

MINISTRE DE LA SANTE ET DES  
AFFAIRES SOCIALES

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

\*\*\*\*\*

SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DE  
LA REPRODUCTION

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

\*\*\*\*\*



**PLAN STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ DE LA  
REPRODUCTION DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ,  
DE L'ENFANT, DES ADOLESCENTS ET LA  
NUTRITION**

***(SRMNLA-NUT) 2020 – 2024***

DRAFT 03

≈ Août 2020 ≈

## TABLE DES MATIERES

---

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS .....	3
REMERCIEMENTS.....	4
PRÉFACE .....	5
RÉSUMÉ .....	6
INTRODUCTION .....	7
CHAPITRE I : Profil du pays.....	10
1.1. Situation géographique, démographique, socio-économique et politico- administrative	10
1.1.1. <i>Situation géographique</i> .....	10
1.1.2. <i>Situation démographique</i> .....	11
1.1.3. <i>Situation socio-économique</i> .....	11
1.1.4. <i>Contexte administratif et politique</i> .....	11
1.2. Organisation du système de santé .....	12
1.2.1. <i>La politique nationale de la santé</i> .....	12
1.2.2. <i>Organisation des soins de santé</i> .....	12
1.2.3. <i>Urgences sanitaires : cas de la maladie à Coronavirus au Mali (Covid-19)</i> .....	14
1.2.4. <i>Organisation de la SRMNIA-Nut</i> .....	14
CHAPITRE II : Analyse situationnelle.....	16
2.1. Situation des programmes de Santé de la Reproduction (SR).....	16
2.1.1. <i>Santé de la femme</i> .....	16
2.1.2. <i>Santé du nouveau-né</i> .....	17
2.1.3. <i>Santé de l'enfant</i> .....	18
2.1.4. <i>Santé des adolescents.es et des jeunes</i> .....	20
2.2. Axes transversaux .....	21
2.2.1. <i>IEC/CSC</i> .....	21
2.2.2. <i>Planification Familiale</i> .....	22
2.2.3. <i>Nutrition</i> .....	23
2.2.4. <i>Wash</i> .....	23
2.2.5. <i>Sécurisation des produits, matériel technique et équipement</i> .....	23
2.2.6. <i>Violences basées sur le genre</i> .....	24
2.2.7. <i>Situation humanitaire</i> .....	25
2.2.8. <i>Financement</i> .....	26
2.2.9. <i>Ressources humaines</i> .....	26

2.2.10.	<i>Coordination/Gouvernance/Leadership</i> .....	27
2.2.11.	<i>Suivi-évaluation et Recherche</i> .....	27
2.3.	Forces, faiblesses, menaces et opportunités .....	27
2.4.	Problèmes prioritaires et défis .....	34
2.4.1.	<i>Problèmes prioritaires</i> .....	34
2.4.2.	<i>Principaux défis</i> .....	34
CHAPITRE III : Orientations stratégiques du plan .....		36
3.1.	Vision.....	36
3.2.	Principes et valeurs .....	36
Droits humains et Santé de la Reproduction : .....		37
3.3.	But.....	37
3.4.	Objectif général.....	37
3.5.	Objectifs spécifiques .....	37
3.6.	Axes stratégiques et interventions prioritaires .....	37
3.7.	Analyse des risques .....	41
CHAPITRE IV : Cadre de mise en œuvre .....		43
4.1.	Cadre de référence .....	43
4.2.	Structures et organes de mise en œuvre.....	44
4.3.	Mécanismes de Suivi/Evaluation .....	46
4.4.	Cadre de performance du plan SRMNIA-Nut 2020– 2024.....	47
CHAPITRE V : Cadre logique .....		53

## **LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS**

---

## REMERCIEMENTS

---

Le présent plan stratégique de la Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et la nutrition (SRMNIA-Nut) couvre la période 2020 – 2024 et a été élaboré par une équipe technique sous la coordination de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Nous aimerions saisir cette opportunité pour remercier tous ceux qui ont accordé leur temps, apporté leurs contributions afin de faciliter l'aboutissement de ce travail.

C'est le lieu de remercier tous les membres du comité technique, les personnes ressources et les partenaires techniques et financiers pour leur accompagnement et leur soutien de façon constante à l'ensemble du processus.

Ces remerciements s'adressent particulièrement à l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et l'USAID qui ont soutenu techniquement et financièrement l'élaboration de ce document. Nous saluons également l'appui que la Coopération canadienne et le Royaume des Pays Bas ont bien voulu apporter au processus.

Enfin, le Ministère de la Santé et des affaires sociales reste reconnaissant envers tous ceux qui contribueront à la mise en œuvre dudit plan.

## PRÉFACE

---

Le Mali est engagé dans la mise en œuvre de la deuxième tranche quinquennale de son plan décennal de développement socio-sanitaire 2014-2023. Cette démarche procède à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme qui permet de déterminer les priorités du pays en matière de santé.

L'un des domaines prioritaires d'intervention dans le secteur de la santé est la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents.es et la nutrition.

L'accès aux soins de santé SRMNIA-Nut reste limité et l'insuffisance des progrès enregistrés en matière de réduction de la mortalité maternelle, rend indispensable l'adoption de solutions efficaces.

Ainsi, ce plan se veut un outil d'intégration prenant en compte la santé de la mère, le nouveau-né, de l'enfant, des adolescents.es et jeunes et la nutrition (SRMNIA-Nut).

Cette innovation définit les priorités claires ayant pour but d'accélérer l'amélioration de la santé des groupes cibles, de maximiser durablement les efforts, les ressources et les résultats du secteur pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents.es et les jeunes.

L'accélération de la réduction de la mortalité maternelle donne une priorité de premier plan à la mise en œuvre des bonnes pratiques en la matière. Aussi la mise en place des SONU à l'échelle nationale, la prise en compte des besoins spécifiques chez les adolescents.es et jeunes, un accent particulier sur le nouveau-né entre autres nous permettront d'avancer positivement. Ces stratégies ont été identifiées comme des interventions à gain rapide et sont, à ce titre, considérés comme des priorités.

Aussi, ce plan stratégique, constitue le cadre de référence pour toutes les interventions en matière de SRMNIA-Nut pour la période 2020-2024.

Compte tenu de l'intérêt particulier accordé à la SRMNIA-Nut, il me plait ici d'inviter tous les acteurs, notamment les services publics et privés, la société civile, les partenaires techniques et financiers à s'approprier le contenu du présent plan et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues dans ce document.

J'exhorte tous les acteurs à suivre et respecter le cadre de mise en œuvre défini dans ce plan, notamment la planification, les mécanismes de coordination, de suivi-évaluation, de mobilisation des ressources et de redevabilité pour les résultats.

Je remercie l'ensemble des acteurs pour nous avoir offert leur temps, leur énergie et leur expertise. Ce plan nous sert de feuille de route indispensable dans la lutte noble contre la mortalité maternelle et infantile et permettra d'assurer un meilleur état de santé reproductive des adolescents.es et jeunes.

**Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales**

**Michel Hamala SIDIBE**  
*Chevalier de l'Ordre National*

## RÉSUMÉ

---

Le plan SRMNIA-Nut 2020-2024 se caractérise par le fait que : (i) il s'inscrit dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, de la gestion axée sur les résultats et du budget programme ; ii) il utilise l'approche cycle de vie (la femme avant la conception jusqu'à la période après l'accouchement, l'enfant dans ses premiers 28 jours de vie, l'enfant âgé de 1-59 mois, l'adolescent(e) et le jeune ou l'enfant dans sa deuxième décennie) ; iii) il se focalise sur l'approche intégrée et multisectorielle de la santé qui prend en compte les aspects de Santé, de Nutrition, d'Eau, d'Hygiène et de Salubrité, de prévention des violences basées sur le genre ; iv) il prend en compte le lien entre le développement et la réponse à l'humanitaire pour une meilleure résilience du système de santé et v) il renforce la gouvernance du système de santé.

Le présent plan stratégique vise les objectifs spécifiques suivants : (i) réduire la mortalité maternelle de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes, (ii) réduire le taux de mortalité néonatale de 33 à 16 pour 1000 naissances vivantes, (iii) réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 101 à 95 pour 1000 naissances vivantes, (iv) accroître de 15 à 30% la prévalence contraceptive moderne d'ici 2023, (v) Rendre accessibles les services conviviaux à 40% des jeunes et adolescents.es (PF, IST/VIH/Hépatites, santé mentale, prévention et prise en charge des accidents de la voie publique, et de la consommation de substances nocives ...) (vi) améliorer les capacités de coordination, de gouvernance et leadership, et de suivi évaluation des services de SRMNIA-Nut.

## INTRODUCTION

---

Le Mali a adopté en 1990, une déclaration de politique sectorielle de santé et de population qui a servi de cadre de référence pour l'élaboration des différents plans décennaux de développement sanitaire et social. Ces plans ont toujours mis en avant les problèmes de santé du couple mère-enfant, dont l'un des objectifs prioritaires est la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Dans la volonté du gouvernement de conduire le pays vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et ce, au regard des résultats non satisfaisants de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) 2018, le pays s'est engagé dans une réforme du système de santé s'inscrivant dans le contexte du CREDD, du PRODESS IV et du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) pour relever le niveau des indicateurs de santé du pays, plus particulièrement en ce qui concerne la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent(e).

L'atteinte des ODD 2, 3 et 5 exige d'une part que les pays développent des stratégies et programmes nationaux pour l'accès universel aux services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité, la promotion de l'égalité des sexes ainsi que l'autonomisation des femmes et des filles en garantissant les droits sexuels et reproductifs selon les termes du programme d'action de la CIPD.

Les efforts des pays ces deux dernières décennies, ont permis de réaliser quelques progrès dans l'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent. (e) et de la nutrition (SRMNIA-Nut).

Au Mali, selon les résultats des deux dernières EDSM (2012 et 2018), la mortalité infanto-juvénile a augmenté, passant de 95 à 101 décès pour 1000 naissances vivantes, et la mortalité maternelle est restée très élevée dans le pays, passant de 368 à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Pour déclencher un changement profond dans ces résultats de santé en matière de reproduction et de nutrition, l'Etat malien s'est engagé à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » afin de faire de la problématique de la SRMNIA-Nut, une priorité nationale.

En réponse aux engagements nationaux et internationaux en termes d'harmonisation sous régionale notamment ceux de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de 2006 relatif au relèvement de l'encrage institutionnel de la SR, le pays a créé l'Office National de Santé de la Reproduction (ONASR) par ordonnance 014/P-RM du 03 avril 2020 et le décret 0194 014/P-RM du 03 avril 2020. Cette nouvelle structure est un organisme personnalisé avec autonomie de gestion.

Le présent plan SRMNIA-Nut, comporte des interventions à haut impact que le pays compte mener pour réaliser sa vision et ses objectifs dont le but ultime est d'améliorer la santé et le bien-être de sa population en fournissant des services axés sur les droits humains, y compris les droits sexuels reproductifs et l'égalité de genre.

Ce travail vise à rendre disponible un plan de santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la nutrition (SMRNIA-Nut pour la



période 2020-2024. Ce plan devra comporter (i) une analyse de la situation de la SRMNIA-Nut en s'appuyant entre autres sur les résultats de la revue des programmes de la SR (ii) une définition claire et précise des priorités, buts, objectifs et résultats attendus (iii) des orientations stratégiques consolidées SRMNIA-Nut pour la période 2020-2024 assorti d'un cadre général de mise en œuvre et de suivi des performances. Au-delà des avantages que peut procurer un cadre programmatique unique intégrant plusieurs cibles, la présente approche est fondée sur une vision holistique de la personne humaine à différents stades de son développement : du nouveau-né à la personne âgée en passant par les enfants, les adolescents.es et les jeunes. Il s'agit de produire un référentiel qui offre une plus grande visibilité dans la production de services de santé qui ciblent l'ensemble des périodes cruciales du cycle de vie. Dans un contexte économique difficile, ce document apparaît également comme une réponse à un besoin d'intégrer des ressources tant financières, matérielles qu'humaines pour plus d'efficacité dans l'offre des services de SR accessibles à tous. Un des défis dans la conception de ce plan stratégique est d'opérer une bonne synergie avec les plans d'action spécifiques déjà élaborés et adoptés pour certaines cibles de la SRMNIA-Nut.

Le Mali s'est engagé aussi en mai 2016 dans la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.es (2016- 2030) en prenant des mesures nécessaires pour mettre à échelle les interventions à haut impact afin de mettre fin aux décès évitables des femmes, des enfants et des adolescents.es et y allouer les ressources nécessaires. Ceci facilitera le mécanisme de financement global qui permettra au pays de mobiliser des ressources additionnelles pour la SRMNIA-Nut.

Aussi pour améliorer l'état de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents.es et des jeunes, le département de la santé a procédé à la réforme du système de santé qui priorise les soins de santé primaire, soutenu par le "Mali Actions Plan" (MAP).

Une revue nationale du plan stratégique santé de la reproduction 2014-2018 tenue en 2018 a permis d'identifier des succès et des goulots d'étranglement. Suite aux résultats de cette revue, il a été décidé d'élaborer un troisième plan stratégique pour la période 2019-2023.

Planifiée en 2018, l'activité a vu corps en fin 2019 suite à une mobilisation tardive des ressources financières. Ce retard a eu une influence sur la période de démarrage du plan ; ainsi la période 2020- 2024 a été retenue. Selon la décision N°: 001854/MSAS-SG du 04 septembre 2019, un comité de pilotage du plan stratégique de la Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent.e et de la nutrition a été mis en place. Puis suivant la décision N°002/MSAS-SG/DGSHP du 12 septembre 2019, le Directeur Général de la santé a mis en place un comité technique pour l'élaboration dudit plan.

Des séries d'ateliers (préparatoire, d'élaboration et de relectures) ont conduit à la production du draft du plan stratégique SRMNIA-Nut 2020-2024.

Les défis majeurs du processus ont été : (i) d'assurer une adéquation entre les options du plan stratégique et la vision déjà définie au plan national (PDDSS, PRODESS, MAP, GFF) ainsi que les initiatives mondiales (ii) d'assurer une cohérence du plan stratégique avec les orientations (objectifs et actions prioritaires) définis dans des plans déjà adoptés pour la même période et pour les mêmes cibles (iii) d'assurer une cohérence interne entre les priorités définies et les attentes des populations (pertinence). Ces défis ont été relevés à travers une démarche qui a privilégié une analyse approfondie des documents existants mais également une implication constante des principaux acteurs.trices dans les différentes étapes du processus de planification.

## CHAPITRE I : Profil du pays

### 1.1. Situation géographique, démographique, socio-économique et politico-administrative

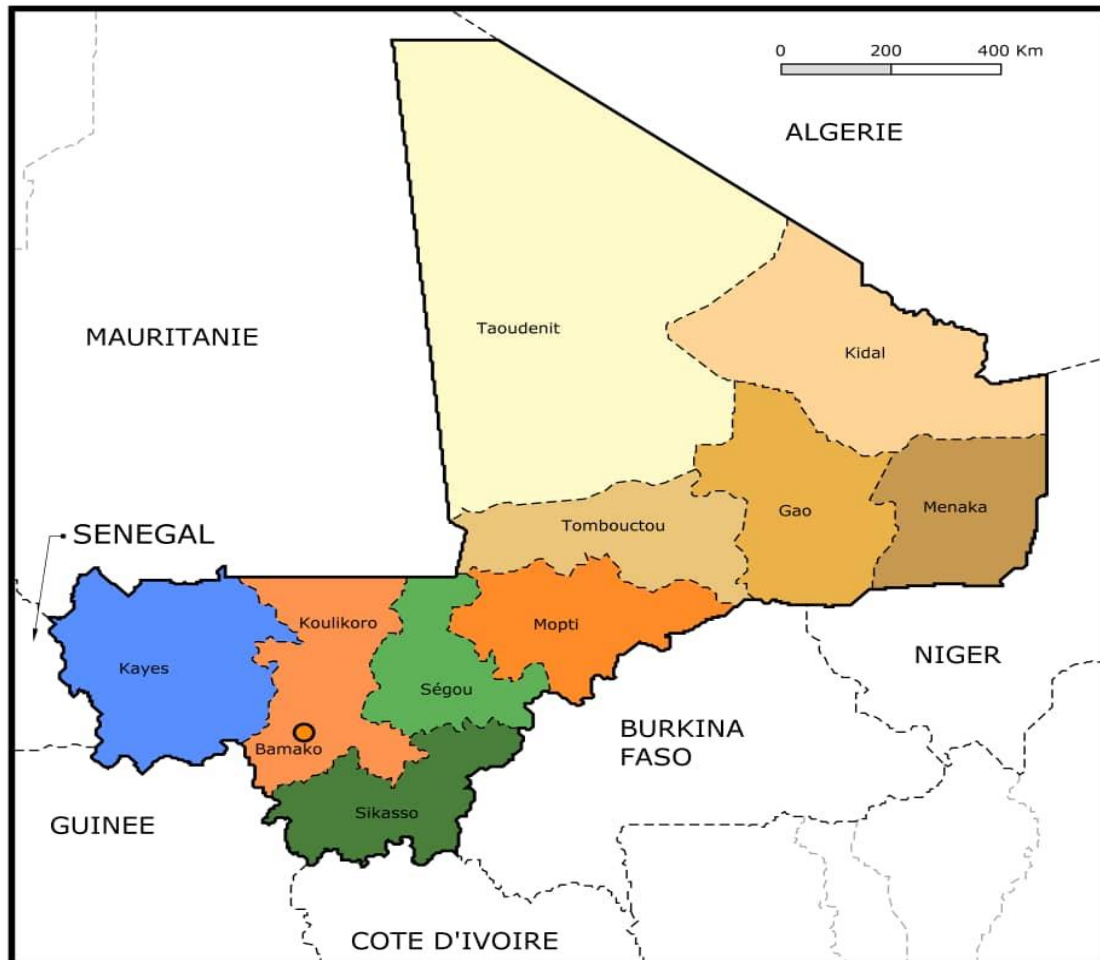


Figure 1 – Carte du Mali actualiser la carte si disponible

#### 1.1.1. Situation géographique

Le Mali est un pays continental d'une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>, situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il partage 7000 km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest. Du Sud au Nord, le Mali a 25% de son territoire dans la zone soudano-guinéenne, 50% dans la zone sahélienne et 25% dans le désert saharien.

Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière dure en moyenne 5 mois au Sud et 4 au Nord. Les précipitations sont entre 1 300 mm à 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au Nord.

Le relief est peu accidenté, le pays est arrosé par deux grands fleuves (le Niger sur 1 700 km et le Sénégal sur 900 km) et leurs affluents et confluents. Tout cet écosystème détermine les conditions dans lesquelles les populations vivent dans les zones sahélo sahariennes.

### 1.1.2. Situation démographique

Le Mali compte 19 599 288 habitants (RGPH 2009 actualisé en 2018), dont 49,5% d'hommes et 50,5% de femmes. La densité moyenne est de 16 habitants au km<sup>2</sup>. La population est rurale à 73,2%. Elle est relativement jeune avec 46,06% de moins de 15 ans et 42,92% entre 15 et 49 ans.

Selon l'EDS-M VI :

- 87% soit neuf enfants sur dix de moins de 5 ans ont été enregistrés à l'état civil. Ce taux est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, soit respectivement 96% contre 84%
- l'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (6,8 contre 4,9).

### 1.1.3. Situation socio-économique

Selon le dossier d'investissement, au niveau économique, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,427 en 2018, le Mali se classe au 182<sup>ème</sup> rang sur 188. Sa principale richesse est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Jusqu'au 31 Janvier 2019, l'activité économique est marquée par un ralentissement de la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel attendu en 2019 (4,7% en 2019 contre 5,0% en 2018) et une inflation prévue de 2,1% en 2019 contre 1,7% en 2018.

Il convient de préciser que le taux de croissance moyen depuis une dizaine d'années, est de 5%. Le seuil de pauvreté est passé de 175 000 F CFA en 2016 à 178 000 F CFA en 2017. En ce qui concerne l'ampleur de la pauvreté, elle est estimée à 44,9% au niveau national en 2017. Ce qui correspond à près de 8 517 323 individus.

Le Mali fait partie des pays les moins avancés et bénéficie de l'initiative des pays pauvres les plus endettés (PPTE).

**Le taux de fréquentation scolaire** est de 51% pour le primaire et 30% pour le secondaire (EDSM- VI 2018). Dans les deux cas ce taux est plus élevé chez les garçons que chez les filles (primaire 53% contre 49% ; secondaire 33% contre 26%). Il faut noter que 66% des femmes et 53% des hommes entre 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction. Seules 28% des femmes sont **alphabétisées** contre 47% des hommes.

