

2016 RAPPORT ANNUEL

L'ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AU MALI



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

L'ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AU MALI

Rapport annuel 2016

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE
BRAZZAVILLE • 2017**

**© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé
pour l'Afrique, 2017**

Certains droits réservés. La présente publication est
disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)

NB : le lien vers la licence en langue française est [https://
creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr)

Conception graphique et impression : TIP/AFRO

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES CONTRIBUTEURS	iv
REMERCIEMENTS	vi
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ.....	ix
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS	2
3. DÉFIS MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	6
4. ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ	10
4.1. Lutte contre les maladies transmissibles.....	10
4.2. Lutte contre les maladies non transmissibles	14
4.3. Santé tout au long du cycle de vie.....	15
4.4. Renforcement du système de santé	21
4.5. Préparation, surveillance et riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique.....	29
5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	39

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Ce rapport a été rédigé par l'équipe du bureau de l'OMS au Mali :

- **Dr Bah Nayé**, Conseiller pour la lutte contre le VIH et la tuberculose
- **Dr Cissé Sarmoye**, Conseiller pour les systèmes de santé
- **Mme Maiga Sokona Fatoumata**, Conseiller pour la santé et l'environnement
- **Dr Maiga Minkaila**, Conseiller pour les médicaments essentiels
- **Dr Mayigane Landry**, Conseiller pour la réponse aux urgences de santé publique
- **Dr Sacko Massambou**, Conseiller pour la surveillance épidémiologique
- **Dr Sidibé Boubacar**, Conseiller pour le paludisme et les maladies tropicales négligées
- **Dr Tessougue Fatoumata**, Conseiller pour la santé maternelle et infantile
- **Dr Tounkara Baba**, Conseiller pour la vaccination
- **Dr Yao Théodore**, Coordonnateur du groupe organique Santé
- **M. Abdoulaye Cissé**, Chargé de la communication
- **Dr Diani Fatoumata**, Consultante pour la coordination inter-agences
- **Dr Tako Ballo**, Consultante pour la lutte contre le paludisme
- **M. Ousmane Touré**, Consultant pour la gestion des données

Sous la direction du **Dr Lucien Manga**, Représentant de l'OMS et avec l'appui de l'équipe chargée des opérations : Djenaba Ly (Chef d'équipe), Yahya Coulibaly, Araoudat Ousmane Touré, Charles Ahouanto, Yacouba Fomba, Kaba Camara, Mariam Sissoko, Aoua

Dembele, Djeneba Traoré, Djenebou Diallo, Amadou Kamissoko, Yehiya Traoré, Moussa Doumbia, Keita Diakaria, Ali Sagara, Brehima Soumaoro.

Avec la contribution de : Dr Ag Zakaria, Dr Gaouso Marico, Dr Lassana Coulibaly et Dr Abdoulaye Konaté (Consultants de l'OMS pour l'appui aux régions sanitaires de Kidal, Tombouctou, Gao et Mopti).

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre reconnaissance au Dr Marie Madeleine Togo, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique et à toute son équipe. Sa vision et son engagement pour le développement sanitaire du Mali ont été les éléments moteurs qui ont permis d'engranger les résultats présentés dans ce rapport.

L'Organisation mondiale de la Santé exprime toute sa gratitude aux partenaires financiers notamment : le DFID, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Fonds mondial pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, la France, le GAVI, le Partenariat H6, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Union européenne, WATERAID, ainsi qu'aux autres partenaires techniques.

Enfin, nous tenons vivement à remercier les institutions sœurs des Nations Unies avec lesquelles nous avons étroitement collaboré, en particulier : la FAO, la MINUSMA, l'UNFPA, OCHA, l'UNHAS, l'UNICEF, le PAM, et ONUFEMMES. Nous remercions tout particulièrement Mme Mbaranga Gasarabwe, Coordinateur résident du système des Nations Unies, pour son leadership.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMS	Assemblée mondiale de la santé
ARV	Anti-rétroviraux
BP	Budget Programme
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CDV	Centre de conseil et de dépistage volontaire
CERF	Fonds central de riposte aux situations d'urgence (<i>Central Emergency Response Fund</i>)
CPS	Cellule de planification et de statistiques
CSCoM	Centre de santé communautaire
CSLS	Cellule sectorielle de lutte contre le sida
CSRef	Centre de santé de référence
CSU	Couverture sanitaire universelle
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe
DTC	Directeur technique de centre
DTC3	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 3 ^{ème} dose
ECHO	<i>European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations</i>
EIR	Équipe d'intervention rapide
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
HeRAMS	Cartographie de la disponibilité des ressources pour la santé
IR	Infrarouge
KF	Karl Fischer
LNS	Laboratoire national de santé
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PFA	Paralysie flasque aiguë

PGSE	Plan de gestion de la sécurité de l'eau
PGT	Programme général de travail
PIB	Produit intérieur brut
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RSI	Règlement sanitaire international
SDADME	Schéma de distribution et d'approvisionnement en médicaments essentiels
SONU	Soins obstétricaux néonataux d'urgence
TB	Tuberculose
TPM	Tuberculose pulmonaire
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

RÉSUMÉ

Au Mali, les indicateurs de santé restent faibles malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires au développement. À titre d'exemple, la prévalence du VIH est de 1,1 % et celle de la coïnfection TB/VIH se situe autour de 27 %. Le taux de mortalité maternelle était de 587 pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité infantile est estimée à 115 pour 1000 et la mortalité néonatale à 40 pour 1000. Le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans est de 13 %. En outre, on estime que 35 % des décès infantiles sont associés à la malnutrition.

Les défis sanitaires à relever sont importants. L'offre de la prise en charge des PVVIH est encore très limitée et le dépistage de la tuberculose insuffisant. Le paludisme demeure endémique et la maladie du ver de Guinée n'est pas encore éliminée. L'utilisation des services de santé est faible puisque seule une femme enceinte sur trois effectue les consultations prénatales et que un tiers seulement des accouchements est réalisé par du personnel de santé qualifié. Les dépenses de santé sont essentiellement à la charge des ménages. Le pays se heurte à de sérieuses difficultés en termes de disponibilité et d'accès aux médicaments. Par ailleurs, le Mali ne dispose encore d'aucune des capacités essentielles nécessaires à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

Tout au long de l'année 2016, l'OMS a apporté sa contribution au Mali pour surmonter certains de ces défis. Les capacités nationales pour améliorer la qualité de l'offre de prise en charge médicale des PVVIH ont été renforcées grâce à la production d'outils de délégation des tâches. La formation de 1602 agents de santé et relais communautaires a permis de renforcer les compétences de ces personnels en dépistage et prise en charge de la tuberculose. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a entrepris une campagne de chimio-prévention du paludisme que a couvert 3 454 216 personnes (soit un taux de couverture de 93,3 %) avec le soutien de l'OMS.

La prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés a été améliorée dans certaines régions grâce à la formation des personnels de santé à l'utilisation des nouveaux guides élaborés avec l'appui de l'OMS. Par ailleurs, l'OMS a apporté une assistance au ministère de la Santé et de l'Hygiène publique pour mettre en application l'outil générique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. La 12^{ème} édition de la campagne nationale de planification familiale qui a bénéficié d'un soutien technique et financier, a permis à près de 6 000 nouvelles utilisatrices d'adopter une méthode de planification familiale. Le vaccin VPH a été introduit avec succès.

L'OMS a permis de repérer les goulots d'étranglements qui entravaient la bonne performance du système de santé, en particulier l'important déficit en ressources humaines. L'OMS a également contribué au processus (en cours) d'instauration d'une taxe sur les billets d'avion et la téléphonie et à la réaffectation des recettes découlant des taxes perçues sur les alcools qui constituent autant de mécanismes de financements innovants adéquats pour le Mali. La liste nationale des médicaments essentiels a été révisée. Le circuit d'approvisionnement et de distribution du secteur public pour les médicaments destinés à la mère et à l'enfant a été évalué et l'OMS a également contribué à la formation de 9 agents du Laboratoire national de santé en test de contrôle de qualité des médicaments.

L'OMS a réalisé une évaluation de la situation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé afin de mieux cerner les besoins et les contraintes de ces structures. L'OMS a contribué à la formation de 104 agents et à la mise en place d'un vivier de 35 formateurs régionaux pour le contrôle des infections en milieu sanitaire. Les districts de Bla et Koro relevant respectivement des régions administratives de Ségou et de Mopti ont ainsi été sélectionnés pour mener des actions visant à réduire les risques d'infection en milieu de soins.

L'OMS a apporté son soutien au pays pour réaliser une cartographie des risques sanitaires pouvant déboucher sur des urgences de santé publique, et formé 90 personnels de santé regroupés en 8 équipes d'intervention rapide au niveau national et régional. Une évaluation de l'état de mise en œuvre du plan stratégique de la surveillance intégrée et de la riposte aux maladies (2000-2005) a été réalisée; cette dernière conclut que la coordination, l'insuffisance des moyens pour le diagnostic de laboratoire, le déficit en ressources humaines qualifiées, l'insuffisance de la communication sont les principaux défis à la bonne surveillance intégrée des maladies.

L'OMS a aidé le pays à maintenir la surveillance des paralysies flasques aiguës à un niveau élevé, avec le déploiement de 37 médecins dans 58 sur 63 districts sanitaires. Ces médecins ont réalisé au total 5 591 visites de sites de surveillance prioritaires. Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite et en appui du ministère de la Santé, l'OMS a organisé 2 campagnes d'activités de vaccination supplémentaires. Elles ont permis respectivement de vacciner 7 790 278 et 7 712 449 enfants de moins de 5 ans, ce qui représente un taux de couverture administrative de 108 % et 107 %. Le remplacement du VPOt par le VPOb (switch) a également été effectué.

Le fonctionnement du Cluster santé a été renforcé. Ceci a favorisé la mobilisation des fonds CERF afin de financer la prestation de soins dans les régions du Nord, ce qui a permis de réaliser 125 497 consultations ambulatoires, 6 915 naissances assistées et de vacciner 30 881 enfants contre la rougeole.

1. INTRODUCTION

L'année 2016 est la première du second budget-programme (BP) établi à partir du 12^{ème} Programme général de travail (PGT) de l'OMS (2014-2019). Ce Programme, qui résulte d'une réforme profonde de l'Organisation apporte des innovations en terme de définition des priorités et de répartition des rôles et responsabilités entre les États Membres et le Secrétariat, mais aussi entre les différents niveaux du Secrétariat. Dans le PGT 2014-2019 les activités de l'OMS portent sur cinq domaines appelés catégories, à savoir : les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé à toutes les étapes de la vie, les systèmes de santé, la préparation, la surveillance et les interventions en situation d'urgence de santé publique.

L'année 2016 marque aussi le début de la mise en œuvre des Objectifs de développement durable (ODD). Le Mali a entamé un processus de définition des priorités et d'alignement des politiques et stratégies nationales sur ces objectifs. Le Plan-cadre intégré des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) prend déjà en considération ces objectifs.

Au Mali, les activités du premier budget-programme (BP 2014-2015) du 12^{ème} PGT ont été axées sur la riposte à la maladie à virus Ébola qui a frappé le Mali en 2014 avec 8 cas dont 6 décès. Cette situation n'a pas permis au pays de relever tous les défis sanitaires et d'exécuter de façon conséquente le BP.

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine lancé à l'initiative de la Directrice régionale privilégie entre autres, l'atteinte de résultats. Par ailleurs, le Mali fait partie des pays qui ont adopté l'approche « Unis dans l'action ». Il était donc essentiel pour le bureau de l'OMS au Mali de rendre compte de la façon dont il s'acquitte des responsabilités qui sont les siennes dans le Budget-Programme 2016-2017, et de faire état de sa contribution à l'atteinte des résultats de l'UNDAF. Le présent rapport décrit les

activités entreprises par l'Organisation mondiale de la santé pour soutenir la réalisation des priorités sanitaires nationales telles que définies dans le 3^{ème} Programme de développement sanitaire et social (PRODESS). Ce rapport permettra donc à tous ceux qui s'intéressent aux activités de l'Organisation mondiale de la Santé de mieux cerner la portée de son travail au Mali.

2. CONTEXTE SANITAIRE

Le dernier rapport du Programme des Nations Unies pour le développement indique que le Mali occupe la 179^{ème} place sur 188 pays dans le classement de l'indice de développement humain (2016).¹ Le Mali a une population estimée à 18 957 258 d'habitants.² Le revenu national brut par habitant était de 760 dollars des États Unis en 2015.³ D'après la Banque Africaine de Développement, la croissance économique a reculé, passant de 5,8 % en 2014 à 5,2 % en 2015.⁴ En 2014, le taux de croissance réelle du PIB était de 7,2 %. En 2015, selon la Banque mondiale, le produit intérieur brut (PIB) du Mali était de 790 dollars des États Unis par habitant. D'après les estimations de la Banque mondiale le pays affichait un taux de pauvreté de 45 % en 2013.⁵ L'économie repose principalement sur le secteur agropastoral et le secteur minier. L'analphabétisme touche 70 % de la population et les taux brut et net de scolarisation sont respectivement de 75,4 % et 54,3 % au premier cycle.

Les principaux indicateurs de santé du Mali sont préoccupants. D'après les données du système national d'information sanitaire, la

¹. PNUD (2016) – Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 : Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique. Programme des Nations Unie pour le Développement, Bureau régional pour l'Afrique, One United Nations Plaza, New York.

². <https://www.populationdata.net/pays/mali> (consulté le 11.02.2017).

³. <http://donnees.banquemondiale.org/pays/mali> (consulté le 11.02.2017).

⁴. <https://www.afdb.org/fr/countries/west-africa/mali/mali-economic-outlook> (consulté le 11.02.2017).

⁵. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/mali/overview> (consulté le 14.02.2017).

prévalence du VIH/sida est de 1,1 % au niveau national.⁶ La surveillance sentinelle des femmes enceintes indique toutefois que ce taux a reculé, passant de 3,8 % en 2002 à 2,9 % en 2012. Selon le rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose publié en 2016,⁷ le Mali a enregistré 7 015 cas de tuberculose toutes formes confondues, dont 4 532 nouveaux cas de TPB+ en 2015. La prévalence de la coïnfection TB/VIH oscille autour de 27 %. En outre, des cas de tuberculose multi-résistante ont été dépistés. En 2015, le Mali a notifié 1 520 047 cas confirmés de paludisme dans les régions du Nord contre 252 265 cas en 2014, soit 6 fois plus. En 2015, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée étaient estimée à 71 % chez les enfants de moins de 5 ans et à 78 % chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans ; la couverture en 3^{ème} dose de sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent était de 18 % et celle de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) 3 était de 3 %. La proportion d'enfants anémiés était estimée à 20 % et la prévalence du paludisme à 36 % chez les enfants de 6 à 59 mois.⁸

Les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, et les hépatites virales constituent également des causes importantes de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, la situation de précarité engendrée par la crise sécuritaire qui touche la quasi-totalité du territoire national s'est traduite par une recrudescence des épidémies, notamment de rougeole, de méningite, de fièvre jaune et de choléra.

Pour ce qui est des maladies tropicales négligées, la dracunculose reste endémique au Mali. Le système national d'information sanitaire a enregistré 40 cas de maladie du ver de Guinée dans 3 villages en 2014, et 5 cas en 2015. Quant au trachome, bien que 38 districts aient atteint

le seuil d'élimination du trachome folliculaire, 12 districts enregistraient une prévalence de 5 à 10 % et 5 districts des régions du nord du Mali affichaient une prévalence supérieure à 10 %. Le seuil d'élimination de la lèpre (prévalence < 1 cas pour 10 000 habitants), atteint depuis plusieurs années par le Mali, a été maintenu de 2012 à 2014. Pour la filariose lymphatique, une évaluation réalisée en 2013 dans les sites sentinelles de la filariose (6 districts sanitaires de la région de Koulikoro et 7 districts de Kayes) a révélé que la prévalence de la maladie était inférieure à 1 %. Le déclin de l'onchocercose a conduit à l'arrêt du traitement dans deux des districts sous surveillance (Bougouni et Yanfolila).

À l'instar de bon nombre de pays de la Région africaine, le Mali amorce une transition épidémiologique avec l'apparition de maladies non transmissibles liées à l'urbanisation, mais aussi à la sédentarité et au changement des modes d'alimentation. Le document⁹ de politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles (octobre 2013) indique qu'en 2008, les fumeurs représentaient environ 15 % de la population, que l'hypertension touchait 13 % des citoyens et que la proportion d'adultes ayant une glycémie élevée à jeun ou ceux qui sont sous traitement, était de 47 % environ.

⁶ Cellule de planification et de statistiques (CPS/SSDSPF), Institut national de statistiques (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International (2014) – Enquête démographique et de santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.

⁷ OMS (2016) – Global Tuberculosis Report. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (consulté le 22.02.2017)

⁸ Programme national de lutte contre le paludisme, Institut national de la statistique (INSTAT), INFO-STAT, Institut national de recherche en santé publique (INRSP) et ICF International (2016) - Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIPM) 201. Rockville, Maryland, USA : INSTAT, INFO-STAT et ICF International.

⁹ Ministère de la santé (2013) – Politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles. <http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Mali-Politique%20nationale%20de%20lutte%20contre%20les%20maladies%20non%20transmissibles%202013.pdf> (consulté le 08.02.2017)

Le taux de mortalité maternelle était de 587 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (selon les estimations de l'OMS).¹⁰ La mortalité infantile était de 115 pour 1000 naissances et la mortalité néonatale de 75 pour 1000 naissances selon la même source. Au Mali en 2015, 1 accouchement sur 3 seulement était réalisé par un personnel de santé qualifié. Selon les enquêtes démographiques de santé, le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans était de 13 % en 2012. En outre, on estime que 35 % des décès infantiles étaient associés à la malnutrition en 2013 ; au niveau national, le taux moyen d'enfants souffrant de retard de croissance est resté stable autour de 38 % de 2001 à 2012. Les enquêtes nationales sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle¹¹ quant à elles révèlent que le taux de malnutrition globale a augmenté passant de 11,4 % en 2010 à 12,4 % en 2015. Le taux de prévalence de la malnutrition aiguë mesuré sur la base du périmètre brachial des femmes âgées de 15 à 49 ans reste cependant faible à 1,1 %.

Le rapport du programme conjoint de suivi de l'OMS et de l'Unicef (2015)¹² indique qu'au Mali, 77 % seulement de la population utilise de l'eau provenant d'une source améliorée et 25 % des ménages seulement disposent de toilettes considérées comme améliorées.

La crise militaro-politique que connaît le Mali depuis 2012, s'est relativement stabilisée avec l'organisation des élections présidentielles et législatives de 2013, ainsi que la signature des accords de paix en 2015. Toutefois, une insécurité latente persiste en particulier dans les régions du Nord (Taoudéni, Kidal, Ménaka, Tombouctou, Gao et Mopti). Elle continue à compromettre l'accès aux services sociaux de

¹⁰ Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique (2016) – Fiches d'informations sur les statistiques sanitaires – Mali. http://www.who.afro.who.int/profiles_information/images/8/8d/Mali-Statistical_Factsheet.pdf (Consulté le 08.02.2017).

¹¹ Enquête nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (ENSAN) au Mali – juin 2015 – <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp278366.pdf> (consulté le 08.02.2017).

¹² UNICEF et Organisation mondiale de la Santé (2015) – Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement. https://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf (Consulté le 08.02.17)

base, y compris aux services de santé et retarde la restauration de l'autorité de l'État au nord du pays. En effet, les résultats de l'enquête HeRAMS sur la disponibilité des services de santé a montré qu'en moyenne, 3 personnels de santé desservent 10 000 habitants, au lieu des 23 recommandés par l'OMS.

3. DÉFIS MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

L'offre de la prise en charge des PVVIH reste encore très limitée au Mali. En effet, parmi les sites offrant des services de lutte contre le VIH et le sida, on compte 85 sites de prise en charge des adultes et adolescents, 74 sites pédiatriques, 416 sites de PTME et 386 centres de dépistage volontaire (CDV). Le nombre d'agents affectés à cette activité a peu augmenté en dépit de l'accroissement de la charge de travail depuis le démarrage de la prise en charge de cette maladie au Mali. Le personnel, et en particulier le personnel paramédical, n'a pas toujours pu bénéficier de formations adéquates, faute de référentiels.

Le dépistage de la tuberculose reste insuffisant. En 2015, le Programme national de lutte contre la tuberculose a notifié 7 015 cas dont 4532 contagieux. Le taux de détection de la tuberculose toutes formes confondues était de 66 %, soit en-dessous des 70 % visés par le programme. Ceci complique davantage la lutte puisque le ratio centre de dépistage et de traitement des cas de tuberculose (CDT)/habitants était de 1 pour 240 797, ce qui reste en-deçà des normes fixées par l'OMS. Le taux de succès thérapeutique est de 70 % inférieur à l'objectif visé par le Programme national de lutte contre la tuberculose qui est de 85 %.

Des flambées épidémiques de paludisme sont souvent observées dans certaines localités notamment aux franges du Sahara. La prévalence de paludisme est de 60 % dans la région Mopti, de 42 % dans la région de Sikasso et de 35 % dans la région de Koulikoro.¹³ Les variations du

¹³. Programme national de lutte contre le paludisme, Institut national de la statistique (INSTAT), INFO-STAT, Institut national de recherche en santé publique (INRSP) et ICF International (2016) — Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIPM) 201. Rockville, Maryland, USA : INSTAT, INFO-STAT et ICF International.

climat se traduisent par un changement du régime des précipitations ce qui a un impact important sur l'épidémiologie.

Le Mali est un des quatre pays au monde où la maladie du ver de Guinée est encore endémique. Cependant, le nombre de cas recule de manière notable. La surveillance n'est pas encore totalement satisfaisante puisque de 2012 à 2015, les taux de promptitude et de complétude des rapports mensuels étaient inférieurs à 80 %.

Les capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles sont faibles. Le pays ne dispose pas encore de programme national de lutte contre ces maladies. Le dépistage et le traitement des cas d'hypertension, de diabète ou de cancer sont insuffisants.

La faible utilisation des services de santé témoigne de la nécessité d'améliorer la qualité des soins et des services. Les besoins en planification familiale sont nombreux et restent largement insatisfaits. Ceci est l'un des facteurs qui alimente la forte mortalité maternelle et infantile, dans un pays où le taux de fécondité est très élevé : 6,1 enfants par femme. Selon la dernière enquête démographique de santé réalisée au Mali en 2013,¹⁴ 9,9 % seulement des femmes vivant en couple utilisaient une méthode contraceptive moderne. La demande potentielle de planification familiale (PF) dans la population générale est évaluée à 40,6 % tandis que les besoins en PF non satisfaits sont de l'ordre de 30,3 %. Cet indicateur est encore plus élevé chez les 15 à 24 ans où 55 % des besoins ne sont pas satisfaits.

Le Mali comme la plupart des pays de la Région africaine doit renforcer son Programme élargi de vaccination en y introduisant de nouveaux vaccins, en particulier le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). La discordance entre les différentes sources des

¹⁴ Cellule de planification et de statistiques (CPS/SSDSPF), Institut national de statistiques (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International (2014) – Enquête démographique et de santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.

données de vaccination, l'insuffisance de cohérence interne et externe des données représentent des problèmes importants. Ils se traduisent souvent par un nombre d'enfants vaccinés supérieur au nombre de doses utilisées, un taux de perte négatif atteignant 474 % dans certains districts, un nombre d'enfants vaccinés souvent supérieur au nombre de doses de vaccin antirougeoleux utilisées, et une incidence élevée de la rougeole chez les enfants de 12 à 24 mois alors que la couverture vaccinale paraît élevée dans la même tranche d'âge.

Le Mali a connu de nombreuses inondations au cours de ces dernières années, suivies de périodes de sécheresses plus drastiques, ce qui a eu un impact sur la santé publique. Le suivi des risques climatiques et de leur relation avec la santé publique n'a pas été adéquat. Les conditions environnementales des formations sanitaires sont propices aux infections et aux maladies nosocomiales. Elles sont d'autant plus exacerbées que l'impact de la variabilité du climat se fait de plus en plus sentir.

Au Mali, les dépenses de santé restent principalement à la charge des ménages. Selon l'enquête démographique de santé de 2012-2013, les dépenses moyennes s'élèvent à 15 904 FCFA par malade pour le 1^{er} et le 2^{ème} recours. Le gouvernement malien s'est engagé à réduire ces dépenses dans sa nouvelle politique nationale de financement de la santé. Cette politique reste cependant à mettre en œuvre. Bien que l'organisation des soins soit structurée et que le ratio du nombre de formations sanitaires pour 10 000 habitants soit proche de la norme (0,9), la faible qualité des soins reste une préoccupation majeure.

Le Mali a adopté un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME). Ce schéma décrit le mécanisme opérationnel et le rôle de chaque acteur par niveau du système de santé et recense les différents outils de gestion y afférent. Si de manière générale ce mécanisme fonctionne, le pays connaît des difficultés importantes dans la gestion du réseau d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels, ce qui explique les

ruptures récurrentes. Ceci est particulièrement vrai pour les médicaments destinés à la mère, à l'enfant et au nouveau-né. La bonne qualité des médicaments est l'un des défis majeurs auquel se heurtent la plupart des pays de la Région africaine de l'OMS, y compris le Mali. Le système de qualité des médicaments comporte plusieurs volets dont le contrôle de la qualité, l'expertise des dossiers techniques pour les autorisations de mise sur le marché et le contrôle post-commercialisation des médicaments. Ces fonctions régaliennes sont assurées au Mali par le Laboratoire national de santé (LNS) et exigent une mise à niveau permanente de ses capacités techniques et humaines, ce qui, compte tenu des ressources limitées, constitue un défi majeur pour le pays.

L'évaluation interne des capacités nationales réalisée en mai 2015 à 1 an et demi de l'échéance de 2016 pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) a conclu qu'aucune des capacités essentielles n'est encore acquise au Mali. Le Règlement sanitaire international (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007. La situation de crise qui prévaut depuis 2012 au Mali a entraîné une perturbation du système de surveillance dans les zones affectées par le conflit et l'apparition ou la recrudescence d'épidémies de rougeole, de méningite, de choléra, de paludisme, de fièvre jaune et de fièvre de la Vallée du Rift. Le plan national stratégique de surveillance et de riposte aux maladies est obsolète, puisqu'il s'est achevé en 2005. Les capacités de riposte rapide aux épidémies sont elles aussi inadéquates, même si la riposte à la maladie à virus Ébola a contribué à les renforcer.

L'éradication de la poliomyélite demeure l'une des priorités de santé publique au monde. C'est ainsi que la Résolution WHA68.3 adoptée en 2015 par l'Assemblée mondiale de la Santé, a appelé à achever la première phase de confinement du poliovirus de type 2, car elle constitue une étape cruciale vers l'éradication de la poliomyélite. À l'instar des autres pays, le Mali, doit procéder au remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. Cette opération d'envergure

nationale posait d'importants défis en termes de planification et de gestion logistique. Parallèlement, le programme d'éradication de la poliomyélite prévoyait deux campagnes d'activités de vaccination supplémentaires.

La coordination de la réponse humanitaire en santé s'est avérée difficile car les partenaires se sont moins investis dans les activités du cluster santé. Cette situation a affecté la bonne coordination des interventions humanitaires dans le secteur de la santé. L'absence des coordonnateurs des sous-clusters dans les régions prioritaires a mis en exergue la nécessité de renforcer la production régulière d'informations et leur diffusion aux partenaires de produits tels que le bulletin du cluster santé, les analyses de risque et les rapports d'investigation ad hoc. Un bon fonctionnement du cluster santé au niveau national et dans les régions affectées est essentiel pour assurer la réponse humanitaire d'urgence dans ces régions.

4. ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

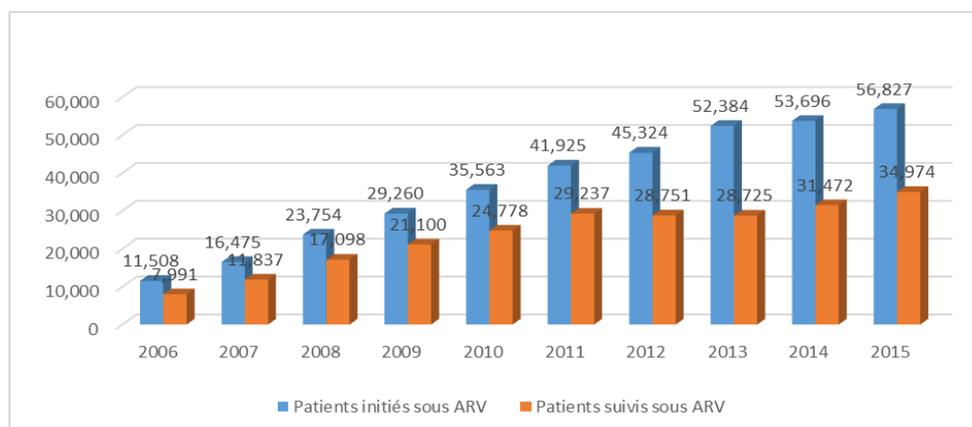
L'action de l'Organisation mondiale de la Santé s'est focalisée sur les cinq priorités définies par les États Membres dans le 12^{ème} Programme général de travail, à savoir : les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé tout au long du cycle de vie, les systèmes de santé et la préparation, la surveillance et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique.

4.1 Lutte contre les maladies transmissibles

L'OMS a contribué à améliorer la qualité de l'offre de prise en charge médicale des PVVIH grâce à la délégation de tâches. Un consensus a en effet émergé sur le fait que la délégation des tâches au personnel infirmier permettrait de multiplier les sites offrant une prise en charge et un suivi des PVVIH. Cependant, cette délégation des tâches devait se faire après une formation rigoureuse de ces agents et faire l'objet

d'une supervision rapprochée. Pour ce faire l'OMS a conduit l'élaboration des documents de référence et des modules de formation sur la délégation des tâches aux paramédicaux (assistants médicaux, infirmiers, sages-femmes et infirmières-obstétriciennes) et encouragé leur adoption par le gouvernement. Les documents de référence élaborés sont ainsi constitués de directives et d'un plan de formation continue du personnel infirmier sur la délégation des tâches dans le cadre de la prise en charge du VIH et du sida; d'un plan d'élargissement de la délégation des tâches aux paramédicaux, d'un guide du formateur, d'un cahier du participant et d'un guide d'encadrement des stages pratiques des paramédicaux. Les formations pilotes sur l'usage de ces documents ont débuté dans 15 districts prioritaires avec la participation de près de 400 agents paramédicaux.

Figure 1 : Tendances de la mise sous thérapie antirétrovirale au Mali de 2006 à 2015 (source : Cellule sectorielle de lutte contre le VIH/sida)



Grâce à la collaboration entre l'OMS, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et les organisations non gouvernementales (notamment les ONG GUAMINA et JIGI), 109 sessions ont été organisées et ont permis de former 1 602 agents de santé et relais communautaires dans le dépistage de la tuberculose. Les

compétences de ces personnels ont ainsi été renforcées en matière d'orientation des cas suspects vers les structures de santé et de stratégie DOTS. La formation de ces agents a été suivie d'un renforcement du système de détection et de référence au niveau local. C'est dans ce contexte que les élus locaux, les chefs de quartiers, les associations et groupements de femmes, de jeunes et les leaders d'opinions (réseau des communicateurs traditionnels, responsables religieux) ont été sensibilisés pour adhérer à cette approche. Au sein de chaque communauté des personnes ont été désignées pour diffuser des informations sur les centres de référence mais surtout pour la gestion des cas perdus de vue.

Conformément aux recommandations de l'OMS, le Mali a adopté la stratégie de chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3 à 59 mois. En effet cette stratégie est reconnue pour sa capacité à fortement réduire les taux de morbidité et de létalité liés au paludisme. Au Mali, la phase pilote de la mise en œuvre de cette stratégie a été effectuée à Koutiala (Région de Sikasso) avec l'appui du partenaire MSF-France. Elle a été étendue progressivement à d'autres districts et en 2016, elle a été mise à l'échelle pour couvrir l'ensemble des 65 districts sanitaires du pays. L'OMS a apporté un appui au groupe de travail composé du Programme national de lutte contre le paludisme et d'autres partenaires, pour la planification et la mise en œuvre de la campagne de chimioprévention saisonnière du paludisme (CPS). La campagne s'est déroulée en 4 passages, de juillet à décembre 2016, avec un rattrapage pour certains districts en janvier 2017. Cette campagne a ciblé au total 3 454 216 individus qui ont reçu la CPS, soit un taux de couverture de 93,3 %.

Tableau 1 : Résultats par passage et par région de la campagne de chimioprévention contre le paludisme saisonnier en 2016
(Source : Programme national de lutte contre le paludisme)

Régions	Nombre de districts	Nombre de districts ayant effectué une CPS 4	% de districts ayant effectué une CPS4	Cible de 3 mois à 5ans	Cibles ayant reçu une CPS 4	Taux de couverture de la CPS4
Kayes	10	10	100 %	503 543	498 534	99,01%
Koulikoro	10	10	100 %	611 601	664 359	108,63%
Sikasso	10	10	100 %	668 860	624 840	93,42%
Ségou	8	8	100 %	595 385	532 289	89,40%
Mopti	8	8	100 %	515 695	489 327	94,89%
Tombouctou	5	1	20%	171 599	36 309	21,16%
Gao	4	1	25%	157 077	64 009	40,75%
Kidal	4	4	100 %	17 202	13 260	77,08%
District Bamako	6	6	100 %	461 772	531 289	115,05%
Total	65	58	89%	3 702 734	3 454 216	93,29%

L'OMS a fourni une expertise technique et un soutien financier à la Commission nationale de certification de l'éradication de la dracunculose, pour qu'elle entreprenne des visites de terrain dans 28 districts sanitaires des régions de Sikasso (10), de Kayes (10) et de Mopti (8). Des enquêtes ont pu ainsi être menées pour déterminer le niveau d'information de la population sur la dracunculose, le système de notification et le montant de la récompense accordée en cas de déclaration d'un cas de dracunculose. La complétude et la qualité des rapports des CSComs et des CSRef ont été analysées. Ces actions ont permis de relever que dans la région de Sikasso, la disponibilité des supports de notification des cas était supérieure à 80 % dans 9 districts sur les 10 que compte la région. Dans cette même région, 89 % des personnes interrogées (310) affirmaient avoir entendu un message sur la maladie du ver de Guinée, et 32 % étaient au courant de l'existence d'un système de récompense. Seulement 13 % connaissaient le montant exact de la récompense qui est actuellement de 50 000 FCFA par cas confirmé déclaré.

