES STRUCTURES DE L ETAT		
NUMÉRO	THÈMES ET QUESTIONS	Instructions
	<p>Bonjour et merci de nous consacrer une partie de votre temps. Nous représentons le CERIPS pour le compte de MCHIP qui conduit une étude sur l'analyse de l'état des lieux des interventions sur la survie de l'enfant au Mali.</p> <p>L entretien que nous allons avoir portera sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La description des programmes de survie de l'enfant des dix dernières années - Les problèmes et insuffisances des programmes - Les forces et acquis des programmes et les opportunités - Vos perceptions sur ces programmes - Identification des acteurs - Les leçons apprises 	
DESCRIPTION DU PROGRAMME		
1	Pourriez-vous nous parler des interventions de votre structure dans le domaine de la survie des enfants?	<p>VERIFIER QUE TOUS CES POINTS SONT ABORDES PAR LE REpondant :</p> <p>Date de mise en œuvre</p> <p>Couverture</p> <p>Objectif/cible</p> <p>Financement</p> <p>PTF</p> <p>ONGs Nationales</p> <p>Résultats /Évaluation</p> <p>Documentation</p> <p>VERIFIER QU AUCUNE INTERVENTION N N'A ÉTÉ OUBLIEE PAR LE REpondant.</p>
2	Y a-t-il d autres interventions mis en œuvre au cours des dix dernières années?	
3	Quels sont les autres acteurs qui interviennent et que font-ils, ou ? et comment ?	
4	Y aurait-il d autres acteurs potentiels qui auraient pu intervenir (mais qui n interviennent pas)?	
PROBLEMES ET INSUFFISANCES DES PROGRAMMES		
	Pourriez-vous nous parler des problèmes auxquels ces interventions ont été confrontées?	<p>Mise en œuvre des activités</p> <p>Matériel</p>

		Ressources humaines Financement Planification/information Pérennisation Coordination
FORCES ET ACQUIS DES INTERVENTIONS		
	Selon vous quelles sont les forces et acquis de ces interventions?	Participation Collaboration, Appropriation, Resultats (indicateurs)
LEÇONS APPRISES		
7	Selon vous quelles sont les leçons apprises des interventions effectuées?	Leçons apprises par intervention
PERCEPTION DES ACTEURS ET DES BENEFICIAIRES		
	Quelles sont vos opinions sur la mise en œuvre des interventions?	
RECOMMANDATIONS		
	Avez-vous des recommandations pour l'amélioration des interventions en cours et pour les nouvelles à mettre en œuvre ?	
RECOMMANDATIONS		