Les ménages utilisant l'eau de boisson provenant de sources améliorées sont de 69 % (EDSM-VI). Ce pourcentage est nettement plus élevé en milieu urbain (95 %) qu'en milieu rural (62%). Les installations sanitaires élémentaires sont utilisées par 34% des ménages. Ce type d'installation est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (40% contre 32%).

### 1.1.4. Contexte administratif et politique

En 2018, sur le plan administratif, le Mali était subdivisé en 10 Régions et le District de Bamako qui est la capitale, 49 cercles et 158 arrondissements selon l'Institut National de Géographie (ING). Chaque région est administrée par un Gouverneur, le cercle par le Préfet et l'arrondissement par le Sous-préfet.

En matière de décentralisation, le pays compte 703 communes dont 37 urbaines et 666 rurales, 49 collectivités « cercles » et 9 collectivités « régions » toutes pourvues d'une autonomie de gestion.

Les collectivités régionales disposent chacune d'un conseil régional, les cercles d'un conseil de cercle et les communes d'un Conseil Communal.

La société civile participe au processus de développement du pays et l'aval des populations pour les décisions importantes est requis avec l'instauration des concertations à différents niveaux.

## 1.2. Organisation du système de santé

### 1.2.1. La politique nationale de la santé

La Politique Sectorielle de Santé et de Population adoptée en 1990, a été reconfirmée et consacrée par la Loi n°02-049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé. Ses principaux objectifs sont : (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et d'une performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé ;
- la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels ;
- la participation communautaire à la gestion et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaires du système public.

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n°2012-007 du 07 février 2012 portant code des collectivités territoriales. Pour la mise en œuvre de cette politique, le Gouvernement de la République du Mali a adopté le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux des communes et cercles.

La loi d'orientation sur la santé en date 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 pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans. Cette carte sanitaire repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé. Elle est complétée par la carte hospitalière.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux :

- le **niveau 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, détermine les investissements et le fonctionnement.

En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards.

### 1.2.2. Organisation des soins de santé

La pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

- ❖ Le **niveau central** : il comprend six Etablissements Publics Hospitaliers dont trois à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'Hôpital du Mali) et trois à vocation spécialisée (Centre National d'Ondoto–Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique et l'Hôpital dermatologique de Bamako) ; quatre Etablissements Publics

Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para cliniques poussées.

- ❖ Le *niveau intermédiaire* : regroupe sept Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la deuxième référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Koulikoro (l'hôpital de Kati), Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao. A ceux-ci s'ajoutent l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif et l'hôpital Mali Gavardo qui est un centre confessionnel. Pour la pharmacie, il existe quinze magasins régionaux de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) selon le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2018.
- ❖ Le *niveau district sanitaire* avec deux échelons :
  - *Le premier échelon* qui représente la base de la pyramide sanitaire ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1 368 en 2018 et 3 000 sites ASC). A cela s'ajoutent les maternités rurales (1 406 selon la revue SONU 2019) réparties sur toute l'étendue du territoire national.
  - *Le deuxième échelon* ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 69 **Centres de Santé de Référence (CSRéf)** au niveau des districts sanitaires fonctionnels (Annuaire SNIS 2018). Ces structures assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

Il faut préciser que des CSCoM, CSRéf, et souvent quelques structures privées sont érigées en structure de prise en charge des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Le nombre actuel de structures de prise en charge des SONU est de 379 pour les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et 78 pour Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets (SONUC) selon la revue SONU -2018.

**N.B** : Il existe aussi 73 laboratoires publics selon le SNIS 2018.

A ce dispositif s'ajoutent le secteur privé, les services parapublics (Santé de l'Armée ; Centre Médicaux Inter Entreprise) et les structures de santé confessionnelles.

- Le **secteur sanitaire privé** : Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. Ces établissements se composent des cabinets privés (628), des cliniques médicales (163), des polycliniques (13), des laboratoires d'analyses biomédicales (16), des officines (566) et des grossistes (75) selon le SNIS 2018.



- Les **services parapublics composés de : CMIE (19), des services de santé de l'armée** qui se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako et des **centres confessionnels de santé**.

A côté de la médecine moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée. Elle est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. Il existe des lieux de consultation de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

La mise en œuvre de la décentralisation ne rend pas pour autant caduques les politiques sectorielles d'autant que celle de la santé est déjà avancée dans la responsabilisation et l'autonomie des communautés. C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle érigée en Loi d'orientation, la carte sanitaire révisée (découpage du territoire national en aires de santé) prévoit 1 579 aires de santé en 2018 dans les PDSC des régions. Il est prévu dans chaque aire de santé, un CSCom créé et géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO). En fin 2018, le Mali disposait de 1 368 CSCom fonctionnels (SNIS 2018) dont 459 médicalisés soit 34%.

### **1.2.3. Urgences sanitaires : cas de la maladie à Coronavirus au Mali (Covid-19)**

Les maladies à potentiel épidémique ont toujours eu un impact négatif sur l'offre de santé en générale et particulièrement sur les prestations de services de santé de la reproduction.

En effet, la pandémie de COVID-19 perturbe les services essentiels de santé en raison des obstacles à l'offre et à la demande. Les modèles mathématiques projettent que de grandes perturbations des services au Mali pourraient laisser 624 400 enfants sans antibiotiques oraux pour la pneumonie, 657 300 enfants sans vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, conduire à 132 300 accouchements en moins en établissements de santé et 151 400 femmes en moins bénéficiant de services de planification familiale. De fait, il en résulterait une augmentation de 19 % de la mortalité infantile et de 15 % de la mortalité maternelle pendant les 12 mois suivants. Le maintien des services essentiels de santé au cours de la pandémie de COVID-19 est crucial pour prévenir ces conséquences néfastes et protéger les progrès réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle.

Cette pandémie de COVID-19 entraîne une mortalité et une morbidité qui lui sont directement imputables. Elle cause aussi un risque important sur d'autres maladies évitables et traitables, si la prestation des services essentiels de santé est interrompue. Une telle perturbation pourrait provenir à la fois de facteurs liés à l'offre et à la demande.

### **1.2.4. Organisation de la SRMNIA-Nut**

#### **❖ Organisation structurelle et fonctionnelle**

- ✓ *Au niveau national*, les activités de la SRMNIA-Nut sont sous la responsabilité de l'ONASR en collaboration avec la DGSH et ses services déconcentrés. L'ONASR se compose de cinq départements techniques :
  - **Département santé de la mère et de l'enfant ;**
  - **Département santé adolescents et jeunes ;**
  - **Département planification familiale et genre ;**
  - **Département, Formation, Recherche et Communication ;**

○ **Département Administration et Coopération Technique.**

*Au niveau des régions et des districts sanitaires, les activités de SRMNIA-Nut sont respectivement sous la responsabilité des directeurs régionaux de la santé et des médecins chefs de districts.*

❖ **Autres acteurs de la SRMNIA - Nut**

Les intervenants qui interviennent dans la SRMNIA-Nut en appui à l'Etat sont : la société civile, les ONG/Associations, les sociétés coopératives, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, , le ministère du développement social et de la lutte contre la pauvreté, le ministère de la jeunesse , le ministère de l'éducation, les ASACO, les maires, les collectivités décentralisées, le secteur privé de la santé, le secteur parapublic, les sociétés savantes, les ordres professionnels de la santé.

Tous ces acteurs apportent leurs appuis pour le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents.es et jeunes ainsi que la nutrition.



## CHAPITRE II : Analyse situationnelle

---

### 2.1. Situation des programmes de Santé de la Reproduction (SR)

L'analyse de situation à travers la revue des données (EDSM-VI, Annuaire statistique 2018, la revue du Plan stratégique SR 2014-2018, SMART 2018, etc.) dénote de la faible utilisation des services de SR et l'accès insuffisant aux services de santé en général contribuant à maintenir un niveau élevé de morbidité et de mortalité, surtout maternelle, néonatale et infantile. D'autres facteurs tels les pratiques et comportements néfastes (grossesses précoces, grossesses rapprochées, avortements clandestins, recherche tardive des soins obstétricaux, automédication, insuffisance des soins obstétricaux et néonataux adéquats) influencent négativement les indicateurs.

#### 2.1.1. Santé de la femme

Le taux de la mortalité maternelle constitue un baromètre pour l'état de santé de la femme d'une nation. Au Mali, beaucoup de femmes meurent pendant la grossesse, l'accouchement et dans les suites de couches. Les hémorragies sévères, les pré-éclampsies/éclampsies et les infections sont les causes les plus fréquentes de ces décès.

L'accès aux soins de santé est particulièrement important pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité chez la mère, le nouveau-né et l'enfant. Ceci constitue une voie vers l'équité et la dignité des femmes et des enfants. La disponibilité des médicaments essentiels de qualité ainsi que leur usage rationnel sont indispensables pour l'offre des services de qualité.

Selon l'annuaire statistique 2018, la proportion de femmes n'ayant pas accès aux soins prénatals dans un rayon de 5 km est de 43%. Cette situation serait imputable à l'insuffisance de stratégies visant à rapprocher davantage les soins aux bénéficiaires.

La faible couverture en CPN4, 43% (EDSM -VI) pourrait s'expliquer par le faible pouvoir d'achat de la femme enceinte. A cela s'ajoute l'insuffisance d'informations données sur l'importance de la quatrième visite aux femmes par les prestataires.

Selon les données de l'EDSM-VI, 40% des femmes n'ont reçu aucun soin postnatal.

La faible disponibilité (49%) des tests de diagnostic du VIH au cours de la CPN serait due à l'insuffisance dans l'estimation des besoins, l'insuffisance dans la collecte et dans la remontée des données.

L'accessibilité géographique aux CSCom offrant des services de PTME dans un rayon de 5 km est de 47%. Ceci pourrait s'expliquer par l'insuffisance dans la création de nouveaux sites PTME dans les CSCom et la non-fonctionnalité de certains anciens sites. La mobilité du personnel formé semble être une raison fondamentale de ce dysfonctionnement.

En 2018, le taux de CPN dans les sites ayant intégrés les activités PTME était de 44,2% avec des disparités observées par régions. Par rapport au dépistage du VIH chez les femmes enceintes, le taux de dépistage des femmes enceintes ayant reçu le counseling était de 73,2% avec des disparités observées par régions. Sur les 1 722 femmes enceintes dépistées séropositives, 1 545 (VIH+) ont pu bénéficier du traitement ARV soit 90%.

En ce qui concerne les accouchements, 33% ont eu lieu en dehors d'un établissement de santé et 67% avec l'assistance d'un prestataire formé selon l'EDSM VI.

La couverture effective des accouchements assistés est de 58% (annuaire statistique 2018).

S'agissant des soins postnataux, parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 dernières années, près de six sur dix (56%) ont reçu des soins postnatals dans les 2 premiers jours après l'accouchement. Cependant, 40% des femmes n'ont jamais reçu de soins postnatals (EDSM-VI).

La fréquentation des services de santé reproductive en urgence reste faible. Selon le SNIS 2018, seulement 0,52% de référence obstétricale a été effectuée, 10,7% des complications obstétricales sont dues aux avortements entraînant 3% des cas de décès. Aussi, malgré la gratuité de la prise en charge de la césarienne, seulement 3% (EDSM-VI 2018) des femmes ont bénéficié la césarienne contre 5% selon les normes de l'OMS. (). L'insuffisance dans la référence/contre référence y compris le transport entre le village et le CSCom et celle dans l'intégration des données des structures privées et parapubliques constituent les principaux facteurs qui pourraient influencer cette situation.

La faible couverture des besoins en structures de prise en charge des SONU sont d'autres facteurs non moins importants de cette situation. Ainsi, selon la revue SONU de 2018, 31% des besoins en SONUC et 86% des besoins en SONUB ne sont pas couverts. Quant aux résultats de l'évaluation rapide SONU réalisée en 2016 moins de 50% des établissements disposent de tous les produits essentiels et consommables.

Le cancer du col de l'utérus est le premier cancer de la femme avec une incidence de 26,85 pour 100 000 femmes (Plan Stratégique de prévention et de lutte contre le Cancer du col de l'utérus). Par ailleurs le cancer du sein est de plus en plus fréquent malgré la faible disponibilité des données statistiques.

La faiblesse dans la prévention et dans la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses serait imputable à l'insuffisance de personnel formé, à l'insuffisance dans la dotation en équipements/réactifs et au coût élevé de la mammographie et de la chimiothérapie.

La prévalence de la fistule obstétricale n'est pas connue à ce jour au Mali. Selon le SLIS 2018 253 cas confirmés de fistule ont été diagnostiqués. Parmi ces cas, 249 ont bénéficié de la prise en charge chirurgicale dans les formations sanitaires avec un taux de succès de 48,19%. Cependant l'OMS estime l'incidence de fistule à 3 - 4/1000 accouchements.

A cela s'ajoutent l'insuffisance dans la mise en œuvre des audits de décès maternels et des actions de riposte et l'insuffisance dans l'utilisation des PNP/SR et autres documents nationaux de référence.

Aucune analyse n'a été réalisée sur l'infertilité, les troubles de la ménopause les personnes en situation d'handicap due à la faible disponibilité des données.

### **2.1.2. Santé du nouveau-né**

Au Mali, la mortalité néonatale reste un défi majeur. Selon l'EDSM- VI 2018, elle est estimée à 33‰ naissances vivantes. On note également que 33% des naissances se déroulent à domicile. Par ailleurs, pour les naissances réalisées dans les structures de santé, les mères et les nouveau-nés après l'accouchement ne respectent pas le temps d'observation préconisé. Ainsi, la majeure partie de la période néonatale se passe à domicile, et le nombre élevé de décès s'explique par le retard dans le recours aux soins ou l'absence de soins appropriés.

D'après le DHIS2 (2018), seulement 37% des structures de santé de référence offrent les Soins Mère-Kangourou (SMK). La qualité de prise en charge des petits poids de naissance est faible et la couverture efficace en SMK est de 28%.

Cet état de fait peut expliquer qu'une proportion importante de décès pendant la période néonatale dans les services de santé soit imputable au petit poids de naissance/prématurité (28%). Aussi, seuls 69% du personnel de santé sont formés en réanimation néonatale. La disponibilité moyenne des soins au nouveau-né dans les établissements est de 50%. La disponibilité de ballon et masque facial est de 45%. Ceci dénote une faiblesse dans la réanimation du nouveau-né qui est un aspect important pour sa survie.

Aussi, très peu de CSRéf et d'établissements publics hospitaliers (EPH) disposent d'une unité de néonatalogie/Pédiatrie, et les unités de SMK existantes sont peu fonctionnelles.

Les interventions traceuses retenues pour le nouveau-né sont l'allaitement maternel exclusif avec mise au sein précoce (64 % des enfants de moins de 2 ans ont commencé à être allaité dans l'heure qui a suivi la naissance (EDSM-VI), les soins post natals (42% des nouveau-nés n'ont reçu aucun soin postnatal) et l'enregistrement des naissances pour l'acte civil 87% EDSM-VI).

Ces goulots d'étranglements peuvent s'expliquer essentiellement par les barrières socioculturelles (colostrum considéré mauvais, utilisation des infusions traditionnelles), l'insuffisance dans l'offre des services intégrés, la faible communication entre le personnel et la communauté mais aussi par la persistance de l'accouchement à domicile.

### 2.1.3. Santé de l'enfant

Selon les EDSM-V et VI, la mortalité infanto-juvénile est passée de 95 à 101‰ naissances vivantes.

Le paludisme, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) particulièrement la pneumonie, la déshydratation induite par des diarrhées sévères et la malnutrition aigüe constituent les principales causes de décès d'enfants. Une prise en charge médicale rapide et appropriée chaque fois qu'un enfant présente ces affections est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Les Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) offerts par les Agents de Santé Communautaire (ASC) est une stratégie importante pour cette réduction. Cependant, la couverture du pays en sites ASC demeure encore faible. Elle a été estimée à 34% par la revue SEC réalisée en 2017.

En 2018, selon les documents de l'état de mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et les rapports de formation de la DGSHP/SDSR :

- 66% des districts sanitaires étaient couverts par la stratégie PCIME ; ce chiffre est resté stationnaire depuis 2015. Le coût élevé de la formation PCIME clinique en cours d'emploi peut expliquer cet état de fait.
- La couverture efficace en PCIME notamment la prise en charge du paludisme simple avec les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisine (CTA) est passée de 4,3% en 2012 à 31% en 2018. Malgré cette progression, ce taux demeure toujours faible.
- 10% des structures publiques (CSRéf et EPH) appliquaient le Tri- Evaluation-Traitement -d'Urgence (TETU). L'insuffisance dans le financement et dans la maintenance des appareils et équipements de TETU en est une cause.

Selon l'annuaire statistique 2018 :

- 19% des sites PTME font le diagnostic précoce chez les enfants. Les cinq régions du nord ne disposent d'aucun site offrant le diagnostic précoce ;
- selon les annuaires statistiques 2016 et 2018, la proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de diagnostic précoce est restée presque stationnaire respectivement de 20 % et 19%. Cela s'expliquerait non seulement par la faible couverture en sites de dépistage mais aussi par les ruptures fréquentes en réactifs et ARV ;
- l'admission des cas de malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois dans les structures de prise en charge est restée presque stationnaire entre 2017 (35,62%) et 2018 (36,27%). Cette situation s'expliquerait par la timidité des activités de dépistage au niveau communautaire.

Pour la prévention des maladies diarrhéiques, la proportion de la population qui dispose d'une installation élémentaire de lavage des mains (avec eau et savon) a diminué de plus de la moitié entre les deux dernières enquêtes démographiques et de santé : 37,2% pour EDSM-V et 14% pour EDSM-VI. Cette diminution pourrait s'expliquer par la faible acceptabilité socioculturelle et la faible disponibilité de l'eau potable.

Selon l'EDSM- VI 2018 :

- la couverture vaccinale de base des enfants de 12-23 mois est passée de 39 % en 2012-2013 à 45% en 2018. De manière spécifique : le taux de couverture en BCG est resté presque stationnaire 84 % pour l'EDSM-V et 83 % EDSM-VI, tandis que pour le PENTA3, le VPO3, le vaccin antirougeoleux, les taux sont passés respectivement entre EDSM-V et EDSM-VI de (57,1% contre 71%), (46,8 % contre 54%) et (58,6% contre 70 %). Ces variations s'expliqueraient par la faible réalisation des activités de vaccination en centre fixe, stratégie avancée/équipe mobile et la situation sécuritaire ; la proportion de femmes pratiquant l'allaitement exclusif est passé de 33% en 2012-2013 à 40% en 2018. Cette progression malgré son insuffisance s'expliquerait par les actions innovantes comme la mise en place des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) ;
- la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois est restée stationnaire à 82% entre les EDSM-V , et VI . La prévalence élevée des parasitoses chez les enfants (vers intestinaux, paludisme...) serait la principale cause ;
- le taux de diversification alimentaire chez les enfants de 6 à 23 mois est passé de 8 % à 22% entre les deux dernières EDSM. Les actions innovantes comme la mise en place des GSAN, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et les sensibilisations à travers le serveur vocal 37-3-2-1 auraient contribué à cette progression. Cependant le taux reste toujours faible ;
- la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6- 59 mois en 2012 était de 61%. Ce taux a augmenté à 68% lors de la dernière EDSM grâce aux différentes campagnes organisées ;
- la surveillance préventive des enfants (SPE) après leur premier anniversaire est très timide : 5% selon l'annuaire statistique 2018. Ce taux n'a pas varié entre 2017 et 2018. Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des avantages de la SPE après le premier anniversaire de l'enfant par les parents, la non- intégration des services, l'insuffisance de la communication entre prestataires et parents.

La couverture efficace en Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) reste faible : 27% selon les données de la revue 2017 contre 25 % en 2016.

#### 2.1.4. Santé des adolescents.es et des jeunes

Au Mali, la santé de la reproduction des adolescents.es et les jeunes est une préoccupation nationale, car cette cible de 10 à 24 ans selon les documents politiques et l’OMS constitue une couche très vulnérable face aux infections sexuellement transmissibles, les grossesses précoces et non désirées, aux avortements à risque et l’adoption d’autres comportements néfastes à leur santé.

Cette situation résulte de l’insuffisance de la disponibilité et de l’accessibilité aux informations et aux autres services de santé adaptés aux besoins spécifiques des adolescents.es et jeunes.

Les adolescents.es et les jeunes vivent dans un contexte marqué par la pauvreté, le chômage, les tabous et la faible communication parent-enfant en matière de sexualité. Aussi ils évoluent dans un climat d’instabilité, d’insécurité, de violences basées sur le genre. Ils disposent de peu de loisirs et d’opportunités pour se qualifier professionnellement et se développer, toutes choses qui les rendent vulnérables.

Au 31 décembre 2018, parmi les personnes déplacées recensées au Mali, les moins de 17 ans représentaient 53% avec un total de 42 560 enfants enregistrés dont 24 091 filles et 18 469 garçons selon le Plan de Réponses Humanitaires (PRH 2019).

Nombreux sont ceux qui continuent d’adopter des comportements compromettant à la fois leur santé actuelle et celle qu’ils auront à l’avenir. Ces comportements ont trait au tabagisme, l’alcoolisme, la consommation de stupéfiants la sédentarité, les rapports sexuels précoces et non protégés ou l’exposition à des violences, le mariage des enfants, l’accès difficile aux services de santé. La principale conséquence de cette situation est le taux élevé des maladies infectieuses et parasitaires dont le paludisme, les IST, VIH/SIDA, les affections bucco-dentaires, l’obésité, les accidents de la voie publique etc.

Selon EDSM-VI (2018) le taux de fécondité des jeunes adolescentes de 15-19 ans, reste très élevé soit 16,4 naissances pour cent femmes.

L’accessibilité géographique des adolescents.es et des jeunes aux services de Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ) est faible soit 18% selon EDSM- VI. Il faut signaler que les centres ou espaces dédiés aux adolescents.es et jeunes ne sont disponibles que dans certaines régions au sud du pays en l’occurrence Bamako, Sikasso, Kayes et Ségou.

Des services de prise en charge des cas de troubles nutritionnels chez les adolescents.es et les jeunes de 10 à 24 ans de même que les cas de troubles mentaux sont quasi inexistantes.

La disponibilité des ressources humaines compétentes en SAJ est faible (27%) selon l’enquête SARA 2018.

La disponibilité des intrants pour la prise en charge de la SAJ s’intègre dans celle de la prise en charge des adultes ; elle est de 34%<sup>1</sup> liée à des ruptures fréquentes de stocks des produits SR/PF/VIH (condoms, produits PF d’urgence, tests de dépistage, médicaments essentiels pour IST, ARV etc.).

---

<sup>1</sup> Enquête SARA 2018

Par rapport à la demande de services SAJ, on note une faible acceptabilité socio- culturelle de l'ordre de 53% (EDSM-VI). En effet cette situation est liée à la persistance des pesanteurs socio-culturelles soutenues par une insuffisance d'informations claires et appropriées des jeunes et adolescents.es et l'insuffisance de communication entre les parents et leurs enfants.

Financièrement, les services de santé des adolescents.es et des jeunes sont difficilement accessibles à cause du faible pouvoir d'achat des adolescents.es et des jeunes et l'absence d'une politique de gratuité en leur faveur.

La faible utilisation initiale (10% EDSM-VI) de la SAJ inhérente aux IST/VIH s'explique par la faible connaissance de la transmission desdites infections en général.

S'agissant de la connaissance de la prévention du VIH selon EDSM-VI, elle est de 16% pour les hommes et femmes de la même tranche d'âge de 15-24 ans.

## **2.2. Axes transversaux**

### **2.2.1. IEC/CSC**

La problématique de la santé de la reproduction repose sur la faible fréquentation des services de santé liée très souvent aux barrières socioculturelles, à la faible implication de certaines couches spécifiques de la société notamment les adolescents.es et jeunes. C'est pourquoi l'Information, l'Education et la Communication (IEC) pour un changement social et de comportement (CSC) demeure importante pour la création de la demande.

Selon la dernière EDS-M, 31% des hommes et 39% des femmes n'ont été exposés à aucun des médias notamment la radio, la télévision et le journal pour s'informer.

Les indicateurs de la communication en matière de santé maternelle et infantile demeurent faibles. En effet :

- 57% des femmes de 15 à 49 ans ont entendu parler de la fistule obstétricale ;
- 51% des femmes et des hommes ont entendu ou ont vu des messages sur le paludisme ;
- 16% des femmes et 23% des hommes de 15 à 49 ans ont une connaissance complète du VIH ;
- 49% des femmes et 38% des hommes savent que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par l'allaitement ;
- 36% des femmes enceintes ont eu leur première visite prénatale au cours du premier trimestre ;

Par contre, on peut noter des améliorations sur le niveau de connaissance générale :

- Parmi les 15-19 ans (20%) et les 20-29 ans (28,2%) peuvent situer correctement la période fertile ;
- 93% des femmes et 96% des hommes ont entendu parler d'une méthode contraceptive ;
- Parmi les 15-19 ans (89,5%) et les 20-24 ans (95,1%) ont entendu parler d'une méthode contraceptive et 98,3% pour les hommes de la même tranche d'âge.
- 79% des mères d'enfants de moins de cinq connaissent le SRO ou les liquides de réhydratation orale.



La création de la demande et les interventions de changement social visent à améliorer la communication entre les prestataires, les clients.es, les familles, les couples et les membres de la communauté en vue de promouvoir à leur égard une attitude positive et des normes culturelles favorables. Elle permet également d'accroître l'engagement des leaders communautaires et des autres décideurs.

La revue du plan SR (2014-2018) a mis en évidence l'absence d'un plan de communication. Ceci a joué négativement sur sa mise en œuvre et risque d'impacter négativement sur le plan SRMNIA-Nut 2020-2024. Pour ce faire, l'élaboration d'un plan de communication est indispensable en vue d'accompagner la mise en œuvre efficace du présent plan SRMNIA-Nut. Ce plan sera fondé sur des théories, un processus de conception et de mise en œuvre testés ayant un impact mesurable prenant en compte le contexte d'urgence sanitaire, notamment le cas de la pandémie COVID-19.

### 2.2.2. *Planification Familiale*

La planification familiale permet de promouvoir les droits humains plus spécifiquement les droits sexuels et reproductifs. Elle est également un moyen d'atteindre le dividende démographique et d'avoir des rétributions durables à travers la réduction de la pauvreté et l'atteinte des ODD.

Au Mali, plus de la moitié de la population est constituée de femmes (50,5 % selon RGPH 2009) parmi laquelle 22% sont en âge de procréer. L'indice synthétique de fécondité reste élevé et quasi constant au cours des trois dernières enquêtes démographiques et de santé) ; 6,6 en 2006, 6,1 en 2012 et 6,3 enfants par femme en 2018 (EDSM-VI).

Il existe une disparité entre les zones urbaines (4,9 enfants par femme) et les zones rurales (6,8 enfants par femme) en 2018. Pour la même période, la prévalence contraceptive des méthodes modernes a connu une nette progression et a été estimée à 16% contre 9,9% en 2012 et 6,9% en 2006. Les méthodes les plus utilisées lors de la dernière EDSM ont été : les implants 44%, les injectables 34%, les pilules 12% et les DIU 6%. Quant aux besoins non satisfaits, ils sont passés de 30% en 2006 à 26% en 2012 et se situent actuellement à 24% en 2018. La contribution des adolescents.es à la fécondité reste élevée, 36% entre 15-19 ans ont commencé leur vie féconde et 30% ont déjà eu leur premier enfant.

Dans le cadre du repositionnement de la PF, la volonté politique du Gouvernement du Mali sur la question de la PF a été réaffirmée lors de la conférence de Ouagadougou « *Population, Planification familiale et développement : l'urgence d'agir* » en février 2011 et du Sommet de Londres sur la Planification Familiale en juillet 2012 et plus récemment lors de la conférence internationale sur la population et le Développement (CIPD+25) à Nairobi en novembre 2019. Un des objectifs de ces engagements est de faire face à la croissance rapide de la population (3,6% selon RGPH 2009).

Au plan national, les interventions en matière de planification familiale sont soutenues par la loi n° 02-044/du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction. De ce fait elles font partie des priorités déclinées dans la Politique Nationale de Population (PNP), le PDDSS, le PRODESS et le Mali Action Plan (MAP).

La planification familiale est également un volet important du Plan Multisectoriel des Adolescents.es et des jeunes prenant en compte leurs spécificités. Les priorités et défis déclinés dans ces programmes et plans sont repris dans le Plan d'Action National Budgétisé PF 2019-2023 qui a fixé l'objectif de la prévalence contraceptive moderne à 30%. Cette seconde génération de PANB/PF est donc le cadre de référence pour la conception, la mise en œuvre et la coordination de toutes les interventions. Elle se décline en 5 axes stratégiques : (1)

Création de la Demande, (2) Offre et accès aux services, (3) Politique, Environnement Habilitant et Financement, (4) Sécurisation des Produits, (5) Supervision, Coordination et Suivi/Evaluation.

### 2.2.3. *Nutrition*

La nutrition est le fondement d'une bonne santé, de la réussite scolaire, du renforcement de l'autonomie des femmes et le développement de l'être humain. Elle améliore le rendement cognitif et scolaire, les revenus et la productivité durant la vie active.

Au Mali, la malnutrition constitue un problème de santé publique comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Elle est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. L'état nutritionnel de l'adolescent.e détermine l'avenir nutritionnel de ses futurs enfants (petit poids de naissance avec défaillance du système immunitaire risque accru de décès). La malnutrition est un problème à dimension multifactorielle et multisectorielle dont les causes sous-jacentes sont l'insuffisance d'accès à une alimentation de qualité, les soins et les pratiques inappropriés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et aux services de santé. Elle nécessite un mécanisme de coordination intra et intersectorielle entre les différents secteurs suivants : la santé, l'éducation, le commerce, l'industrie, l'agriculture, l'élevage et la pêche, l'hygiène, l'assainissement, la protection sociale, le secteur privé et les partenaires.

L'anémie touche 82% des enfants de 6 à 59 mois et 63% des femmes de 15-49 mois selon EDSM-VI. La prévalence de la malnutrition chronique chez Les enfants de moins de 5 ans est de 27 % et celle de l'émaciation de 9%.

### 2.2.4. *Wash*

Au Mali, les informations collectées au cours de l'EDSM-VI dans le domaine de l'hygiène publique et la salubrité ont porté sur : la source d'approvisionnement en eau de boisson, l'utilisation des toilettes, le lavage des mains. Globalement, il ressort que 62 % de la population des ménages au Mali disposent d'un service élémentaire d'approvisionnement en eau de boisson. Ce pourcentage est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (91 % contre 54 %). Par contre, 7 % de la population des ménages utilisent un service limité d'approvisionnement en eau de boisson.

Trente-six pour cent (36%) de la population de droit des ménages utilisent une installation sanitaire élémentaire. Ce type d'installation est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (45 % contre 33 %). Par contre, 41 % des ménages du milieu urbain utilisent une installation sanitaire limitée. Ce pourcentage est de 20 % pour le milieu rural.

Soixante et un pour cent (61 %) de la population ne disposent que d'une installation limitée pour le lavage des mains (sans disponibilité de savon ou de l'eau) et 14 % disposent d'une installation qualifiée d'élémentaire, (avec de l'eau et du savon).

En matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement, le Mali dispose des normes WASH accompagnées des directives de mise en œuvre.

### 2.2.5. *Sécurisation des produits, matériel technique et équipement*

#### ❖ *Sécurisation des produits*

La performance de tout programme de santé repose sur l'accessibilité géographique et financière aux médicaments de qualité, en quantité suffisante et au meilleur coût. Les produits



pour la prise en charge des pathologies en particulier celles de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents.es et jeunes rentrent dans ce cadre.

La disponibilité est garantie lorsque 80 % des établissements ont les médicaments, les vaccins, les réactifs et consommables dont on a besoin, sans rupture de stocks et à un prix accessible.

Les résultats de l'enquête SARA 2018 ont révélé que le taux de disponibilité moyen des médicaments essentiels est de 35%.

L'enquête de disponibilité réalisée en 2017 révèle que le taux de disponibilité des produits traceurs était de 95%.

Selon l'OSPSANTE, 28% des structures ont connu des ruptures de stock en médicaments traceurs de la mère du nouveau-né et de l'enfant au cours des 3 derniers mois de 2018.

Les rapports 2018 de la Direction de la Pharmacie et du médicament (DPM) révèlent que 22,6% d'établissements de santé ont connu des ruptures d'au moins un produit contraceptif. La même source indique que le nombre moyen de jours de ces ruptures dans les points de prestation de services était au tour de 1,86.

#### ❖ *Matériel et Equipement*

Les établissements de santé ainsi que le matériel et les équipements médicaux demeurent insuffisants en général. En effet selon l'enquête nationale SARA 2018 :

- la densité des établissements de soins est estimée à 0,91 établissement de santé pour 10 000 habitants contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants.
- sur le plan national, il y a en moyenne 6,7 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants contre 25 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants.
- le nombre moyen de lits de maternité est de 7,4 lits pour 1 000 femmes enceintes contre 10 lits selon la norme de l'OMS ;
- le taux moyen de disponibilité en équipements d'anesthésie dans les établissements de santé est faible (7%) ;
- le taux moyen de disponibilité en oxygène dans les établissements est de 53% ;
- les équipements les moins disponibles sont les ballons et masque facial (45%) et ventouse obstétricale manuelle (33%) ;
- les équipements de communication (60%) et les ordinateurs et le réseau internet /email fonctionnels (59%).

#### **2.2.6. Violences basées sur le genre**

Les violences basées sur le genre constituent un problème de santé publique qui remet en causes les droits de l'homme et les principes d'égalités de sexes. Elles sont une menace pour la paix durable et la dignité humaine. La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction nécessitent une grande attention pendant les pandémies qui aggravent les inégalités existantes pour les femmes et les filles ainsi que la discrimination d'autres groupes vulnérables telles que les personnes en situation d'handicap et d'extrême pauvreté.

Selon EDSM-VI, 45 % des femmes de 15-49 ans ont subi des actes de violence physique ou sexuelle, 49 % ont subi des actes de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle. Parmi celles-ci, 68 % n'ont jamais recherché d'aide et n'en ont jamais parlé à personne.

En termes de pratiques traditionnelles néfastes, 73% des filles de 0-14 ans et 89% des femmes de 15-49 ans ont subi l'excision.

Les mariages d'enfants concernent principalement les filles, 18 % avant l'âge de 15 ans et 53% avant 18 ans. La fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans est de 36% et 30% ont déjà eu leur premier enfant.

En réponse, le Mali a pris des engagements internationaux et dispose de cadres nationaux pour la prise en charge holistique notamment la Stratégie Nationale pour mettre fin aux VBG. Aussi, plusieurs documents sont en cours d'élaboration, de révision ou d'adoption, notamment l'avant-projet du Code de Protection de l'Enfant, l'avant-projet de loi sur les VBG, le Code Pénal et le Plan Décennal de Développement pour l'Autonomisation de l'Enfant, de la Femme et de la Famille.

En collaboration avec les partenaires, les ministères en charge de la santé, de la promotion de la femme, du développement social, de la sécurité et de la justice ont pris des initiatives pour améliorer l'offre et la qualité des services à l'endroit des survivant(e)s. Il s'agit de la création de centres de prise en charge holistiques, de cliniques juridiques, de la prise en charge médicale spécialisée, de l'assistance psychosociale, de l'établissement d'une ligne verte, de la formation de plusieurs acteurs notamment les prestataires de santé, les officiers de police judiciaire.

### **2.2.7. Situation humanitaire**

Le Mali continue de faire face à une crise multidimensionnelle qui sévit depuis 2012.

Avec l'extension des conflits multiformes au centre du pays, environ 7,2 millions de personnes soit 35% de la population de sept régions (Mopti, Tombouctou, Taoudénit, Gao, Ménaka, Kidal et Ségou) sont affectées par la crise. Parmi les personnes affectées, environ 51% sont des femmes et 19% des enfants de moins de 5 ans.

Entre janvier et août 2019, le nombre de personnes ayant besoin d'assistance humanitaire est passé de 3,2 à 3,9 millions selon le Plan de Réponse Humanitaire (PRH) révisé.

Selon la même source, 54% des personnes déplacées sont des femmes et 53% sont des enfants de moins de 18 ans. En termes d'utilisation des services de santé, la disponibilité du personnel a été réduite particulièrement dans les régions du nord.

En fin 2018, 23% des structures n'étaient pas fonctionnelles contre 17% en 2017. La sortie des cliniques mobiles d'offre de services a relativement baissé en 2018 à 86% ; cette diminution est due entre autres à des attaques contre le personnel de santé et les ambulances. Cette situation compromet l'accès aux soins pour environ 1,8 millions de personnes et, par conséquent, les rend plus vulnérables aux épidémies et autres maladies.

La population en insécurité alimentaire ou à risque est passée de 3,4 millions de novembre 2018 à près de 3,8 millions à mars 2019 selon le cadre harmonisé de mars 2019.

En réponse à cette situation, la communauté humanitaire au Mali composée du Gouvernement et ses partenaires élabore annuellement un Plan de Réponse Humanitaire (PRH) à travers lequel des objectifs sont définis pour (i) l'assistance d'urgence pour sauver des vies, (ii) la protection des moyens d'existence et le renforcement de la résilience et (iii) la protection holistique des groupes de populations les plus vulnérables.

Ce document est le cadre de référence national avec une logique d'intervention axée sur la lutte contre l'insécurité alimentaire, la prise en charge des urgences sanitaires et nutritionnelle, la protection conforme aux besoins des populations les plus vulnérables dont les femmes enceintes et allaitantes, les enfants et les adolescents.es et les jeunes.

### **2.2.8. Financement**

Selon le rapport de la revue SR (2018), la part du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est passée de 5,65% en 2003 à 7,87% en 2015. Avec ce taux, le Mali est encore loin d'atteindre les engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'intention d'Abuja en 2001 pour amener le budget de la santé à une valeur de 15% du budget global de l'Etat.

Le budget de l'Etat est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées.

Seulement 3% du budget de la santé a été alloué à la SR. Selon les comptes nationaux de la santé en 2015, les dépenses totales de la santé de la reproduction (SR) sont estimées à 35,834 milliards de francs CFA, soit 11,25% des dépenses courantes de santé estimées à 318,544 milliards de francs CFA.

### **2.2.9. Ressources humaines**

La problématique des ressources humaines se pose en termes d'insuffisance quantitative avec un ratio national de 6.3 pour 10 000 habitants (SI-GRH de la DRH secteur santé 2018), inférieur aux normes OMS (23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants). Cette insuffisance est aggravée par une répartition géographique inéquitable et une instabilité du personnel affectant la mise en œuvre des stratégies du plan SR et la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires ; à cela s'ajoute les effets néfastes des urgences sanitaires sur les services de santé avec un risque plus accru de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantile.

En matière de ressources humaines formées :

- la qualité de la formation de base du personnel de santé est faible ;
- l'instabilité du personnel est notée à tous les niveaux du système
- l'accès aux sites ASC est de 30% (Revue SEC 2017) par insuffisance de recrutement des ASC ;
- l'accès aux CSCom offrant des services de PTME dans un rayon de 5 km est faible (47%) en partie à cause des anciens sites devenus non fonctionnels par manque de personnel.
- seuls 66% des structures de premier niveau, 37% des CSRéf et des EPH, 67% des services d'accouchement, 69% des services de réanimation néonatale, disposent respectivement de personnels formés en PCIME, SMK et SONU.

La qualité de certaines prestations spécifiques est affectée par la qualité des ressources humaines disponibles notamment pour :

- la pédiatrie, l'anesthésie et la réanimation au niveau des CSRéf
- le conseil et le dépistage du VIH chez les adolescents.es et les jeunes de 15 à 24 ans (27%) ;

- la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH dont la couverture efficace est de 13% ;
- le suivi et la prise en charge des enfants nés de mères séropositives (couverture effective 19%) ;
- la faible couverture effective (12%) en santé reproductive des adolescents.es ;
- la faible couverture efficace (61%) de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère ou l'émaciation ;
- les accouchements effectués par le personnel non qualifié dans les maternités rurales et les CSCom.

### **2.2.10. Coordination/Gouvernance/Leadership**

La coordination aux différents niveaux de la pyramide a été faite à travers les organes mis en place dans le cadre du PRODESS. Les groupes thématiques (SR et Nutrition) ont assuré le suivi de la mise en œuvre des interventions et ont fait des propositions de développement de stratégies porteuses.

La revue du plan stratégique SR 2014-2018 réalisée en 2018 a fait les constats suivants :

- la multiplicité des organes et des acteurs liée aux initiatives de la SR, rendant difficile la coordination de la mise en œuvre des différents plans ;
- la faiblesse des mécanismes de concertation entre les intervenants en matière de SR ;
- la faible utilisation des cartographies des intervenants en matière de SR renforçant l'incohérence entre les programmes SR ;
- l'insuffisance dans la coordination entre l'Etat et ses partenaires dans la mise en œuvre du plan et l'allocation réelle de ressources pour les interventions de SR;
- la faiblesse de leadership des autorités sanitaires dans la mise en œuvre des activités ;
- les écarts entre les engagements nationaux et l'allocation réelle des ressources pour les interventions de SR.

### **2.2.11. Suivi-évaluation et Recherche**

L'insuffisance dans la complétude des données sanitaires du système de collecte de routine et l'insuffisance dans la dissémination des résultats d'études/recherches opérationnelles en matière de SSR contribuent aux difficultés de coordination et limitent la capacité nationale à suivre les progrès dans l'atteinte des cibles fixées en matière de SR. Ceci constitue une entrave à la prise de décisions pour optimiser l'aptitude du système sanitaire à mettre à échelle les interventions essentielles de SR.

La faiblesse du suivi et de la supervision des activités SR a été observée ; en effet, le non-respect du rythme des missions de supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, explique cet état de fait.

L'un des défis majeurs concernant la qualité des données est l'insuffisance de la collaboration entre l'État et le secteur privé de la santé, l'insuffisance de la complétude et de la promptitude des données collectées dans le système de routine.

Ces insuffisances compromettent la possibilité d'établir un lien entre les ressources investies et les résultats obtenus.

La recherche opérationnelle a été insuffisamment menée au cours de la période 2014-2018 et particulièrement sur les enfants de la tranche d'âge de 6 à 10 ans, les adolescents.es et jeunes.

## **2.3. Forces, faiblesses, menaces et opportunités**

Tableau :n° XXX ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<b>Volonté politique</b>				
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement des engagements politiques (CREDD, PDSS, MAP)</li> <li>• L'existence d'une loi SR</li> <li>• L'existence d'une politique nationale de nutrition</li> <li>• Restructuration de la direction nationale de la santé en direction générale de la santé avec création des Sous-Directions</li> <li>• La création de l'office nationale de la santé de la reproduction (ONASR)</li> <li>• La gratuité de la césarienne, prestations médicales liées à la santé de la mère et des enfants de moins 5 ans (paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans) et des ARV ;</li> <li>• L'existence d'une politique nationale de développement des ressources humaines en santé avec son plan stratégique de mise en œuvre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre des engagements internationaux et nationaux en matière de SR</li> <li>• Insuffisance dans l'application du décret interministériel sur le transfert des ressources aux collectivités</li> <li>• La non-prise en compte du nouveau-né dans la gratuité de la césarienne.</li> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre de l'initiative gratuité de la césarienne</li> <li>• Faible engagement politique pour la prise en charge gratuite de la fistule obstétricale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement de la Société civile et des PTF pour l'atteinte des ODD.</li> <li>• Opérationnalisation de la gratuité des services en matière de SR</li> <li>• Implication du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes SR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistance de la crise multidimensionnelle du pays</li> </ul>

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Capacité Opérationnelle des services	<b>Planification et coordination des interventions</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des organes de gestion du PRODESS à tous les niveaux</li> <li>Existence d'un comité national de suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre la fistule obstétricale.</li> <li>Existence de documents normatifs sur la stratégie des soins essentiels dans la communauté, la sécurisation des produits SR/PF, et du SDAME, du guide sur la référence-évaluation, du plan de lutte contre le cancer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible niveau de fonctionnement des organes de gestion de la SR/PF/Nut</li> <li>Insuffisance de coordination entre les groupes thématiques</li> <li>Insuffisance de mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels,</li> <li>Insuffisance dans l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits SR.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible implication des Organisations de la société civile, des collectivités et du secteur privé dans les organes de mise en œuvre de suivi</li> </ul>
	<b>Leadership</b>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance dans la mobilisation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence de plusieurs partenaires dans la SR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de la coordination dans les interventions au niveau opérationnel</li> </ul>
	<b>Extension et accessibilité des services</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des CSCom médicalisés</li> <li>Disponibilité des produits SR/PF jusqu'au dernier kilomètre dans deux régions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La non mise à jour périodique de la cartographie des intervenants en SR</li> <li>Insuffisance de dissémination de la cartographie des plateformes communautaires (GSAN ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des TIC et du numérique</li> <li>Existence du partenariat entre les services techniques du secteur de la santé de l'Etat, des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instabilité politique et sécuritaire.</li> <li>Insuffisance de moyens de transport et de communication,</li> <li>Absence, voire le mauvais état des routes</li> </ul>

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect de la carte sanitaire</li> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre des interventions à haut impact</li> <li>• Faible couverture en sites ASC</li> <li>• Insuffisance dans la gestion des médicaments et consommables au niveau opérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• collectivités et la communauté</li> <li>• Existence de collaboration avec les médecins de campagne en matière de SR/PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible appropriation des collectivités et des ASACO dans leurs rôles et responsabilité dans le système santé</li> </ul>
<b>Offre des services</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des acteurs communautaires et des collectivités dans la gestion des structures de santé l'organisation des activités au niveau opérationnel.</li> <li>• Mise en œuvre du transfert des compétences de l'Etat aux collectivités en matière de la SR (administratives, techniques et ressources)</li> <li>• Institutionnalisation du système de délégation de tâches</li> <li>• Institutionnalisation de la campagne PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre du cadre conceptuel de la référence/évacuation.</li> <li>• - Insuffisance de collaboration entre les collectivités et les ASC dans la gestion et l'organisation des activités</li> <li>• - Insuffisance d'intégration des structures privées dans l'offre des services et des soins.</li> <li>• -Retard dans l'extension de la délégation de tâches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence des stratégies mobiles et avancées pour la disponibilité des services</li> <li>• La révision du paquet des ASC</li> <li>• Existence des plateformes communautaires en matière de SR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survenue des urgences sanitaires (exemple COVID-19)</li> </ul>
<b>Qualité de services</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une stratégie nationale sur la qualité des services et soins</li> <li>• Existence d'un plan qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible mise en œuvre du plan stratégique sur la qualité des services et des soins.</li> <li>• Faible application du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des communautés et des collectivités dans l'appréciation de la qualité des services et</li> </ul>	



DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	<p>pour l'accréditation des structures de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalisation des structures de santé (DHIS2, ICATT ....)</li> <li>• Existence des PNP en SR/PF régulièrement mises à jour.</li> <li>• Existence d'une structure nationale en charge de l'évaluation des hôpitaux</li> <li>• Existence d'un comité national sur la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte</li> </ul>	<p>mécanisme d'accréditation des structures d'offre des services et soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrégularité dans l'inspection des structures publiques et privées et faible application des recommandations issues des inspections et d'évaluation des hôpitaux</li> <li>• Faible qualité des audits de décès maternels et néonataux et de l'autopsie verbale au niveau communautaire</li> </ul>	<p>soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une structure nationale en charge de l'accréditation</li> </ul>	
<b>Ressource humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'existence d'une politique et plan de développement des ressources humaines</li> <li>• Informatisation du système de gestion des RH du secteur Santé</li> <li>• Existence d'un plan de décentralisation du recrutement pour les services publics et collectivités.</li> <li>• Décentralisation des écoles de formation initiale avec implication du privé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvaise répartition associée à l'instabilité des RH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> <li>• Insuffisance dans l'application du plan de développement des ressources humaines (formation, recrutement, motivation, plan de carrière)</li> <li>• Absence d'un mécanisme durable de financement des salaires des ASC.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence du personnel dans les zones difficiles et à risque due à l'insécurité</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un processus de planification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard dans la mobilisation et l'absorption des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption de l'approche budget</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-paiement des cotes parts par les</li> </ul>



DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<b>Financement</b>	<p>décentralisé avec des besoins financiers par niveau du système de santé,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'approches novatrices pour la mobilisation des ressources locales (miniers, commerçants et industriels...)</li> </ul>	<p>(Etat, PTF).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance dans la coordination des interventions des PTF.</li> </ul>	<p>programme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de mécanismes alternatifs de financement de la santé :</li> <li>• Assurance maladie (AMO, RAMED, ANAM, assurances privées)</li> <li>• Mutuelles de santé,</li> <li>• Caisse de solidarité pour la référence – évacuation</li> <li>• Engagement des PTF pour l'appui au financement de programme</li> </ul>	<p>communautés dans le cadre de la référence évacuation</p>
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des organisations de la société civile dans le processus de planification et de mise en œuvre du programme SR</li> <li>• Existence des modèles de plaidoyer à l'endroit des décideurs administratifs et politiques et religieux et PTF</li> <li>• Existence d'un réseau d'ambassadeurs pour la promotion de la SR/PF y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non mise à jour du plan de communication en SR/PF</li> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre de programme de changement de comportement en faveur de la SR/PF y compris les VBG et la fistule obstétricale.</li> <li>• Insuffisance de formation des prestataires de santé en matière de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une structure nationale en charge de la communication en santé</li> <li>• Existence d'un réseau de communicateurs traditionnels</li> <li>• Existence de réseaux jeunes en faveur de la SR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désinformation des populations due aux rumeurs à travers les radios et personnes influentes</li> </ul>

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
	<p>compris des jeunes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de campagnes de plaidoyer et de mobilisation en faveur de la SR</li> </ul>			
<b>Suivi Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un guide de supervision intégrée à tous les niveaux.</li> <li>• Organisation des revues périodiques spécifiques SR au niveau national et régional (SONU, PTME, Fistule, PCIME)</li> <li>• Evaluation rapide des structures SONU, des campagnes PF, des plans stratégiques SR, nutrition et fistule obstétricale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance d'harmonisation des outils de collecte des données</li> <li>• Faible documentation des bonnes pratiques</li> <li>• Faible 'intégration des données du secteur privé</li> <li>• Insuffisance dans la réalisation des études et recherche opérationnelle.</li> <li>• Faible partage des résultats des recherches et études</li> <li>• Non réalisation des évaluations à mis- parcours des programmes SR</li> <li>• Faible implication des acteurs communautaires dans le suivi-évaluation des programmes SR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de système d'information interopérable (DHSI2, OSP santé...)</li> </ul>	

## 2.4. Problèmes prioritaires et défis

### 2.4.1. Problèmes prioritaires

Suite à l'analyse situationnelle, on peut retenir les problèmes prioritaires suivants qui entravent le bon déroulement des activités de SRMNIA-Nut :

- la qualité insuffisante des soins et services SR offerts aux populations ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel ;
- l'insuffisance dans le recrutement du personnel qualifié et sa mauvaise répartition ;
- l'insuffisance de mesures incitatives pour le maintien du personnel au niveau des structures périphériques et dans les zones de conflits ;
- Insuffisance d'équipement et de matériels adéquats pour la prise en charge de la mère, du nouveau-né de l'enfant et des adolescents et jeunes
- le retard dans l'extension des structures SONU,
- la faible prise en compte des données du secteur privé dans le système national d'information sanitaire ;
- l'absence de plan de communication sur la SR ;
- la faible implication des parties prenantes dans le processus de coordination (planification, mise en œuvre et suivi/ évaluation) des programmes de SR ;
- le faible engagement des collectivités et des ASACO dans le système de référence/évacuation ;
- l'insuffisance de financement des stratégies avancées et des équipes mobiles pour l'offre intégrée des services ;
- l'insuffisance de suivi/évaluation des programmes de SR ;
- l'insuffisance d'études et de recherches sur la SR et sur la santé des enfants de la tranche d'âge de 6 à 10 ans ;
- l'insuffisance dans la diffusion des résultats des études et recherches opérationnelles/action ;
- l'insuffisance dans l'appropriation et la mise à échelle des initiatives novatrices développées pour la diminution de la mortalité maternelle et néonatale.

Avec la possibilité de survenue des urgences sanitaires notamment la pandémie de la maladie à COVID-19, on pourrait assister à :

- une disponibilité limitée du personnel par crainte de la propagation de la COVID-19 ;
- une réduction de l'utilisation des services de SR/PF ;
- une augmentation des cas de Violence Sexuelle Basée sur le Genre (VSBG).

### 2.4.2. Principaux défis

Ils se résument à :

- la disponibilité, la bonne répartition et le maintien du personnel qualifié à tous les niveaux ;
- la disponibilité des infrastructures adéquates, du matériel technique et des équipements nécessaires à l'offre des services de qualité y compris dans le secteur privé et le niveau communautaire ;

- la disponibilité continue des intrants jusqu'au dernier kilomètre y compris les produits contraceptifs ;
- l'opérationnalisation des approches novatrices d'amélioration continue de la qualité des services (coaching, mentorat, accréditation, comité de la qualité....) ;
- l'amélioration et le soutien aux activités pour le changement social et de comportement ainsi que l'engagement communautaire ;
- le respect des droits en matière de santé sexuelle et reproductive y compris l'égalité de genre ;
- l'amélioration du système de collecte et d'analyse des données pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé.

## CHAPITRE III : Orientations stratégiques du plan

### 3.1. Vision

**Le Mali aspire à un développement du système de santé qui garantit aux populations un accès équitable à des soins et services de santé reproductive de qualité en tout lieu et en tout moment.**

En effet, les approches et stratégies mises en œuvre pour réaliser cette vision permettraient d'avoir un meilleur état de santé pour l'ensemble de la population en général, et en particulier pour les mères, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents.es et jeunes, à travers un accès universel à des soins de santé reproductive de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans la communauté y compris dans le contexte d'urgence. La vision s'inscrit dans celle définie par le gouvernement dans le PDDSS en vue de la réalisation des Objectifs de Développement Durable conformément aux orientations du CREDD à travers le MAP.

### 3.2. Principes et valeurs

Le plan stratégique repose sur les principes fondamentaux basés sur la stratégie des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako. Ceux-ci constituent les piliers de l'architecture des interventions en matière de santé. Les principes et valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont :

PRINCIPES	VALEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Equité pour l'accès universel aux services</li> <li>☞ Implication des pouvoirs locaux et de la société civile</li> <li>☞ <i>cadre institutionnel fonctionnel pour la coordination, la synergie d'actions au niveau central et opérationnel</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equité,</li> <li>✓ Respect des droits humains,</li> <li>✓ Respect de l'identité culturelle des communautés,</li> <li>✓ Respect du droit des patients.es,</li> <li>✓ Soins respectueux</li> <li>✓ Egalité de genre</li> <li>✓ Bonne gouvernance.</li> </ul>

## **Droits humains et Santé de la Reproduction :**

Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Une grande part des recommandations ayant trait à la Santé, aux Droits Sexuels et Reproductifs porte sur les instruments des droits de l'homme, l'égalité des sexes, la violence sexiste et les droits. Les services de santé en matière de SRMNIA-Nut doivent protéger le droit à chaque individu au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité et celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses. L'ONASR veillera à ce que les valeurs, principes éthiques et droits humains soient respectés par les parties prenantes en matière de SRMNIA-Nut.

### **3.3. But**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile, des adolescents.es et des jeunes.

### **3.4. Objectif général**

Améliorer l'état de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent.e et jeune, y compris dans les situations d'urgence.

### **3.5. Objectifs spécifiques**

D'ici 2024 :

- 1) Réduire de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes le taux de mortalité maternelle ;
- 2) Réduire de 33 à 16 pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité néonatale ;
- 3) Réduire de 101 à au moins 95 pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infanto-juvénile ;
- 4) Rendre accessibles les services conviviaux à 40% des adolescents.es et des jeunes ;
- 5) Améliorer les capacités de coordination, de gouvernance, de leadership et de suivi/évaluation ;
- 6) Promouvoir les études et recherches en matière de Santé de la Reproduction y compris la Santé Sexuelle et Reproductive et l'égalité de genre.

### **3.6. Axes stratégiques et interventions prioritaires**

Les axes stratégiques et les interventions prioritaires qui en découlent sont listés par objectif spécifique.

## **Objectif Spécifique 1 : Réduire de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle d'ici 2024**

### **Stratégie : Amélioration de la prévention et de la prise en charge de la femme en vue de la réduction de la mortalité maternelle**

#### ***Interventions prioritaires :***

- Poursuite de l'extension de la couverture des services de SRMNIA-Nut par la création de nouvelles structures SONUB et SONUC ;
- Renforcement des structures de SR existantes ;
- Renforcement du dispositif de prévention et de prise en charge holistique des VBG y compris les complications de MGF ;

- Renforcement de la disponibilité des intrants (médicaments, test et réactifs, produits sanguins...);
- Dynamisation des comités locaux de gestion des médicaments ;
- Extension des sites PTME à tous les CSCom ;
- Renforcement du dispositif de prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation d'urgence ;
- Extension des approches novatrices telles que : la maison d'attente de maternité, les familles d'accueil, le comité des femmes utilisatrices des services de santé, des comités de la qualité, les points focaux Egalité Femme Homme (EFH), la plateforme "Jigisigi", la fête de mariage, Handarey, l'Ecole des Maris et l'Ecole des Mères, les équipes mobiles intégrées etc...);
- Mise en œuvre du PANB 2019-2023 ;
- Renforcement des capacités des prestataires de santé ;
- Intensification de la Communication pour le changement social et de comportement pour la réduction de la morbidité et mortalité maternelle ;
- Soutien aux activités génératrices de revenus en faveur de la SRMNIA-Nut ;
- Renforcement du système de référence/ évacuation et développement d'un partenariat durable avec les collectivités, les ASACO et les structures privées ;
- Renforcement de la prise en charge de l'infertilité, des cancers du col utérus et mammaire et des troubles liés à la ménopause ;
- Renforcement des capacités des maternités rurales pour l'offre des soins maternels et néonataux de qualité ;
- Opérationnalisation des mécanismes de gratuité des soins chez la femme, la mère, le nouveau-né et l'enfant ;
- Renforcement du système du tiers payants pour les prestations en SRMNIA-Nut ;
- Mise à échelle l'approche mentorat ;
- Renforcement du plateau technique en matière de prévention des infections y compris les mesures barrières pour la prévention de la maladie à COVID-19.

**Objectif Spécifique 2 : Réduire de 33 à 16 pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale d'ici 2024.**

**Stratégie : Amélioration de la prévention et de la prise en charge des affections du nouveau-né en vue de la réduction de la mortalité néonatale**

***Interventions prioritaires :***

- Renforcement de la qualité de la prise en charge du nouveau-né au niveau des structures SONU ;
- Renforcement de la capacité des structures pour la prise en charge du nouveau-né ;
- Renforcement de la compétence des prestataires pour la prise en charge du nouveau-né ;
- Amélioration de la prise en charge des petits poids de naissance et des prématurés ;
- Intensification des interventions de nutrition à la naissance (clantage tardif du cordon ombilical, mise au sein précoce et allaitement maternel exclusif) ;
- Promotion de l'enregistrement des naissances à travers l'utilisation des registres longitudinales ;
- Renforcement des capacités des structures en matière de prévention des infections y compris les mesures barrières pour la prévention de la maladie à COVID-19 ;
- Renforcement des interventions communautaires dans le cadre de la survie du nouveau-né.

**Objectif Spécifique 3 : Réduire de 101 à au moins 95 pour mille naissances vivantes, le taux de mortalité infanto-juvénile d'ici 2024**

**Stratégie : Amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans**

***Interventions prioritaires :***

- Poursuite de l'extension de la couverture en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique) ;
- Poursuite de l'extension des Soins essentiels dans la Communauté ;
- Enseignement de la PCIME dans les institutions de formation de base d'agents de santé (en pré-service) ;
- Extension de la couverture en Tri Evaluation Traitement d'Urgence (TETU) des enfants malades ;
- Renforcement de la Communication pour le Changement Social et de Comportement en matière de survie de l'enfant ;
- Renforcement de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives ;
- Promotion des initiatives en faveur de la gratuité des soins pour les enfants de 6 à 10 ans ;
- Organisation d'interventions spécifiques à l'endroit des enfants dans les sites de déplacés ;
- Amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcement des services de dépistage et de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe ;
- Intégration de la Vit A et de l'Albendazole dans la routine ;
- Renforcement de l'intégration des soins et services pour une meilleure qualité de la surveillance préventive des enfants.

**Objectif Spécifique 4 : Rendre accessibles les services conviviaux à 40% des jeunes et adolescents.es**

**Stratégie : Amélioration de l'état de santé des adolescents.es et jeune**

***Interventions prioritaires :***

- Extension des espaces jeunes aux autres régions tout en aménageant à part des salles d'attente, des salles assurant la confidentialité pour adolescents.es et jeunes dans les structures de santé ;
- Promotion du dialogue communautaire avec les élus locaux, les leaders d'opinion, religieux, traditionnels et coutumiers ;
- Renforcement des activités de CCSC à tous les niveaux et particulièrement au niveau communautaire à travers :
  - la mise en œuvre du guide d'engagement constructif des hommes en santé de la reproduction (ECH) notamment « l'école des maris », « l'école des Mères », « le Club des maris modèles » avec un accent sur l'implication des grand-mères et des belles mères » ;
  - la continuité des activités de routine par le personnel de santé ; il s'agit entre autres de la causerie éducative, la visite à domicile, du counseling, de la négociation et des conférences débats ;
  - l'implication des groupements féminins et jeunes, des associations professionnelles, des municipalités, des tradipraticiens, dans les activités pour une forte mobilisation communautaire ;



- les campagnes médiatiques, des activités de mobilisation sociale et de communication interpersonnelle organisées en collaboration avec les ONG partenaires à l'endroit des cibles ;
- la mise en œuvre des stratégies CCSC chez les adolescents.es et jeunes scolarisés et non scolarisés, plus spécifiquement chez ceux en situation de handicap, ceux du secteur informel, les déplacés et autres couches défavorisées nécessitant des messages, supports et approches adaptés à leur intention ;
- la mise en œuvre des stratégies appropriées de communication et approches innovantes auprès des adolescents/jeunes tels que les plateformes numériques, les réseaux sociaux, les SMS, « les blogs », « les grins » et les sites web.
- l'utilisation des médias privés et publics sera une opportunité pour professionnaliser les échanges autour de la SRMNIA-Nut dans le but de toucher un large public et de combattre les rumeurs.
- Renforcement des compétences du personnel des structures de santé et des espaces jeunes et le recrutement des spécialistes en SAJ ;
- Renforcement des établissements de santé en matériels et équipements adaptés aux besoins des adolescents.es et des jeunes ;
- Création des centres de désintoxication au niveau national et régional ;
- Renforcement des unités de prise en charge de la santé mentale des adolescents.es et jeunes.

***Objectif Spécifique 5 : Améliorer les capacités de coordination, de gouvernance, de leadership et de suivi/évaluation.***

**Stratégie : Renforcement des mécanismes coordination, de gouvernance, de leadership et de suivi/évaluation.**

***Interventions prioritaires :***

- Renforcement de la gouvernance du système sanitaire ;
- Mise en place d'un mécanisme de financement basé sur la qualité des services et la redevabilité ;
- Renforcement du système partenariat public-privé ;
- Renforcement des capacités des structures étatiques, privées et des ONG dans la collecte, l'analyse et la remontée des données en matière de SRMNIA-Nut ;
- Réalisation de la cartographie (géo-référentielle) des structures privées, parapubliques confessionnelles et services de santé des armées intervenant en matière de SRMNIA-Nut;
- Renforcement des mécanismes de suivi-évaluation des activités du plan stratégique SRMNIA-Nut ;
- Promotion des échanges d'expériences porteuses à l'interne et avec d'autres pays de la sous-région ;
- Renforcement des capacités des collectivités territoriales et de l'Etat en matière de recrutement du personnel de santé qualifié ;
- Mise en place des structures de référence d'offre de services de SRMNIA-Nut (cliniques fixes et mobiles) au niveau central et régional ;
- Elaboration du nouveau plan stratégique SRMNIA-Nut 2025-2029.

**Objectif spécifique 6 : Promouvoir les études et recherches en matière de SR y compris la SSR et l'égalité de genre.**

**Stratégie : Réalisation des études et recherches en matière de SR y compris la SSR et l'égalité de genre.**

***Interventions prioritaires :***

- Promotion des études et recherches en SRMNIA-Nut ;
- Réalisation des études et recherches en vue de déterminer la prévalence de l'infertilité ;
- Renforcement des études et recherches en intégrant des indicateurs spécifiques sur les personnes vivant avec un handicap ;
- Réalisation des études et recherches sur la santé des adolescents.es et des jeunes en prenant en compte les droits sexuels et reproductifs et l'égalité de genre ;
- Evaluation du système de référence évacuation, des structures SONUB, SONUC ;
- Evaluation de la mise en œuvre de l'initiative de la gratuité de la césarienne.

### **3.7. Analyse des risques**

L'analyse des risques est une étape importante de tout processus de planification dans le souci d'identifier les risques potentiels et développer un plan de mitigation et d'atténuation de leurs effets sur le bon déroulement des activités et l'atteinte des résultats.

Ainsi, toutes les interventions opérationnelles pouvant avoir un impact direct ou indirect sur l'environnement ou sur le changement climatique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire devront être identifiées afin d'atténuer leurs effets.

A cela s'ajoutent les effets néfastes de la dégradation de l'environnement qui affecte la santé des populations.

C'est dans ce cadre que le Mali à l'instar de 52 autres pays africains, a signé la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en août 2008 et s'est engagé pour sa mise en œuvre.

Selon le Plan d'Adaptation aux Effets Néfastes du Changement Climatique sur la Santé au Mali (décembre 2012), le changement climatique est une menace pour la santé publique, notamment la SRMNIA-Nut. Les élévations de température, la sécheresse, les inondations peuvent entraîner des détériorations préoccupantes de la qualité de l'environnement qui, couplées à des comportements et pratiques d'hygiène défavorables sont à l'origine des problèmes de santé, comme les affections broncho-pulmonaires, les diarrhées (maladies diarrhéiques dont le choléra dues à la consommation de l'eau insalubre couplée aux mauvaises pratiques de l'hygiène individuelle notamment la non-observation du lavage des mains au savon).

Un plan de mitigation des risques environnementaux sera élaboré et mis en œuvre au cours de la première année du plan.

D'autres risques en relation avec les activités de SRMNIA-Nut sont listés et analysés dans le tableau ci-dessous.

Tableau N°.... : Analyse des risques par domaines

Domaines	Risques	Niveau du risque	Mesures d'atténuation
Disponibilité des RH	Instabilité des RH Insuffisance de personnel qualifié	Très élevé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des mesures incitatives pour stabiliser les agents à leur poste</li> <li>• Améliorer la gestion prévisionnelle des effectifs</li> <li>• Formation continue du personnel</li> </ul>
Capacité opérationnelle des services	Insuffisance du plateau technique	Elevé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire régulier des matériels/équipements</li> <li>• Renforcement du plateau technique</li> </ul>
Mobilisation des ressources financières	Financement insuffisant du plan SRMNIA-Nut Capacité d'absorption limitée des DRS et des districts sanitaires Lourdeur des procédures de décaissement	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des planifications réalistes et réalisables ;</li> <li>• Renforcer les concertations avec les DRS et districts sanitaires</li> <li>• Faire le suivi budgétaire périodique et la transmission des pièces justificatives dans le délai</li> <li>• Raccourcir le circuit d'approbation des procédures de décaissement de fonds</li> </ul>
Épidémies & catastrophes	Retard dans la riposte	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre le plan de riposte humanitaire</li> <li>• Réviser et mettre en œuvre le Plan d'Adaptation aux Effets Néfastes du Changement Climatique sur la Santé au Mali (décembre 2012),</li> </ul>
Politique & sécurité	Insécurité et instabilité politique	Très élevé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter les mesures de sécurité édictées par les autorités</li> <li>• Assurer la bonne gouvernance à tous les niveaux</li> </ul>

## CHAPITRE IV : Cadre de mise en œuvre

---

### 4.1. Cadre de référence

Le plan stratégique intègre les différents engagements internationaux adoptés et ratifiés par le Gouvernement du Mali en matière de SRMNIA-Nut, notamment :

- les Objectifs du Développement Durable;
- la convention relative aux droits de l'enfant du 20 septembre 1990
- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 10 septembre 1985 ;
- la convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006
- le protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) du 11 juillet 2003 ;
- la stratégie de la maternité à moindres risques ;
- la déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur «la santé, base du développement» et sur le sida ;
- la stratégie africaine de santé de la reproduction ;
- la stratégie africaine de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales.
- le partenariat de Ouagadougou pour le repositionnement de la planification familiale en février 2011.

Pour le respect des engagements ci-dessus, le Gouvernement a pris un certain nombre de textes législatifs et a adopté des politiques nationales qui traduisent sa volonté en faveur de la SRMNIA-Nut. Il s'agit, notamment de :

- la loi n°02-044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction ;
- la loi n°02- 049 du 22 juillet 2002 portant loi d'Orientation sur la Santé ;
- la loi n°06-028 du 29 Juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/sida ;
- la Loi n° 2018-074/P-RM du 31 décembre 2018 instituant le régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)
- la politique sectorielle de la santé et de population 1990 ;
- la politique nationale de la population, 2003 ;
- la politique nationale de genre en novembre 2010 ;
- la politique nationale de la nutrition 2012 ;
- la politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé 2009;
- la politique nationale pour l'abandon de la pratique de l'excision en 2010 ;
- la politique pharmaceutique nationale en 2012 ;
- les Politiques Normes et Procédures novatrices basées sur les nouvelles recommandations de l'OMS de 2018 ;
- la réforme du système de santé au Mali en cours ;
- le décret N°10/628/P-RM du 29 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes dans les établissements de santé.
- le décret N°05-350/P-RM du 04 Août 2005 relatif à la prise en charge gratuite de la césarienne dans les établissements publics de santé ;
- l'arrêté interministériel n° 2019-3342/MSAS-MEF-MATD-SG du 02 octobre 2019 fixant les modalités de gestion de la subvention de l'Etat accordée aux collectivités

territoriales pour le fonctionnement des structures sanitaires dans le cadre de la mise en œuvre des compétences transférées ;

- Le plan stratégique national pour la sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2017-2021.

## 4.2. Structures et organes de mise en œuvre

### ➤ Au niveau central

Pour répondre aux engagements nationaux et internationaux qu'il a pris, le Mali a annoncé d'importantes mesures et réformes du système de santé.

Ces réformes, qui entrent dans le cadre de la feuille de route du Ministère de la Santé et des Affaires sociales, placent la santé de la reproduction à un niveau de priorité conséquent dans le but non seulement d'accélérer la baisse de la mortalité maternelle, néonatale et infantile mais aussi d'améliorer de façon significative l'ensemble des indicateurs de santé.

C'est dans ce cadre que le département de la santé et des affaires sociales a créé auprès de son secrétariat général l'Office Nationale de la Santé de la Reproduction (ONASR).

L'ONASR est la structure chargée de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du Plan SRMNIA-Nut. Il est le noyau de l'équipe d'exécution du plan qui est composée de ses représentants.es, des représentants.es de la DGSHP, des représentants.es des autres départements clés, de la société civile, d'ONG et des partenaires techniques et financiers. Elle assure l'organisation des supervisions du niveau central vers les régions, la production des rapports techniques et financiers et prépare les dossiers techniques des rencontres du comité technique.

Tous les départements de l'ONASR assurent la gestion quotidienne de la mise en œuvre du plan. Ils font mensuellement le point de l'évolution de l'exécution du plan et proposent des actions correctrices au besoin.

### Missions de l'ONASR

L'ONASR a pour missions de :

- participer à l'élaboration des politiques, programmes et projets à travers la production d'analyse et des tendances dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les adolescents, les jeunes et l'équité de genre ;
- coordonner les processus de planification, de mise en œuvre et du suivi des interventions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les adolescents, les jeunes et l'équité de genre ;
- veiller à la mise en œuvre des activités liées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les adolescents, les jeunes et l'équité de genre ;
- suivre les statistiques sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les adolescents, les jeunes et l'équité de genre ;
- participer à la formation sur les questions de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les adolescents, les jeunes et l'équité de genre
- assurer le renforcement des compétences des prestataires et gestionnaires de programmes et projets en matière de santé de la reproduction ;

- participer à l'élaboration des politiques, programmes et projets à travers la production d'analyse et des tendances dans le domaine de la Formation, de la Recherche et de la Communication ;
- coordonner les processus de planification, de mise en œuvre et du suivi des interventions dans le domaine de la Formation, de la Recherche et de la Communication ;
- réaliser des études de recherches en matière de santé de la reproduction ;
- évaluer l'efficacité des différents programmes, projets de SR ;
- assurer des formations nationales et internationales ;
- participer à l'évaluation de la qualité des services de santé de la reproduction ;
- collecter, produire et diffuser la documentation en santé de la reproduction
- produire des publications scientifiques;
- assurer la communication interne et externe de l'Office ;
- appuyer tous les départements de l'Office et les autres services impliqués ;
- créer les conditions favorables au développement de la santé de la reproduction.

Le département formation recherche de l'ONASR réalisera un état des lieux complet et impliquera les partenaires nationaux et internationaux afin de les inciter à investir dans la recherche en SRMNIA-Nut. Tout cela devra conduire à la capitalisation, à la diffusion et à l'utilisation des résultats de recherche en SRMNIA-Nut.

Un accent particulier sera mis sur le partenariat pour la réalisation des objectifs du plan qui est d'une importance stratégique pour le pays. L'ONASR va utiliser le cadre de partenariat défini par le ministère en charge de la santé à travers son département administration et coopération technique. Il va s'appuyer sur un partenariat solide basé sur un mécanisme régulier de concertation entre les parties prenantes, conformément au principe de la plateforme " one Health ". Ce partenariat facilitera la coordination, la synergie d'action entre les acteurs à tous les niveaux et favorisera une meilleure mobilisation des ressources.

Dans le cadre de cette politique, l'ONASR va s'atteler à renforcer le partenariat avec les structures nationales en particulier la société civile, le Secteur Privé et les structures internationales.

De façon spécifique, l'ONASR va développer des modèles innovants (la télémédecine, les vidéo-conférences, les champions...) de partenariat avec le secteur privé en vue de promouvoir l'application des directives.

Aussi la collaboration entre le Ministère en charge de la santé et les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre des programmes de santé (Education, Promotion de la femme, Solidarité et Lutte contre la Pauvreté, Economie et Finances, Plan...) sera renforcée.

A cet effet, il est indispensable de promouvoir la coordination entre les parties prenantes : structures gouvernementales, collectivités décentralisées, organisations non gouvernementales, structures privées, para publiques, confessionnelles, services de santé des armées, société civile, communautés, département de médecine traditionnelle, instituts/écoles de formations et institutions internationales.

Le groupe thématique SR est un cadre d'échanges de tous les intervenants en matière de SRMNIA-Nut en vue de l'atteinte des résultats.

### ➤ **Au niveau région et district sanitaire**

Au niveau des directions régionales et des districts chargés de l'opérationnalisation du plan, le suivi se fera à travers les instances déjà existantes : Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP), Comité Régional d'Orientation de Coordination et de Suivi des Activités de Développement (CROCSAD), Comité Local d'Orientation de Coordination et de Suivi des Activités de Développement (CLOCSAD), Conseil de gestion, groupe thématique SR, etc...

Les rencontres suivantes constituent des opportunités pour porter un regard spécifique sur la mise en œuvre du plan :

- Rencontres bilans et perspectives des DRS : la tenue de toutes les rencontres bilans représente une opportunité d'examen systématique des progrès réalisés en SRMNIA-Nut et de partage des expériences entre les responsables régionaux et les responsables centraux.
- Rencontres nationales de quantification des médicaments essentiels y compris ceux de la SRMNIA-Nut.

### **4.3. Mécanismes de Suivi/Evaluation**

Les documents cadre de Suivi évaluation du plan stratégique seront :

**Le cadre de performance** définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance est un élément contractuel entre l'ONASR et les partenaires impliqués dans le financement du plan stratégique.

**Le plan de suivi/évaluation** servira de cadre de référence pour les procédures de collecte, de validation et de consolidation des données. Il répertoriera aussi les outils à utiliser et les procédures à mettre en place pour le contrôle de la qualité des données.

Une revue annuelle sera organisée afin d'apprécier le niveau de mise en œuvre du plan. Elle se fera à travers les rapports du Comité Technique présenté au comité de pilotage. Les contraintes seront examinées à ce niveau et des décisions appropriées seront prises. Le Groupe thématique SR pourra contribuer de manière efficace à la préparation de cette revue annuelle.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2022. Les recommandations feront l'objet d'un examen minutieux par le Comité de pilotage du plan qui en tirera les plus pertinentes.

Une évaluation finale sera réalisée en 2024 pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et résultats du plan. Elle servira à orienter et à finaliser l'élaboration du prochain plan.



## 4.4. Cadre de performance du plan SRMNIA-Nut 2020– 2024

Objectifs/ résultats	Valeur de référence 2018	Source valeur de référence	Cible 2024	Périodicité de collecte	Projection des indicateurs					
						2020	2021	2022	2023	2024
<b>Objectif spécifiques 1 : Réduire le taux de mortalité maternelle de 325 à 240 pour cent mille naissances vivantes</b>										
Taux de mortalité maternelle (pour 100000 NV).	325 p 100 000 nv	EDSM VI	240 p 100 000 nv	3 ans				257		240
Taux de CPN 4.	43%	EDSM VI	65%	Annuelle		47,5%	50%	55%	60%	65%
Proportion de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie.	63%	EDSM VI	32	3 ans				45		32
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié.	46,00%	EDSM VI	65%	Annuelle		52	55	58	61	64
Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB de qualité au niveau des CSCom.	64,77%	Revue SONU 2018	82%	Annuelle		70%	73%	76%	69	82%
Proportion de femmes ayant utilisé les soins post natals.	56,00%	EDSM VI	80,00%	Annuelle		64	68%	72%	76%	80%
Nombre de sites SONUB	546	Revue 2018	745	Annuelle		612	645	678	712	745
Nombre de sites SONUC				Annuelle						
Proportion de femmes enceintes ayant reçu des conseils sur le VIH, ayant fait un test du VIH pendant une visite prénatale et ayant reçu le	11,50%	EDSM VI	33,00%	5 ans						33%

résultat.										
Proportion des femmes connaissant le mode (période) de transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par l'allaitement.	49,00%	EDSM VI	81,00%	5 ans						81%
Proportion des hommes connaissant le mode (période) de transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou par l'allaitement.	38,00%	EDSM VI	74,00%	5 ans						74%
Taux de césarienne.	3,00%	EDSM VI	5,00%	Annuelle		3,2%	3,60%	4,00%	4,50%	5%
Proportion de décès maternels audités.	44%	Annuaire SLIS	90%%	Annuelle		55%	60%	70%	80%	90%
taux moyen de disponibilité des produits SRMNIA Nut.	93,00%	OSP santé	98,00%	Annuelle		94,5%	95%	96%	97%	98%
Proportion des structures ayant connu une rupture de stock en médicaments SMNI ou SRMNIANut	25,00%	OSP santé	5,00%	Annuelle		19 %	17%	13%	9%	5%
Taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes	15%	EDSM VI	30	Annuelle		20%	22,5%	25%	27,5%	30%
Taux de besoins non satisfaits en PF	24%	EDSM VI	12	3 ans				16%		12%
<b>Objectif spécifique 2 : Réduire le taux de mortalité néonatale de 33 à 16 pour mille naissances vivantes</b>										
Taux de mortalité néonatale.	33%	EDSM VI	16%	3 ans				22%		16%

Taux de disponibilité et d'accessibilité des SONUB	83,66%	Revue SONU	95%	Annuelle		86%	87%	90%	93%	95%
Proportion de mort-né frais.	2,01%	Annuaire SLIS	0,50%	Annuelle		1,35%	1,25%	1,0%	0,8%	0,5%
Proportion de nouveau-nés qui n'ont reçu aucun soins post-natal.	42%	EDSM VI	20,00%	5 ans						20%
Proportion de Petit poids de naissance.	9%	Revue SONU	4,00%	Annuelle		8%	7%	6%	5%	4%
Proportion de Petit poids de naissance ayant bénéficié SMK	83%	EDSM VI	95%	Annuelle		87%	89%	91%	93%	95%
<b>Objectif spécifique 3 : Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 101 à au moins 95 pour mille naissances vivantes</b>										
Taux de mortalité infanto juvénile.	101‰	EDSM VI	95‰	3 ans				97‰		95
Taux de couverture vaccinale de base chez les enfants de 12 à 23 mois.	45%	EDSM VI	95%	Biennale			70%		86%	95
Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de de diarrhée ayant bénéficié desSRO et du zinc.	9%	EDSM VI	20%	Biennale			14%		18%	20
Taux de couverture de l'allaitement maternel exclusif.	40%	EDSM VI	60%	3 ans			49	52%		60
Proportion d'enfants de 6 à 59 mois souffrant d'anémie.	82%	EDSM VI	41%	3 ans				54		41
<b>Objectif spécifique 4 Rendre accessibles à 40% des adolescents et ;jeunes des services conviviaux (Santé sexualité et reproductive, santé mentale, prévention des accidents de la voie publique, prévention et prise en charge des usagers de substances nocives, PF, prévention et prise en charge des IST/VIH/Hépatites.....)</b>										
Prévalence des IST chez les adolescentes - jeunes filles.	13%	EDSM VI	3,22	5 ans						3,22

Prévalence des IST chez les adolescents - jeunes	3%	EDSM VI	0,8	5 ans						0,8
Prévalence de l'anémie chez les adolescentes	0,65	EDSM VI	0,33	5 ans						0,33
Proportion d'adolescents 15-19 ans ayant une surcharge pondérale IMC supérieur ou égale à 25.	0,12	EDSM VI	0,03	5 ans						0,03
Proportion d'adolescentes et de jeunes ayant fait le test VIH et connaissant leur résultat.	0,18	EDSM VI	0,45	5 ans						0,45
Proportion d'adolescents et de jeunes qui ont fait le test VIH et qui connaissent leur résultat.	0,14	EDSM VI	0,38	5ans						0,38
Proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative.	0,36	EDSM VI	0,18	5 ans						0,18
<b>Objectif spécifiques 5 : Améliorer les capacités de coordination, de gouvernance, de leadership et de suivi/évaluation</b>										
Nombre de réunion du comité pilotage.	1	JNE	10	Annuelle		2	2	2	2	2
Nombre de réunion du groupe thématique SR	2	SLIS	20	Annuelle		4	4	4	4	4
Nombre de réunion du groupe thématique Nut		SLIS	20	Annuelle		4	4	4	4	4
Nombre de réunion du groupe thématique régional		SLIS	220	Annuelle		44	44	44	44	44
Nombre de réunion du groupe		SLIS	1500	Annuelle		300	300	300	300	300

thématique district										
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Objectif spécifique 6 : Promouvoir les études et recherches en matière de SR y compris la SSR et l'égalité de genre**

Nombre d'évaluation mi-parcours				3ans				1		
Nombre d'évaluation final réalisé	0	SLIS	1	5ans						1
Nombre d'évaluation des structures SONU		SLIS	2	Biennale			1			
Nombre de sessions semestrielle de monitoring du PMA dans les CScom	ND	SLIS	13 650		2 730	2 730	2 730	2 730	2 730	2 730

**N.B :** les indicateurs dont la source de départ est l'EDSM, le suivi sera fait par le MICS (évaluation à mi-parcours).

**Mobilisation des ressources financières :**

Le budget global du plan SRMNIA-Nut permettra d'assurer une mobilisation des ressources financières afin d'assurer l'atteinte des résultats escomptés.

Une première étape pour la mobilisation des ressources financières consistera à réaliser une estimation des fonds disponibles et des écarts à combler (analyse des gaps) pour couvrir le budget total du plan. Le résultat de cette analyse des écarts financiers du plan permettra d'envisager avec plus de précision et d'information les autres étapes du processus de mobilisation des ressources financières sous la direction du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et d'élaborer un plan de mobilisation des ressources.

Durant les deux premières années du plan seront organisées plusieurs tables rondes qui réuniront, l'Etat, les collectivités, l'ensemble des bailleurs, des donateurs et du secteur privé en vue de mener des activités de plaidoyer pour rechercher les ressources financières manquantes.

**Hypothèses de budgétisation :**

Les coûts sont décrits, ventilés et chiffrés sur la base des données spécifiques recueillies à partir de documents financiers provenant du Gouvernement, des fournisseurs et des partenaires mettant en œuvre des programmes de SR/PF au Mali.

Toutes les entrées sont également modifiables dans l'outil. De plus, les entrées concernant les coûts de chaque activité en termes de coût unitaire et de quantité peuvent être modifiées (par exemple, les coûts d'entrées spécifiques pour tenir des sessions de formation, le nombre de participants à prendre en compte pour chaque session, le coût de chaque élément nécessaire à une session de formation tel que le formateur, le matériel didactique, la pause-café, le nombre de sessions, etc.). Le budget n'inclut pas les salaires du personnel ni les coûts indirects générés par les activités.

Sauf indication contraire, tous les coûts (par exemple les primes, les indemnités journalières, les tarifs des conférences, etc.) sont basés sur les coûts actuels et ont été automatiquement ajustés pour un taux d'inflation annuel de base de 1,7%. Le taux d'inflation peut être ajusté pour tenir compte des conditions changeantes. Tous les coûts ont été calculés en Francs CFA.

Le plan SRMNIA-Nut 2020-2024 est budgétisé du point de vue du Gouvernement mettant en œuvre toutes les activités. Ainsi, chaque fois qu'une activité est menée, toutes les parties prenantes doivent savoir qu'un taux indirect peut être ajouté à ces coûts directs. Si les bailleurs de fonds souhaitent que le partenaire de mise en œuvre organise une activité qui fait partie du plan, les coûts décrits dans ce plan devraient être pris comme point de départ de leur discussion pour clarifier le budget nécessaire pour mener l'activité.

**Bibliographie****Annexes**

## CHAPITRE V : Cadre logique

**Objectif Spécifique 1 : Réduire de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle**

**Stratégie** : Amélioration de la prévention et la prise en charge de la femme et de la mère en vue de la réduction de la mortalité maternelle

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
Poursuite l'extension des structures SONU	Créer 300 structures SONUB	Nombre de structures SONUB créés/ sur Prévu	PV de réception Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>2 934 000 000</b>
	Créer 48 structures SONUC (dont 24 pour les nouvelles régions)	Nombre de structures SONUC créés/ sur Prévu	PV de réception Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>395 040 000</b>
	Assurer la supervision trimestrielle des nouvelles structures créées	Nombre de supervisions réalisées par structure pendant la période	Rapports de suivi et d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP/ ONASR	<b>240 000 000</b>



Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
Renforcement des structures SONU existantes.	Réhabiliter 65 SONUC et 457 SONUB non fonctionnelles	Nombre structures SONUC et SONUB réhabilitées	Rapports d'activités PV de réception	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>554 500 000</b>
	Doter les DRS, les hôpitaux régionaux, les CSRéf et les CHU en ordinateurs avec le logiciel GESYRE)	Nombre de structures ayant bénéficié d'un ordinateur avec le logiciel GESYRE installé	PV de réception Rapport SONU	Disponibilité de ressources financières  insécurité dans certaines zones	DGSHP	<b>43 000 000</b>
	Créer 4 cliniques de référence pour l'offre de soins de qualité en SRMNIA-Nut (Bamako et 3 régions)	Nombre de cliniques fonctionnelles sur nombre prévu	Rapport d'activités et visite de terrain	Disponibilité de ressources (humaines, financières et matérielles)	ONASR	<b>2 400 000 000</b>
	Assurer le fonctionnement des 4 cliniques de référence	Cliniques fonctionnelles	Pièces comptables	Disponibilité de ressources financières	ONASR	<b>A déterminer</b>
Renforcement du dispositif de prévention et de prise en charge holistique des VBG y compris les complications de MGF ;	Actualiser le plan d'urgence des structures socio-sanitaires pour la prise en charge des VBG en situation de crise	Nombre de plans élaborés sur prévus	Rapports d'activités	Disponibilité de ressources financières Insécurité	DGSHP	<b>11 975 885</b>
	Appuyer la création d'espaces dédiés à la consultation des survivants(e) de VBG au sein	Nombre d'espaces créés sur nombre prévu	Rapports d'activités de création	Disponibilité de ressources financières/insécuri	DGSHP	<b>600 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	des établissements sanitaires		d'espaces	té dans certaines zones		
	Organiser des sessions de formation sur le protocole de prise en charge holistique des cas de VBG (formateurs, prestataires, ASC)	Nombre de formateurs, de prestataires et d'ASC formés sur prévu	Rapports de formation	Disponibilité de ressources financières/ insécurité dans certaines zones	DGSHP	<b>1 500 000 000</b>
	Former 720 prestataires par rapport aux VBG, les Droits en santé sexuelle et reproductive et l'égalité de Genre générale	Nombre de personnel formé sur prévu	Rapports de formation	Disponibilité de ressources (humaines, financières et matérielles)	ONASR	<b>432 000 000</b>
	Equiper 15 structures pour la prise en charge des VBG	Nombre de structure équipée sur nombre prévu	Visite de terrain Les PV de réception du matériel et des équipements	Disponibilité de ressources (humaines, financières et matérielles)	ONASR	<b>PM</b>
	Assurer le suivi trimestriel de 15 structures de prise en charge des VBG	Nombre de visite réalisée sur prévue	Rapport de suivi et d'activités	Disponibilité de ressources (humaines, financières et matérielles)	ONASR	<b>22 650 000</b>
Renforcement de la disponibilité des intrants	Organiser 12 rencontres mensuelles sur la disponibilité et la gestion des intrants au	Nombre de rencontres organisées sur	Comptes Rendu des rencontres	Insécurité; insuffisance des ressources	DPM	<b>4 514 400 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
(médicaments, test et réactifs, produits sanguins...);	niveau des CSCom et des CSRéf	prévu		financières Engagement des partenaires		
	Former les gérants et les membres des comités de gestion sur les outils de gestion des intrants	Nombre de gérants et membres des comités de gestion formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DPM	<b>560 479 000</b>
	Assurer le suivi mensuel de la disponibilité des intrants à travers la mise à jour des bases de données OSP santé DHIS2	Nombre de suivi réalisé sur prévu	Rapports de suivi et d'activités	Instabilité du personnel formé Disponibilité du réseau internet	DPM	<b>00</b>
	Assurer le suivi post formation des agents formés	Nombre d'agents formés suivis sur l'ensemble des agents formés	Rapports d'activités	Insécurité; instabilité des agents formés Engagement des partenaires	DPM	<b>98 955 000</b>
	Doter trimestriellement 75 CSRéf, 1368 CSCom et 400 structures privées en réactifs des tests visuels pour le dépistage du cancer du col de l'utérus	Nombre d'établissements dotés sur prévu	Bordereau de réception	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DPM	<b>1 927 835 000</b>
	Organiser une session de plaidoyer par an à l'endroit du MSAS et des partenaires pour l'achat des médicaments pour le VIH et mettre à la disposition de la PPM les	Nombre de sessions de plaidoyer organisé sur Prévu	Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement du MSAS et ses	PPM	<b>5 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	réactifs pour le dépistage du VIH achetés sur fonds de l'Etat			partenaires		
	Organiser la journée mondiale du don de sang dans les districts sanitaires	Nombre de poches de sang collectées	liste des donneurs à jour Rapports d'activité	Adhésion de la communauté Disponibilité de financement	DRS	<b>8 000 000</b>
	Doter le CNTS et les structures SONUC en intrants (poches de sang et réactifs de sécurité transfusionnelle) et en réfrigérateurs homologués	Nombre et types d'intrants reçus Nombre de structures SONUC dotées en intrants et en réfrigérateurs homologués sur prévu	Rapports d'activités	Disponibilité de financement	CNTS	<b>1 068 625 000</b>
	Mettre en œuvre le plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (dissémination, mise en œuvre du comité de suivi) (SRMNA-Nut)	Nombre d'activités du plan mis en œuvre	Rapports d'activités Rapport de dissémination	Disponibilité de financement	DPM	<b>2 415 596 645</b>
Dynamisation des comités locaux de médicaments ;	Tenir les réunions de comité de médicaments au niveau de chaque district sanitaire	Nombre de comité de médicament fonctionnel	Rapport d'activité	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>PM</b>
Renforcement des activités de la	Créer 60 sites PTME/an	Nombre de sites créés sur prévu	Annuaire SLIS,	Insécurité; insuffisance des	DGSHP	<b>4 415 870 700</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
PTME,			Rapport d'activités	ressources financières Engagement des partenaires		
	Mettre en place des échéanciers au niveau de 860 sites PTME	Nombre de sites avec échéancier mis en place	Rapports de suivi	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>516 600 000</b>
	Assurer la recherche mensuelle active des perdus de vue dans les 860 sites PTME	Nombre de femmes récupérées par la recherche active sur nombre perdu de vue	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	<b>516 600 000</b>
Renforcement du dispositif de prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation d'urgence	Organiser 8 sessions de formation des prestataires qualifiés sur le Dispositif Minimum en situation d'Urgence (DMU) dans les zones en situation de crise	Nombre de personnes formées sur le DMU sur nombre prévu	Rapports de formation	Disponibilité de ressources financières/insécurité dans certaines zones	DGSHP	<b>64 000 000</b>
	Organiser des missions de suivi post formation sur les VBG et le DMU	Nombre d'agents formés suivis sur nombre prévu	Rapports de suivi post formation	Disponibilité de ressources financières/insécurité dans certaines zones	DGSHP	<b>20 160 000</b>
Renforcement du système de tiers payants pour les prestations en SRMNIA-Nut	Réaliser une séance par mois de sensibilisation pour l'adhésion des femmes à un système de financement alternatif de la santé (Mutuelle,	Nombre de séances réalisées sur prévues Nombre d'adhérentes à un	rapports d'activités	Disponibilité de ressources financières/adhésion	DNDS	<b>8 000 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	tontine, RAMED, AMO,...)	système alternatif				
Opérationnalisation des mécanismes de gratuité des soins chez la femme, la mère, le nouveau-né et l'enfant	Evaluer le coût de la gratuité	Coût évalué	Rapport d'évaluation	Disponibilité de ressources financières	MSAS	<b>PM</b>
	Elaborer le plan de gratuité	Plan de gratuité disponible	Rapport d'activité	- Disponibilité de ressources financières/	MSAS	<b>PM</b>
	Réaliser 2 sessions de plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires pour la mobilisation des fonds de la gratuité des soins chez la mère et l'enfant.	Nombre de sessions de plaidoyer réalisées sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité, instabilité des agents engagement des partenaires	DGSHP	<b>4 000 000</b>
	Organiser 8 sessions de plaidoyer auprès du Gouvernement, des Parlementaires et des PTF pour la PEC gratuite, de la mammographie de la fistule obstétricale et des VBG	Nombre de sessions de plaidoyer réalisés sur nombre prévus	Rapports de session de plaidoyer	Disponibilité de ressources financières	DGSHP	<b>16 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
Renforcement des capacités des prestataires	Réviser les outils de formation en SAA	Modules de formation révisé disponible	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité de financement	DGSHP	<b>26 364 032</b>
	Assurer la formation de 457 prestataires en SAA,	Nombre de prestataires formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité de financement	DGSHP	<b>180 000 000</b>
	Assurer la formation des prestataires, sur la PEC de la fistule obstétricale 113 prestataires dont 65 chirurgiens, s)	nombre de prestataires formés sur la prise en charge de la FO sur prévu	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité de financement	DGSHP	<b>80 800 000</b>
	Orienter 3 000 ASC et relais sur l'identification des cas suspects de FO et la référence	Nombre d'ASC et relais orientés sur prévu	Rapport d'orientation	Insécurité; Disponibilité de financement	DGSHP	<b>45 000 000</b>
	Mettre en place 75 comités de surveillance des décès maternels et néonataux au niveau des formations sanitaires	Nombre de comités d'audit des décès maternels et néonataux mis en place sur prévu	Décision de création/note de service	Adhésion des acteurs	DGSHP	<b>0 F</b>



Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	Organiser des sessions d'orientations des acteurs communautaires (3 000 ASC, 1 368 délégués ASACO, 750 élus ; 600 ATR/Relais...) sur le processus d'identification et de notification des décès maternels et des décès périnataux y compris l'autopsie verbale.	nombre d'acteurs communautaires orientés sur prévu	rapports de formations	Insécurité; disponibilité des financements	DGSHP	<b>85 770 000</b>
	Assurer le suivi post formation des agents formés en audit de décès	Nombre d'agents formés suivi sur prévu	rapport de suivi	Insécurité; disponibilité du financement	DGSHP	<b>20 419 500</b>
	Tenir 375 revues annuelles de la surveillance des décès maternels et néonataux au niveau des districts sanitaires	Nombre de revues tenues sur prévu	Rapports de revue	Disponibilité du financement Adhésion	DGSHP	750 000 000
	Organiser 57 sessions de 5 jours de formation pour 1 406 matrones des maternités rurales sur les soins maternels et néonataux	Nombre de matrones des maternités rurales formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité du financement	DGSHP	148 200 000
	Former 104 agents sur le logiciel GESYRE	Nombre d'agents formés / nombre prévu	Rapports de formation	Insécurité; insuffisance des ressources financières ;	DGSHP	<b>36 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
				Engagement des partenaires		
	Assurer le suivi post formation sur le logiciel GESYRE	Nombre d'agents formés suivis sur l'ensemble des agents formés	Rapports de suivi	Insécurité; insuffisance des ressources financières ; Engagement des partenaires	DGSHP	<b>22 000 000</b>
	Organiser un atelier de dissémination des documents PNP/SR révisées , régional et district	Tenue de l'atelier dissémination par niveau	Rapports de dissémination / Pièces comptables	Disponibilité de financement	DGSHP	<b>688 200 000</b>
	Organiser des sessions de formation de 2 000 agents (CSCoM, CSRéf, hôpitaux et secteur privé) sur le dépistage du cancer du col de l'utérus	Nombre d'agents formés sur dépistage du cancer du col de l'utérus sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; Paix ; insuffisance des ressources financières, Engagement du MSAS et ses partenaires	ONASR et DGSHP	360 000 000
1.1. Mise en œuvre du PANB 2019-2023	Mettre en œuvre le plan d'action national budgétisé pour la PF	Activités du plan réalisées	Rapports d'activités	Insécurité ; insuffisance des ressources financières, Engagement des partenaires	ONASR DGSHP	
	Intensifier les activités de création de la demande	La demande des services PF est renforcé	Rapports d'activités		ONASR DGSHP	<b>23 078 167 762</b>
	Offre et accès aux services	L'offre de services PF est réalisé	Rapports d'activités		ONASR DGSHP	<b>12 744 435 019</b>
	Sécurisation des produits	La sécurisation	Rapports		DPM	<b>11 976 348 546</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
		des produits PF est assurée	d'activités			
	Achat des produits et consommable	Les produits et consommables sont disponibles	Rapports d'activités		DPM	<b>10 687 952 443</b>
	Environnement habilitant	L'environnement politique, social et économique est favorable pour la PF	Rapports d'activités		ONASR DGSHP	<b>2 273 497 535</b>
	Suivi-supervision coordination	Coordination, suivi/supervision et recherche opérationnelle est assurée	Rapports d'activités		ONASR DGSHP	<b>11 426 452 849</b>
Intensification de la Communication pour le changement social et de comportement pour la réduction de la morbidité et mortalité maternelle	Elaborer le plan de communication SRMNIA-Nut prenant en compte les droits sexuels reproductifs et l'EG	Disponibilité du plan	Document du plan	<b>Disponibilité des ressources</b>	ONASR	<b>12 000 000</b>
	Organiser une campagne annuelle de dépistage des cancers mammaires et du col de l'utérus à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de personnes touchées par la campagne annuelle	Rapport de la campagne	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>1 000 000 000</b>
	Organiser 24 sessions de plaidoyer en collaboration avec les organisations de la société	Nombre de sessions de plaidoyer	Rapport de plaidoyer	Insécurité; insuffisance des ressources	DGSHP	<b>48 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	civile dans la prévention et la lutte contre la fistule obstétricale au sein de la communauté	réalisées sur le nombre prévu		financières Engagement des partenaires		
	Mettre en place un cadre organisationnel aux niveaux régional, District, aire de santé pour l'exploitation des plages de diffusion gratuites des informations sur la SMNIA-Nut au niveau des médias publics et privés	Nombre de cadres mis en place et qui respectent la diffusion des messages sur la SRMNIAT-Nut	Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement des partenaires	DGSHP	<b>55 000 000</b>
	Célébrer les journées nationales de sensibilisation pour la maternité à moindre risque et la fistule obstétricale	Célébration des journées	Rapport de célébration des journées nationales	Insécurité; insuffisance des ressources financières Engagement du MSAS et ses partenaires	ONASR	<b>500 000 000</b>
	Produire des outils sur la communication pour le changement des normes sociales	Outils sur CCNS disponibles	Bordereau de livraison des outils	Disponibilité du financement	CNIECS	<b>500 000 000</b>
	Organiser 12 formats radiophonique (micro-programme, débat, reportage, spot, émissions grand public) /an sur la SRMNIAT-Nut sur les radios (100 stations)	Nombre d'émissions réalisées par an/ prévu	Rapports d'activités de diffusion dans les supports des télévisions et les radios	Disponibilité du financement	ONASR	<b>1 000 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
	Organiser 5 400 séances de sensibilisation pour le changement des normes sociales au niveau communautaire	Nombre de séances de sensibilisation réalisés sur nombre prévu	Rapports d'activités des ASC	Disponibilité de ressources financières/ insécurité dans certaines zones	DGSHP	<b>27 000 000</b>
Renforcement des capacités des maternités rurales pour l'offre de soins maternels et néonataux de qualité	Faire la cartographie des maternités rurales dans 75 districts sanitaires	Cartographie des maternités rurales disponible	Cartographie SIS	Disponibilité de ressources financières	DGSHP	<b>5 000 000</b>
	Doter 1 406 maternités rurales existantes en matériels et équipements complémentaires	Nombre de maternités rurales dotées sur nombre prévu	Bordereau de livraison/Réception Fiche d'inventaire équipement	Insécurité; insuffisance des ressources financières, Engagement des partenaires	DGSHP	<b>1 687 200 000</b>
Soutien aux activités génératrices de revenus en faveur de la SRMNIA-Nut.	Appuyer la création des activités génératrices de revenus auprès de 1 000 associations de femmes du milieu rural	Nombre d'associations de santé bénéficiant des activités génératrices de revenus sur prévu	Rapport d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières, Engagement des partenaires	DGHSP	<b>10 000 000 000</b>
Extension des approches novatrices contribuant à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle néonatale infantile	Mettre à échelle les approches novatrices dans 30 districts sanitaires (maisons d'attente/familles d'accueil, Handerey, Ecole des maris ....)	Nombre d'approches novatrices développées au niveau décentralisé	Rapports d'activités / PV de réception	Insécurité; insuffisance des ressources financières, Engagement des partenaires adhésion	DGSHP	<b>1 900 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
Renforcement du système de référence/évacuation et développement d'un partenariat durable avec les collectivités, les ASACO et les privés	Doter 80% des CSCom ruraux en moto ambulance ou autres moyens de transport adapté	Proportion des CSCom ruraux dotés en moto ambulance et autres moyens de transport adapté	Bordereau de réception/livraison	Bordereau de réception/livraison	ONASR	175 905 070
	Faire un plaidoyer auprès de 750 collectivités et 1 368 ASACO pour le paiement effectif des quotes parts.	Nombre de collectivités ASACO ayant payé leurs quotes parts	Rapports d'activités	Disponibilité du financement	DGSHP	258 000 000
	Mettre en place un système de réseautage entre 2 CSCom pour 1 CSRéf à Bamako, Sikasso et Ségou pour le suivi des cas référés	Nombre de systèmes de réseautage fonctionnels dans les régions concernées	Rapport de supervision Rapports d'activités	Dsponibilité du financement Insécurité; Engagement des partenaires	DGSHP	1 988 700 000
	Evaluer la phase pilote du système de réseautage mis en place	Résultats de l'évaluation de la phase pilote disponibles	Rapport d'évaluation	Disponibilité du financement	DGSHP	76 770 170
	Etendre l'initiative CVSS dans toutes les aires de santé fonctionnelles	Nombre d'aires de santé disposant d'une CVSS fonctionnelle	Rapport d'activité Visite de terrain	Adhésion des communautés Disponibilité des ressources financières	DGSHP	
Mise à échelle de	Elaborer un plan de mise à	Plan disponible	Rapports	Insécurité;	ONASR	33 000 000

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
l'approche mentorat,	échelle de l'approche mentorat		d'activité	insuffisance d'adhésion des sociétés savantes dans le processus engagement des partenaires		
	Mettre en œuvre le plan d'extension de l'approche « Mentorat »	Nombre de régions/ districts ayant réalisé les approches	Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance d'adhésion des sociétés savantes dans le processus engagement des partenaires	DGSHP ONASR	<b>1 418 912 000</b>
	Réaliser le suivi des mentorées par les mentors	Nombre d'activités de mentorat, réalisées	Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance d'adhésion des sociétés savantes dans le processus engagement des partenaires	DGSHP	<b>PM</b>
	Evaluer le plan de mise en œuvre de l'approche mentorat	Résultats de l'évaluation disponibles	Rapport d'évaluation	Insécurité; insuffisance d'adhésion des sociétés savantes dans le processus engagement des partenaires	ONASR	<b>PM</b>
Renforcement de la prise en charge de l'infertilité et	Former 500 agents en charge des activités de gynéco-obstétrique en counseling et	Nombre de personnel formé	Rapports de formation	Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>140 000 000</b>



Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsable	Coûts (Franc CFA)
des troubles liés à la ménopause	prise en charge des troubles de la ménopause et de l'infertilité durant 5 jours					
	Assurer le suivi rapproché du personnel formé	Nombre de personnel suivi sur formé	Rapports d'activités	Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>1 500 000</b>
	Créer 1 unité de PMA dans 2 EPH	Nombre d'unités de PMA fonctionnelles	PV de livraison et réception des équipements Rapport de formation	Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>75 000 000</b>
Renforcement du plateau technique en matière de prévention des infections y compris les mesures barrières pour la prévention de la maladie à COVID-19	Doter les structures de prise en charge en matériels et équipements pour la prévention et la prise en charge de la maladie à COVID-19	Nombre de structures équipées	PV de livraison et réception des équipements	Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>PM</b>

**Objectif spécifiques 2 : Réduire le taux de mortalité néonatale de 33 à 16 pour 1000 naissances vivantes****Stratégie** : Améliorer la prévention et la prise en charge des affections du Nouveau-né en vue de la réduction de la mortalité néonatale

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Renforcement de la qualité de la prise en charge du nouveau-né au niveau des structures SONU</b>	Doter 591 SONU en kits d'urgence pour le nouveau-né	Nombre de structures SONU disposant de kit d'urgence du nouveau-né	Bordereau de réceptions/livraison/ fiche inventaire mensuelle	Insécurité; insuffisance des ressources financières ;	ONASR	15 084 947
	Affecter des pédiatres 30 CSRef	Nombre de CSRef disposant de pédiatres	Décision d'affectation des agents Rapports d'activités	Insécurité; insuffisance des ressources financières ;	DRH	PM
	Diffuser les normes et procédures et les fiches techniques de prise en charge du nouveau-né.	Nombre de structures SONU disposant de normes	Bordereau de réceptions/livraison	Insécurité; insuffisance des ressources financières ;	ONASR	Confère à la dissémination PNP
	Réaliser 9000 les audits des décès du nouveau-né au niveau des structures SONU (2 fois par mois)	Nombre d'audits réalisés sur nombre de décès de nouveau-nés	Rapports d'audits Rapports hebdomadaires	Insécurité Disponibilité de personnel qualifié Engagement du personnel	DRS/CSREF Hôpitaux	450 000 000
	Renforcer la disponibilité des	Nbre structures	Rapports	Insécurité	DGSHP/	PM

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	Kits et les mesures de protection individuelles dans les structures dans le cadre de la lutte contre la pandémie à Covid-19	disposant de kit Proportion du personnel adoptant les mesures de protection	d'activités Rapports d'évaluation	Disponibilité de personnel qualifié et des ressources financières	ONASR	
	Rendre fonctionnel la référence évacuation du nouveau-né dans 65 districts sanitaires	Nombre de nouveau-né référés et évacués pris en charge dans les structures de référence	Rapports d'activités et d'évaluation	Insécurité Disponibilité des ressources financières	DGSHP	Sans cout
	Mettre en œuvre les approches innovantes en faveur du nouveau-né dans 35 districts sanitaires	Nombre d'approches innovantes mises en place	Rapports d'activités et d'évaluation	Insécurité Disponibilité des ressources financières	DGSHP ONASR	175 000 000
<b>Renforcement des compétences des prestataires pour la prise en charge du nouveau-né</b>	Organiser la formation de 180 agents de santé (formateurs prestataires) sur les SENN y compris la méthode mère Kangourou	Nombre de prestataires formés sur les SENN et Kangourou sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; insuffisance des ressources financières ;	ONASR/ DGSHP	51 198 700
	Mettre en place un système digital pour assurer la formation continue des prestataires sur les SENN	Nombre de sessions de formation réalisées par le système digital	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières ;	ONASR/ DGSHP	100 000 000
	Intégrer les SENN dans les	Existence des	Rapports	Insuffisance des	DGSHP	

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	modules de formation des ASC, superviseurs dédiés	SENN dans les curricula de formation	d'activités Documents de curricula	ressources financières		3 000 000
	Orienter les formateurs d'ASC et des superviseurs dédiés sur l'enseignement des modules révisés (2 formateurs par aire de santé)	Nombre de formateurs orientés	Rapports d'activités	Insuffisance des ressources financières	DGSHP	20 000 000
	Assurer le suivi post formation en SENN	Nombre d'agents formés suivis dans le délai sur l'ensemble formé	Rapports de suivi	Insécurité; insuffisance des ressources financières ;	DGSHP	12 000 000
<b>Amélioration la prise en charge des petits poids de naissance et des prématurés</b>	Etendre l'unité de formation en SMK à 87 structures	Nombre de nouvelles unités de formation en SMK créées/prévu	Rapports d'activités/	Insécurité; insuffisance des ressources financières	DGSHP	5 400 000
	Assurer la formation 150 prestataires (districts sanitaires et hôpitaux) en soins mère kangourou	Nombre d'agents formés/prévu	Rapport de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources humaines et financières ;	ONASR	72 000 000
	Assurer le suivi post formation en SMK	Proportion d'agents formés en SMK suivis dans le délai	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	17 500 000

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	Assurer la dotation de 65% des SONUC en équipements de prise en charge des prématurés	Proportion d'établissements dotés	Bordereau de réception / Bordereau de livraison/ inventaire mensuelle du matériel	Insécurité; disponibilité des ressources financières ;	ONASR	PM (voir objectif 1)
<b>Renforcement de la capacité des structures pour la prise en charge du nouveau-né</b>	Créer un service de pédiatrie dans 65 CSRéf avec unité de SMK et néonatalogie	Nombre de services de pédiatrie créé avec unité de SMK et néonatalogie	PV de réception Rapports d'activités Visite de terrain	Insécurité; Disponibilité des ressources humaines financières	DGSHP	20 410 000 000
	Former 80% des prestataires de soins des CSCom et des maternités rurales des 65 districts en SENN soit (4500 agents : 3300 CSCom et 1200 Maternité rurale)	Proportion d'agents formés en SENN dans les CSCom	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	ONASR	2 160 000 000
	Orienter 80% des acteurs communautaires de 65 districts (2400 agents, ASC et relais) en SENN et à la prévention de la maladie à Covid-19.	Proportion des acteurs communautaires orientés en SENN et à la prévention de la maladie à Covid-19.	Rapports formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	36 000 000
	Assurer le suivi du personnel formé	Proportion d'agents formés	Rapports de suivi	Disponibilité du financement	ONASR/	14 000 000

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
		suivis dans le délai			DGSHP	
<b>Intensification des interventions de nutrition à la naissance</b>	Organiser les activités de sensibilisation à l'endroit de 600 ASACO et 1200 groupements féminins sur la mise au sein précoce et allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois	Nombre d'ASACO et de groupements féminins sensibilisés	Rapports d'activité	Adhésion des communautés Insécurité; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	20 000 000
	Etendre l'approche "Initiatives Hôpitaux Amis des Bébé" à 200 établissements de santé.	Nombre d'établissement de santé labélisés "IHAB"	Rapports d'activités/ rapports d'évaluation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP/ ONASR	A effacer car pris en compte dans l'objectif 3
<b>Promotion de l'enregistrement des naissances à travers l'utilisation des registres longitudinales</b>	Mettre en place un registre communautaire pour l'enregistrement des naissances et le suivi des enfants	Registre disponible	Bordereau de livraison	Adhésion Insécurité; disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	130 000 000
	Développer et diffuser des outils de communication dans la communauté sur les pratiques essentielles chez le nouveau-né et l'enregistrement des naissances	Nombre d'outils de communication élaborés Nombre d'émissions réalisées	Programme de diffusion	Adhésion de la communauté Insécurité; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	55 770 000
<b>Renforcement des capacités des</b>	Former 1 000 agents de santé et 1 000 techniciens de	Nombre d'agents formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité des	DGSHP	274 228 900

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>structures en matière de prévention des infections y compris les mesures barrières pour la prévention de la maladie à COVID-19</b>	surface sur la prévention des infections associées aux soins			ressources financières ;		
	Assurer le suivi post formation des agents	Nombre d'agents formés suivis dans le délai sur l'ensemble des agents formés	Rapports d'activités, Rapports de suivi	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	33 500 000
	Doter 1 000 CSCom et 20 CSRéf en poubelles conformément au code couleur	Nombre de CSRéf et CSCom dotés en poubelles conformément au code couleur sur prévu	Bordereau de réception	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	208 421 400
	Doter 1 406 maternités rurales en poubelles conformément au code couleur	Nombre de maternités rurales dotées en poubelles conformément au code couleur sur prévu	Bordereau de réception	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	112 480 000
	Doter 120 établissements de santé en incinérateurs et accessoires	Nombre d'établissements de santé dotés en incinérateurs et accessoires sur prévu	Bordereau de réception Visite de terrain	Insécurité ; Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	731 625 000
	Installer des cabinets douches spécifiques pour les	Nombre de maternité	PV de réception	Insécurité ; Insécurité ;	DGSHP	700 000 000

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	accouchées dans l'enceinte de la maternité dans 1 400 structures (CSRéf et CSCom)	bénéficiant des WC et douches spécifiques pour les accouchées sur prévu		Disponibilité des ressources financières		
	Réaliser une évaluation rapide de base de l'approvisionnement en eau potable dans les structures de santé dans 4 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou) et le District de Bamako	Résultats de l'évaluation disponibles	Rapport de l'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	69 030 000
	Réaliser des points d'eau dans 200 CSCom et 40 CSRéf	Nombre de points d'eau réalisés sur prévu	PV de réception Rapports d'activités	Insécurité ; Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	2 382 945 000
	Réaliser des points d'eau et d'électricité dans 1 406 maternités rurales	Nombre de points d'eau et d'électricité réalisés sur prévu	PV de réception Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	4 218 000 000
	Construire 1 060 aires de lavage dans 1 000 CSCom et	Nombre de CSRéf et de CSCom	Rapports d'activités Rapports de	Insécurité ; Disponibilité des ressources	DGSHP	2 332 000 000



Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	60 CSRéf	disposant d'aires de lavage fonctionnelles	visites de terrain	financières		
<b>Renforcement des interventions communautaires dans le cadre de la survie du nouveau-né</b>	Faire la promotion des pratiques familiales essentielles par les acteurs communautaires	Proportion d'acteurs communautaires pratiquant les PF	Rapports d'activités Rapports d'évaluation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	PM
	Assurer un approvisionnement régulier en intrants les sites ASC et les maternités rurales	Bordereau de livraison bordereau de réception inventaire mensuelle	Rapports d'activités Rapports d'évaluation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DPM	PM
	Organiser 27 360 réunions et des rencontres de cadrage par les ASACO et les comités au niveau village	Nombre de réunions Nombre de rencontres tenues	PV des réunions Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ; Disponibilité des acteurs	DGSHP	5 472 000 000

**Objectif Spécifique 3** : Réduire de 101 à 95 pour mille naissances vivantes, le taux de mortalité infanto-juvénile

**Stratégie** : Amélioration de l'état de santé des enfants de moins de 5 ans

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
---------------	-----------	-------------	------------------------	---------------------	--------------	-------

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Poursuite de l'extension de la couverture en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique).</b>	Mettre en œuvre la formation par ICATT	Nombre de prestataires formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	<b>65 958 000</b>
	Former sur site 48 prestataires de soins en PCIME clinique par an	Nombre de prestataires formés sur prévu	Rapports de formation Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>69 216 000</b>
	Mettre en œuvre l'enseignement de la PCIME dans les écoles de formation en santé	Nombre d'écoles ayant intégré la PCIME	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ; Adhésion des écoles de formation	DGSHP	<b>28 862 500</b>
	Organiser le suivi/supervision des activités PCIME	Nombre suivi-supervision réalisé/prévu	Rapports de supervision	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	120 000 000
	Mettre à échelle l'utilisation du REC (Registre Electronique de Consultation)	Nombre d'ateliers tenus sur prévus	Rapports d'activités	Disponibilité de ressources financières et matérielles Adhésion des ECD	DGSHP	<b>176 881 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Poursuite de l'extension des Soins essentiels dans la Communauté.</b>	Recruter 1 000 superviseurs dédiés aux ASC	Nombre de superviseurs dédiés recrutés sur prévus	Rapports d'activités	Disponibilité de ressources financières et matérielles	DGSHP	<b>65 697 000</b>
	Créer 12 000 sites ASC	Nombre de sites créés sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP	4 091 436 000
<b>Extension de la couverture sanitaire dans les zones d'accès difficile</b>	Organiser l'offre de paquet intégré de service en équipe mobile par trimestre dans 40 districts sanitaires	Proportion des cibles couvertes dans les aires concernées	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières Adhésion des ASACO et des collectivités	DGSHP	672 000 000
	Organiser une stratégie avancée par mois dans 1368 aires de santé	Proportion des cibles couvertes dans les aires concernées	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières Adhésion des ASACO et des collectivités	DGSHP	4 104 000 000
	Organiser les activités de PCIME communautaire	Volume d'activités réalisées	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>PM</b>
<b>Renforcement des services de dépistage et de</b>	Organiser 1 000 foyers de déviances positives dans les régions de Ségou, Sikasso et	Nombre de foyers organisés sur prévus	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources	DGSHP	<b>64 375 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>prise en charge communautaires de la malnutrition aiguë</b>	Mopti			financières ;		
	Organiser une journée de dépistage de masse de la malnutrition aiguë par mois par aire de santé et par site ASC	Nombre de journées de dépistage réalisées par aire de santé Nombre de malnutris dépistés	Rapports d'activités	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières Adhésion des communautés	DGSHP	<b>60 785 555</b>
	Faire une recherche opérationnelle sur les valeurs nutritives des mets locaux	Résultats Recherche disponibles	Rapport de recherche	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>274 000 000</b>
	Doter 12 000 ASC en supports et intrants de prise en charge des cas MAS sans complications	Nombre d'ASC dotés en supports et intrants sur prévu	Bordereau de livraison	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières.	DGSHP	<b>141 724 275</b>
	Doter 703 CSCCom en tablettes pour le dépistage et la PEC de la malnutrition aiguë	Nombre de CSCCom dotés en tablettes sur prévus	Bordereaux de livraison et de réception	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>140 600 000</b>
<b>Extension de la couverture en Tri Evaluation Traitement d'Urgence (TETU) des enfants gravement malades</b>	Former 277 prestataires en TETU	Nombre de prestataires formés en TETU sur prévu	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>76 789 050</b>
	Equiper 88 structures sanitaires en matériels et équipements pour la mise en œuvre du	Nombre de structures équipées sur prévu	Bordereaux de livraison et de réception	Insécurité ; Disponibilité des ressources	DGSHP	<b>1 350 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	TETU		fiches détenteurs	financières		
<b>Renforcement de l'intégration des soins et services pour une meilleure qualité de la surveillance préventive des enfants.</b>	Réorganiser les services pour une meilleure intégration du paquet mère enfant y compris la surveillance préventive des enfants.	Nombre de structures avec services intégrés sur Nombre total	Rapports de réorganisation et de supervision	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>1 840 000 000</b>
	Former 12 000 prestataires des structures de santé et sites ASC en soins attentifs pour le développement de la petite enfance	Nombre de prestataires formés sur prévus	Rapports de formation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	4 200 000 000
<b>Amélioration de l'état nutritionnel des enfants</b>	Mettre en place et former 500 groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN)	Nombre mis en place et formé sur prévus	Rapports d'activité	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières.	DGSHP	<b>3 500 000 000</b>
	Etendre l'approche "Initiatives Hôpitaux Amis des Bébé" à 200 établissements de santé.	Nombre d'établissement de santé labélisés "IHAB"	Rapports d'activités/ rapports d'évaluation	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières ;	DGSHP/ ONASR	<b>474 875 495</b>
<b>Renforcement de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives</b>	Former 703 prestataires sur la prise en charge pédiatrique du VIH	Nombre d'agents formés sur prévus	Rapport de formation	Disponibilité de ressources financières et matérielles	DGSHP	<b>63 270 000</b>
<b>Organisation</b>	Organiser une sortie mensuelle	Nombre de sorties	Rapports	Insécurité ;		<b>20 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>d'interventions spécifiques à l'endroit des enfants dans les sites des déplacés</b>	vers les sites de déplacés en offrant un paquet de services (Surveillance de la croissance/nutrition, Vaccination, WASH, Dépistage VIH)	réalisées vers les sites de déplacés sur prévues Nombre d'enfants couverts par type d'activité	d'activités	Disponibilité des ressources financières.	<b>DGSHP</b>	
<b>Intégration de la Vit A et l'Albendazole dans la routine</b>	Organiser deux sessions de plaidoyer auprès de l'Etat (Ministère de l'Economie et des Finances) pour l'achat de la Vit A et de l'Albendazole pour la routine	Nombre de plaidoyers organisés sur prévus	Rapports de plaidoyer	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>4 000 000</b>
	Acheter par an 1 500 000 capsules de vit A 100 000 UI, 13 686 281 capsules de 200000 UI, 2 500 000 cp Albendazole 200 mg et 4 500 000 cp 400 mg	Quantité d'intrants achetés sur prévus	Bordereaux d'achat, de livraison et de réception, fiches de stocks	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières.	<b>DPM ONASR</b>	<b>200 000 000</b>
<b>Promotion des initiatives en faveur de la gratuité des soins pour les enfants de 6 à 10 ans</b>	Organiser 3 sessions de plaidoyer auprès des décideurs (Assemblée Nationale, Haut Conseil des collectivités et le Ministère de l'Economie et de Finances)	Nombre de sessions de plaidoyer réalisées sur prévu	Rapports d'activités Rapports de plaidoyer	Insécurité ; Disponibilité des ressources financières.	<b>ONASR</b>	<b>6 000 000</b>

**Objectif spécifique 4** : Rendre accessibles à 40% des adolescents et jeunes des services conviviaux

**Stratégie** : Amélioration de l'état de santé des adolescents/jeunes

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Extension des espaces jeunes à toutes les régions</b>	Aménager des espaces conviviaux pour adolescents.es et jeunes dans 50% des CSRéf pour l'offre des services	Nombre d'espaces aménagés sur nombre prévus	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	750 000 000
	Créer 3 nouveaux centres adaptés aux besoins des adolescents.es et jeunes dans 10 régions et le district de Bamako y compris celles affectées par la crise	Nombre de nouveaux centres créés sur nombre prévus	PV de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	ONASR	10 000 000 000
	Réhabiliter (bâtiments, équipements, formation des prestataires) les centres jeunes existants dans les régions y compris celles affectées par la crise en y intégrant les services adaptés aux besoins des adolescents.es et jeunes	Nombre de structures réhabilité sur prévu	PV de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	ONASR	841 500 000
	Offrir des services intégrés SRMNIA-Nut en équipes mobiles et ou cliniques mobiles dans les camps de réfugiés et déplacés internes une fois par trimestre	Nombre de sorties réalisées pour l'offre des services intégrés sur nombre prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	405 266 400

	Organiser l'offre de services adaptés aux jeunes et adolescents.es du milieu informel et/ou en situation de rupture familiale et dans autres structures des jeunes en situation de handicap) en stratégie avancée une fois par mois	Nombre de sorties réalisées sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	2 016 000 000
	Mettre en place un dispositif de permanence fonctionnelle 24 h sur 24 de prestations de services au niveau des structures offrant des services adaptés aux besoins des jeunes et adolescents.es	Nombre de structures ayant un dispositif de permanence fonctionnelle 24 h sur 24 sur prévu	Rapports de supervision	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>PM</b>
<b>Renforcement des établissements de santé en matière d'équipements adaptés</b>						
	Organiser 3 sessions de plaidoyer avec les autorités politiques, administratives et les collectivités pour l'instauration d'une politique de gratuité pour les adolescents.es jeunes	Nombre de sessions de plaidoyer réalisées	Rapports d'activités Rapports de plaidoyer	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	<b>6 000 000</b>
<b>Promotion du dialogue communautaire avec les élus, les leaders, les</b>	Organiser 86 journées d'échanges par région et le district de Bamako à l'endroit des leaders religieux sur la santé adolescents.es et jeunes	Nombre de journées d'échanges réalisées sur nombre prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	129 000 000



<b>religieux, traditionnels</b>	Organiser 1 449 journées d'échanges avec les leaders religieux, traditionnels et les élus locaux sur les conséquences des pratiques qui entravent le maintien des filles et garçons à l'école en collaboration avec les ONG partenaires	Nombre de personnes sensibilisées sur nombre prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	2 173 500 000
	Organiser avec 50% des collectes des sessions de plaidoyer en vue de prendre en compte le financement de la SAJ dans les plans de développement socio-économique des communes (PDSEC)	Nombre de sessions de plaidoyer réalisées Nombre de PDSEC ayant les activités SAJ	Rapports de plaidoyer Documents PDSEC	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR DGSHP	738 150 000
<b>Renforcement des compétences des prestataires des structures de santé des espaces jeunes et le recrutement des spécialiste SAJ</b>	Réviser le module de formation SAJ	Module de formation révisé disponible	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>29 223 725</b>
	Organiser des sessions de formation sur la SAJ, les SDSR et l'EG à l'endroit de 400 prestataires (Etat et privé)	Nombre de prestataires formés sur nombre prévu	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>192 000 000</b>
	Former/mettre à niveau 2 755 prestataires des formations sanitaires sur les IST/VIH, hépatites, Nutrition et la PF	Nombre de prestataires formés et ou recyclés sur nombre prévu	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>964 250 000</b>

	Organiser des suivis post-formation au niveau des régions concernées	Nombre de prestataires formés suivis - sur nombre prévu total	Rapports de supervision	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>38 500 000</b>
	<b>Mettre à disposition un spécialiste en SAJ par district sanitaire</b>	Nombre de spécialiste mis à disposition sur nombre prévu	Décision de mis à disposition	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DRH	<b>PM</b>
<b>Création des centres de désintoxication au niveau national et Régional</b>	Organiser cinq sessions de plaidoyer auprès de la commission santé de l'Assemblée Nationale pour la création de centres antipoison ou de désintoxication au niveau des hôpitaux de Bamako, Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti	Nombre de sessions de plaidoyer réalisées	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>10 000 000</b>
	Créer un centre antipoison par an ou de désintoxication	Nombre de centres créés	PV de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>PM</b>
<b>Renforcement des unités de prise en charge de la santé mentale des adolescents.es et jeunes</b>	Créer/dynamiser 30 unités de prise en charge de la santé mentale des adolescents.es et des jeunes dans les centres de Santé de Référence	Nombre d'unités créées ou dynamisées sur nombre prévu	Rapports d'activités PV de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>450 000 0000</b>
	Former 2 prestataires par district sur la prise en charge de la santé mentale chez les	Nombre de prestataires formés/district sur	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources	DGSHP	<b>225 000 000</b>

	adolescents.es et les jeunes	la santé mentale		financières		
<b>Renforcement de la disponibilité des intrants</b>	Installer 3 000 distributeurs automatiques de préservatifs dans les lieux publics (Universités, infirmeries des lycées, centres de formation professionnelle, garnisons, banques, toilettes publiques, gares routières, points show, Stades, hôtels etc ....)	Nombre de distributeurs automatiques de préservatifs installés sur nombre prévu	Rapports d'activités  PV de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>300 000 000</b>
	Doter 20 cliniques mobiles en Kits d'urgence SR (Kits1&2, Post Exposition Prophylactique)	Nombre des cliniques mobiles dotées en Kits d'urgence sur nombre prévu	Rapports d'activités, Bordereaux de livraison et de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>A déterminer</b>
	Assurer l'approvisionnement trimestriel des centres jeunes et adolescents créés et ou réhabilités en préservatifs masculins, féminins et en tubes de lubrifiants.	Nombre de centres jeunes approvisionnés régulièrement en préservatifs	Rapport d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>PM</b>

<b>Renforcement de la communication pour le changement social et de comportement sur la santé des adolescents.es et jeunes</b>	Mettre à échelle les activités de communication de proximité (pair éducation en SAJ)	Nombre de nouveaux pairs éducateurs équipés et fonctionnels Volume d'activités de communication réalisées par les pairs éducateurs	Rapports de formation Rapports d'activités des pairs éducateurs	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>300 000 000</b>
	Mettre en place 75 Clubs de "futurs maris modèles" au niveau des centres jeunes	Nombre de "clubs de futurs maris modèles" mis en place et fonctionnels sur nombre prévu	Rapports d'activité et PV de rencontre	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>86 000 000</b>
	Utiliser les TIC et les radio communautaires pour Informer/sensibiliser les adolescents.es jeunes sur les droits en santé sexuelle et reproductive à travers les TIC	Nombre de jeunes sensibilisés à travers les TIC	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>900 000 000</b>

	Organiser des activités de sensibilisation à l'endroit des adolescents.es et jeunes sur le respect du code de la route et les accidents de la voie publique au niveau des 11 centres existants et des gares routières et établissements scolaires	Nombre de jeunes et adolescents sensibilisés	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>500 000 000</b>
	Organiser des séances de sensibilisation (12 000 séances causeries éducatives, 200 conférences débats) sur la nutrition chez les adolescents.es et jeunes dans toutes les régions en collaboration avec les ONG partenaires	Nombre de parents et de jeunes adolescents sensibilisés	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	DGSHP	<b>7 000 000</b>

**Objectif spécifiques 5 : Améliorer les capacités de coordination, de gouvernance, de leadership et de suivi/évaluation**

**Stratégie :** Renforcement de la coordination, de la gouvernance, du leadership et du suivi/évaluation matière de SRMNIA-Nut

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Renforcement de la gouvernance du système sanitaire</b>	Tenir 40 réunions statutaires des groupes thématiques SR et Nut	Nombre de réunions statutaires tenues sur prévu	Rapports d'activités Compte rendu de réunions	Insécurité; Disponibilité des ressources financières,	ONASR	<b>80 000 000</b>
	Tenir 100 réunions de coordination des intervenants des secteurs privés et ONG	Nombre de réunions de Coordination	Compte rendu de réunions.	Insécurité; Disponibilité des ressources	ONASR/DG SHP	<b>50 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	dans la planification, le financement et la mise en œuvre des actions de SR	réalisées sur nombre prévu.		financières		
	Former 12 cadres de l'ONASR en vue de renforcer leurs capacités managériales	Nombre de personnes prévues /formées	Attestations de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>48 000 000</b>
	Recruter un consultant pour appuyer l'opérationnalisation de l'ONASR	Consultant recruté	Contrat de prestation du consultant Rapport final de la consultation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>15 000 000</b>
<b>Mise en place d'un mécanisme de financement basé sur la qualité des services</b>	Développer l'approche "Financement basé sur les résultats " (FBR) au sein de deux districts par région	Nombre de CSRéf /CSCom réalisant le FBR dans les districts concernés	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>PM</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Renforcement du système partenariat public – privé</b>	Créer un cadre de concertation et tenir de réunions régulières entre le public et le privé pour l'amélioration de la qualité au sein des structures privées d'enseignement de la santé et de prestation de services de santé	Existence d'un cadre de concertation par niveau du partenariat public – privé Nombre de réunions tenues sur prévues	Liste des membres du cadre de concertation partenariat public – privé Compte rendu des réunions de concertation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>450 000 000</b>
<b>Renforcement des capacités des structures étatiques, privées et des ONG dans la collecte, l'analyse et la remontée des données du SNIS sur la SMNIA-Nut</b>	Réviser les outils du SLIS en prenant en compte les nouveaux besoins d'information en SRMNIA-Nut	Supports révisés disponibles	Rapports d'activité	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>25 000 000</b>
	Organiser 171 sessions de formation de personnels techniques des structures étatiques, privées, des ONG et DTC sur les outils révisés	Nombre de sessions réalisées sur nombre prévu Nombre d'agents formés	Rapports de formation.	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>855 000 000</b>
	Organiser 5 revues annuelles nationales des données SRMNIA-Nut impliquant le secteur privé pour la complétude des informations	Nombre de revues tenues sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>55 000 000</b>
	Organiser 220 revues trimestrielles des données SRMNIA-Nut par région	Nombre de revues tenues sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources	DGSHP	<b>440 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	impliquant le secteur privé pour la complétude des informations			financières		
	Organiser 1500 revues mensuelles des données SRMNIA-Nut par district sanitaire impliquant le secteur privé pour la complétude des informations	Nombre de revues tenues sur prévu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>750 000 000</b>
	Mettre à la disposition de 400 structures privées des supports de collecte de données et de rapportage	Nombre de structures dotés en supports de collecte de données	Bordereaux de livraison et de réception des supports	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>50 000 000</b>
<b>Réalisation de la cartographie (géo-référentielle) des structures privées, parapubliques confessionnelles et services santé des armées</b>	Mettre à jour la cartographie (géo-référentiel) des structures privées, parapubliques, confessionnelles et services santé des armées	Cartographie (géo-référentiel) des structures privées, parapubliques, confessionnelles et services santé des armées est disponible	Support de cartographie Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>20 000 000</b>
<b>Renforcement des mécanismes de suivi-évaluation des activités du plan stratégique</b>	Réaliser une étude base permettant de fixer les indicateurs au démarrage du plan	Etude réalisée	Rapport d'étude	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>25 000 000</b>



Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>SRMNIA-Nut</b>	Organiser des missions de supervision semestrielle intégrée au niveau central	Nombre de missions de supervisions réalisées Nombre de structures supervisées	Rapports de supervision	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>220 000 000</b>
	Organiser des missions de supervision trimestrielle intégrée au niveau régional	Nombre de missions de supervisions réalisées Nombre de structures supervisées	Rapports de supervision	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>990 000 000</b>
	Organiser des missions de supervision trimestrielle intégrée au niveau district sanitaire)	Nombre de missions de supervisions réalisées Nombre de structures supervisées	Rapports de supervision	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	ONASR	<b>2 812 500 000</b>
	Organiser des sessions semestrielles de monitoring du PMA par aire de santé	Nombre d'aires de santé ayant effectué 2 monitorages semestriels par an sur total des aires fonctionnelles	Rapports de monitoring	Insécurité; Disponibilité des ressources financières.	DGSHP	<b>1 026 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	Organiser des revues semestrielles dans toutes les régions et annuelles au niveau national sur les activités SRMINIA-Nut	Nombre de régions ayant effectué 2 revues semestrielles Revue annuelle réalisée au niveau central	Rapport de revues Pièces comptables	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR DGSHP	<b>275 000 000</b>
	Organiser 4 supervisions trimestrielles par an par l'équipe du district à l'endroit des prestataires formés au niveau de 1406 maternités rurales	Nombre de maternités rurales ayant bénéficié de 4 supervisées par an sur total maternités rurales	Rapports de supervision,	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	DGSHP	<b>747 591 000</b>
	Organiser l'évaluation à mi-parcours du plan	Evaluation à mi-parcours réalisée	Rapport de revue.	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>300 000 000</b>
	Organiser l'évaluation finale du plan SRMINIA-Nut	Evaluation réalisé sur prévu	Rapport de l'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>450 798 310</b>
<b>Elaboration de nouveaux plans stratégiques en matière de SRMINIA-Nut</b>	Recruter une équipe de consultants sur l'ensemble du processus d'élaboration du plan	Nombre de consultants recrutés	Contrat de prestation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>40 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	Organiser 4 ateliers d'élaboration du plan stratégique SRMNIA Nut 2025-2029	Un Plan disponible	Document de plan	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>80 000 000</b>
	Elaborer le plan de communication en SRMNIA-Nut prenant en compte la SDSR et l'EG	Plan de communication en SRMNIA-Nut prenant en compte la SDSR et l'EG disponible	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>45 000 000</b>
	Elaborer un plan de communication de l'ONASR	Plan de communication de l'ONASR disponible	Document du plan de communication	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>25 000 000</b>
	Tenir un atelier de dissémination du nouveau plan de communication (au niveau national et régional)	Atelier de dissémination tenu	Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>70 000 000</b>
<b>Promotion des échanges d'expériences porteuses à l'interne et avec d'autres pays de la sous-région.</b>	Développer un réseau d'échanges, d'information, de voyages d'étude sur les bonnes pratiques et les stratégies à haut impact en matière de SR	Nombre de voyages d'étude réalisés sur nombre prévu. Nombre de réunions d'échanges réalisées sur nombre prévu	Rapports de missions Compte rendu de réunions	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>100 000 000</b>
	Organiser des ateliers d'échanges de bonnes	Nombre d'ateliers réalisés/prévus	Rapport des ateliers	Insécurité; Disponibilité	ONASR	<b>45 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
	pratiques et d'innovations en SRMINIA-Nut		Rapports d'activités	des ressources financières		
<b>Renforcement des capacités techniques de l'ONASR dans la gestion des données SRMINIA-Nut</b>	Doter l'ONASR en outils informatiques et de communication	Nombre d'outils informatiques et de communication disponibles et fonctionnels	Bordereaux de livraison et de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	ONASR	<b>80 000 000</b>
<b>Mise en place des structures de référence d'offre de services SRMINIA-Nut (clinique fixe et mobile) au niveau central et régional</b>	Créer un centre de formation clinique SRMINIA-Nut	Centre disponible et fonctionnel	Bordereau de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>350 000 000</b>
	Doter l'ONASR de 2 camions pour l'équipe mobile	Nombre de camions disponible sur prévu	Bordereau de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>140 000 000</b>
	Doter les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti en cliniques mobiles (1 par région)	Nombre de cliniques créées sur prévu.	Bordereau de réception	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>280 000 000</b>
<b>Plaidoyer auprès des collectivités territoriales et l'Etat pour la disponibilité du personnel de santé qualifié</b>	Organiser une session de plaidoyer auprès de l'Etat et les Collectivités territoriales pour le recrutement et la répartition équitable du personnel qualifié	Plaidoyer réalisé Nombre de personnels qualifiés recrutés par les collectivités et l'Etat	Rapport de plaidoyer Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>2 000 000</b>

**Objectif spécifique 6 : Promouvoir les études et recherches en matière de SR y compris la santé sexuelle et reproductive et l'égalité de genre**

**Stratégie : Réalisation des études et recherches en matière de SR y compris la santé sexuelle et reproductive et l'égalité de genre**

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Promotion de la recherche-action en SRMNIA-Nut</b>	Former un pool de formateurs sur la recherche opérationnelle/action	Nombre de personnes formées/prévues	Rapport de formation Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>40 000 000</b>
	Organiser 2 sessions de formation des cadres intervenant dans la SR sur la recherche opérationnelle	Nombre des cadres formés sur prévu	Rapports de formation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>30 000 000</b>
	Organiser 5 sessions de plaidoyer pour mobiliser des fonds pour les études et recherches auprès des partenaires	Plaidoyer réalisé Fonds mobilisé	Rapport de plaidoyer Supports comptables	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>10 000 000</b>
	Effectuer 10 activités de recherches-actions sur la SRMNIA-Nut.	Nombre de recherches effectuées par région.	Rapports des recherches-actions	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>250 000 000</b>
	Réaliser une étude sur l'impact de COVID-19 sur les activités SR	Etude réalisée	Rapport d'étude	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>25 000 000</b>
	Faire une évaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6-	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des	<b>ONASR</b>	<b>45 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Promotion de la recherche-action en SRMNIA-Nut</b>	Former un pool de formateurs sur la recherche opérationnelle/action	Nombre de personnes formées/prévues	Rapport de formation Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>40 000 000</b>
	10 ans			ressources financières		
<b>Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne</b>	Evaluer la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>80 000 000</b>
<b>Evaluation du système de référence/évaluation des structures SONU</b>	Réaliser le monitoring semestriel de la référence/évacuation dans les districts sanitaires	Nombre de districts ayant organisé 2 monitorages par an sur l'ensemble	Rapports de monitoring	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>DGSHP</b>	<b>3 375 000 000</b>
	Réviser les cadres conceptuels du système de référence/évacuation des districts sanitaires en prenant compte le nouveau-né et le transport village CSCoM	Nombre de districts sanitaires ayant révisé son cadre conceptuel	Rapport de l'atelier de validation du nouveau cadre conceptuel	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>DGSHP</b>	<b>787 500 000</b>
	Faire 2 évaluations rapides des structures SONU	Nombre de structures évaluées sur prévu	Rapport d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>400 000 000</b>
	Faire l'évaluation du système de la référence/évaluation dans les régions	Nombre de districts ayant évalué le	Rapports d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources	<b>DGSHP</b>	<b>500 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Promotion de la recherche-action en SRMNIA-Nut</b>	Former un pool de formateurs sur la recherche opérationnelle/action	Nombre de personnes formées/prévues	Rapport de formation Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>40 000 000</b>
		ystème par région sur nombre de district de la région		financières		
<b>Réalisation des études et recherches sur la santé des adolescents.es et jeunes en prenant en compte les droits sexuels et reproductifs et l'égalité genre</b>	Evaluer la connaissance des adolescents.es et jeunes sur les droits sexuels et reproductifs	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>35 000 000</b>
	Evaluer le niveau de connaissance des ménages sur l'égalité de genre	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>50 000 000</b>
	Etudier les déterminants de la faible utilisation des services PF par les adolescents.es et jeunes	Etude réalisée	Rapport d'étude	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>40 000 000</b>
<b>Réalisation des études et recherches en vue de déterminer la prévalence de l'infertilité</b>	Mener une enquête pour déterminer la prévalence de l'infertilité du couple dans les structures sanitaires	Enquête réalisée	Rapport d'enquête	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>60 000 000</b>
<b>Réalisation d'étude et recherche en intégrant les indicateurs</b>	Mener une étude sur les handicaps physiques pouvant avoir un impact sur le	Etude réalisée	Rapport d'étude	Insécurité; Disponibilité des ressources	<b>ONASR</b>	<b>80 000 000</b>

Interventions	Activités	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/ Risques	Responsables	Coûts
<b>Promotion de la recherche-action en SRMNIA-Nut</b>	Former un pool de formateurs sur la recherche opérationnelle/action	Nombre de personnes formées/prévues	Rapport de formation Rapports d'activités	Insécurité; Disponibilité des ressources financières	<b>ONASR</b>	<b>40 000 000</b>
<b>spécifiques sur les personnes vivant avec un handicap</b>	déroulement normal de la grossesse			financières		