Tableau 2 : Taux de disponibilité des supports de gestion de la maladie du ver de Guinée dans les CSComs par district sanitaire de la région de Sikasso de 2014 au 30 juin 2016 (Source : Programme national de lutte contre la cécité).

Districts sanitaires	Nombre de CSComs fonctionnels	Nombre de supports attendus 2014-30 juin 2016	Nombre de supports disponibles	Taux de disponibilité
Sélingué	7	308	299	97
Yanfolila	17	704	699	99
Bougouni	43	2182	2161	99
Kolondiéba	19	864	851	98
Sikasso	40	1720	1711	99
Kadiolo	23	943	934	99
Kignan	9	378	377	99,7
Yorosso	16	672	455	68
Koutiala	41	1722	1705	99
Niéna	14	364	356	98
Total	229	9857	9548	97

4.2 Lutte contre les maladies non transmissibles

L'OMS a soutenu le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et les autres acteurs intervenant dans la mise en œuvre des programmes tels que les ONG et associations, afin d'entreprendre des activités de promotion de la santé pour asseoir la prévention comme principal moyen de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, la célébration des journées mondiales de la santé, de lutte contre le tabagisme, le diabète, le cancer et la drépanocytose, la journée de la santé mentale, la semaine africaine de la vaccination, du donneur de sang, de la médecine traditionnelle, du cœur et de la vue, ont constitué des occasions uniques de mener une campagne intensive de sensibilisation auprès des autorités administratives et politiques, de même que pour informer et sensibiliser les communautés sur les facteurs de risque et sur la nécessité d'adopter un mode de vie sain.

Sur le plan programmatique, l'OMS a fourni une assistance technique au pays pour : élaborer et adopter un plan stratégique national multisectoriel de lutte antitabac 2016-2020 ; mettre en place des comités de lutte antitabac dans trois établissements scolaires du pays ; confectionner et diffuser des supports de communication, organiser des journées de dépistage du diabète et de la drépanocytose dans les communes de Bamako ; et prévenir et dépister les maladies en milieu scolaire.

4.3 Santé tout au long du cycle de vie

Le renforcement des soins obstétricaux et néonataux essentiels est considéré comme une stratégie clé pour obtenir des améliorations importantes dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Pour cette raison, l'OMS a entrepris, en collaboration avec l'UNFPA et l'UNICEF, d'assurer la révision et la validation des guides de formation afin d'intégrer les nouvelles avancées en la matière et de mieux répondre ainsi aux besoins de formation et de recyclage du personnel. L'OMS a apporté un appui à la formation de 28 formateurs nationaux de toutes les régions du pays, dispensée avec les modules révisés. Les documents SONU validés contribueront à l'amélioration des soins et services offerts aux femmes et aux nouveau-nés dans les formations sanitaires. Les structures sanitaires ont bénéficié d'équipements et de moyens logistiques à la suite de la formation.

Un atelier de revue des activités SONU a permis de faire le point sur la situation globale des structures SONU du pays à l'exception de la région de Kidal. Ce fut l'occasion d'échanger les expériences réussies en matière de SONU et de corriger certaines données. La mise en œuvre des recommandations issues de l'atelier permettra d'assurer le bien-être de la femme et de l'enfant. Le tableau ci-dessous montre clairement qu'il existe un important déficit en structures offrant des soins obstétricaux et néonataux de base.

Tableau 3 : Situation des structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2016
(Source : Direction nationale de la santé)

	Kayes	Bamako	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Total/Mali
Population en 2016	2 445 000	2 220 000	2 970 000	3 241 999	2 868 000	2 496 999	827 999	665 000	17 818 996
SONUC	11	24	10	12	8	10	6	4	85
SONUC	39	34	19	13	44	45	16	0	210

Normes : 1 SONUC pour 500 000 habitants et 4 SONUB pour 500 000 habitants.

D'autres interventions telles que l'élaboration des guides d'utilisation des outils d'audit des décès maternels et néonataux a permis de disposer d'un document de référence pour la réalisation de ces audits, prenant en compte les niveaux hospitalier et du centre de santé de référence. L'OMS a soutenu la formation de 34 prestataires originaires des régions de Gao et Tombouctou pour ces audits des décès maternels. L'OMS a également formé des prestataires en soins « Mère Kangourou » dans 8 CSRef.

Dans le cadre de l'élargissement de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la transmission mère-enfant du VIH/sida, une analyse de la situation, suivie de la formation des prestataires dans les nouveaux sites, a été réalisée dans la région de Koulikoro. Une supervision intégrée et formative a été effectuée dans 10 CSRef et 20 CSComs afin de renforcer les capacités de ces prestataires. Ces interventions ont été complétées par l'organisation d'une caravane de sensibilisation, d'éducation et d'information des mères potentielles afin d'accroître les taux de consultations prénatales.

Par ailleurs, l'OMS a apporté une assistance au ministère de la Santé et de l'Hygiène publique pour mettre en application l'outil générique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Une adaptation de cet outil au contexte national a été effectuée. Un atelier d'orientation des évaluateurs a ensuite été organisé. Il a réuni 25 participants dont des pédiatres, des gynécologues obstétriciens et des médecins de santé publique, qui constituent le premier vivier d'évaluateurs du pays. Les évaluateurs ainsi formés, ont testé l'outil dans le centre de santé de référence de la commune III du District de Bamako et ont procédé à l'évaluation proprement dite au Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré et au CSRef de la Commune V du District de Bamako. Le pays dispose maintenant d'un vivier d'évaluateurs, mais aussi de l'expertise nécessaire pour étoffer rapidement ce vivier.

La réalisation de la 12^{ème} édition de la Campagne nationale de planification familiale a été une activité importante. Cette campagne d'envergure nationale a été soutenue par Mme Keïta Aminata Maïga (Première dame du Mali), le ministère de la Santé et l'ensemble des partenaires intervenant dans ce domaine. Le thème national retenu était : « L'engagement constructif des leaders et des décideurs en faveur de la planification familiale, pour une jeunesse épanouie et un développement durable ». Cette campagne qui s'est déroulée du 14 avril au 17 juin 2016 a permis d'accroître le nombre d'utilisatrices des services de planification familiale. La gratuité des prestations a été assurée pendant toute la durée de la campagne, de même que la mobilisation sociale, les journées portes ouvertes, les équipes mobiles, la collecte des données et la supervision des activités. Une évaluation a permis d'établir qu'environ 6 000 nouvelles utilisatrices avaient adopté une méthode de planification familiale à l'issue de cette campagne.

Tableau 4 : Nouvelles utilisatrices des différentes méthodes de contraception
(Source : Direction nationale de la santé)

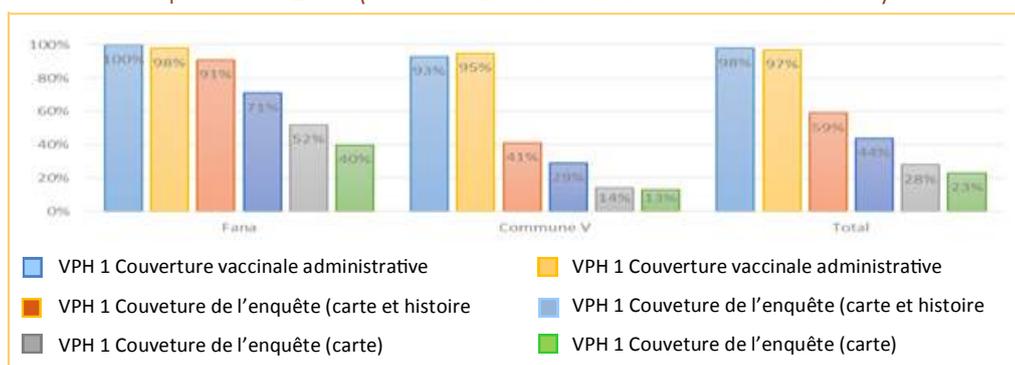
Région	Injectable	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Collier du cycle	Spermicide	Pillule
Bamako	21 763	154 067	5649	703	604	45 436
Sikasso	7056	19 311	447	217	0	4683
Kayes	3029	7578	136	78	0	2879
Koulikoro	2124	4440	158	49	0	1444
Ségou	74	1338	0	0	0	717
Mopti	161	424	6	0	0	444
Tombouctou	3411	29 903	0	0	0	2795
Gao	51	864	0	0	0	0
Total	37 669	217 925	6396	1047	604	58 398

L'OMS a fourni une expertise technique au ministère de la santé et de l'Hygiène publique pour produire les directives nationales relatives à l'introduction de nouveaux vaccins. Elle a assuré le contrôle de qualité des données recueillies et contribué à la production du rapport

d'évaluation post-introduction, notamment dans le cas du vaccin contre le virus du papillome humain. L'OMS a contribué à l'élaboration d'un plan d'introduction du vaccin antiméningococcique A (MenAfrivac®) dans la vaccination de routine, à un plan de campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A et à un suivi de la cohorte (1-5 ans). Ce plan d'introduction a été approuvé et financé par le GAVI à travers le bureau de l'OMS au Mali.

Une évaluation post-introduction du vaccin anti-VPH et de son impact sur le système de vaccination a été réalisée de même qu'une évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-VPH. Les taux de couverture vaccinale figurent à la figure 2 ci-dessous. On constate que pour la Commune V de Bamako, le taux de couverture des filles âgées de 10 ans en VPH1 est de 41 % alors qu'à Fana ce taux de couverture est de 91 %. Cependant, en tenant compte uniquement des cartes de vaccination, ces couvertures en VPH1 sont respectivement de 52 % et 14 %, pour Fana et la Commune V. Les taux de couverture en VPH2 établis sur la base des cartes et des dossiers sont de 71 % et 29 % alors que les taux uniquement basés sur les cartes sont de 40 % et 13 %, respectivement pour Fana et la Commune V. Cette évaluation a mis en exergue les difficultés liées au recensement des écoles dans la Commune V et qui serait le principal facteur expliquant les résultats obtenus à Bamako.

Figure 2 : Taux de couverture vaccinale du vaccin anti-VPH au Mali, septembre 2016 (Source : Direction nationale de la santé)



L'OMS a accompagné les efforts du gouvernement d'améliorer l'accès des populations à l'eau potable. Elle a organisé en mars 2016 conjointement avec le gouvernement et l'UNICEF un atelier qui a réuni une soixantaine de participants et a permis d'aider les acteurs du secteur à mieux concevoir et développer le prochain Programme Sectorielle Eau et Assainissement (PROSEA II). De même, pour répondre aux besoins grandissants de connaissance et de suivi de la qualité de l'eau, en particulier dans le cadre des ODD, l'OMS et l'Association Internationale de l'Eau ont organisé un atelier de formation pour le développement de Plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE) et le suivi de la qualité de l'eau. Cette formation, qui a réuni une soixantaine de participants a abouti à l'adoption d'une feuille de route qui prévoit la mise en œuvre de PGSSE dans trois centres urbains et semi-urbains, et d'intervenir éventuellement sur plusieurs autres centres équipés d'adduction d'eau potable en Région de Kayes.

Le Mali a été à nouveau l'un des premiers pays à contribuer au rapport GLAAS 2016/2017 (The Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking Water), qui informe sur le financement du secteur de l'eau et de l'assainissement. Une étude de cas concernant le

Mali figure notamment dans ce rapport. En effet, le Mali s'est engagé fin 2015 à mettre en œuvre l'initiative TrackFin dont l'objet est de suivre les financements du secteur de l'eau et de l'assainissement, de la même manière que pour le secteur de la santé avec les comptes nationaux de la santé. Cette initiative est soutenue de manière coordonnée avec l'UNICEF, principal contributeur pour la première phase. Les premiers résultats, présentés aux acteurs du secteur en octobre dernier, ont particulièrement montré que des efforts importants devaient être conduits pour renforcer le suivi et la centralisation des données financières. Les conclusions montrent qu'il existe d'importantes disparités dans le financement entre régions, entre le milieu urbain et le milieu rural, mais aussi entre le secteur de l'eau et l'assainissement, ce dernier étant largement moins bien doté. Enfin, si d'importants progrès ont été réalisés vis-à-vis des OMD, en particulier pour l'eau, il ressort que des efforts restent à conduire, tant pour l'eau que pour l'assainissement, tout particulièrement du fait que les ODD sont plus ambitieux tant en termes de couverture (universelle) que de niveau de service. D'importants efforts, de la part de l'ensemble des acteurs, seront nécessaires pour atteindre les ODD.

4.4 Renforcement du système de santé

Le Mali fait partie des 13 pays bénéficiaires des financements du partenariat Union européenne-OMS-Luxembourg. Ce partenariat vise à renforcer le dialogue politique pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). C'est à travers ce partenariat que l'OMS a contribué au dialogue politique au cours de l'élaboration des plans opérationnels des districts et régions sanitaires de santé. Ceci a facilité l'obtention d'un consensus sur les interventions à mettre en œuvre pour la mise en place d'un système de santé performant. L'organisation des instances du PRODESS (comité technique et comité de suivi) ainsi que les réunions de concertation des partenaires techniques et financiers élargies au ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, qui ont également bénéficié d'un appui, ont constitué autant d'occasions pour le Gouvernement et les partenaires du secteur de la santé, du

développement social et de la promotion de la famille, d'évaluer ensemble la performance du secteur. Ces rencontres ont également permis d'évaluer les résultats obtenus dans la mise en œuvre du PRODESS avec pour but d'accroître la couverture des services de santé essentiels de qualité et d'assurer l'accès équitable aux soins de santé. D'autre part, le dialogue politique au cours de ces instances a permis d'améliorer l'alignement des interventions des partenaires sur les priorités du pays en matière de santé. Enfin, ce partenariat a favorisé l'institutionnalisation des comptes de la santé.

L'OMS a mené une étude visant à déterminer les principaux obstacles à une bonne performance du système de santé. Il ressort de cette étude que le principal point d'achoppement est le déficit criard en ressources humaines. L'OMS s'est donc employée à convaincre le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et les partenaires au développement de la nécessité d'accorder la plus haute priorité à cette question. Un soutien technique a ainsi été octroyé à la direction des ressources humaines du ministère de la Santé pour mettre à jour l'annuaire statistique national, et entamer la préparation du nouveau plan stratégique national sur les ressources humaines en santé. Le Bureau régional de l'OMS a mis un expert régional à la disposition du pays à cet effet.

L'OMS a fourni un appui au pays pour qu'il entreprenne une analyse des mécanismes de financement innovants et du potentiel inexploité pour mobiliser des ressources supplémentaires. L'analyse a pris en considération la synthèse des premières réflexions sur la question qui avaient déjà ciblé les billets d'avion, les transactions financières, la vente de boissons alcoolisées, la vente du tabac, les bénéfices de grandes entreprises, les ressources minières, les taxes, la téléphonie mobile et les gains des jeux de hasard, entre autres, comme sources de financement potentiel. Le cabinet OPM (Oxford Policy Management) et l'OMS ont examiné toutes les options possibles de cette liste. L'équipe a pris en compte l'expérience internationale en la matière, ainsi que les difficultés ou les succès rencontrés dans d'autres pays, afin d'opter pour des mécanismes applicables au Mali. Une liste

de cinq mécanismes méritant une analyse plus approfondie a ainsi été définie : taxe sur l'alcool, les ressources minières, la téléphonie, les billets d'avion et les transactions financières. L'hypothèse de départ est que, pour le paquet (universel) de base qui revient à 6 600 francs CFA par habitant, il faut compter une augmentation de 6 % par an, sachant que l'objectif visé est une couverture de 28 % de la population en 2016 et de 45 % en 2023. Cet objectif requiert un appui progressif de l'État, estimé à 17 milliards de francs CFA en 2016, 50 milliards de francs CFA en 2020 et 84 milliards de francs CFA en 2023 (soit 0,95 % du PIB à cette date). Il ressort des études que certains mécanismes sont particulièrement prometteurs, par exemple, la taxe sur les billets d'avion, sur la téléphonie ou la réaffectation des recettes provenant des taxes perçues sur les alcools.

En regroupant les hypothèses basses des trois mécanismes recommandés, on obtient un revenu potentiel de 5 205 557 888 francs CFA en 2016, soit 2,20 % du budget de la santé et 0,40 % du budget général de l'État. En regroupant les hypothèses hautes, on obtient un revenu potentiel de 15 655 213 536 francs CFA pour 2016, soit 6,60 % du budget de la santé et 1,20 % du budget général de l'État, et un montant de 32 038 564 019 francs CFA en 2024.

La liste nationale des médicaments essentiels a été révisée. L'OMS a organisé des sessions de travail des experts nationaux qui ont débouché sur un projet de nouvelle liste de médicaments essentiels pour les deux prochaines années. Une analyse croisée de la liste nationale actuelle et de la liste modèle de l'OMS (produits retirés avec motifs, produits introduits avec justification) a été entreprise. Au total, 64 molécules ont été retirées de l'ancienne liste, 95 molécules ont été maintenues et 71 molécules ont été ajoutées à la nouvelle liste. Parmi les critères d'inclusion ou d'exclusion citons la qualité, la stabilité et l'efficacité ou la sécurité d'utilisation des produits.

Tableau 5 : Nombre de médicaments retenus sur la liste de 2016 par rapport à la liste de 2014 en fonction de la catégorie de formations sanitaires

N°	Désignation	Nombre de molécules			Nombre de médicaments, forme pharmaceutique et dosage		
		LNME 2014	LNME 2016	Écart	LNME 2014	LNME 2016	Écart
1	Tous niveaux	366	352	- 14	566	582	+ 16
2	Hôpital	361	345	- 16	559	573	+ 14
3	CSRef	270	271	+ 01	450	471	+ 21
4	CSCoM avec médecin	217	217		351	368	+ 17
5	CSCoM avec infirmier	147	158	+11	257	255	- 02

14 molécules médicamenteuses ont été retirées de la liste de 2016, ce qui est une bonne performance pour une liste de médicaments essentiels. En effet, l'OMS recommande que les listes soient limitées autant que possible pour faciliter leur gestion et leur maîtrise par le personnel praticien. Par contre 16 formules et dosages différents ont été rajoutés par rapport à la liste de 2014. Ceci traduit une plus grande rationalisation des choix de médicaments à prescrire afin de garantir une meilleure sécurité au patient, et de minimiser le gaspillage.

Une évaluation du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments dans le secteur public a été entreprise. Ce travail a analysé les conditions de sélection, de quantification, d'achat, de financement, de réception, d'inventaire, de stockage, d'acquisition, de livraison des produits et de consignation de l'information logistique. Cette étude transversale menée dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le District de Bamako a couvert 73 structures sanitaires publiques et parapubliques. Elle a permis de recenser les problèmes opérationnels mais aussi systémiques qui se posent à la gestion des médicaments au Mali. L'étude a aussi permis de comprendre que l'application des mesures de base relatives à la

gestion des stocks restait problématique. À titre d'exemple, des supports comme le pointage journalier ou les fiches de réception sont mal tenus et parfois inexistantes, surtout au niveau des districts sanitaires. C'est également le cas des supports de gestion de stocks. Tous ces éléments expliquent en bonne partie le taux global de rupture de stock des médicaments enregistrés (14,8 %).

L'étude a révélé que le guide et le formulaire thérapeutiques, ainsi que la liste nationale des médicaments essentiels sont très peu utilisés. Ce comportement a pour conséquence le non-respect des directives thérapeutiques standard, il ne permet pas de garantir ni la qualité des soins ni un prix d'achat raisonnable des médicaments et des autres produits nécessaires aux soins.

Il ressort également clairement que si les kits de la césarienne sont souvent disponibles à un niveau acceptable dans les établissements publics hospitaliers (EPH) centraux, ils le sont en revanche beaucoup moins au niveau régional et du district. Au contraire, le panier de médicaments destinés à la santé maternelle et infantile est plus disponible au niveau des districts (90 %) qu'au niveau des EPH (moins de 40 %). Enfin, on note qu'en moyenne les périodes de ruptures de stock sont trop longues, ce qui a forcément une incidence sur la qualité des soins.

L'étude a montré que le coût moyen de la prescription de médicaments pour la santé maternelle et infantile est plus élevé que celui des médicaments généraux : 9 541,23 FCFA contre 3 992,76 FCFA. Il convient de creuser davantage cette question afin d'envisager des mesures correctrices.

Tableau 6 : Disponibilité et utilisation des supports de gestion et de travail

Désignation	Taux global de disponibilité (n=73)
Manuel du SDADME	79,45 %.
Manuel SOP SIGL	61,64 %,.
Manuel SOP SIGL SMNI	32,88%.
LNME édition 2014	63,04%.
Guide thérapeutique national	31,51%.
Formulaire thérapeutique national	23,29%.
Fiches de stocks	88,2%
CRGS (compte rendu de gestion de stock)	96%
Taux de complétude des rapports de gestion	74%

Tableau 7 : Disponibilité des médicaments SMNI

Désignation	Taux moyen de disponibilité	Nombre moyen de jours de rupture
Kits de la césarienne complets	53,07 %	49,45 jours
Taux global de disponibilité des médicaments traceurs de la mère et l'enfant	82,67%	29,78 jours
Taux de disponibilité des médicaments du panier	90%	17,79 jours.
Taux moyen de disponibilité des contraceptifs	78,45%	39,23 jours

Tableau 8 : Tenue des outils de gestion par type de structure

Bonne tenue des outils de gestion (SDADME)	EPH-N (n=6)	EPH-R (n=4)	DRC (n=27)	DVC (n=30)	PPM-C (n=1)	PPM-R (n=5)
Compte-rendu de gestion des stocks	50,00	100,00	92,31	90,00	100,00	80,00
Fiche de stock	50,00	100,00	92,31	86,67	100,00	100,00
Bon de commande	66,67	100,00	76,92	90,00	100,00	100,00
Bordereau de livraison/facture	50,00	100,00	92,31	85,19	100,00	100,00
Fiche d'inventaire	50,00	100,00	87,50	84,62	100,00	100,00
Fiche de réception	66,67	66,67	77,27	52,38	100,00	66,67
Fiche de pointage journalier	83,33	100,00	7,69	79,31	0,00	0,00

Les capacités nationales en matière de contrôle de qualité des médicaments ont été renforcées. Ceci a été réalisé à travers la mise à jour des procédures de contrôle de qualité et la formation du personnel du Laboratoire national de la santé (LNS) en charge du contrôle de qualité des médicaments. Le renforcement des compétences du personnel a porté sur les techniques instrumentales et notamment la méthode de Karl Fischer et la spectroscopie à infrarouge. Ces deux techniques qui n'étaient pas encore utilisées au Mali, permettent d'évaluer de façon plus précise la qualité des médicaments soumis au contrôle.

Une formation a été dispensée par un expert international. Elle s'est déroulée en deux phases, l'une théorique et l'autre pratique. La phase théorique s'est focalisée sur : i) les bonnes pratiques telles que définies dans les procédures normalisées de laboratoires relatives aux 2 techniques en question, ii) les informations sur les sources d'erreurs probables lors des titrages, iii) le choix des solvants, iv) les caractéristiques des échantillons, v) le mode opératoire.

La phase pratique avait pour objectif de permettre aux participants de mettre en application les notions reçues lors de la phase théorique sur le contrôle des médicaments par spectroscopie à infrarouge et la méthode de Karl Fischer. Pour ce faire, et avec l'assistance de l'expert international, tous les participants à la formation ont procédé à l'installation des équipements pour la méthode Karl Fischer et la spectroscopie à infrarouge et à leur mise en service. Les travaux pratiques ont porté sur l'utilisation des équipements, le paramétrage des méthodes d'analyse et la rédaction des procédures opérationnelles standard qui sont des instructions relatives à l'utilisation, à la maintenance et au suivi des équipements. La phase pratique a comporté un volet « métrologie » qui a consisté à étalonner la seringue d'injection utilisée pour le pré-titrage selon la technique de Karl Fisher.

Au total, 9 agents du service de contrôle de la qualité des médicaments, toutes spécialités confondues, ont été formés à ces analyses. La formation, un franc succès, s'est avérée très utile et très instructive, aussi bien pour les participants qui ont acquis de nombreuses connaissances, que pour le Laboratoire national qui a pu ainsi élargir son plateau technique de contrôle de la qualité des médicaments. Cela lui permet notamment de déterminer de façon plus précise les principes actifs et la teneur en eau des médicaments en se référant aux monographies. La détermination de ces deux paramètres revêt une grande importance dans le contexte du Mali. En effet, la technique du spectrophotomètre à infrarouge acquiert toute son importance avec l'arrivée sur le marché de médicaments génériques provenant de plusieurs sources, la prolifération des produits de qualité inférieure, faux, faussement étiquetés, falsifiés ou contrefaits et surtout avec l'introduction sur la liste nationale des médicaments essentiels de plusieurs combinaisons thérapeutiques pour la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida. Dans ce contexte, la détermination précise des teneurs en principes actifs était devenue un défi pour le LNS. Il en est de même pour la technique de Karl Fischer, sachant qu'un écart de norme en teneur d'eau dans les médicaments est un danger réel pour la stabilité des produits en particulier dans la

zone climatique caractérisée par de fortes chaleurs où est situé le Mali.

Les conditions pour garantir une bonne hygiène en milieu de soins et prévenir les infections ont été évaluées. L'OMS a conduit cette évaluation dans les établissements de santé afin de mieux cerner les besoins et les contraintes de ces structures. Les résultats obtenus ont montré qu'aucune région ne disposait d'une quantité d'eau disponible dépassant 40 % des besoins quotidiens. Les districts de Bla et de Koro relevant respectivement des régions administratives de Ségou et de Mopti ont ensuite été sélectionnés pour mener des actions visant à réduire les risques d'infections en milieu de soins. À Bla, 10 CSComs et le CSRef ont été ciblés, tandis qu'à Koro, ce sont 11 CSComs et le CSRef qui ont été retenus. Dans chacune de ces structures, un Plan de gestion en santé environnementale des structures de soins (PGSE) a été préparé, en s'appuyant sur les directives fournies par l'OMS. L'approche PGSE englobe la disponibilité de l'eau potable en quantité et qualité suffisantes dans les unités de soins mais aussi l'assainissement et l'hygiène. Les PGSE sont conçus pour améliorer ces services de façon pragmatique, progressive et efficace, là où ils sont les plus nécessaires. Ainsi, 104 agents ont été formés à travers 35 formations régionales pour la maîtrise de cette approche.

4.5 Préparation, surveillance et riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique

Un exercice d'évaluation des risques sanitaires au Mali a été mené à bien pour permettre au pays d'intégrer une approche de l'évaluation des risques fondée sur des données factuelles et faire en sorte que cette approche puisse être appliquée de manière comparable et reproductible. Les résultats de cet exercice ont permis de catégoriser les principales menaces sanitaires. Ces résultats ont ensuite débouché sur un exercice de simulation théorique afin d'évaluer la coordination de la réponse face à une épidémie de méningite ; cet exercice fut réalisé au Centre opérationnel d'urgence du Mali, sous la forme d'un atelier qui a examiné les fonctions, responsabilités, tâches, plans et

procédures des principaux acteurs nécessaires à la coordination opérationnelle d'une réponse sanitaire en situation d'épidémie de méningite. Cet exercice a permis d'asseoir les automatismes requis pour riposter à une épidémie, et de mettre le doigt sur les aspects à renforcer pour apporter une réponse plus efficace.

Des équipes d'intervention rapide ont été formées. L'OMS a aidé le MSHP à mettre en place 8 équipes d'intervention rapide (EIR) nationales et régionales. Au total 90 personnels de santé provenant de différentes structures de l'État et de différentes régions ont été intégrés dans ces EIR. Ces EIR ont été formées pour détecter rapidement et riposter efficacement aux événements de santé publique qui présentent ou pourraient présenter un danger important pour l'homme. De retour à leurs postes respectifs de travail et après leur formation, les membres des EIR sont capables d'agir au sein d'une équipe pluridisciplinaire fonctionnelle à la demande de l'autorité compétente ; de procéder à une évaluation rapide des risques et de déterminer si un risque donné doit être considéré comme une menace pour la santé publique ; d'optimiser les activités de surveillance et de gérer convenablement les données de surveillance ; de mener une enquête épidémiologique pour confirmer ou infirmer une flambée ; de mettre en œuvre les mesures appropriées de prévention et de lutte contre les infections ; d'effectuer des prélèvements sans risque sur les cas et les cas suspects ; de mener une recherche active de cas et de contacts en vue de contrôler efficacement une éventuelle flambée épidémique ; d'informer les communautés, d'instaurer un dialogue avec elles et d'inhumer les patients décédés lors d'une épidémie, sans risque et dans la dignité. Les EIR pluridisciplinaires installées sont constituées de médecins, d'infirmiers, de laborantins, de vétérinaires, d'hygiénistes, de psychologues et d'agents de sécurité entre autres. Au total, 7 régions du Mali sur 10 disposent déjà d'EIR prêtes à répondre rapidement aux événements de santé publique dès qu'ils ont été déclarés. La mise en place des EIR au niveau des districts est prévue courant de l'année 2017 avec la collaboration étroite du CDC.

Un inventaire des textes législatifs et réglementaires sur la santé publique dont la mise en œuvre contribue à l'application du RSI a été réalisé avec l'appui de l'OMS. Une relecture de ces textes afin de déterminer les déficits nécessitant une action des autorités législatives et réglementaires a été menée. Pour ce faire, le « toolkit » de l'OMS sur l'évaluation de la législation a été utilisé. Un groupe de travail spécial a été mis en place à cet effet. La revue documentaire a permis de constater que le Mali dispose d'un nombre important de textes qui peuvent, s'ils sont appliqués, contribuer à une mise en œuvre effective du RSI (2005). Il s'agit notamment de 3 textes de lois relatifs au contrôle sanitaire, au contrôle des maladies aux frontières, à la lutte contre les épidémies et aux vaccins obligatoires ; d'un arrêté (règlement intérieur du district sanitaire) ; et de 11 décrets dont 6 relatifs à la mise en place d'un centre des opérations d'urgence et d'autres relatifs aux maladies à déclaration obligatoire, au comité intersectoriel permanent de la gestion des épidémies, au règlement financier et à la gestion des déchets biomédicaux.

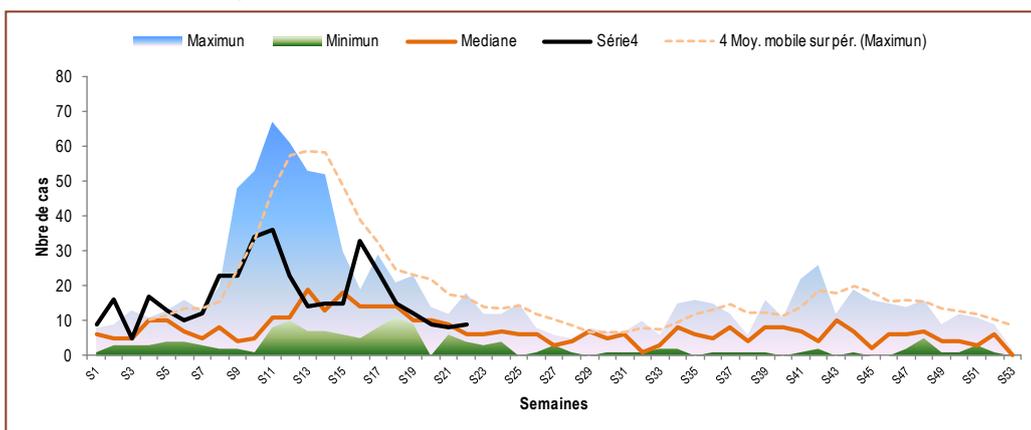
Le renforcement de la surveillance intégrée et du suivi des tendances épidémiologiques des maladies a été poursuivi. L'OMS a notamment soutenu une évaluation de l'état de mise en œuvre du plan stratégique de la surveillance intégrée et de la réponse aux maladies (2000-2005). Cette évaluation a révélé des difficultés liées à la coordination (fonctionnalité des comités de gestion, supervision, collaboration multisectorielle), l'insuffisance des moyens pour le diagnostic de laboratoire, le déficit des ressources humaines qualifiées et leur formation, l'insuffisance de ressources humaines pour la communication, l'insuffisance de rétro-information et la faible implication des populations.

L'OMS a continué de mener une analyse rétrospective des données issues de la surveillance, pour observer les tendances à court, moyen et long terme concernant certaines maladies à potentiel épidémique qui sévissent encore fréquemment au Mali. Ces analyses permettent de constater que la recrudescence saisonnière de la méningite est

encore courante, mais les épidémies sont plus localisées. On note cependant une baisse de la fréquence et de l'intensité de ces épidémies au cours des 10 dernières années. La figure 3 ci-dessous montre l'évolution de la méningite dans un canal endémique tracé sur 10 ans.

Au cours de ces deux dernières années, on a noté une augmentation du nombre de cas de fièvre jaune (surtout en 2015). