



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Plan Stratégique National Intégré révisé 2023-2026 de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et les Hépatites Virales du Mali

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

Ministère de la Santé et du Développement Social

Préface de Madame Diéminatou Sangaré, Ministre de la Santé et du Développement Social

Permettez-moi avant tout, en tant que Ministre de la Santé et du Développement Social du Mali de féliciter l'ensemble des équipes de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales ainsi que tous les partenaires y compris les communautaires, qui ont travaillé durant plusieurs semaines pour l'extension et la révision du Plan Stratégique National Intégré révisé de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et des Hépatites Virales du Mali pour le cycle programmatique 2023-2026.

Ce document stratégique sectoriel définit le processus de la réponse intégrée aux maladies prioritaires, le VIH/sida, la Tuberculose et des Hépatites Virales, qui va nous permettre de cheminer progressivement vers une approche intégrée et centrée sur le patient afin de faciliter l'accès de tous les maliens à des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le but de mettre fin aux épidémies à l'horizon 2030.

Notre approche se réfère à la politique publique de lutte contre le VIH consignée dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida pour la période 2022-2026. Notre démarche s'inspire également, des nouvelles stratégies de l'OMS qui proposent une vision commune pour mettre fin aux épidémies et faire progresser la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire dans un monde où tous ont accès à des services de santé de haute qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida de l'ONUSIDA (2021–2026) et la stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 : Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable, sont aussi des référentiels auxquels notre ministère adhère pleinement.

Pour le Ministère de la Santé et du Développement Social, le choix d'une riposte intégrée aux maladies est guidé par la nécessité d'une recherche d'efficience et de rationalisation des ressources d'une part, et d'autre part la création de synergies pour des résultats d'impact tangibles et durables. Notre vision stratégique traduit aussi l'engagement du Gouvernement du Mali à préserver les acquis et accélérer la riposte nationale aux épidémies de VIH/TB, hépatites virales et IST, dans la perspective de promouvoir le développement socio-économique de notre pays.

J'exprime ma reconnaissance aux personnels de santé, aux personnels communautaires au premier front de cette lutte. Je les incite à poursuivre les efforts pour concrétiser la riposte intégrée et multisectorielle au service des populations du Mali. Ma reconnaissance s'adresse également aux partenaires techniques et financiers qui s'engagent à nos coté pour l'atteinte de cette ambition

Avant-propos du Dr Youssouf Diallo, coordinateur de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales

Le Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et des Hépatites Virales du Mali pour le cycle programmatique 2023-2026, a été révisé et constitue désormais le document stratégique qui sera mis en œuvre par la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales avec tous les partenaires nationaux et internationaux. La démarche adoptée pour la révision et l'extension du présent document s'est fondée sur la large concertation participative des principaux acteurs de la lutte contre les maladies tant au niveau communautaire, qu'au niveau des agents de santé et des partenaires.

Réaliser une telle ambition implique encore plus de détermination et d'exigence pour chacun de nous par une gestion plus efficiente des ressources disponibles, une mobilisation plus prononcée des ressources domestiques, et un partenariat renforcé avec la société civile qui doit continuer à jouer un rôle essentiel dans cette nouvelle phase décisive de la riposte aux maladies.

Au niveau de la conception nous avons retenu une gestion axée sur les résultats, le développement d'approches différenciées qui placent les personnes au centre de la riposte. Cependant, l'approche différenciée de la riposte intégrée impose également l'identification des spécificités liées à chacun des programmes de lutte contre les maladies ciblées dans le cadre du plan stratégique intégré et révisé.

Le Plan Stratégique National Intégré révisé de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et des Hépatites Virales du Mali pour le cycle programmatique 2023-2026 s'articule autour de quatre résultats stratégiques accompagnés de résultats d'effets de produits et de stratégies :

Résultat intégré de l'impact 1 : D'ici 2026, les nouvelles infections liées au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST sont réduites respectivement d'au moins 60% pour le VIH, 60% pour la Tuberculose, 60% pour les hépatites virales et 60% pour les IST

Résultat intégré de l'impact 2 : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite respectivement de 60% pour le VIH, de 60% pour la TB, et de 60% pour les hépatites virales

Résultat transversal et intégré d'impact 3 : Les principes de droits humains et d'égalité femmes-hommes sont mis en œuvre dans le cadre du plan intégré d'ici 2026

Résultat transversal et intégré d'impact 4 : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, à la Tuberculose et aux hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2026.

Les principes directeurs de ce plan placent les personnes vivant avec la ou les maladies et les populations les plus exposées au cœur de la riposte. Les interventions ciblées et les services de soins simplifiés et centrés sur la personne constituent le socle de toutes nos stratégies. Toutes ces approches, vont permettre la mise en œuvre d'interventions prioritaires comme le renforcement de la politique d'élimination de la transmission mère-enfant, le développement de la prévention combinée auprès des populations clés les plus exposées aux risques de maladies, l'accès aux services essentiels de prévention et de soins de toutes les personnes vivant avec la ou les maladies, ainsi qu'à des traitements efficaces.

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré et révisé est également guidée par les principes d'équité et d'inclusion, d'innovation, de santé communautaire, d'intégration, de financement basé sur les résultats, de leadership national et d'appropriation solide, et de responsabilité mutuelle.

Au nom de toute l'équipe de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales, j'adresse mes remerciements et mes félicitations aux partenaires nationaux et internationaux qui ont participé à cet exercice de révision. Je les invite à poursuivre leur engagement remarquable et le même élan de mobilisation pour la mise en œuvre.

Glossaire

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

Acronymes

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

<i>CSN</i>	Cadre Stratégique National
<i>CSRef</i>	Centre de Santé de Référence
<i>CSU</i>	Couverture Sanitaire Universelle
<i>CTCSGME</i>	Comité Technique de Coordination et de Suivi de la Gestion des Médicaments Essentiels
<i>CTX</i>	Cotrimoxazole
<i>CV</i>	Charge Virale
<i>DBS</i>	Dried Blood Spot
<i>DCIP</i>	Dépistage Conseil Initié par les Prestataires
<i>DGSHP</i>	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
<i>DHIS</i>	Système d'information sur la santé au niveau du district
<i>DHIS2</i>	District Health Information Software 2
<i>DIU</i>	Dispositif Intra Utérin
<i>DME</i>	Dossier médical électronique
<i>DMT</i>	Département de Médecine Traditionnelle
<i>DNS</i>	Département National de la Santé
<i>DOT</i>	Thérapie sous observation directe
<i>DP</i>	Diagnostic Précoce
<i>DPM</i>	Direction de la Pharmacie et du Médicament
<i>DRC</i>	Dépôt Répartiteur de Cercle
<i>DRS</i>	Direction Régionale de la Santé
<i>DS</i>	District Sanitaire
<i>DSCR</i>	Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
<i>DTC</i>	Directeur Technique de Centre
<i>DV</i>	Dépôt de Vente
<i>EDS</i>	Enquête Démographique et de Santé IV
<i>EDSM</i>	Enquête démographique et de santé du Mali
<i>ENDA</i>	Environnement et Développement du Tiers Monde
<i>EP</i>	Extra-pulmonaire
<i>EPH</i>	Etablissement Public Hospitalier
<i>eTME</i>	Elimination de la Transmission Mère – Enfant du VIH
<i>ETP</i>	Employé à temps plein
<i>FCFA</i>	Franc d'Afrique de l'Ouest
<i>FEMATH</i>	La Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes
<i>FENASCOM</i>	Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali
<i>FHI 360</i>	Family Health International
<i>FM</i>	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la TB et le paludisme
<i>FNUAP</i>	Fonds des nations unies pour la population
<i>FOSA</i>	Formation Sanitaire
<i>GARPR</i>	Global Aids Response Progress Review
<i>GAS</i>	Gestion des Achats et des Stocks
<i>GAVI</i>	Global Alliance for Vaccines and Immunization
<i>GBVIMS</i>	Système de gestion de l'information sur les VBG
<i>GLC</i>	Green Light Committee

<i>HBS</i>	Anticorps anti-HBS (noté anti-Hbs)
<i>HCNLS</i>	Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
<i>HSH</i>	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes
<i>HV</i>	Hépatite Virale
<i>IBBS</i>	Integrated Biological and Behavioral Survey (Enquête Bio-comportementale)
<i>IEC</i>	Information Education Communication
<i>INH</i>	Isoniazide
<i>INRMPT</i>	Institut National de Recherche sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles
<i>INRSP</i>	Institut National de Recherche en Santé Publique
<i>INSP</i>	Institut National de Santé Publique
<i>INSTAT</i>	Institut national des statistiques
<i>IO</i>	Infections Opportunistes
<i>IRD</i>	Institut de Recherche pour le Développement
<i>IST</i>	Infection Sexuellement Transmissible
<i>LNR</i>	Laboratoire national de référence
<i>LPA</i>	Line Probe Assay
<i>MAP</i>	Mali Action Plan
<i>MCA</i>	Maison Centrale d'Arrêt
<i>MCD</i>	Médecin Chef de District
<i>MDR-TB</i>	Tuberculose multi-résistante aux médicaments
<i>ME</i>	Médicaments Essentiels
<i>MEF</i>	Ministère de l'Economie et des Finances
<i>MR</i>	Multirésistante
<i>MR-RR</i>	Multirésistante et Résistante à la Rifampicine
<i>MSDS</i>	Ministère de la santé et du développement Social
<i>MSF</i>	Médecins Sans Frontières
<i>MSH</i>	Management Science for Health
<i>MTA</i>	Médicament Traditionnel Amélioré
<i>NTIC</i>	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
<i>OBC</i>	Organisations à Base Communautaire
<i>ODD</i>	Objectif de Développement Durable
<i>OMS</i>	Organisation Mondiale de la Santé
<i>ONG</i>	Organisation Non Gouvernementale
<i>ONUSIDA</i>	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
<i>OOAS</i>	Organisation Ouest Africaine de Santé
<i>OSC</i>	Organisation de la Société Civile
<i>OSPSANTE</i>	Tableau de bord des produits de santé
<i>PCR</i>	Polymerase Chain Reaction
<i>PDDSS</i>	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
<i>PE</i>	Partenaire d'exécution
<i>PEC</i>	Prise en charge
<i>PEPFAR</i>	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Le Plan d'Urgence Américaine pour la Lutte Contre le VIH/sida)
<i>PEV</i>	Programme Elargi de Vaccinations

<i>PF</i>	Planification Familiale
<i>PFAO</i>	Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO) - Coalition PLUS
<i>PIB</i>	Produit Intérieur Brut
<i>PNT</i>	Programme National de Lutte contre la TB
<i>POC</i>	Point of Care
<i>PPE</i>	Prophylaxie Post-Exposition
<i>PPM</i>	Pharmacie Populaire du Mali
<i>PRODESS</i>	Programme de Développement Sanitaire et Social
<i>PSI</i>	Population Services International
<i>PSN</i>	Plan Stratégique National
<i>PSNI</i>	Plan Stratégique National Intégré
<i>PTF</i>	Partenaires techniques et financiers
<i>PTME</i>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<i>PVVIH</i>	Personnes vivant avec le VIH
<i>RAMED</i>	Régime d'assistance médicale
<i>RENAPOC</i>	Réseau National des Populations Clés
<i>RGPH</i>	Recensement général de la population et de l'habitat
<i>RMAP+</i>	Réseau Malien des Associations de PVVIH
<i>RSS</i>	Renforcement du Système de Santé
<i>SAE</i>	Système d'alerte épidémiologique
<i>SARA</i>	Évaluation de l'offre et de la disponibilité des services
<i>SDADME</i>	Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels
<i>SEC</i>	Soins Essentiels dans la Communauté
<i>SIAPS</i>	Systems for Improved access to Pharmaceuticals and Services
<i>SIDA</i>	Syndrome de d'Immunodéficience Acquis
<i>SIGL</i>	Système d'Information de Gestion logistique
<i>SIH</i>	Système d'Information Hospitalier
<i>SLIS</i>	Système local d'information sanitaire
<i>SMQ</i>	Système de Management de la Qualité
<i>SNISS</i>	Système National d'Information Sanitaire et Sociale
<i>SOLTHIS</i>	Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé
<i>SRARV</i>	Suivi Régulier sous ARV
<i>SSGI</i>	Services de Santé à Grand Impact
<i>SSP</i>	Soins de Santé Primaires
<i>SSR</i>	Santé Sexuelle et Reproductive
<i>TARV</i>	Traitement ARV
<i>TB</i>	Tuberculose
<i>TBMR</i>	TB résistante Multirésistante
<i>TB-RR</i>	TB résistante à Rifampicine
<i>TB-RR/MR</i>	TB résistante à Rifampicine / Multirésistante
<i>TB/VIH</i>	Co-infection TB/VIH
<i>TCAC</i>	Taux de croissance annuel composé
<i>TDO</i>	Thérapie sous observation directe

<i>TDR</i>	Test de Diagnostic Rapide
<i>TEP</i>	TB extra-pulmonaire
<i>TME</i>	Transmission Mère-Enfant
<i>TP</i>	TB Pulmonaire
<i>TPB+</i>	TB pulmonaire bactériologiquement confirmée
<i>TPS</i>	Tradipraticiens de Santé
<i>TS</i>	Travailleuse du Sexe
<i>TSO</i>	Traitement de Substitution aux Opiacés
<i>UD</i>	Utilisateur de Drogues
<i>UDI</i>	Utilisateurs (consommateurs) de drogues injectables
<i>UHC</i>	Universal Health Coverage
<i>UNICEF</i>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<i>UNFPA</i>	United Nations Fund Population Agency
<i>UNICEF</i>	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
<i>USA</i>	Etats Unis d'Amérique
<i>USAID</i>	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
<i>USAID</i>	Agence des Etats Unies d'Amérique pour le Développement International
<i>USD</i>	Dollar américain
<i>VBG</i>	Violences Basées sur le Genre
<i>VHB</i>	Virus de l'Hépatite B
<i>VHC</i>	Virus de l'Hépatite C
<i>VIH</i>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<i>VIH/sida</i>	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
<i>WARTN-TB</i>	West African Regional Network for tuberculosis
<i>WARTN-TB</i>	West African Regional Network for tuberculosis
<i>WHA</i>	World Health Assembly
<i>WHO</i>	Organisation de la Santé
<i>WILDAF</i>	Women in Law and Development in Africa

Table des matières

ACRONYMES	5
2.2 SITUATION GEOGRAPHIQUE	14
2.2. SYSTEME ADMINISTRATIF	14
2.3 SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	15
2.4. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE	15
2.5 LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE	17
2.6 LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	18
2.7 LA GOUVERNANCE	20
2.8 LE FINANCEMENT DE LA SANTE	21
2.9 LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	23
2.10 ACCES A DES PRESTATIONS DE SERVICES DE QUALITE	23
2.11 CHAINE D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DE CONSOMMABLES PHARMACEUTIQUES ET MEDICAUX.....	24
2.12 L'INFORMATION STRATEGIQUE	25
2.13 REFORME DU SYSTEME DE SANTE	25
4.1 REFERENTIELS INTERNATIONAUX DU PSNI MALI 2021-2026	27
5.1 BUT	30
5.2 LES FONDEMENTS	31
5.3 PRINCIPES DIRECTEURS	31
5.4 PRIORISATION DU PSNI 2021-2026.....	32
6. VISION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS.....	49
6.1 MISE EN ŒUVRE DE L'INTEGRATION PAR L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT.....	49
6.2 PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES	50
7.FINANCEMENT DU PSNI 2021-2026	51
Annexe 1: Cadre de performance du PSNI: 2023-2026.....	53

1.Introduction Générale du document

En novembre 2022, le **Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS)** a élaboré nouveau **Cadre Stratégique National sur le VIH pour la période 2022-2026**. Il constitue, au regard de son haut niveau d'ancrage institutionnel sous la Présidence de la République du Mali, la référence nationale de la politique publique de lutte contre le VIH et le sida du Mali. Par ailleurs, le Ministère de la Santé et du Développement social (MSDS) a également élaboré un plan sectoriel dénommé **Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026 (PSNI 2021-2026)**, sous l'égide la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la TB et les Hépatites virales CSLS-TBH en tant que direction de niveau national. L'approche organisationnelle, structurelle et financière qui est proposée dans le cadre de ce plan vise une coordination efficiente, une décentralisation opérationnelle des services et l'intégration de l'offre de prévention et de soins, de la réponse aux maladies prioritaires ciblées le VIH/Sida, la Tuberculose (TB), les Hépatites Virales selon une approche de santé publique. Celle-ci vise à améliorer la santé globale des populations, s'inscrivant dans la réforme du système de santé **Mali Action Plan (MAP)**. Ces deux initiatives constituent le socle systémique à partir duquel la riposte aux trois maladies est construite.

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

La dynamique promue dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les hépatites virales du Mali 2021-2026 (PSNI 2021-2026) a consisté à rechercher toutes les synergies et toutes les complémentarités pour cheminer vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) d'ici 2030, notamment celui qui vise à en finir avec certaines maladies endémiques VIH TB Paludisme (obj3-cible 3.3) et la couverture universelle des services et des soins pour 2030 (UHC1 2030).

L'Agenda 2030 et ses 17 objectifs de développement durable (ODD) apportent une vision transversale soulignant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé des populations. Plus spécifiquement, l'ODD n°3, qui promeut une approche globale de la santé, « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », est transversal et interconnecté à la quasi-totalité des 17 ODD.

Le PSNI révisé, 2021-2026 traduit la volonté du Ministère de la Santé et du Développement social (MSDS) du Mali d'apporter à ces trois maladies, une réponse plus robuste qu'auparavant à travers un choix judicieux des interventions, un financement conséquent et l'identification de passerelles de mutualisation efficiente des ressources.

Le paradigme de l'élimination, en santé publique, est ainsi soutenu par deux piliers essentiels que sont d'une part les évidences épidémiologiques et programmatiques examinées et analysées dans une perspective centrée sur les personnes le long continuum de soins. D'autre part, il concerne la

¹ UHC : Universal Health Coverage

planification des programmes de lutte contre VIH la TB et des hépatites virales est basée sur des données et des priorités qui sont fixées pour optimiser l'impact des investissements.

La Ministère de la Santé et du Développement Social du Mali (MSDS), à travers la Cellule Sectorielle de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et les hépatites (CSLS-TBH) a entrepris de mener une revue à mi-parcours de son Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et les hépatites virales au Mali 2021 – 2025 (PSNI). Cette revue a été menée entre la fin de l'année 2022 et le premier trimestre 2023 avec l'appui des partenaires techniques et financiers du pays et de nombreux experts et consultants nationaux et internationaux. Un atelier national de réflexion stratégique tenu le 3 mars 2023 a engagé toutes les parties prenantes dans un dialogue inclusif.

Afin de s'aligner sur les autres documents stratégiques notamment le Cadre Stratégique National sur le VIH pour la période 2022-2026 le présent Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2025 a été révisé et étendu à 2026.

2.Contexte pays

2.2 Situation géographique

Le Mali est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest situé entre les 10^{ème} et 25^{ème} degré de latitude nord et entre les 4^{ème} et 12^{ème} degré de longitude ouest. Avec une superficie de 1 241 238 km², le Mali partage près de 7 200 km de frontières avec sept (07) pays : l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso au sud-est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest. C'est un pays de plaines et de bas plateaux avec une altitude moyenne de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Il existe plusieurs barrages et de zones inondées servant à l'agriculture. Les zones inondées s'étendent le long du fleuve Niger. Le delta intérieur du fleuve Niger va de la région de Ségou, à la région de Tombouctou en passant par Mopti, et couvre une surface maximale de 41 000 km². Les données de pluviométrie annuelle varient de moins de 200 mm à plus de 1100 mm, avec moins de 200 mm dans la zone désertique, 200 à 600 mm dans la zone sahélienne, 600 à 800 mm dans la zone Soudanienne, 800 à 1100 mm dans la zone soudano-guinéenne et plus de 1100 mm dans la zone pré-guinéenne.

Selon les données de l'Agence nationale de la météorologie du Mali, en 2021, la pluviométrie annuelle variait de 316,6 mm à 1 356,9 mm avec la minimale observée à Nara et la maximale à Sikasso. La température moyenne annuelle variait de 28,2°C (Bamako Senou) et 32,3°C (Yélimané).

2.2. Système administratif

Sur le plan administratif, le Mali est divisé en 19 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal, Taoudénit, Ménaka, Bougouni, Dioïla, Nioro, Koutiala, Kita, Nara, Bandiagara, San, Douentza) et le District de Bamako. Les régions sont subdivisées en 156 cercles qui sont subdivisés en 466 arrondissements. Chaque région est administrée par un Gouverneur. Les cercles sont dirigés par des Préfets tandis que chaque arrondissement est administré par un Sous-préfet. Le District de Bamako est découpé en 7 arrondissements.

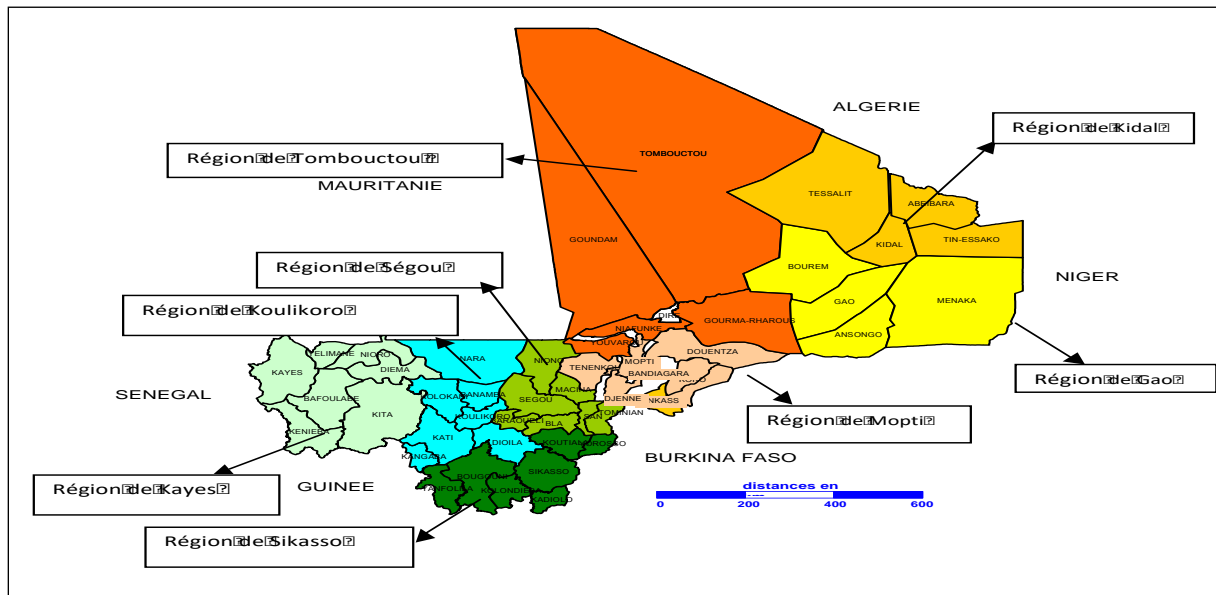


Figure 1: Carte administrative du Mali

Le Gouvernement a instauré une politique de décentralisation qui sert de cadre à la mise en œuvre de toutes les actions de développement. Ainsi, le Mali compte 819 communes réparties en communes rurales et urbaines. Chaque commune est administrée par un conseil communal composé de conseillers municipaux et dirigé par un maire.

Le Gouvernement reste toujours engagé dans les réformes institutionnelles et structurelles pour rationaliser la gestion budgétaire, stabiliser l'économie et la libéraliser. Des orientations ont été données et des programmes élaborés pour assurer la promotion de la femme et de l'enfant, reformer le système éducatif, améliorer la santé et gérer la croissance démographique avec la participation des populations.

2.3 Situation socio-démographique

La population du Mali est estimée à 21 697 000 habitants en 2022 avec un taux d'accroissement annuel de 2,77 % (RGPH 2009 actualisé par la DNP). Le Mali demeure parmi les pays à développement humain faible. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,43 en 2022, il se classe au 186^e rang sur 191 pays (PNUD, Rapport 2022).

Selon le rapport de la matrice de suivi des déplacements (DTM) le nombre de déplacés internes était de 422 620 personnes (DTM, Août 2022). A cette situation déjà complexe s'ajoute des réfugiés venant des pays frontaliers affectés par la dégradation de la situation sécuritaire. Le nombre de réfugiés maliens enregistrés dans les pays voisins était de 181 266 personnes, tandis qu'à la même période 84 806 réfugiés étaient retournés au Mali. Le nombre de personnes en insécurité alimentaire (1,8 millions) reste élevé.

La situation sanitaire et sociale au Mali est affectée par la crise sécuritaire et les troubles sociopolitiques depuis 2012, des mouvements de grèves à répétition dans plusieurs secteurs y compris celui de la santé. Cette situation déjà préoccupante a été exacerbée par l'émergence de la pandémie de la maladie à coronavirus SARS CoV-2 (COVID-19) en 2020. Cela a eu pour conséquences l'amenuisement de l'accès aux soins des populations sur l'ensemble du pays, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité entre autres.

2.4. Situation socio-économique

L'économie malienne repose principalement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le phénomène de pauvreté se distingue à travers son caractère global. Au Mali, trois types de pauvreté se côtoient : i) la pauvreté monétaire (insuffisance de biens de consommations) ; ii) la pauvreté des conditions de vie (manque d'accès à l'eau, à l'électricité, à l'éducation, à la santé, à l'emploi, au logement, etc.) et iii) la pauvreté de potentialités (manque de capital). Le revenu national brut est de 2220\$ par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) en 2021 (Rapport Banque Mondiale, 2022).

En effet, dans un contexte de crise sanitaire, sécuritaire et sociale, le Mali a connu, une régression de l'activité économique en 2020, avec un taux de croissance du PIB de -1,2% lié à la baisse de la production du coton de près de 4,8% en 2019. Le taux d'inflation s'est établi à 0,5% en 2020 contre -3,0% en 2019, en conformité avec la norme de 3,0% maximum fixée par les critères de convergence de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Le PIB, après une contraction de -0,9% au cours de l'année 2020, a connu un rebond de 5,1% en 2021 (INSTAT, Octobre 2021).

Selon les résultats de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP, 2021), la pauvreté monétaire est un phénomène réel au Mali car 44,6% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan (1 115 km), Bamako-Dakar (1 250 km) ; Bamako-Conakry (982 km) et Bamako-Nouakchott (2 300 km). Le pays compte 01 aéroport international (Bamako), 07 aéroports / aérodromes (Kayes, Nioro, Yélimané, Sikasso, Tombouctou, Mopti et Gao) et plusieurs pistes d'atterrissage (source : ASECNA Août/2017), 44 chaînes de télévision (02 nationales et 42 privées), 402 radios (02 nationales et 400 communautaires), 01 office national de télécommunication, 03 réseaux de téléphonie GSM, 02 diffuseurs et 10 distributeurs.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de Développement

Indicateurs	Taux/Ratio	Source et année
Taux brut de natalité	40,9‰	EDSM 2018
Taux de croissance démographique	2,77%	RGPH 2009
Mortalité néonatale	35‰	EDSM 2018
Mortalité infantile	54‰	EDSM 2018
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	101‰	EDSM 2018
Ratio de Mortalité maternelle	325 pour 100 000 naissances vivantes	EDSM 2018
Femmes recevant des soins prénataux	80%	EDSM 2018
Accouchements par des professionnels	67%	EDSM 2018
Taux Global de Fécondité Générale pour les 15-44 ans	216‰	EDSM 2018
Prévalence du VIH dans la cohorte des 14-49 ans	1,1%	EDSM 2012-2013
Espérance de vie	55 ans	RGPH 2009
Alphabétisation des 15-49 ans (par sexe)	Masculin : 47% Féminin : 28%	EDSM 2018
Population en dessous du seuil de pauvreté	44,6%	EMOP 2021
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,3	EDSM 2018
Taux brut de scolarisation au primaire	68,9%	EDSM 2018
Taux de prévalence contraceptive	15%	EDSM 2018

Pourcentage de la population vivant en milieu rural	76%	EDSM 2018
---	-----	-----------

La société malienne est une société patriarcale dans laquelle l'autorité est habituellement attribuée à l'homme ou aux hommes de la famille. Cette situation se traduit par un accès inégal à l'éducation, la santé, les ressources économiques, et la prise de décision dans la famille ; en matière d'éducation, les taux d'achèvement des études, bien que généralement faibles, révèlent une importante disparité entre les sexes (29,1% pour les filles et 43% pour les garçons).

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

La configuration actuelle du Conseil National de Transition qui joue le rôle d'organe législatif comprend 39 femmes sur les 147 membres et celle du gouvernement est de 6 femmes sur les 29 membres

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

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

2.5 Les principaux indicateurs de santé

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

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

De même, 28,1% des filles des quintiles les plus pauvres avaient commencé leur vie reproductive, tandis que 20,7% des filles du quintile le plus riche l'avaient fait.

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

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

2.6 Le renforcement du système de santé

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux et durable des secteurs de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Elle a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé. Cette politique est mise en œuvre en partie ou en totalité à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) dont la deuxième génération est de 2014-2023 et son dernier plan quinquennal PRODESS IV 2020-2023, qui sont les documents de référence définissant les axes stratégiques d'intervention en matière de développement sanitaire et social. Le PDDSS et le PRODESS ont pour ambition de développer une approche « programme » décentralisée et multisectorielle. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a transféré certaines compétences aux collectivités décentralisées des communes et des cercles. Dans cette dynamique, le Mali a reçu en janvier 2021 une subvention du Fonds mondial pour le renforcement du système de santé (RSS) au niveau communautaire avec le renforcement du rôle des CSCoM et le déploiement des ASC.

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'OMS et aux Objectifs de Développement Durables (ODD 2016-2030). Les objectifs prioritaires de santé sont inscrits dans le Cadre de Relance Économique et de Développement Durable (CREDD), avec un accent particulier pour les zones rurales et périurbaines pour la prévention, la promotion de la santé et du bien-être. Plusieurs initiatives sont en cours au niveau du département de la santé dont le Partenariat Public- Privé (PPP) et le COMPACT (Accroître et mettre ensemble les ressources pour atteindre les objectifs).

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations, mutuelles et fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Le système de santé public malien est organisé en trois niveaux :

- Le niveau opérationnel : le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion
- Le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau
- Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. Il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards et mobilise les ressources de l'Etat, celles des PTF et du secteur privé pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Concernant les prestations des soins, la pyramide sanitaire est structurée en trois niveaux :

- Le niveau central offre des soins de 3eme niveau de référence. Il est composé de : 07 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dont 03 à vocation générale (Point "G", Gabriel TOURE, Hôpital du Mali) et 04 à vocation spécialisée (IOTA, CNOS, Hôpital de Dermatologie de Bamako, Clinique périnatalité Mohamed VI de Bamako). A ces EPH s'ajoutent des instituts et établissements comme l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD), Centre d'Infectiologie Charles Mérieux (CICM).
- Le niveau intermédiaire comprend 8 EPH au niveau régional (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'Hôpital Mère enfant « le Luxembourg ») assurant le 2e niveau de référence à vocation générale.
- L'Hôpital Mère-enfant le Luxembourg est un établissement de santé privé à but non lucratif.

Le niveau opérationnel comprend 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) dont 1534 étaient fonctionnels en 2021 (SLIS). Il existe d'autres établissements de santé : parapublics, confessionnels, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par des ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), le VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine conventionnelle reste à renforcer.

Le Mali dispose d'un plan stratégique des soins essentiels dans la communauté 2021-2025. Ce plan prend en compte les nouveaux besoins (l'identification et l'orientation de cas présumés de tuberculose, les activités promotionnelles du VIH et de la PTME, les services Covid-19). Le nombre de sites ASC fonctionnels au Mali est de 3041 en 2021 (SLIS) offrant le paquet SEC ciblant les activités de prévention et de prise en charge des cas de tuberculose au niveau communautaire.

En plus des ASC, d'autres acteurs interviennent au niveau communautaire dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et la tuberculose à savoir : les conseillers psycho-sociaux, les pairs navigateurs, les pairs éducateurs, offrant les services de prévention, de dépistage, de distribution des ARV et du suivi des patients.

- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les Centres de Santé de Référence (CSRéf) ou hôpitaux de district au

niveau des districts sanitaires au nombre de 62 en 2021. Les CSRéf/hôpitaux de district assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La Loi d'orientation de la Santé du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par Décret N° 02 – 049 / du 22 juillet 2002 pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé. Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les établissements de santé confessionnels.

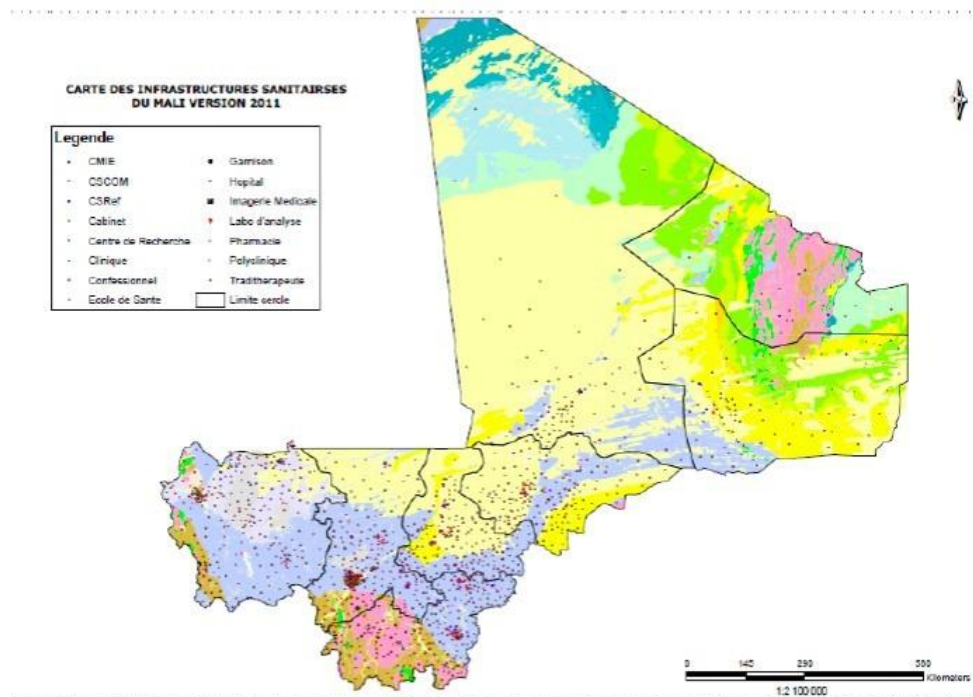


Figure 2 : Carte sanitaire du Mali

2.7 La gouvernance

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

- La relation entre le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général est très étroite. Sur le plan relationnel c'est le premier conseil du ministre.
- Le rôle de la Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique, notamment en rapport avec les Régions sanitaires, les Districts sanitaires, les hôpitaux et les centres périphériques pour la mise en œuvre des politiques de santé est opérationnel et est surtout axé sur la coordination des activités liées à la santé.
- La collaboration de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique avec les autres Directions clés du Ministère : pharmacie et médicaments ; laboratoires ; ressources humaines ; Informations sanitaires. Tous les aspects techniques sont pris en compte.
- La collaboration entre la DGSHP et la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales CSLS-TBH a beaucoup évolué avec la réforme du secteur sante en 2019.

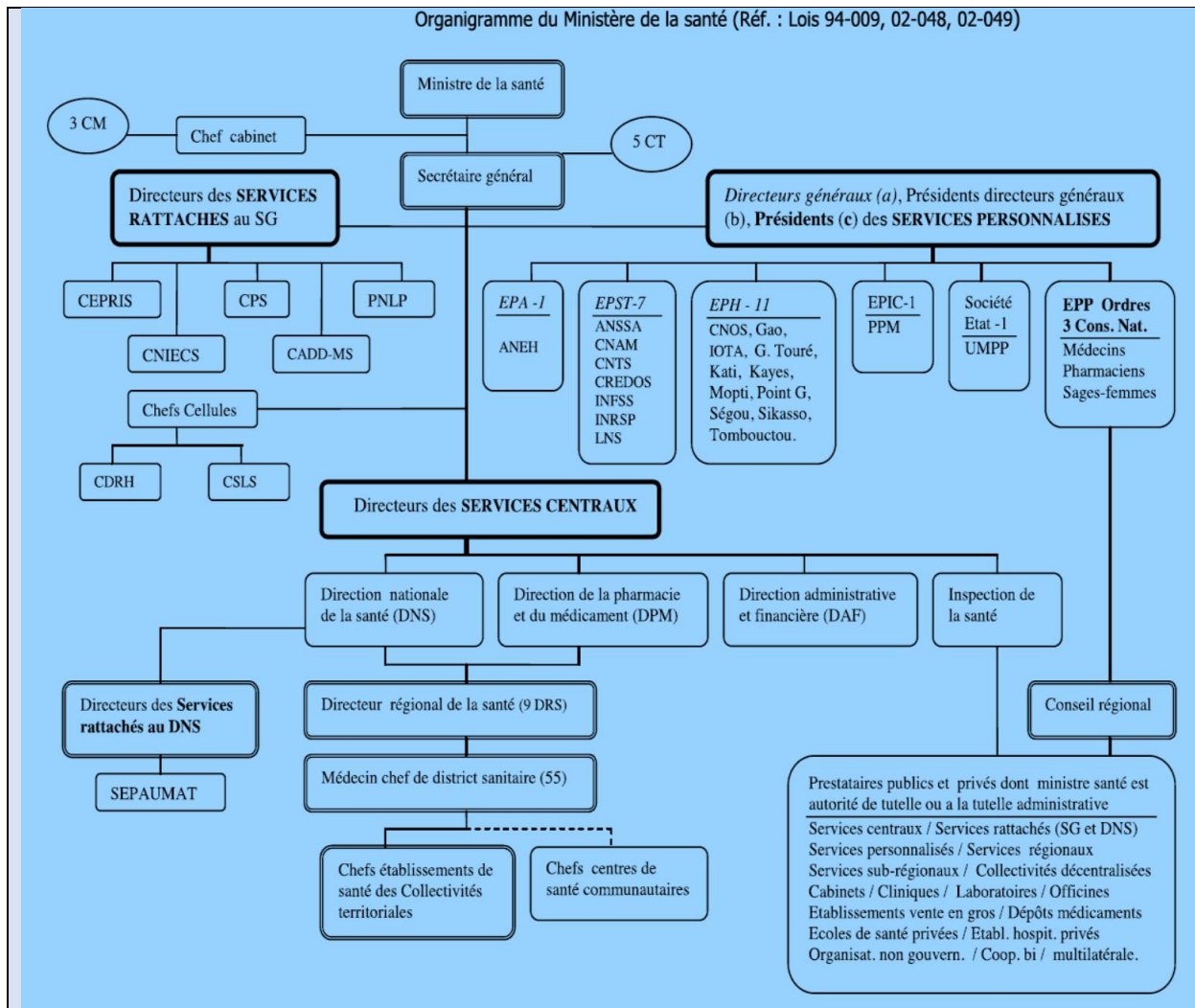


Figure 3 : Organigramme du Ministère de la Santé

2.8 Le financement de la santé

Le système de financement de la santé comprend les mécanismes classiques de mobilisation, de répartition et d'utilisation des ressources financières, mais aussi ceux permettant le développement d'approches alternatives de solidarité et de protection sociale en vue de minimiser les inégalités.

En 2019, le budget de l'Etat est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 45,24% contre 41,15% provenant des partenaires extérieurs, 8,34 % du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,57% des communautés et 4,07 des collectivités décentralisées. La part des dépenses de santé des ménages est de 31,97% (Rapport comptes de la santé 2019, Tableau 16, page 40). Selon la même source, les dépenses de santé consacrées à la lutte contre la tuberculose sont estimées à 0,16% des dépenses courantes (page 53), celles consacrées à la lutte contre le VIH/Sida sont estimées à 1,79% des dépenses courantes. Elles représentent 3,18% des dépenses courantes consacrées aux maladies infectieuses et parasitaires (page 59)

Le niveau central bénéficie de 71,4% des dépenses pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a connu un début de mise en œuvre mais dans la limite des 28,6% des dépenses prévues à ce niveau. Cependant, il faut noter que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande disparité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones.

La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé est complexe en raison du nombre de structures impliquées au niveau central et déconcentré, et de la multiplicité des structures de prestation. Cette complexité est exacerbée par la cinquantaine de partenaires techniques et financiers avec diverses modalités d'intervention et de financement. L'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS) et l'Appui Budgétaire Global (ABG) répondent mieux aux orientations de l'approche sectorielle qui ne concerne qu'un nombre limité de partenaires.

Les difficultés rencontrées dans ce domaine sont de plusieurs ordres :

- En ce qui concerne l'ABS, il faut souligner les retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes, les tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du Trésorier Payeur Régional (TPR), la lourdeur des procédures de passation des marchés publics et les retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes et dans la remontée des justifications des avances de fonds. A ceux-ci, il faut ajouter les difficultés des régions et districts sanitaires de disposer de cash pour la mise en œuvre des activités opérationnelles.
- Au niveau des autres partenaires utilisant des procédures spécifiques, les difficultés sont entre autres les retards dans l'alimentation des comptes partenaires, dans la remontée des justifications des avances de fonds ainsi que la collecte et la compilation des données.
- Les faibles capacités techniques sont à tous les niveaux et spécifiquement au niveau régional et des districts sanitaires (y compris Communes et Aires de santé).
- Un palier important a été franchi pour le renforcement de la solidarité et de la protection sociale aux niveaux législatif, réglementaire et institutionnel avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), la création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) et le développement des mutuelles.
- La couverture cumulée attendue de l'ensemble de ces mécanismes ne dépasserait pas 25% de la population. Par ailleurs, leur fonctionnement est souvent mal maîtrisé faute de ressources humaines qualifiées. Une large partie de la population reste donc dépourvue de mécanisme de protection sociale et n'a pas accès à des soins de qualité. Le RAMED qui ambitionnait de couvrir 5% de la population s'est avérée limitée. Dans ce contexte, l'aide sociale et le secours restent encore une nécessité en raison de la pauvreté ou de la faible capacité contributive des ménages et des individus.
- Le faible taux de couverture attendue de l'AMO, des mutuelles et du RAMED amène à entrevoir des interventions énergiques pour le renforcement et l'extension de ces mécanismes.
- Outre les mutuelles de santé, d'autres formes d'organisations de l'économie sociale et solidaire existent, mais elles n'ont pas toujours fait l'objet d'attention (faible accompagnement de l'Etat et faible adhésion des populations). Il s'agit entre autres des sociétés coopératives, d'autres associations que les ASACO, des structures de caisses d'épargne et de crédits. Un déficit important d'information et de communication subsiste sur l'ensemble des mécanismes dans la perspective de l'accès universel aux soins de

santé. Le Régime d'Assurance Maladies Universelle (RAMU) est en cours d'élaboration pour prendre en charge l'AMO, le RAMED et les mutuelles.

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

2.9 Les Ressources Humaines pour la santé

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

La participation communautaire se fonde sur un réseau de 1 392 CSCom gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En fin 2019, le Mali comptait 2 931 sites ASC fonctionnels avec un besoin théorique autour de 11 000 ASC pour une population totale de 9 146 736 habitants vivants au-delà de 5 Km du CSCom. Sur cette population, 2 174 600 habitants soit 23,8% ont bénéficié des prestations des ASC.

2.10 Accès à des prestations de services de qualité

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

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

L'accessibilité des populations dans un rayon de 5km stagne à 58% depuis 2007, sachant que 249 CSCom ont été construits depuis cette date. En fin 2019, le Mali comptait 2 931 sites fonctionnels ayant des ASC (besoins théoriques autour de 11 000 ASC), pour une population totale de 9 146 736 habitants vivants au-delà de 5 Km du CSCom. Sur ces 9 146 736 habitants, 2 174 600 habitants (23,8%) ont bénéficié des prestations des ASC. Le système de référence entre les différents niveaux du système de santé est insuffisant.

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

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

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

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

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

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

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

2.12 L'information stratégique

L'information stratégique comporte les trois éléments suivants :

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

2.13 Réforme du Système de Santé

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

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

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

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

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

3. Rappel synthétique de la situation épidémiologique et de la réponse au VIH, à la tuberculose et aux hépatites virales

L'analyse de la situation épidémiologique se réfère aux données Cadre Stratégique National sur le VIH pour la période 2022-2026, élaboré par le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS) qui constitue la référence nationale de la politique publique de lutte contre le VIH et le sida du Mali.

La Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TBH) du Mali a commandité une évaluation externe à mi-terme du Plan Stratégique National Intégré 2021-2025 de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et les hépatites virales. Dans ce contexte, il a été jugé utile de réaliser une analyse épidémiologique et d'impact des interventions VIH.

Les objectifs de l'analyse ont été d'examiner l'ampleur et les tendances de l'épidémie de VIH ; d'examiner les progrès accomplis dans l'atteinte des cibles du plan stratégique national, y inclus la cascade de prévention et de traitement du VIH ; d'examiner les facteurs programmatiques et transversaux liés à l'épidémie et à sa distribution ; et d'évaluer les systèmes de données.²

Cinq documents apportent une analyse détaillée du contexte épidémiologique et programmatique qui sont en annexe du présent document

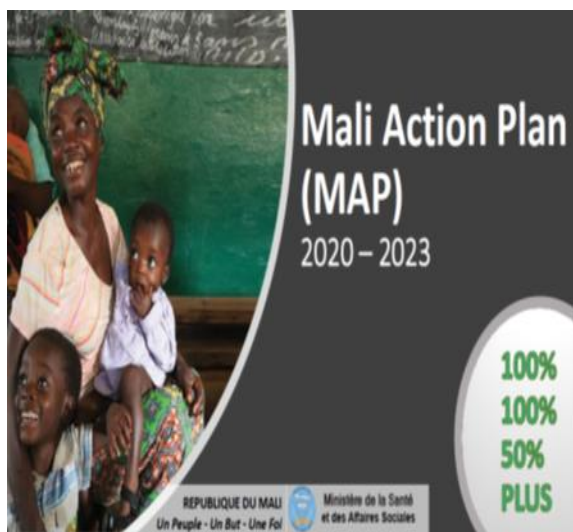
- Analyse épidémiologique et d'impact des interventions VIH de la mise en œuvre du PSNI 2021-2025 au Mali avec un rapport datant du mois de janvier 2023
- La revue à mi-parcours du Plan Stratégique intégré 2021-2025 de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales au Mali, avec un rapport final datant du 28 mars 2023
- Rapport de la revue à mi-parcours du PSNI 2021-2025 volet Tuberculose datant de janvier 2023

² Analyse épidémiologique et d'impact des interventions VIH de la mise en œuvre du PSNI 2021-2025 au Mali Yves Lafort, MD, MPH, PhD, Consultant Suivi-évaluation Fonds Mondial Janvier 2023

- Revue de performance du Programme de lutte contre les Hépatites au Mali datant de janvier 2023
- Revue à mi-parcours du plan de Suivi évaluation du PSNI 2021-2025 datant de janvier 2023
- Rapport annuel 2022 de la Cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virale datant de mars 2023
-

4. Référentiels nationaux et internationaux

- « Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable (CREDD 2019-2023) du Mali »
- Loi n°02- 049 du 22 juillet 2002, portant Loi d'Orientation sur la Santé définie la Politique Nationale de Santé ;
- Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) IV au titre de la période de 2014 à 2023
- Cadre Stratégique National sur le VIH pour la période 2022-2026, élaboré par le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS)



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

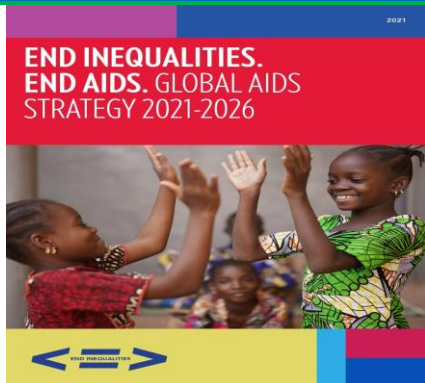
100% des femmes enceintes et des enfants de < 5 auront accès gratuit à tous les services de santé et toutes les femmes en âge de procréer auront un accès gratuit à la PF

50% des services seront dispensés gratuitement au niveau des CSCom

Plus une rénovation et une revalorisation du secteur national de santé

4.1 Référentiels internationaux du PSNI Mali 2021-2026

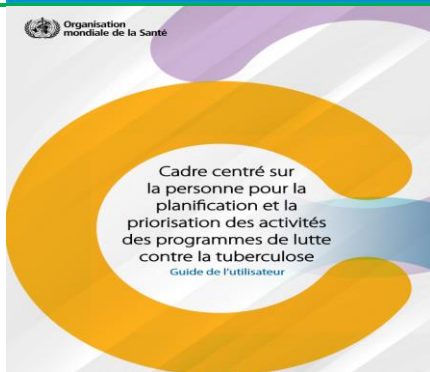
Référentiels internationaux



La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) vise à éliminer les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida. Elle définit un cadre d'action transformateur pour éliminer ces inégalités d'ici 2025 et place chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.



La stratégie « Mettre fin à la tuberculose » plus connu sous le vocable anglais de « END-TB » est la réponse mondiale à la pandémie de la tuberculose. La vision de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose est « un monde libéré de la tuberculose », également exprimée par « zéro décès, maladie et souffrance dus à la tuberculose ».



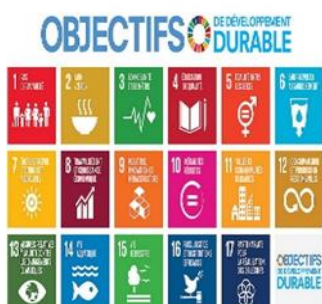
Ce cadre repose sur trois éléments principaux que sont : (i) le continuum de soins (ii) l'utilisation des trois types de données principaux, (épidémiologiques, centrées sur la personne et liées au système) (iii) les trois étapes de planification (classement des problèmes par ordre de priorité, analyse des causes profondes et optimisation des interventions). Ce cadre sert de base à la planification, à l'établissement de priorités et à l'allocation des ressources à l'aide d'une approche centrée sur la personne.



Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la région africaine de l'OMS 2021-2030.

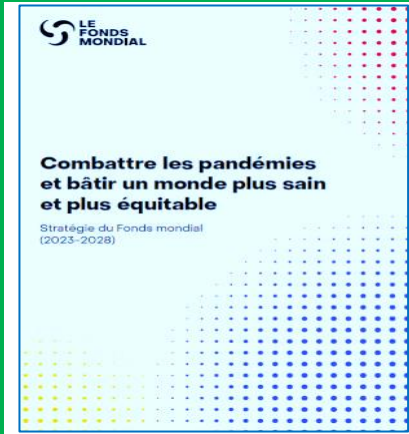




Stratégie Régionale pour le VIH, la Tuberculose, les Hépatites B & C et les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Populations Clés de la CEDEAO



les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin des épidémies d'ici 2030

Référentiels internationaux

 <p>LE FONDS MONDIAL</p> <p>Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable</p> <p>Stratégie du Fonds mondial (2023-2028)</p>	<p>Stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 : Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser des systèmes de santé intégrés et centrés sur la personne ▪ Maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte ▪ Maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains ▪ Contribuer à la préparation et à la riposte aux pandémies.
 <p>Organisation mondiale de la Santé</p> <p>STRATÉGIE MONDIALE D'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE VIRALE 2016-2021</p>	<p>Les Hépatites virales ne seront plus négligées désormais avec l'adoption de la résolution sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en particulier, l'objectif 3 des ODD qui appelle expressément à prendre des mesures pour combattre l'hépatite virale.</p>
 <p>Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030</p> <p>Organisation mondiale de la Santé</p>	<p>Les nouvelles stratégies OMS proposent une vision commune pour mettre fin aux épidémies et faire progresser la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire dans un monde où tous ont accès à des services de santé de haute qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. Le GHSS promeut les objectifs spécifiques à la maladie pour mettre fin au sida et aux épidémies d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici 2030.</p> <p>Ces stratégies 2022-2030 tiennent compte des changements épidémiologiques, technologiques et contextuels de ces dernières années, contribuent à tirer des enseignements relatifs aux diverses infections et maladies et créent des occasions de tirer parti des innovations et des nouvelles connaissances pour une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles.</p>

Les principaux référentiels sont notamment : les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin des épidémies d'ici 2030, la résolution WHA 63.18 de l'OMS qui déclarait l'hépatite virale comme priorité de santé publique,

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

TB : Faire baisser rapidement l'incidence de la TB, de la coïnfection TB-VIH et de la TB multirésistante, ainsi que la mortalité associée à ces maladies, en mettant en place un accès

universel à des services de prévention et de soins de qualité, conformément à la stratégie pour mettre fin à la TB et sur le Plan mondial pour éliminer la TB

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

5. Vision stratégique, du PSNI Mali 2021-2026

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

Le Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026 contribue d'ici 2026, à ce que toutes les personnes vivant avec la maladie ou les maladies, populations clés ou vulnérables bénéficient d'informations fiables et de compétences pour se protéger et accéder aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien à travers une démarche centrée sur les droits humains. Cette approche d'équité et de solidarité nationale permettra d'atténuer l'impact de ces trois maladies au sein de la population marginalisée ou vulnérable afin que personne ne soit laissé pour compte.

5.1 But

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

Toutes les parties prenantes, à savoir le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS), la CSLS-TBH, les autorités sanitaires nationales, les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires y compris les populations clés et les personnes vivant avec les maladies, du Mali sont appelés à jouer un rôle de leadership pour mettre en œuvre ensemble, les orientations stratégiques contenues dans le présent Plan Stratégique national intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026

5.2 Les fondements

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

5.3 Principes directeurs

Principes directeurs du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les Hépatites Virales du Mali 2021-2026	<p>1. Le Plan Stratégique intégré du Mali 2021-2026 pour le VIH, la TB et les Hépatites virales constitue le document sectoriel. Il assure l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des programmes et des interventions.</p>
	<p>2. Les populations les plus exposées aux VIH/SIDA à la TB et aux Hépatites Virales sont au cœur de la riposte : les interventions sont ciblées et les services de soins simplifiés sont centrés sur la personne, les familles et les communautés en se basant sur l'équité et la solidarité</p>
	<p>3. Respect des droits humains, du genre et de l'équité : Le Plan d'extension du PSNI du Mali œuvre pour intégrer un nombre plus important de bénéficiaires afin de mettre un accent particulier sur la réduction des inégalités liées au genre, la promotion et le respect des droits humains et l'équité dans l'accès aux services VIH, TB et Hépatites Virales. Il développe toutes les conditions pour créer un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins.</p>
	<p>4. Décentralisation de l'offre de prévention et de soins : Afin de favoriser une riposte plus appropriée aux contextes locaux, le Plan sera contextualisé et opérationnalisé dans le souci d'une mise en œuvre décentralisée. Cette décentralisation donnera plus d'opportunités dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources à l'échelle locale. Toutes les régions du Mali sont concernées mais la priorité sera donnée aux zones les plus touchées selon l'analyse épidémiologique.</p>
	<p>5. Innovation, efficacité et efficacité de la riposte globale et intégrée : cette approche vise et orienter les financements sur les interventions qui ont un fort impact, ainsi que celles qui ont fait la preuve de leur efficacité tout en introduisant les innovations susceptibles d'améliorer les résultats du PSNI. L'assurance d'un coût-bénéfice optimal des interventions constitue à cet effet, un souci primordial pour une rationalisation de la dépense liée aux coûts des interventions tant au niveau étatique qu'au niveau communautaire.</p>
	<p>6. La couverture universelle en prévention, soins et services de santé de qualité est basée sur l'extension à tous, de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable. Elle est le résultat des réformes du système de prestations de soins et services qui est organisé en soins de santé primaires</p>
	<p>7. La gouvernance, la coordination et la gestion axée sur les résultats : L'implication de tous les acteurs aux différents niveaux sera soutenue et stimulée par une bonne gouvernance, un leadership fort de l'équipe de coordination. Il s'agira d'œuvrer pour une gestion axée sur les résultats et d'assurer une bonne traçabilité des contributions financières des différents partenaires avec des audits et comptes rendus réguliers</p>

	<p>8. Le suivi et l'évaluation : les interventions et stratégies de prévention et de soins sont suivies et évaluées de façon conjointe. Dans le cadre du PSNI du Mali, les caractéristiques des soins incluent la continuité, l'intégration des soins, la globalité et la pertinence des soins alors que les caractéristiques des services incluent la décentralisation, la permanence, la polyvalence, l'efficacité des services et la conformité aux normes de qualité des soins et services de santé. Par ailleurs, les principaux indicateurs seront sexospécifiés.</p>
	<p>9. Les organisations communautaires et de la société civile sont parties prenantes de la riposte nationale intégrée pour les trois maladies : elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines que sont la prévention, la prise en charge globale et les droits humains</p>
	<p>10. L'approche multisectorielle et le partenariat avec les parties prenantes : tous les partenaires nationaux, y compris ceux du secteur privé seront impliqués dans la riposte nationale selon un paradigme qui permet à chacun de prendre sa part de responsabilité avec un devoir de redevabilité</p>

5.4 Priorisation du PSNI 2021-2026

La démarche de priorisation a été menée selon une approche prenant en compte toutes les contributions des parties prenantes dans le cadre du dialogue pays. L'analyse des lacunes et contraintes a fait l'objet d'un consensus obtenu au cours d'un atelier récapitulatif tenu à Bamako., le Mali a conduit plusieurs externes : i) La revue à mi-parcours du Plan Stratégique intégré 2021-2025 de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales au Mali, avec un rapport final datant du 28 mars 2023, ii) Rapport de la revue à mi-parcours du PSNI 2021-2025 volet Tuberculose datant de janvier 2023, iii) Revue de performance du Programme de lutte contre les Hépatites au Mali datant de janvier 2023, iv) Revue à mi-parcours du plan de Suivi évaluation du PSNI 2021-2025 datant de janvier 2023

. Les critères retenus sont :

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

Durant les ateliers de préparation de la demande de financement, les parties prenantes ont discutés des priorités du plan stratégique national intégré et de leurs déclinaisons dans le cadre de la demande de financement selon la logique décrite ci-dessus. Ce processus de priorisation a été ouvert donnant l'opportunité d'un dialogue national et d'une concertation avec toutes les parties prenantes. Toutes les recommandations qui en sont issue ont servi à la révision du PSNI.

En outre, un processus de dialogue ascendant, qui a débuté dans les districts des 11 régions consultées (Bamako, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Ménaka, Kidal, Tombouctou, Taoudenni). Ces derniers ont remonté et analysé les indicateurs de santé principaux, afin d'en identifier les plus performants et ceux qui ne progressent pas ou plus. Les médecins chefs des districts se sont ensuite retrouvés dans leur direction régionale, ou un atelier de 3 jours leur a donné l'opportunité d'analyser les causes profondes des difficultés auxquelles ils sont confrontés, et d'identifier les priorités auxquelles la nouvelle subvention devra répondre. Enfin, une rencontre nationale a réuni 44 représentants des 11 régions concernées, ainsi que 20 personnes du niveau national (Directions nationales, Cellule sectorielle VIH-TB-Hépatites, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique) et les partenaires techniques et financiers pour une durée de 3 jours.

Pour la première fois depuis que le processus de planification des subventions existe, les directions des régions, y compris celles du nord du pays, ont été associées à la réflexion sur les avancées en matière de santé et les difficultés qu'elles rencontrent. Pour les régions de Gao, Ménaka, Tombouctou, Taoudenni et Kidal, qui luttent pour maintenir des services de santé de base dans un contexte sécuritaire et socio-économique très dégradé, l'occasion leur a été donnée de témoigner de leurs difficultés pour retenir les ressources humaines en santé, pour assurer un approvisionnement constant en médicaments et, pour offrir dans les formations sanitaires un paquet minimum d'activités. Au cours de cet atelier, les régions ont identifié les indicateurs les plus en souffrance sur lesquels il est nécessaire de se pencher urgemment pour les faire progresser : ils concernent la santé maternelle, le VIH, la TB, le paludisme et la protection sociale face aux dépenses de santé catastrophiques.

Le système d'information sanitaire, le système de gestion des produits de santé, les ressources humaines en santé et la qualité des soins et les laboratoires Ce processus consultatif régional a continué puisque les équipes cadres des régions ont été consultées pour le choix des interventions et des activités et ont participé à la relecture des différents jets de la demande. Ce processus marque le début d'une collaboration rapprochée qui sera renforcée pendant la mise en œuvre, avec un pilotage des activités confié aux équipes régionales, auxquelles il sera également proposé un paquet visant à les renforcer dans leurs capacités de gestion programmatique et financière.

Un processus de dialogue communautaire, qui a donné l'occasion de réunir les personnes affectées par la tuberculose et le VIH, ainsi que les acteurs associatifs impliqués dans la lutte contre ces maladies. Cette consultation a permis d'identifier les principales barrières dans l'accès aux services de santé, de recueillir des témoignages de première main de la part des usagers et des usagères des services, et de trianguler une information fournie par les partenaires de mise en œuvre, quant à la disponibilité et la qualité des services.

Des recommandations fortes ont été effectuées quant à la disponibilité des services, à leur adaptation aux besoins des populations clés, à la nécessité de renforcer les associations de populations clés et de santé afin de les soutenir dans la mobilisation de financement et leur gestion programmatique et financière. Elles ont mis l'accent sur l'engagement des communautés dans tous les processus (expression des besoins, élaboration des programmes, vérification de la disponibilité et de la qualité des services de santé) et sur le renforcement dont elles doivent bénéficier pour mener à bien l'ensemble de ces missions.

6. Description du cadre des résultat impacts, d'effets, de produits et de stratégies

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

Résultat intégré de l'impact 1 : D'ici 2026, les nouvelles infections liées au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST sont réduites respectivement d'au moins 60% pour le VIH, 60% pour la Tuberculose, 60% pour les hépatites virales et 60% pour les IST

Résultat intégré de l'impact 2 : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite respectivement de 60% pour le VIH, de 60% pour la TB, et de 60% pour les hépatites virales

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

Résultat transversal et intégré d'impact 4 : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB et hépatites virales

6.1 Domaine de la réduction des risques et de la prévention

Résultat intégré de l'impact 1 : D'ici 2026, les nouvelles infections liées au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST sont réduites respectivement d'au moins 60% pour le VIH, 60% pour la Tuberculose, 60% pour les hépatites virales et 60% pour les IST

L'accélération de la prévention du VIH, de la détection TB et du dépistage des Hépatites virales constitue un axe essentiel du Plan Stratégique intégré et révisé, de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026. Elle nécessite la mise à l'échelle des interventions de prévention et des innovations, avec une focalisation sur les zones géographiques, et les populations à risque élevé ainsi que les populations vulnérables identifiées dans le cadre des analyses épidémiologiques et programmatiques propres à chaque maladie.

Il s'agit d'apporter une combinaison de services adaptés, l'introduction d'innovations et de nouvelles approches pour augmenter l'efficacité, le renforcement de la coordination nationale et locale (DGS, DRS et organisations de la société civile) entre les différents acteurs ainsi qu'un engagement et financement soutenus. Il s'agit également de rechercher toutes les modalités pratiques pour assurer un accès à la prévention et aux soins aux populations.

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

- Le développement des approches différenciées en prévention, dépistage qui consiste à proposer des services plus adaptés, des approches plus intégrées et mieux centrées sur la personne. Ces approches sont basées sur le principe de base de la reconnaissance de la diversité des besoins spécifiques des différents bénéficiaires. Les approches différenciées ont aussi pour objectif de toucher plus de personnes en besoin, tout en maîtrisant les coûts et accroissant l'efficacité et l'utilisation rationnelle des ressources.
- Ainsi l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera mise en œuvre dans les structures de santé avec l'appui des acteurs communautaires, à travers la mise en place du processus de certification de l'eTME et son accomplissement progressif d'ici

fin 2026. Il s'agit de faire en sorte que 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR soient sensibilisées sur l'eTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et l'hépatite virale B. Au moins 95% des femmes enceintes attendues en CPN1 précoce doivent être dépistées au VIH, à la syphilis et l'hépatite virale B suivi de la vaccination. La rétention aux soins est assurée à au moins 95% des couples mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé. Le dépistage précoce à la naissance et la prophylaxie ARV chez les nouveau-nés exposés est administrée le plus tôt possible en 48 heures suivant l'accouchement. Cela passe par l'implication des hommes et des femmes qui exercent un rôle de « mentor » social auprès des plus jeunes (mères, tantes, grands-mères, accoucheuses traditionnelles...), l'empowerment de la femme séropositive au VIH et la prévention primaire auprès des jeunes filles. Toutes les expériences qui aboutissent à des résultats en termes de performance seront prise en compte.

- Dans les populations prioritaires, la prévention intégrée et adaptée à chaque cible sera mise à l'échelle selon leur localisation et en fonction des vulnérabilités croisées dont ils sont l'objet. Cela nécessite des approches innovantes, une cohérence et une articulation des efforts entre toutes les parties prenantes : professionnels de santé ainsi que la mise en place de partenariats transformateurs avec à la fois le système communautaire et le secteur privé notamment lorsque les personnes y recourent.
- La prévention combinée est renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 95% des populations clés, selon des approches de services différenciées en fonction notamment des facteurs de risques et vulnérabilités croisées au sein des différentes populations clés et vulnérables. Il s'agit d'intégrer les innovations en matière de prévention notamment en mettant en œuvre des services adaptés pour les hommes et passer à l'échelle la PrEP et l'ADVIH au profit des populations clés.
- Les programmes de réduction des risques auprès des populations en contexte spécifiques tels que les consommateurs de drogues et les consommateurs de drogues injectables selon la cartographie des zones et des régions prioritaires, (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ainsi qu'une thérapie de substitution aux opiacés TSO qui sera assurée avec un centre d'addictologie et en partenariat avec ARCAD Santé PLUS).
- L'offre de service de santé sexuelle ciblant les jeunes : Il s'agit de rendre disponible l'information et les moyens de protection pour les jeunes filles et garçons afin de garantir un environnement contribuant à promouvoir une santé sexuelle, affective et reproductive adaptées à la vie à moindre risque. Pour ce faire, une analyse précise des déterminants socio-culturels de la transmission du VIH sera menée, conduisant à la mise en œuvre d'approches adaptées aux jeunes : utilisation des réseaux sociaux, des logiques de sociabilisation, de la paire éducation, activités visant à renforcer l'estime de soi et l'augmentation du pouvoir de négociation des adolescentes pour le port du préservatif, et un accès facilité aux moyens de protection de de contraception, pour prévenir les grossesses précoces.
- Le développement de campagnes multi-maladies dans les villes et les zones géographiques de haute vulnérabilité (les quartiers périphériques défavorisés, zones d'orpaillages) pour mieux cibler et réduire l'accès tardif à la prise en charge : dépistage des cas index à partir de l'offre de dépistage aux partenaires des populations ciblées, la promotion de l'autotest (VIH), le ciblage des zones économiques. Il s'agit de multiplier les interventions pour augmenter la demande en particulier pour les personnes qui ne fréquentent pas les structures de santé parmi lesquels les hommes.

	Résultats produits	Principales stratégies
Offre intégrée de dépistage pour la triple élimination	Résultat d'effet 1.1: D'ici 2026, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est assurée à moins de 2%	
	Produit 1.1.1 : Le processus de certification de l'e-TME est mis en place et fonctionnel d'ici fin 2026	Stratégie 1 : Inclusion du processus de certification dans les missions du comité national e-TME entre toutes les entités du ministère de la Santé, impliquées dans la santé de la mère et de l'enfant/coordination du processus de certification avec les partenaires OMS et UNICEF
	Produit 1.1.2 : 95% des femmes en âge de procréer détiennent des informations sur les grossesses à moindre risque d'ici 2026	Stratégie 1 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur les grossesses à moindre risque Stratégie 2 : Mobilisation des leaders religieux, administratifs dans la sensibilisation des femmes en âge de procréer (SSR, VIH, HEPATITES (B, C))
	Produit 1.1.3. Toutes les femmes qui fréquentent les services de CPN sont sensibilisées sur la e-TME sur le dépistage du VIH, SYPHLLIS ET HEPATITES	Stratégie 1 : Promouvoir des avantages de la CPN précoce et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite pour les femmes enceintes, et post partum Stratégie 2 : Renforcement de l'utilisation continue des services PTME/PECP par les FE/FA vivant avec le VIH. Stratégie 3 : Amélioration de la qualité des services offerts dans le cadre de la PTME Stratégie 4 : Renforcement de l'intégration des services SR/VIH/PTME/Hépatite Stratégie 5 : Renforcement de l'accès aux services de de prévention combinée de la FE/FA
	Produit 1.1.4 : Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées pour VIH/SYPL/HEP et reçoivent les résultats en CPN	Stratégie 1 : Renforcement de la collaboration entre les prestataires de santé (publique, privé, associatives, confessionnelles) et autres acteurs communautaires en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH, au cours du 1er trimestre de la grossesse Stratégie 2 : Renforcer les capacités techniques et logistiques des districts sanitaires dans le suivi et encadrement des FOSA en PTME Stratégie 3 : Intensification des stratégies avancées et intégrées en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH/syphilis/Hépatite virale des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse
	Produit 1.1. 5 : Au moins 95% du binôme couples mère-enfant sont maintenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé	Stratégie 1 : Renforcer les capacités techniques et logistiques des districts sanitaires dans le suivi et encadrement des FOSA en PTME Stratégie 2 : Renforcer les interventions des médiateurs de santé qui accompagnent le couple mère-enfant Stratégie 3 : Sensibiliser les femmes pour le suivi régulier des enfants
Pré ven	Produit 1.1.6: Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME et d'une prophylaxie aux ARV, au cotrimoxazole (CTX) et aux hépatites virales	Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de service de dépistage précoce VIH /IST/HV dans les services de santé maternelle et infantile y compris la recherche active des enfants aux autres portes d'entrée, notamment le service de vaccination, la consultation curative des enfants de < 5 ans Stratégie 2 : Renforcement de l'implication des conjoints des FE/FA+ dans le suivi du couple mère-enfant par la mise à échelle des approches innovantes Stratégie 3 : Disponibilité continue et en quantité suffisante des intrants, vaccins et des médicaments indispensables.
	Effet 1.2 : En 2026, 95% d'adolescent(e)s et jeunes 10-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST/ HV, et bénéficient d'une offre de service de prévention adaptée	
	Produit 1.2.1 : 95% de jeunes et adolescent(e)s de 10-24 ans dans les zones prioritaires bénéficient d'un paquet de services prévention combinés et différenciés d'ici 2026	Stratégie 1 : Renforcement de la coordination des intervenants dans la santé des adolescent(e)s et jeunes (secteur de la Jeunesse, santé, secteur de l'éducation, etc.) à tous les niveaux Stratégie 2 : Renforcement de l'engagement communautaire pour les soins de prévention combinés

	et différenciés du VIH, HV, IST chez adolescents et les jeunes (ESC, CCC) Stratégie 3 : Renforcement de la PrEP et intégration de la SSR pour augmenter l'accès des jeunes et des adolescents
Produit 1.2.2 : 95% de jeunes et adolescents présentant (un risque majeur de contracter) une IST/HV/VIH reçu dans les centres de santé dédiés bénéficient d'une prophylaxie et d'une prise en charge appropriée d'ici 2026	Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de services et soins de prévention dédiés aux adolescents et jeunes au niveau des Fosa (youth friendly services) Stratégie 2. Promotion de l'offre des services de SSRD (y inclus le VIH/HV/IST) adaptés aux adolescent(e)s et jeunes dans les établissements et structures socio-éducatives
Produit 1.2.3 : 80% des jeunes et adolescents scolarisés et non scolarisés accèdent à une information de qualité pour se protéger des IST/VIH/HV (life skills 21e siècle) d'ici 2026	Stratégie 1. : Renforcement des capacités des enseignants sur l'éducation sexuelle complète (ESC)/ <i>life skills module</i> Stratégie 2 : Renforcement de la sensibilisation des Ado et jeunes sur la SSRD y inclus le VIH/IST/HV à travers les groupes de solidarités/ou autres groupement de jeunes au niveau communautaire (paire éducation) Stratégie 3 : Renforcement des capacités des parents sur l'éducation sexuelle complète y inclus les IST/VIH/VH des adolescents et jeunes à travers le dialogue parents/enfants
Produit 1.3.2. : 95% des adultes ont un accès facile au préservatif pour se protéger du VIH, IST et HV et l'utilisent régulièrement lors des rapports sexuels occasionnels	Stratégie 1 : Renforcement de l'approche communautaire dans la distribution des préservatifs Stratégie 2 : Mener une étude sur l'utilisation et l'acceptabilité des préservatifs, masculin et féminin Stratégie 2 : Approvisionnement régulier en intrants de préventions y compris les gels lubrifiants.
Produit 1.3.3.: 100% des IST diagnostiquées sont traitées selon l'approche syndromique dans la population en générale.	Stratégie 1 : Renforcement des connaissances des prestataires sur la PEC syndromique des IST/HV et notification des cas Stratégie 2 : Renforcement de l'approche communautaire de prévention et traitement des IST/HV
Effet 1.4 : En 2026, au moins 95% des populations clés (TS, HSH, UD/UDI, et personnes transgenres) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	
Produit 1.4.1 : 95% des TS bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales	Stratégie 1 : Elaboration d'une stratégie nationale de prévention combinée pour les TS, HSH, UD/UDI, PC Stratégie 2 : Adaptation des messages de CCC en direction des TS sur l'utilisation des services de prévention combinée Stratégie 3 : Autonomisation des TS pour la prévention et la réinsertion socio-économique Stratégie 4 : Renforcement de l'approche communautaire d'intervention auprès des TS
Produit 1.4.2 : 95% des HSH bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales (VIH, HV, IST)	Stratégie 1 : Elaboration d'une stratégie nationale de prévention combinée pour les TS, HSH, personnes transgenres UD/UDI Stratégie 2 : Adaptation des messages de CCC en direction des HSH sur l'utilisation des services de prévention combinée Stratégie 3 : Renforcement de l'approche communautaire d'intervention auprès des HSH Stratégie 4 : Renforcement de l'accès aux services de santé sexuelle incluant la PEC des IST
Produit 1.4.3 : 95% des personnes transgenres bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales (VIH, HV, IST)	Stratégie 1 : Elaboration/A actualisation d'une stratégie nationale de prévention combinée pour les TS, HSH, UD/UDI Stratégie 2 : Adaptation des messages de CCC en direction des personnes transgenres sur l'utilisation des services de prévention combinée Stratégie 3 : Renforcement de l'approche communautaire d'intervention auprès des personnes transgenres

		Stratégie 4 : Renforcement de l'accès aux services de santé sexuelle incluant la PEC des IST
	Produit 1.4.3 : 95% des UD et des UDI bénéficient d'un paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins, dans le cadre de la politique de réduction des risques (RdR)	Stratégie 1 : Définir ou réactualiser la stratégie nationale de réduction des risques liés à l'usage de drogue (RdR) Stratégie 2 : Mise en place d'un programme de dépistage et thérapie de substitution aux opiacées (TSO) ainsi que de prise en charge des comorbidités Stratégie 3 : Adaptation des messages de CCC en direction des UD/UDI sur l'utilisation des services de prévention combinée Stratégie 4 : Renforcement de l'approche communautaire d'intervention auprès des UD/UDI
	Produit 1.4.4 : 95% des détenus bénéficient d'un paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins, et au contexte de détention	Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires de santé et acteurs pénitentiaires intervenant en milieu carcéral Stratégie 2 : Renforcement de la qualité des services offerts
	Produit 1.4.5 : 10% des TS et 20% des HSH bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins selon un programme défini	Stratégie 1 : Renforcement des structures communautaires intervenant auprès des populations clés dans l'offre de service PrEP de qualité Stratégie 2 : Suivi/évaluation des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services
Effet 1.5 : En 2026, les approches différenciées de prévention sont développées auprès des femmes et des hommes issus des autres populations vulnérables en associant les acteurs communautaires		
	Produit 1.5.1 : 80% des autres populations vulnérables (personnes en uniforme, miniers, populations déplacées interne, clients des TS, personnes vivantes avec un handicap, les camionneurs miniers ...) bénéficient de services de prévention du VIH et IST adaptés à leurs besoins	Stratégie 1 : Définition du paquet de services de prévention au profit des populations vulnérables selon des approches différenciées Stratégie 2 : Renforcement des capacités des ONG et des associations intervenant auprès des populations vulnérables et des capacités des structures des soins et de la communauté à la recherche les facteurs de vulnérabilité chez ces populations
Effet 1.6 : D'ici 2026, 100% des AES et ALB notifiés et les cas des VSBG déclarés sont PEC et 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatites B et C)		
	Produit 1.6.1 : Les victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris les VBG reçues dans les centres de santé) bénéficient d'une PEC Globale selon les directives nationales.	Stratégie 1 : Actualisation et promotion auprès des prestataires de santé et des communautés du protocole de PEC des AES et autres AELB (y compris les VSBG) Stratégie 2 : Renforcement du soutien aux victimes des VSBG par l'introduction des TIC Stratégie 3 : Définition de la carte d'offre de services AES/VBG sur tout le territoire Stratégie 4 : Renforcement du cadre de collaboration avec les structures assurant la coordination de la PEC des accidents d'exposition aux liquides biologiques au niveau central et décentralisé (encrage institutionnel et cadre de coordination) Stratégie 5 : Renforcement de la déclaration sanitaire (signalement référence et prise en charge) des cas de VBG
	Produit 1.6.2 : 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)	Stratégie 1 : Renforcement de capacités des prestataires impliqués dans les centres de collecte de sang, de traitement et de distribution des produits sanguins sur l'assurance qualité du sang Stratégie 2 : Amélioration du système de rendu des résultats des donneurs de sang pour permettre la prise en charge rapide précoce Stratégie 3 : Rendre disponible les intrants et les équipements de collecte, d'analyse et de traitement du sang Stratégie 4 : Supervisons des structures et des laboratoires impliqués dans la transfusion sur l'assurance qualité du sang

6.2 Domaine du soin du traitement et du soutien

Résultat intégré de l'impact 2 : D'ici 2026, la mortalité liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite respectivement de 60% pour le VIH, de 60% pour la TB, et de 60% pour les hépatites virales

Le Mali s'inscrit dans les stratégies de l'OMS 2022-2030 qui tiennent compte des changements épidémiologiques, technologiques et contextuels de ces dernières années, contribuant à tirer des enseignements relatifs aux diverses infections et maladies et créent des occasions de tirer parti des innovations et des nouvelles connaissances pour une riposte intégrée et efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles. La Mali adhère également à nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) de l'ONUSIDA ainsi que celle du Fonds mondial 2023-2028 : Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable

Pour améliorer la connaissance du statut sérologique, le Plan Stratégique intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026 se focalisera sur la mise en œuvre d'une approche diversifiée de dépistage et de détection de la tuberculose. Cette approche capitalisera sur les approches communautaires déjà initiées pour un meilleur ciblage des populations vulnérables et clés (dépistage communautaire, autotest) tout en renforçant le dépistage initié par les prestataires ou à visée diagnostique par les professionnels de santé du secteur public et privé.

L'intensification de l'implication des acteurs communautaires pour l'augmentation de la demande, de l'offre de services de Traitements (ARV, Traitement et succès thérapeutique pour la TB, ...) et la rétention dans les soins. Cette stratégie passe par la cartographie des intervenants de toutes les organisations de la société civile qui apporteront leur contribution à la mise en œuvre du plan.

L'approche intégrée de prise en charge du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est fondamentale pour fournir des soins coordonnés, axés sur la personne et selon le cycle de vie. Elle permettra réduire les inégalités notées dans la riposte au VIH, à la tuberculose aux hépatites virales et aux IST. Elle permet d'atteindre les populations les plus vulnérables, moins susceptibles de recevoir un ensemble de services intégrés et cohérents, conçus pour répondre à leurs besoins.

La stratégie accorde donc la priorité à l'intégration des services, en veillant tout particulièrement à répondre aux besoins des populations clés et prioritaires respectivement pour toutes les maladies prises en compte dans ce plan. Il s'agit entre autres de privilégier l'introduction rapide et l'élargissement de l'accès au dernier traitement du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST recommandé par l'OMS, optimisé et adapté aux enfants et parvenir au succès thérapeutique et à une suppression durable de la charge virale.

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

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

Résultats produits	Principales stratégies
Résultats d'effet 2.1 : En 2026, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et la mise en œuvre des approches de dépistage différencié	
Produit 2.1.1 : 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, UD et personnes transgenres) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de dépistage communautaire y compris la dispensation d'autotests par les pairs lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les Pop clés (dépistage VIH couplé aux activités de CCC par les PE)</p> <p>Stratégie 2 : Renforcement de l'offre du dépistage des cas index avec la personne VIH+</p>
Produit 2.1.2 : 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des TS, miniers , personnes en uniforme personnes vivant avec handicap, personnes privées de liberté,) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de dépistage communautaire en faveur des populations vulnérables sur site</p> <p>Stratégie 2 : Développement d'une stratégie pour l'abordage des clients des TS (contact interpersonnel par les PE, distribution de préservatifs)</p> <p>Stratégie 3 : Développement d'approches différenciées prenant en compte les spécificités des personnes vivant avec un handicap, personnes en uniforme, miniers</p> <p>Stratégie 4 : Développement et poursuite des programmes spécifiques en direction des prisonniers</p> <p>Stratégie 5 : Développement d'une offre de dépistage multi maladie</p>
Produit 2.1.3 : 95% des enfants de 0 à 9 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec l'implication active avec des réseaux des PVVIH+ et des acteurs communautaires	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de dépistage en approche famille/ index-testing</p> <p>Stratégie 2 : Renforcement de l'offre de dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques (intégration du dépistage précoce au calendrier de vaccination, centre de réhabilitation nutritionnelle/ consultations curatives, hospitalisations, tuberculose pédiatrique)</p> <p>Stratégie 3 : Renforcement de l'offre de dépistage chez les enfants exposés en utilisant les Point of care (optimisation du Genexpert)</p>
Produit 2.1.4 : 95% des adolescents et jeunes (10-24 ans) vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec l'implication active du réseau PVVIH et des acteurs communautaires	<p>Stratégie 1 : Développement d'approches innovantes dans le dépistage ciblant les adolescents (es) et jeunes vulnérables (autotest, intégration du dépistage dans les services qui accueillent des jeunes)</p> <p>Stratégie 2 : Assurer une offre de dépistage dans les lieux de regroupement des jeunes en tenant compte de la réglementation du Mali</p>
Produit 2.1.5 : 95% des PVVIH adultes de la population générale sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec l'implication active des acteurs communautaires	<p>Stratégie 1 : Diversification de l'offre de dépistage du VIH pour augmenter la demande du dépistage à travers des approches innovantes (autotest, Index-testing)</p> <p>Stratégie 2 : Implication des hommes pour favoriser la demande du dépistage du VIH</p>

Approche différenciée et intégrée VIH, tuberculose, hépatite virales

	<p>chez les hommes qui sont en merge du système de santé</p> <p>Stratégie 3 : Stratégie 5 : Développement d'une offre de dépistage multi maladie</p>
<p>Résultats d'effet 2.2 : En 2026, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires</p>	
<p>Produit 2.2.1 : 100% des PVVIH nouvellement dépistés sont liées au traitement ARV adapté, avec l'appui des acteurs communautaires</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires sur les directives nationales de dépistage et de PEC du VIH</p> <p>Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les FOSA et le secteur communautaire</p> <p>Stratégie 3 : Disponibilisation des intrants VIH/IST/HV pour la prévention et le traitement d'ici 2026</p>
<p>Produit 2.2.2 : 95% des PVVIH adultes, jeunes et adolescents bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales de PEC</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement et mise à l'échelle de l'offre des soins différenciés avec implication communautaire.</p> <p>Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les FOSA et la communauté dans la recherche active et relance des PVVIH ayant interrompu le traitement.</p> <p>Stratégie 3 : Renforcer les capacités des jeunes et Adolescents dans la gestion de la séropositivité et à l'adhérence/rétention au traitement dans les sites à grande fil active et autour des Districts</p>
<p>Produit 2.2.3 : 95% des enfants (0 à 14ans) vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'intégration de la PEC pédiatrique dans toutes les structures de PEC VIH</p> <p>Stratégie 2 : Promotion et extension de l'offre de soins différenciés aux enfants de plus de 2ans dans les FOSA.</p> <p>Stratégie 3 : Optimisation du traitement ARV chez les enfants (mise à échelle des schémas contenant le DTG,</p>
<p>Produit 2.2.4 : 100% des PVVIH sous traitement ARV bénéficient d'un suivi clinique et biologique centré sur la personne</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement du suivi clinique et biologique dans le cadre de la prise en charge des PVVIH et des hépatites virales</p>
<p>Produit 2.2.5 : En 2026, 95% des PVVIH (enfants, jeunes et adolescent, adultes) sont maintenues dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) à travers des approches différenciées avec la contribution des acteurs communautaires.</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec la participation des acteurs communautaires tant en milieu clinique que communautaire</p> <p>Stratégie 2 : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, mental, éducation nutritionnelle, éducation thérapeutique, socio-professionnel, autonomisation, etc.)</p> <p>Stratégie 3 : Appui nutritionnel aux PVVIH démunies avec malnutrition aiguë</p>
<p>Résultats d'effet 2.3 : En 2026, 95% des PVVIH traités ont une CV supprimée selon les directives nationales à travers des approches différenciées avec la contribution active des acteurs communautaires</p>	

<p>Produit 2.3.1 : 90 % des PVVIH traités par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la mesure de la charge virale VIH, selon les directives nationales</p>	<p>Stratégie 1 : Optimisation des équipements existants pour l'offre de la mesure de la charge virale VIH aux PVVIH sous TARV (utilisation des GeneXpert)</p> <p>Stratégie 2 : Amélioration de la demande de la CV et du diagnostic précoce de l'enfant exposé</p> <p>Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires et des laborantins sur le suivi virologique des patients sous traitement ARV et des enfants exposés au VIH</p> <p>Stratégie 4 : Renforcement des capacités des cadres du niveau centrale sur l'amélioration du suivi virologique des PVVIH</p> <p>Stratégie 5 : Optimisation des approches intégrées pour le transport des échantillons et le rendu rapide des résultats sous la responsabilité des districts en collaboration avec les FOSA</p> <p>Stratégie 6 : Renforcement de l'assurance qualité des services et des données de CV/EID</p>
<p>Résultat Effet 2 .4 : 100% des PVVIH ayant une coinfection TB / VIH et IO sont traités selon les directives nationales, d'ici 2026</p>	
<p>Produit 2.4.1 : 100% des PVVIH suivies bénéficient du screening, diagnostic précoce, du traitement préventif ou curatif précoce de la tuberculose selon les directives</p>	<p>Stratégie1 : Renforcement des mécanismes de collaboration et de gestion des maladies au sein de la cellule de coordination</p> <p>Stratégie 2 : Renforcement de la recherche active, de la prévention et de la prise en charge de la TB dans les FOSA</p> <p>Stratégie 3 : Adoption de nouvelles molécules de TPT</p>
<p>Produit 2.4.2 : 100% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales</p>	<p>Stratégie 1 : Optimisation du diagnostic, de la prévention et de la prise en charge des IO</p> <p>Stratégie 2 : Développement des orientations sur la prise en charge du Sida au stade avancé</p>
<p>Résultats d'effet 2.5 : En 2026, 70 % des personnes présentant des Hépatites Virales B et C bénéficient d'une PEC selon les directives nationales</p>	
<p>Produit 2.5.1 : 60 % des personnes atteintes d'hépatites virales B et C sont diagnostiquées</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de la communication, mobilisation communautaire sur la problématique des hépatites virales</p> <p>Stratégie 2 : Intégration/Renforcement du diagnostic des hépatites Virales à tous les niveaux.</p> <p>Stratégie 3 : Rendre disponible les équipements et intrants de dépistage VIH, hépatites virales et syphilis</p>
<p>Produit 2.5.2 : 60 % des personnes diagnostiquées positives aux hépatites virales B et C et éligibles au traitement sont traitées</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'accès aux soins des personnes diagnostiques positives des hépatites virales B et C</p> <p>Stratégie 2 : Négociation des coûts des Antiviraux à Action Directe génériques pour les rendre plus accessibles aux patients</p> <p>Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires au niveau périphérique dans la perspective de la décentralisation de la</p>

	Prise en charge et de la délégation des tâches
Résultat d'effet 2.6 : D'ici 2026, au moins 90% des cas de TB notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès.	
<p>Produit 2.6.1 : 90% des cas de TB notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès.</p> <p>Produit 2.6.2 : 100% des cas de TB toutes formes sont mises sous traitement</p> <p>Produit 2.6.3 : 100% des patients TB sensibles sont correctement suivis (effets secondaires, soutien psychosocial et nutritionnel)</p> <p>Produit 2.6.3 : 30% des patients atteints de tuberculose pharmaco-sensible ont bénéficié d'au moins un soutien au traitement</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de l'accès aux soins des personnes notifiées TB</p> <p>Stratégie 2 : Suppression des couts catastrophiques liés à la TB</p>
Résultat d'effet 2.7 : D'ici 2025, au moins 85% des cas de TB-MR sont traités avec succès.	
<p>Produit 2.7.1 : 100% des cas de TB pharmaco résistante diagnostiqués ont commencé le traitement de deuxième intention</p> <p>Produit 2.7.2 : 100% des cas confirmés de TB résistante à la rifampicine/multirésistante ont reçu un test de résistance aux médicaments</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires pour le suivi des cas de TB en communauté</p>
Résultats d'effet 2.8 : En 2026, 100 % des personnes séropositives au VIH présentant des IST sont prises en charge correctement selon les directives nationales	
<p>Produit 2.8.1 : 100 % des personnes séropositives atteintes d'IST sont diagnostiquées et traitées selon les directives en vigueur</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires/pairs éducateurs sur les IST</p> <p>Stratégie 2 : Rendre disponible les médicaments et équipements pour le traitement des IST à tous les niveaux</p>
Résultats d'effet 2.9 : En 2026, 100 % des femmes / filles séropositives au VIH bénéficient d'une PEC de l'infection à HPV selon les directives nationales	
<p>Produit 2.9.1 : 100 % des femmes/filles PVVIH de plus de 25 ans suivis sont dépistées pour le cancer du col</p>	<p>Stratégie 1 : Renforcement de la communication mobilisation communautaire sur la problématique du cancer du col chez les PVVIH.</p> <p>Stratégie 2 : intégration/Renforcement du diagnostic des lésions précancéreuses chez les PVVIH au niveau des sites de PEC.</p> <p>Stratégie 3 : Mise à échelle de la vaccination contre le HPV chez les filles de de moins de 15 ans selon les directives nationales</p>
<p>Produit 2.10.2 : 100 % des femmes PVVIH présentant des lésions pré cancéreuses du col utérin sont traités selon les directives nationales</p>	<p>Stratégie 1 : Promouvoir l'offre de service auprès des femmes</p> <p>Stratégie 2 : Acquérir les produits de santé pour la prise en charge des lésions cancéreuses du col utérin</p>

6.3 Les aspects transversaux

Les aspects transversaux portent d'une part sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH mais aussi à l'égard des populations clés constituent d'importantes barrières à la réalisation des

droits à la santé. D'autre part, la réussite de ce plan intégré est liée aux pratiques de bonne gouvernance.

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

Ce résultat Plan Stratégique national intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali pour la période 2021-2026, il s'inscrit dans la mise en œuvre d'un environnement favorable pour lever les obstacles structurels à l'accès à la prévention et aux soins qui ont engendrés des difficultés aux personnes vivant avec la maladie.

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

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

Les autorités nationales au côté des organisations de la société civile et des acteurs communautaires, vont dans le cadre du PSNI déployer d'importants efforts pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/TB/HV et IST. Le respect et la protection des droits humains constituent un principe intangible pour lever les obstacles à l'accès aux services essentiels pour les populations et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables. Il s'agit de développer un plaidoyer et des partenariats pour un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH et des autres populations vulnérables aux maladies surtout en milieu de soins. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et personnes atteintes de tuberculose ou d'hépatite virale issues des populations clés de bénéficier d'un soutien juridique et des moyens de recours dans le cadre du respect de leurs droits humains.

Les efforts pour intégrer l'approche genre dans les politiques nationales et lutter contre les violences basées sur le genre vont réduire de fardeau des maladies parmi les femmes, les jeunes-filles, les adolescentes à travers des programmes adaptés de prévention et de prise en charge du VIH, tuberculose, hépatites virales et les IST.

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

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

Résultats produits	Principales stratégies
Résultat d'effet 3.1 : En 2026 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	
Produit 3.1.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés sont réduites d'au moins 50% dans les structures de santé y compris les pharmacies avec la contribution du réseau PVVIH et les autres acteurs communautaires en se référant aux indicateurs de ONUSIDA moins de 10% de personne déclarent des incidents liés à la discrimination	Stratégie 1 : Renforcement des capacités des organisations de PVVIH sur les droits humains en lien avec le VIH/HV/IST et la TB Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires de santé en poste sur les droits humains en lien avec le VIH/HV/IST et la TB Stratégie 3 : Renforcement du suivi communautaire sur la qualité et l'offre de service à l'endroit des PVVIH et des populations clés à travers le mécanisme national de surveillance communautaire sur la santé
Produit 3.1.2 : Les parlementaires, les leaders d'opinion et les juristes contribuent à l'amélioration d'un environnement favorable à l'accès régulier des populations clés touchées par les maladies ciblées	Stratégie 1 : Plaidoyer auprès des parlementaires pour la mise en place d'un environnement juridique favorable à l'accès des populations clés et vulnérables aux services de prévention et de prise en charge VIH/TB/HV respectant les droits humains. Stratégie 2 : Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des professionnels de santé, des juristes, des forces de sécurité à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH/TB/HV
Produit 3.1.3 : 100% des PVVIH et populations clés bénéficient d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains	Stratégie 1 : Renforcement de la sensibilisation des populations clés et des PVVIH sur les réponses juridiques et judiciaires Stratégie 2 : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein du réseau + Stratégie 3 : Renforcement de l'assistance Juridique et judiciaire aux PVVIH et aux populations clés
Résultat d'effet 3.2 : En 2026, l'environnement légal et administratif favorise la protection des populations affectées et exposées au VIH/TB/HV et l'accès à la justice en cas de violation de leur droit.	
Produits 3.2.1. Les leaders d'opinion, les autorités administratives et les juristes améliorent leurs connaissances sur les droits humains	Stratégie 1 Formations en vue d'accroître la connaissance sur les droits humains Stratégie 2 : Renforcement des compétences des connaissances des leaders d'opinion et des autorités sur les droits des personnes touchées par les maladies
Produit 3.2.2. L'établissement de mécanismes de réponses aux crises afin de lutter contre les abus, notamment les violences fondées sur le genre	Stratégie 1 Mise en place des mécanismes de réponse en cas de violation de droit
Effet 3.3. La discrimination fondée sur le genre, et la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH/TB/HV, sont réduites	
Produit 3.3.1 : 100% des programmes de prévention et prise en charge du VIH intègrent les principes de l'équité et d'égalité entre les hommes et les femmes	Stratégie 1 : Renforcement de l'intégration des services dédiés aux femmes et aux jeunes filles dans les programmes de prévention et de prise en charge Stratégie 2 : Plaidoyer pour la prise en compte du VIH/HV/IST dans les politiques nationales sur le genre
Produit 3.3.2 : 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance juridique et judiciaire en concertation avec les acteurs communautaires et les associations de protection des droits de la femme.	Stratégie 1 : Renforcement de l'accès à l'information des femmes et des jeunes filles sur les textes et moyens de recours en matière de VBG Stratégie 2 : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein des ONG spécifiques au VIH/HV/IST Stratégie 3 : Renforcement des capacités de plateformes multisectorielles de lutte contre les VBG en lien avec le VIH/HV/IST

	Stratégie 4 : intégration des services juridiques liés au VIH/IST/HV aux services gouvernementaux d'aide juridique
Effet 3.4. L'autonomisation des PVVIH et des populations clés et vulnérables éligibles est assurée pour une auto prise en charge psychosociale et socioéconomique	
Produits 3.4.1. 50% des PVVIH vulnérables ont accès aux moyens de production à travers des initiatives d'accès aux crédits et à la formation socioprofessionnelle	Stratégie 1 : Renforcement des compétences professionnelles et gestion des AGR en faveur des PVVIH démunies et sans moyens de substance Stratégie 2 : Promotion de l'accès aux ressources pour le démarrage des AGR Métiers aux PVVIH éligibles en fonction des compétences et des métiers appris
Produits 3.4.2. 50 % des Populations clés et vulnérables bénéficient des appuis pour leur autonomisation économiques et de protection sociale	Stratégie 1 : Renforcement des activités de changement de comportement à travers l'acquisition des compétences et des moyens de production en faveur des pop clés en vulnérables Stratégie 2 : Promotion de l'accès aux ressources pour le démarrage des AGR /Métiers aux PVVIH éligibles en fonction des compétences et des métiers appris Stratégie 3 : Accès aux dispositifs nationaux de protection sociale
Résultat d'effet 3.5. Le leadership, la coordination et le suivi des activités de droits humains sont renforcés à travers la contribution communautaire	
Produits 3.5.1 : 100% des établissements de soins de santé collaborent avec les organisations communautaires et renforcent la promotion des droits humains	Stratégie 1 : La facilitation de la collaboration entre les établissements de soins de santé et les organisations communautaires
Produits 3.5.2 : 100% des établissements de soins de santé sont suivis dans le cadre de la mise en œuvre des activités de droits humains	Stratégie 1 : L'élaboration de politiques institutionnelles et de mécanismes de responsabilité dans les établissements de santé.

Résultat transversal et intégré d'impact 4 : La gouvernance de la riposte nationale aux VIH, TB et hépatites virales est intégrée, efficiente et performante d'ici 2026

Ce résultat, constitue un axe transversal primordial du Plan Stratégique intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et les hépatites virales du Mali 2021-2026 qui permettra de mettre en synergie les différentes dimensions de la riposte et par-delà, d'assurer la réalisation des résultats d'impact 1, 2 et 3. En effet, l'accélération des programmes de prévention, de traitement et de lutte contre la discrimination dans le cadre du PSNI, implique la concertation et la coordination d'un ensemble d'acteurs institutionnels, associatifs, du secteur privé et des collectivités territoriales, ce qui nécessite un haut niveau de coordination nationale et locale, de partenariat et de suivi-évaluation.

Un élément central concerne le renforcement du partenariat avec le système communautaire et l'implication accrue du secteur associatif pour une contribution efficace aux résultats nationaux. Des efforts importants doivent être déployés pour renforcer la gouvernance de la réponse au VIH, aux IST et aux hépatites virales et à la tuberculose pour assurer une efficience, une redevabilité et la durabilité. Le renforcement du leadership et de la coordination de la réponse aux niveaux central et décentralisé notamment avec la DGS et les DRS qui ont la charge de la mise en œuvre des interventions du secteur de la santé dans une vision de multisectorialité. La coordination avec le secteur communautaire est également indispensable car l'engagement communautaire, apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, le renouvellement du cadre de partenariat avec le secteur public et les collectivités territoriales etc.

Des efforts seront déployés pour augmenter progressivement la part des ressources domestiques dans le financement du PSN Intégré (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé, ainsi que la CMU) et pour que toutes les ressources mobilisées (y compris les ressources extérieures) couvrent l'ensemble des besoins du PSN Intégré. Les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH, les IST et les hépatites virales et son utilisation pour la prise de décision. Enfin, la chaîne d'approvisionnement sera renforcée pour disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du présent plan dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

Résultats produit	Principales stratégies
Résultat d'effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la riposte nationale au VIH/sida/ IST /HV sont assurés efficacement au niveau central sous la direction La CSLS-TBH en coordination avec les DGS, les DRS et les entités communautaires	
Produit 4.1.1 : La coordination multisectorielle de la riposte nationale au VIH/IST/HV à tous les niveaux est renforcée	Stratégie 1 : Renforcement du cadre de coordination multisectorielle entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire Stratégie 2 : Renforcement des capacités des organes de gestion de la réponse nationale au VIH et autres maladie ciblées dans ce PSNI Stratégie 3 : Mobilisation des secteurs ministériels stratégiques pour une implication efficace et conforme au mandat de chacun Stratégie 4 : Renforcement de la coordination avec les entités communautaires impliquées dans la mise en œuvre
Produit 4.1.2 : Le leadership de la riposte nationale est renforcé et adapté aux orientations du système de santé	Stratégie 1 : Concertation entre toutes les parties prenantes pour un leadership partagé Stratégie 2 : Mise en place des outils normatifs en harmonie avec les orientations de la réforme du système de santé
Résultat d'effet 4.2 : Les organisations de la société civile apportent une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse communautaire aux épidémies de VIH/IST/HV	
Produit 4.2.1 : Le mécanisme de surveillance communautaire de la réponse au VIH/sida et autres maladies (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel	Stratégie 1 : Mise en place de l'observatoire communautaire de l'accès au traitement
Produit 4.2.2 : La coordination et la gouvernance du système communautaire sont renforcées	Stratégie 1 : Renforcement de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/sida/IST/HV Stratégie 2 : Renforcement des capacités organisationnelles et managériales des réseaux de PVVIH et autres organisations de la société civile impliquées dans la riposte aux maladies y compris les organisations de populations clés
Produit 4.2.3 : Le cadre de partenariat entre les OSC et les institutions publiques est mis en place	Stratégie 1 : Renforcement du lien entre les structures communautaires et structures de santé Stratégie 2 : Mise en place d'un mécanisme de partenariat entre les OSC et les institutions publiques
Résultat d'effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources nationales (Etat, Collectivités Territoriales et Secteur Privé) et internationales couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2026	
Produit 4.3.1 : La contribution de l'Etat et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre les maladies ciblées s'accroît d'au moins 5% par an	Stratégie 1 : Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales à la réponse au VIH/sida, à la TB et aux hépatites virales
Produit 4.3.2 : La contribution des partenaires du Développement au financement de la lutte	Stratégie1 : Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution des partenaires bilatéraux et multilatéraux

contre les maladies ciblées par le PSN, est assurée d'ici 2026	
Produit 4.3.3 : D'ici 2026, les dépenses de santé liées au dépistage et à la prise en charge du VIH/IST/HV sont intégrées dans le panier de soins	Stratégie 2 : Renforcement des mécanismes de protection sociale des PVVIH et autres populations vulnérables concernées par les maladies ciblées par le PSNI
Résultat d'effet 4.4 : D'ici 2026, la chaîne d'approvisionnement est renforcée à tous les niveaux et permet de rendre disponible tous les intrants biomédicaux de qualité	
Produit 4.4.1 : D'ici 2026, le financement des produits de santé nécessaires à la réponse au VIH/ISTT/B/HV est optimisé	Stratégie 1 : Optimisation des financements pour l'achat des produits de santé du programme VIH/IST/HV /TB d'ici 2026
Produit 4.4.2 : D'ici 2026, 100% des médicaments et produits de santé sont disponibles à tous les niveaux	Stratégie 1 : Planification des besoins et commandes des produits de santé des programmes Stratégie 2 : Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnements au niveau central et déconcentré Stratégie 3 : Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux Stratégie 4 : Renforcement de la réglementation pour le bon usage et la disponibilité des médicaments (rendre disponibles les produits subventionnés aussi bien dans le secteur public que privé)
Produit 4.4.3. : 100% des produits de santé et médicaments respectent les normes de qualité	Stratégie 1 : Mise en place d'un dispositif de contrôle de qualité de médicaments et de réactifs au niveau du LNCQM
Produit 4.4.4 : D'ici 2026, 100% des structures de santé ne connaissent pas de rupture de stock des produits traceurs	Stratégie 1 : Renforcement des capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, des HV /TB et des IST dans les délais et en bonne quantité au niveau national et décentralisé
Résultat d'effet 4.5 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida, les IST et les HV la TB est régulièrement produite par un bon système de suivi-évaluation et utilisée pour la prise de décision	
Produit 4.5.1 : Le Système de suivi et d'évaluation est renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux	Stratégie 1 : Redynamisation du cadre organisationnel et de coordination du suivi évaluation Stratégie 2 : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE (qualité et quantité) Stratégie 3 : Disponibilité permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques)
Produit 4.5.2 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST/HV/TB est analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision	Stratégie 1 : Renforcement la surveillance épidémiologique du VIH/sida et IST/HV à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Stratégie 2 : Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST/HV (Actualisation des études bio-comportementales sur les populations clés, cartographies et estimations de la taille des populations clés) Stratégie 3 : Mise en place d'un système de surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV selon les recommandations de l'OMS Stratégie 4 : Renforcement de la rétro-information et du cadre de diffusion de l'information stratégique Stratégie 5 : Renforcement du système de rapportage/diffusion des données sur le VIH/sida et les IST/HB

6. 4 Vision opérationnelle des concepts

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

La CSLS-TBH est une direction de niveau national intégrée au Ministère de la Santé et du Développement (MSDS). Pour mener à bien sa mission, la Cellule collabore avec plusieurs acteurs au nombre desquels figurent les services du MSDS, les Partenaires techniques et financiers (PTF) et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) de la société civile, les principales organisations du Système des Nations Unies en particulier l'ONUSIDA et ses co-sponsors, ainsi que la communauté scientifique nationale et internationale.

Par ailleurs, la CSLS-TBH a établi des partenariats avec les organisations socio-professionnelles et les organisations du secteur privé. Les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la CSLS-TBH.

Parmi les plus importantes tâches de coordination il y a celle avec le DGS et les DRS car elles ont la charge de mettre en œuvre les programmes de santé au niveau des régions et des districts sanitaires

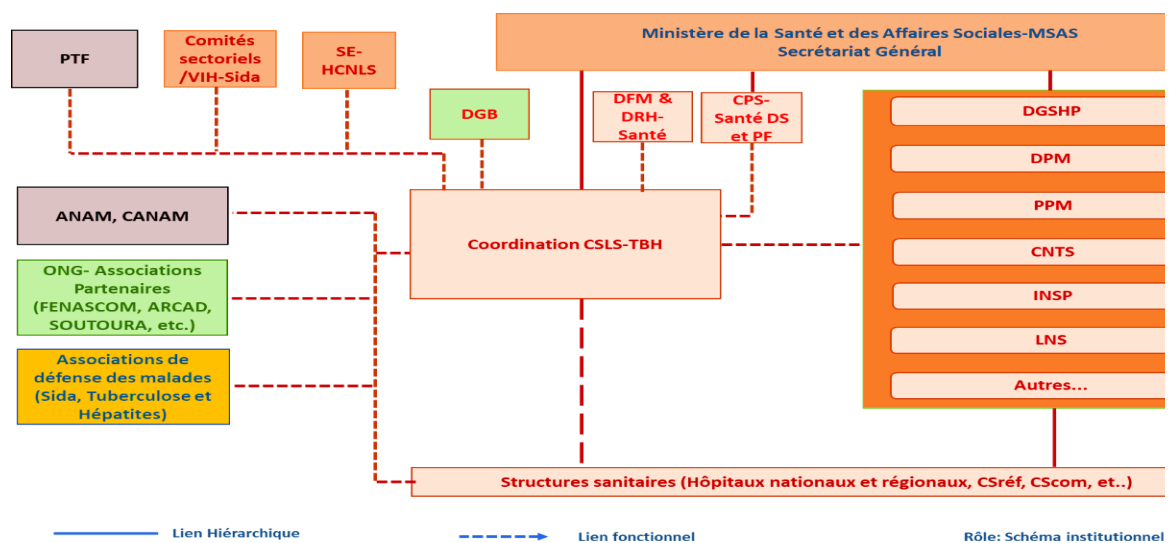


Figure 4 : Mise en œuvre du PSNI 2021-2025

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

- Les interrelations VIH et Tuberculose font partie de la riposte depuis de nombreuses années. En effet, l'objectif visé par cette intégration est de dispenser des services de qualité complets accessibles répondant aux besoins des patients atteints de TB, aux personnes vivant avec le VIH ou qui présentent une hépatite ainsi que leurs familles. Elle permet également d'atteindre les groupes sous-desservis et marginalisés afin de leur garantir un accès universel aux services essentiels en fonction de leurs besoins spécifiques et aux avantages découlant de ces services.

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

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

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

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

6.7 Partenaires communautaires

- **RENAPOC** (Réseau National des Populations Clés) qui regroupe l'ensemble des organisations identitaires du Mali. Il siège au CCM et participe à des réunions des instances de décision
- **RMAP+** (Réseau Malien des Associations des PVVIH) regroupe l'ensemble des associations des PVVIH. Il compte 62 associations membres réparties sur toute l'étendue du territoire.
- **ARCAD Santé PLUS** (Association pour la Résilience des Communautés vers l'Accès au Développement à la Santé PLUS) : elle compte parmi les organisations les plus

anciennes (créée en 1994). Elle est membre de la Coalition PLUS créée en 2008 et anime la plateforme Afrique de l'ouest (PFAO). ARCAD Santé PLUS est également membre de l'Alliance Globale de Communauté pour la Santé et les Droits (AGCS PLUS).

- **AKS Sikasso** (Association Kéné Dougou solidarité de Sikasso) : structure communautaire de prévention et de prise en charge de l'infection au VIH dans la région de Sikasso.
- **ONG WALE Ségou** : structure communautaire de lutte contre le VIH et la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région de Ségou.
- **AMPROD SAHEL** : ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH
- **ONG SOUTOURA** : ONG et SR dans la mise en œuvre des activités de prévention du VIH auprès des HSH, TS et leurs clients et les miniers.
- **DANAYASO** : Association nationale créée en 1996 pour l'appui à l'amélioration des conditions de vie des TS, leurs enfants, et leurs partenaires dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti et le District de Bamako
- **CAMM** (Comités antituberculeux de lutte contre les maladies respiratoires du Mali) : leur création remonte à bien avant la mise en place du PNLT et ont pratiquement débuté la lutte contre la TB au Mali. Le programme dispose actuellement d'un guide communautaire et d'un module de formation sur la TB pour les ASC.
- **AMDH** (Association Malienne de la Défense des Droits Humains) intervient dans la défense des droits des populations vulnérables.
- **Associations internationale et humanitaires** : ENDA Mali, Amnesty International Mali, VIH/MINUSMA, Association Malienne pour la Promotion de la Planification Familiale (AMPPF), Plan International Mali, USAID, FHI 360 Linkages, Association Santé Sud, WILDAF.

Financement du PSNI 2021-2026 ACOMPLETER

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

Budget par Programme en Euro	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total sur 5 ans	%
------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-----------------	---

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

Annexe 1: Cadre de performance PSNI 2021-2026

1. Indicateurs d'impact

Code	Indicateurs	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
VIH/Sida											
1	Prévalence du VIH	0,90	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	0,93	0,9	0,87	0,84	0,81	0,78
2	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1,000 habitants	0,28	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	0,29	0,28	0,26	0,23	0,22	0,21
3	Pourcentage de Travailleurs du Sexe (TS) vivant avec le VIH	8,7%	2019	Etude bio comportementale IST/VIH et tuberculose chez les femmes travailleuses de sexe et les routiers au Mali 2017-2019	Tous les 3 ans	-	-	-	-	8,70%	-
4	Pourcentage d'Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) vivant avec le VIH	12,60%	2019	Cartographie et estimation de la taille des TS et des HSH couplées à l'IBBS	Tous les 3 ans	-	-	-	-	12,60%	-
5	Pourcentage d'Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) vivant avec le VIH	5,10%	2019	Estimation scientifique de la taille et cartographie des UDI en relation avec l'infection par le VIH au Mali	Tous les 3 ans	-	-	-	-	5,01%	-
6	Pourcentage de Transgenres vivant avec le VIH	11,67%	2019	Rapport analyse de la situation des personnes transgenres au Mali en relation avec l'infection à VIH et le Sida Avril_2019	Tous les 2 ans	11,71%	-	11,71%	-	11,50%	-

Code	Indicateurs	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
7	Nombre de décès liés au sida pour 100,000 habitants	21,88	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	23,2	21,88	19,94	19,47	18,41	17,48
8	Mortalité liée au sida pour 100,000 habitants chez les enfants de 0-14 ans	11,4	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	-	11,4	10,0	8,6	7,1	5,7
9	Taux de transmission mère-enfant du VIH incluant la période d'allaitement	32,01	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	30,85	31,87	27,63	23,44	19,21	15,00
TUBERCULOSE											
1	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	50	2021	Global TB Report, WHO	Annuel	50	49	48	47	46	45
2	Taux de mortalité de la tuberculose dans la population générale (pour 100 000 habitants)	7,5	2021	Global TB Report, WHO	Annuel	7,5	6,93	6,37	5,8	5,3	4,6
HEPATITES											
1	Nombre de nouvelles infections par le VHB pour 1 000 habitants	ND	2019	Report sur l'incidence des hépatites virales	Tous les 2 ans	0,3	-	0,4	-	0,5	
2	Nombre de nouvelles infections par le VHC pour 1 000 habitants	ND	2019	Report sur l'incidence des hépatites virales	Tous les 2 ans	0,3	-	0,4	-	0,5	
3	Nombre et pourcentage d'adultes vivant ou ayant vécu avec l'hépatite B (statut sérologique AgHBs)	8,50%	2019	Rapport Global HV OMS	Annuelle	8,30%	7,00%	6,00%	5,00%	4,30%	3,30%

Code	Indicateurs	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
4	Nombre et pourcentage d'adultes et d'enfants vivant ou ayant vécu avec l'hépatite C (statut sérologique Ac anti-HBc)	3,10%	2019	Rapport Global HV OMS	Annuelle	3,00%	2,50%	2,20%	2,00%	1,50%	1,00%
5	Nombre et pourcentage d'enfants < 5 ans vivant ou ayant vécu avec l'hépatite B	4,90%	2015	Rapport Global HV OMS	Annuelle	4,80%	4,50%	4,00%	3,00%	2,40%	2,00%
6	Décès dus à des carcinomes hépatocellulaires (HCC), à des cirrhoses et à des maladies hépatiques chroniques imputables à l'hépatite B et à l'hépatite C.	ND	2018	Global HV Report, WHO	Annuelle	7,2	7,1	7	6,8	6,7	6,5%

2. Indicateurs d'effets

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
VIH/Sida											
1	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	74,68%	2019	Rapport IBBS 2019 chez le PS et routiers	Tous les 3 ans	-	-	-	-	90,00%	
2	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel	75,86%	2019	Cartographie et estimation de la taille des PS et HSH 2019	Tous les 3 ans	-	-	-	-	90,00%	
3	Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui indiquent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	76,88%	2019	Estimation scientifique de la taille des UDI au Mali	Tous les 3 ans	-	-	-	-	86,10%	
4	Pourcentage de personnes transgenres qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire occasionnel masculin	60,54%	2019	Analyse de la situation des personnes transgenres au Mali	Tous les 3 ans	-	84,90%	-	-	95,00%	
5	Pourcentage d'adolescent(e)s et jeunes les plus vulnérables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	F 1,7%; H 36,2%	2019	EDS VI Mali	Tous les 3 ans	-	-	F30%; H 50%	-	-	

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
6	Pourcentage de miniers qui indique avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	2019	IBBS population des miniers	Tous les 3 ans	-	ND	-	-	ND	
7	Pourcentage de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Tous les 3 ans	4,99%	9,99%	15,00%	19,99%	25,00%	
8	Pourcentage de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	4,99%	9,99%	15,00%	19,99%	25,00%	
9	Pourcentage de personnes porteurs d'handicap qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	21,79%	2019	Etude biocomportementale sur les vulnérabilités des personnes handicapées face au VIH	Annuelle	-	58,40%	-	-	95,00%	
10	Pourcentage de porteurs d'uniformes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	2019	Rapport IBBS 2019	Tous les 2 ans	82,30%	-	88,60%	-	95,00%	

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
11	Pourcentage de routiers qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	43,91%	2019	Rapport IBBS 2019 chez le PS et routiers	Tous les 2 ans	-	69,40 %	-	-	95,00%	
12	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou sont en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	7,08%	2018	EDSMVI Mali	Tous les 5 ans	-	-	5,00%	-	-	
13	Pourcentage de femmes enceintes attendues qui connaissent leur statut sérologique	36,0%	2022	DHIS2, RGPH 2009 projeté	Annuelle	-	36%	49,50 %	63,00%	76,50%	90,0%
14	Pourcentage de femmes enceintes attendues qui bénéficient du dépistage du VIH et connaissent leur résultat	50,2%	2022	DHIS2, RGPH 2009 projeté	Annuelle	-	50,2%	55,7%	61,3%	67,0%	72,6%
15	Pourcentage de femmes enceintes vues en CPN qui ont été dépistées pour la syphilis	21,4%	2022	DHIS2	Annuelle	-	21,4%	39,5%	58,0%	76,5%	95,0%
16	Pourcentage de femmes dépistées positives à la syphilis et qui bénéficient des soins	ND	ND	DHIS2	Annuelle	-	90%	90%	90%	90%	90%
17	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées au VIH et	9,0%	2018	EDSMVI Mali	Tous les 5 ans	-	-	-	-	-	25,0%

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
	qui connaissent leur résultat										
18	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées au VIH et qui connaissent leur résultat	9,0%	2018	EDSMVI Mali	Tous les 5 ans	-	-	-	-	-	25,0%
19	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant bénéficié du paquet minimum de prévention, dépistées pour le VIH et qui connaissent leur résultat	ND	-	DHIS2	Annuelle	-	-				95,0%
20	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent les moyens modernes de planification familiale			EDSMVI Mali	Tous les 5 ans	-	-	-	-	-	50,0%
21	Taux d'utilisation des services PF chez les femmes en âge de procréer	13,0%	2022	Annuaire SLIS 2022(version provisoire)	Annuelle	-	13,0	22,25	31,50	40,75	50,0%
22	Pourcentage de personnes sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	50,27%	2022	RA_CSLS-TBH/Spectrum 2023	Annuelle	-	50,36%	56,05%	62%	71%	83%

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
23	Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	58,30%	2022	Spectrum 2023	Annuelle	55,00%	58,30%	67,47%	76,65%	85,83%	95%
24	Pourcentage de PS connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	3,52%	2019	Données de routine et cartographie	Annuelle	36,33%	51,00%	65,67%	80,33%	95,00%	95%
25	Pourcentage d'UDI connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	ND	2019	Compilation données de routine des structures d'encadrement	Annuelle	5,00%	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
26	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et sous TARV qui ont un résultat de test de charge virale	40,32%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuelle		40,32%	66,50%	75,00%	85,00%	95%
27	Pourcentage de suppression virale parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	40,3%	2022	Spectrum 2023	Annuelle	38,00%	40,3%	53,98%	67,65%	81,00%	95%
28	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale indétectable	80,23%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuelle		80,23%	83,92%	87,61%	91,31%	95%
TUBERCULOSE											

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
1	Nombre de cas de TB toutes formes notifiés (nouveaux cas et rechutes)	7897	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	7 285	7 897	8 292	8 706	9 185	9690
2	Proportion de cas déclarés de tuberculose (toutes formes confondues) chez les enfants	4%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	4%	4%	5%	6%	8%	10%
3	% des cas de tuberculose toutes formes (nouveaux cas + rechutes) sont mis sous traitement	100%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Taux de succès thérapeutique nouveaux cas de tuberculose toutes formes (nouveaux cas + rechutes)	82,28%	2021	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	82,00%	82,28 %	83,00 %	84,00%	88,01%	90,01%
5	Taux de succès thérapeutique dans la cohorte TB VIH	96,96%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	83%	96,96 %	97,72 %	98,48%	99,24%	100%
6	Pourcentage de patients tuberculeux (nouveaux cas et récurrences) séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral pendant leur traitement antituberculeux	97%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel	95%	97%	97%	97%	97%	98%
7	Taux de succès thérapeutique des patients TB-MR traités avec un schéma court de 9-12mois	77,27%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH	Annuel		77,27 %	80,94 %	84,62%	88,24%	90%
HEPATITES											

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
1	Couverture de traitement pour les porteurs chroniques d'hépatite B éligibles.	ND	2019	Rapport Global, OMS	Annuelle	20,00%	-	30,00 %	-	50,00%	
2	Couverture de traitement pour les porteurs chroniques d'hépatite C éligibles.	ND	2019	Rapport Global, OMS	Annuelle	20,00%	-	30,00 %	-	50,00%	
3	% d'enfants vaccinés à la naissance contre les Hépatites virales dans le cadre du PEV (dans les premières 24 heures de vie) et autres interventions pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B	50,00 %	2019	Rapport du PEV	Annuelle	60,00%	65,00%	70,00 %	75,00%	80,00%	85,00%
4	Couverture du diagnostic des personnes vivant avec une infection chronique à VHB	10%	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	20,00%	25,00%	30,00 %	40,00%	50,00%	55,00%
5	Couverture du diagnostic des personnes vivant avec une infection chronique à VHC	5%	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	30,00%	40,00%	50,00%	55%
6	% des nourrissons recevant la troisième dose de vaccin contre l'hépatite B	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	30%	40%	50%	60%	75%	80%
7	Nombre de femmes enceintes éligibles au traitement sont mises sous traitement	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	5%	10%	15%	20%	25%	30%

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
8	Nombre de femmes enceintes mises sous traitement ayant une charge virale indétectable	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	5%	10%	15%	20%	25%	30%
9	% des personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C éligibles au traitement ont accès au traitement antirétroviral.	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	40,00%	50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	90%
10	% des malades traités pour hépatite B ou hépatite C sont observants	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	40,00%	50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	90%
DROITS HUMAINS											
1	Nombre d'adultes ayant des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	ND	2017	EDS	Bi- annuelle	-	<90%	-	<85%	-	<75%
2	Pourcentage de femmes et hommes adultes de 15-49 ans victimes d'attitudes d'évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et de la discrimination des personnes touchées par le VIH/TB/HV et les populations vulnérables	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50,00%	40,00%	30,00%	20,00%	25,00%	30,00%

CODE	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2021	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source							
3	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	20,10%	2017	EDS Mali	Bi- annuelle	-	<10%	-	<10%	-	<10%

3. Indicateurs produits

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
VIH/SIDA										
1	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	84,01%	2022	Rapport ArcadsantePlus et FHI/Estimation UJH 2023	Annuelle	84,01%	86,08%	92%	93%	95%
2	Populations de professionnelles du sexe sensibilisées ayant besoin de l'autotest VIH	10%	2021	Rapport SSC	Semestrielle	10%	15%	20%	20%	20%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
3	Pourcentage de professionnels du sexe chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	67,09%	2022	Rapport ArcadsantePlus et FHI/Estimation UJH 2023	Semestrielle	67,09%	77,05%	87%	88%	90%
4	Pourcentage de professionnels du sexe éligibles ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	10%	2021	Rapport SSC	Semestrielle	10%	15%	15%	15%	15%
5	Pourcentage de HSH ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	57,85%	2022	Rapport ArcadsantePlus et FHI360/UJH 2023	Semestrielle	57,85%	65,92%	74%	86%	95%
6	Populations HSH sensibilisées ayant besoin de l'autotest VIH	2,30%	2021	Rapport SSC	Semestrielle	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
7	Pourcentage de HSH chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	44,44%	2022	Rapport ArcadsantePlus et FHI360/UJH 2023	Semestrielle	44,44%	57,72%	71%	82%	90%
8	Pourcentage d'hommes éligibles ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	6,57%	2022	Rapport Arcad SantePlus et FHI/UJK2023	Semestrielle	6,57%	9,79%	13%	14%	14%
9	Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	27,77%	2022	Rapport ArcadsantePlus/UJH2023	Semestrielle	27,77%	45%	58%	74%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
10	Populations de personnes qui s'injectent des drogues sensibilisées ayant besoin de l'autotest VIH	10%	2021	Rapport SSC	Semestrielle	10%	10%	10%	10%	10%
11	Nombre de kits distribués par les personnes qui s'injectent des drogues, par an et lors de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	5466	2022	Rapport SSC	Semestrielle	5466	5662	5865	6076	6294
12	Pourcentage d'individus recevant un traitement de substitution aux opioïdes depuis au moins 6 mois				Semestrielle			10%	12%	15%
13	Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	27,77%	2022	Rapport ArcadsantePlus/Estimation 2023 UJH	Semestrielle	27,77%	42,88%	58%	74%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
14	Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues éligibles ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	ND	2021	Rapport SSC	Semestrielle	2%	3%	4%	5%	6%
15	Pourcentage de personnes transgenres ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	46,32%	2022	Rapport ArcadsantePlus/Estimation UJK 2023	Semestrielle	33,18%	47,50%	62%	76%	90%
16	Populations transgenre sensibilisées ayant besoin de l'autotest VIH	5,13%	2019	Rapport SSC	Semestrielle	10%	14%	18%	21%	25%
17	Pourcentage de personnes transgenres chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui	46,32%	2022	Rapport ArcadsantePlus/Estimation UJK 2023	Semestrielle	33,18%	47,50%	62%	76%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	connaissent leur résultat									
18	Pourcentage de personnes transgenres éligibles ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	ND	2022	NA	Semestrielle	ND	ND	19%	22%	27%
19	Pourcentage d'adolescent(e)s et de jeunes chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	1,78%	2019	Rapport SSC	Semestrielle	11%	15%	18	22	25
20	Pourcentage de femmes enceintes vues en CPN	80,20%	2022	Annuaire SLIS 2022	Annuelle	80,20%	82,50%	85%	87,50%	90%
21	Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique pour le VIH	50,22%	2022	Rapport DHIS2	Annuelle	50,22%	59,61%	69%	75%	79%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
22	Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui connaissent leur statut sérologique pour le VIH	31,60%	2022	Spectrum	Annuelle	31,60%	54,80	60,10%	66%	72,6%
23	Pourcentage de conjoints de femmes enceintes séropositives au VIH qui connaissent leur statut sérologique	17,20%	2022	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	17,20%	25,30%	33,50%	41,80%	50%
24	Pourcentage de partenaires/conjoints dépistés positifs bénéficient des traitements ARV	ND	2022	DHIS2	Annuelle	ND	90%	90%	90%	90%
25	Pourcentage de femmes enceintes séropositives pour VIH ayant reçu TARV durant la grossesse/et ou durant le travail et l'accouchement	34,52%	2022	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	34,52%	48,26%	66%	71%	75%
26	Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui connaissent leur statut sérologique au VIH et qui bénéficient le traitement ARV dans le cadre de la PTME	95,4%	2022	DHIS2	Annuelle	95%	95%	95%	95%	95%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
27	Pourcentage de femmes enceintes sous traitement ARV dans le cadre de la PTME et qui ont bénéficié de la quantification de la charge virale	11,7%	2022	DHIS2	Annuelle	11,7%	32,5%	53,4%	74,2%	100,0%
28	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	18,37%	2022	DHIS2	Annuelle	18,37%	33%	62%	68%	72%
29	Taux de réduction des nouvelles infections à VIH parmi les enfants nés de mères séropositives									90%
30	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont bénéficié de la prophylaxie ARV	22,2%	2022	DHIS2 Version provisoire Spectrum 2023	Annuelle	22,2%	40,4%	58,6%	76,8%	95,0%
31	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont bénéficié de la sérologique à 18 mois	8,1%	2022	DHIS2 Version provisoire Spectrum 2023	Annuelle	8,1%	16,3%	27,5%	38,8%	50,0%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
32	Mortalité liée au sida pour 100.000 chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)	26,4%	2022	DHIS2 Version provisoire Spectrum 2023	Annuelle	26,4%	23,1%	19,8%	16,5%	13,2%
33	Pourcentage d'établissements de santé (hôpitaux, CSRéf, CSCom) qui offrent la PTME	67,71%	2019	DIHS2	Annuelle	75,00%	80,00%	85,00%	90,00%	95%
34	Pourcentage de population miniers ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention de proximité)	6,47%	2019	Données routine Plan Mali	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30%
35	Pourcentage de populations miniers chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	28,94%	2022	Rapport ArcadsantePlus/Estimation 2019 projeté	Semestrielle	28,94%	44,47%	60%	75%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
36	Nombre de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de communication de l'information et qui connaissent leur résultat	11493	2022	Rapport ArcadsantePlus	Annuelle	11493	10130	8766	10037	11422
37	Pourcentage de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de communication de l'information et qui connaissent leur résultat		2022	Rapport ArcadsantePlus	Annuelle			80%	87%	93%
38	Pourcentage de personnes porteurs d'handicap ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services	29,20%	2019	Etude bio comportementale sur les vulnérabilités des personnes handicapées face au VIH	Annuelle	62,10%	73,00%	84,00%	95,00%	95,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	définis : prévention de proximité)									
39	Pourcentage de personnes porteuses d'handicap sensibilisées ayant besoin de l'autotest VIH	0,16%	2019	Etude bio comportementale sur les vulnérabilités des personnes handicapées face au VIH	Annuelle	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
40	Pourcentage de personnes porteuses d'handicap chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de communication de l'information et qui connaissent leur résultat	6,79%	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
41	Pourcentage de porteurs d'uniformes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services	ND	2019	Rapport annuel 2019	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	définis : prévention de proximité)									
42	Pourcentage de porteurs d'uniformes chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de communication de l'information et qui connaissent leur résultat	ND	2019	Rapport annuel 2019	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
43	Pourcentage de routiers ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : prévention combinée)	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
44	Populations de routiers sensibilisés ayant besoin de l'autotest VIH	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
45	Pourcentage de routiers chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	20,00%	30,00%	40,00%	50,00%	60,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	communication de l'information et qui connaissent leur résultat									
46	Pourcentage de personnes victimes de viol bénéficiant d'une Prophylaxie Post- Exposition (PPE) selon les directives nationales dans les structures de soins	0,00%	2019	Rapport sous Cluster VBG	Annuelle	16,25%	27,50%	38,70%	50,00%	60%
47	Pourcentage de personnes victimes de viol bénéficiant d'une Prophylaxie Post Exposition (PPE) chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de communication de l'information et qui connaissent leur résultat	ND	2019	Rapport sous Cluster VBG	Annuelle	16,25%	27,50%	38,70%	50,00%	60%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
48	Pourcentage de personnes victimes d'accidents d'exposition aux liquides biologiques AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris le viol) dépistées pour le VIH Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales	77,42%	2019	DHIS2 Mai 2020	Annuelle	86,20%	89,10%	90,00%	90,00%	90,00%
49	Pourcentage de personnes victimes d'accidents d'exposition aux liquides biologiques AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris le viol) dépistées pour le VIH	90,32%	2019	DHIS2 Mai 2020	Annuelle	95,15%	96,77%	98,38%	98,38%	98,38%
50	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période de rapportage	58,3%	2022	SPECTRUM 2023	Annuelle	58,3%	67,47%	76,65%	85,83%	95,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
51	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués au cours de la période de rapportage	3,73%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH 2022	Annuelle	3,73%	3,08%	2,42%	2,52%	2,65%
52	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués chez les HSH au cours de la période de rapportage	5,44%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH 2022	Annuelle	5,00%	4,00%	3,00%	3,00%	3,00%
53	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués chez les professionnelles de sexe au cours de la période de rapportage	5,40%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH 2022	Annuelle	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
54	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués chez les UDI au cours de la	2,29%	2022	Rapport annuel CSLS-TBH 2022	Annuelle	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	période de rapportage									
55	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués chez les transgenres au cours de la période de rapportage	5,9%	2022	Version provisoire SPECTRUM 2020,	Annuelle	5,9%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
56	Pourcentage d'hôpitaux offrant le dépistage du VIH	99%	2022	Rapport SLIS	Annuelle	100%	100%	100%	100%	100%
57	Pourcentage de CSRéf offrant le dépistage du VIH	93,98%	2022	Rapport SLIS 2018	Annuelle	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%
58	Pourcentage CSCom offrant le dépistage du VIH	82,98%	2022	Rapport SLIS	Annuelle	82,98%	85,00%	90,00%	95,00%	95,00%
59	Pourcentage de personnes récemment diagnostiquées comme séropositives admises dans des services de prise en charge du VIH (ventilées par sous population)	92,29%	2022	DHIS2	Annuelle	92,29%	93,64%	95,00%	95,00%	95,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
60	Pourcentage de HSH connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	93%	2022	Compilation données de routine des structures d'encadrement	Annuelle	93,00%	93,00%	93,00%	95,00%	95,00%
61	Pourcentage de FTS connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	78%	2022	Compilation données de routine des structures d'encadrement	Annuelle	78,00%	80,00%	85,00%	90,00%	95,00%
62	Pourcentage de transgenres connaissant leur statut et qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période rapportage	100%	2022	Compilation données de routine des structures d'encadrement	Annuelle	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%
63	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant initié le TARV et chez qui les signes de la tuberculose ont été recherchés dans un service de traitement du VIH		ND	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	-	-	95,00%	95,00%	95,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
64	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral qui ont commencé la thérapie préventive de la tuberculose parmi celles éligibles durant la période de rapportage	48,45%	2022	Rapport CSLS-TBH	Trimestrielle		48,45%	71,50%	83,25%	95,00%
65	Pourcentage de patients tuberculeux enregistrés (nouveaux cas et récurrences) dont le statut sérologique VIH est documenté	78,48%	2019	PUDR S1 & S2 2019	Trimestrielle	90,00%	95,00%	100,00%	100,00%	100,00%
66	Pourcentage de patients tuberculeux (nouveaux cas et récurrences) séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral pendant leur traitement antituberculeux	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Trimestrielle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%
67	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant initié le TARV et qui ont bénéficié du	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Trimestrielle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	dépistage des hépatites									
68	Pourcentage de patients (nouveaux cas et récurrences) hépatites sous traitement antirétroviral pendant leur traitement de l'hépatite	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Trimestrielle	20,00%	25,00%	28,00%	30,00%	35,00%
69	PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV bénéficient la quantification de la charge virale	40,32%	2022	Données routine et spectrum	Annuelle	40,32%	57,66%	75,00%	85,00%	95,00%
TUBERCULOSE										
1	% de laboratoires qui présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie	ND	ND	NA	Annuelle	95%	95%	95%	95%	95%
2	Proportion de PVVIH des files actives chez qui une recherche systématique de la TB a été effectuée	ND	ND	NA	Trimestrielle	ND	ND	95%	95%	95%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
3	Nombre de cas détectés parmi les cas référés les acteurs de Santé Communautaire (ADC, ASC)	1266	2022	Rapport Annuel 2022 CSLS-TBH	Trimestrielle	1266	1306	1348	1391	1435
4	Nombre de cas TB dépistés en milieu carcéral	122	2022	Rapport Annuel 2022 ARCAD SantePlus	Trimestrielle	122	148	174	230	292
5	Nombre de personnes atteintes de tuberculose (toutes formes confondues) sont déclarées parmi les populations clés/groupes à haut risque (hors population carcérale) affectés n'inclut que les nouveaux et les rechutes.	312	2022	DHIS2	Annuelle	312	417	522	736	970
6	% de cas de tuberculose (toutes formes confondues) sont déclarés par des prestataires de soins hors programme national de lutte contre la maladie - secteur privé	1%	2019	Rapport Annuel CSLS-TBH	Trimestrielle	1,40%	1,60%	1,80%	2%	5%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
7	Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et récurrences) testés au moyen des tests rapides recommandés par l'OMS lors du diagnostic	37%	2022	Rapport Annuel CSLS-TBH	Semestrielle	37%	50%	45%	55%	65%
9	Proportion de malades TB en retraitement ayant fait l'objet de recherche de résistance aux antituberculeux de première ligne	92%	2019	Rapport Annuel CSLS-TBH	Trimestrielle	100%	100%	100%	100%	100%
10	% des laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la culture et les Xperts	94,44%	2022	Rapport INSP	Annuelle	94,44%	95%	95%	95%	100%
11	Nombre de personnes en contact avec des patients tuberculeux qui sont éligibles et qui ont commencé un traitement préventif	1901	2022	Rapport Annuel CSLS-TBH	Semestrielle	1901	2301	2700	3300	3900

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
12	% de structures où les mesures de prévention pour le contrôle de l'infection sont disponibles	ND	2019	Rapport Annuel CSLS-TBH	Trimestrielle	0	0	1	1	1
13	Pourcentage de personnes atteintes de TB-RR et /ou TB-MR confirmés qui ont commencé un traitement de deuxième intention	97,83%	2022	Rapport Annuel CSLS-TBH	Annuelle	97,83%	100%	100%	100%	100%
14	Nombre de cas confirmés de tuberculose résistante à la rifampicine/ multirésistante ayant reçu un test de résistance aux médicaments de deuxième intention	46	2022	Rapport Annuel CSLS-TBH	Annuelle	46		86	100	115
HEPATITES VIRALES										
1	% de la population générale a accès à une information de qualité sur les hépatites virales	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	25%	40%	50%	70%	80%
2	Nombre de journée régionale réalisée pour la journée	2	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	11	11	11	11	11

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	mondiale contre les hépatites									
3	% de la population générale connaissent leur statut sérologique pour l'hépatite B et de l'hépatite C	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	25%	40%	50%	70%	80%
4	% de la population générale ayant accès à un paquet de services adapté (préservatifs)	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	25%	40%	50%	70%	80%
5	% de professionnels connaissant leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	40%	50%	70%	90%	95%
6	% des professionnels de santé ayant des compétences adaptées pour utiliser le paquet de services de prévention	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	40%	50%	70%	90%	95%
7	% des adolescent(e)s de 19- 24 ans ayant accès à une information de qualité sur les hépatites virales	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
8	% des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons recevant un paquet de services adaptés (préservatifs, dépistage)	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%
9	% des FTS, des HSH des transgenres, des routiers et des miniers, ont accès au paquet de prévention combiné	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%
10	% des Détenus dépistés pour les hépatites B et C ayant accès à un paquet de services adapté	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%
11	% de personnes d'UDI recevant des services de réduction des effets nocifs des drogues injectées	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	60%	70%	80%	90%
12	% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou de violence sexuelle qui se présentent dans les	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	40%	50%	70%	90%	95%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	sites de PEC bénéficiant d'une prise en charge appropriée et reçoivent une prophylaxie post-exposition									
13	% de cas de transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant sont notifiés	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	20%	30%	40%	50%	60%
14	% des femmes enceintes sont dépistées systématiquement pour l'hépatite B	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10%	15%	20%	25%	30%
15	Nombre de femmes enceintes diagnostiquées pour l'hépatite B bénéficiant d'un bilan pré-thérapeutique et de la quantification de l'ADN viral	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10%	15%	20%	25%	30%
16	% des personnes dépistées positives pour l'hépatite B ou l'hépatite C qui ont accès au diagnostic et au bilan pré thérapeutique	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50,00%	60,00%	70,00%	80,00%	90%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
17	% des malades traités pour hépatite B bénéficiant annuellement du test de quantification de l'ADN du VHB	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	45,00%	65,00%	75,00%	90,00%	95%
18	% de nouveaux patients ayant une co-infection Hépatite/VIH	21,20%	2019	Service Gastro-entérologie, CHU Gabriel Touré	Annuelle	18,00%	15,00%	12,00%	10,00%	5%
19	% des malades traités pour hépatite C bénéficiant du test de quantification de l'ARN du VHC 3 mois après la fin du traitement	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	45,00%	65,00%	75,00%	90,00%	95%
20	% de rapport d'activités de monitoring assurés	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	75%	100%	100%	100%
21	% des résultats des travaux de recherche sur les hépatites virales diffusés	10%	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	50%	100%	100%	100%	100%
22	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant initié le TARV et qui ont bénéficié du dépistage des hépatites	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
23	Pourcentage de patients (nouveaux cas et récurrences) hépatites sous traitement antirétroviral pendant leur traitement de l'hépatite	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	20,00%	25,00%	28,00%	30,00%	35%
DROITS HUMAINS										
1	La loi sur le VIH est révisée pour lever les obstacles qui entravent les droits humains et le genre	Non	2019	Rapport Global VIH/sida, ONUSIDA	Annuel	Oui	-	-	-	
2	Nombre des composantes où la dimension genre est assurée dans la conception et la mise en œuvre des interventions couvrant les trois maladies gérées par CSLS-TBH	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	2	3	3	3	3
3	Nombre total de PVVIH et de personnes issus des populations clés et vulnérables VIH/TB et Paludisme victime de stigmatisation, discrimination ou de	ND	2019	Rapport CSLS-TBH	Annuelle	10,00%	15,00%	20,00%	25,00%	30%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	violences basées sur le genre consultant l'Observatoire Communautaire des Traitement.									
4	Pourcentage de populations clés victimes d'attitudes d'évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et de la discrimination des personnes touchées par le VIH/TB/HV et les populations vulnérables	40,10%	2018	Rapport Global Stigma	Tous les 3 ans	< 35%	-	-	< 10%	
5	Les stratégies nationales en matière d'égalité entre les sexes intègrent les composantes VIH/Tuberculose et Hépatites Virales	Non	2018	Rapport CSLS-TBH	Annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
6	La loi sur le VIH est révisée pour lever les obstacles qui entravent les droits humains et le genre	Non	2019	Rapport Global VIH/sida, ONUSIDA	Annuel	Oui	-	-	-	-

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
GOVERNANCE										
1	Les organes de coordination de la riposte au niveau national, départemental et communal sont fonctionnels	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2	La coordination et la riposte multisectorielles pour les aux trois maladies (VIH/TB/HV) sont effectives en milieu de travail	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
3	Le budget de l'Etat, relatif à la lutte contre les trois maladies (VIH/TB/HV) est augmenté e pérennisé pour couvrir les besoins	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
4	La contribution du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre les trois maladies (VIH/TB/HV) est augmentée	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
5	Les Ressources externes sont mobilisées pour appuyer le PSNI	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
6	Les systèmes communautaires apportent une contribution stratégique et opérationnelle à la mise en œuvre du PSNI	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7	Les programmes prioritaires développent des interventions intégrées en matière de santé sexuelle et reproductive des Jeunes et SMI	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
8	Proportion d'agents de santé communautaires qui ont bénéficié d'au moins une supervision formative au cours de la période de rapportage	4,44%	2019	DHIS2	Annuelle	24,11%	30%	40%	50%	60%
9	Les ressources humaines son en nombre suffisant, déployées selon les	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
	besoins et bien formées									
10	La médecine traditionnelle est intégrée dans le système de santé et contribue davantage à l'amélioration de la santé des populations.	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11	Pourcentage de laboratoires présentant une performance adéquate au contrôle de qualité	84,62%	2019	DHIS2	Annuelle	83,33%	95%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Les produits de santé sont disponibles à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de distribution.	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
13	Le contrôle qualité des médicaments est assuré	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Le système de pharmacovigilance est fonctionnel et performant	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
15	Complétude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus	83,83%	2019	DHIS2	Annuelle	91,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00% ⁱ
16	Promptitude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels remis par les établissements (pour la période d'établissement de rapport) reçus dans les délais, conformément aux directives nationales	76,75%	2019	DHIS2	Annuelle	84,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
17	Pourcentage de rapports de prestation de services d'agents de santé communautaires intégrés dans le SGIS	93,98%	2019	DHIS2	Annuelle	92,92%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Code	INDICATEURS	Baseline 2022			Périodicité	2022	2023	2024	2025	2026
		Valeur	Année	Source						
18	Un Système d'information sanitaire unique est adopté, déployé et utilisé par tous les acteurs des services publics,	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
19	La qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires est améliorée	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
20	Un agenda de recherche national est développé et mis en œuvre	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
21	L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée disponible et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décision	Non	2019	DHIS2	Annuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

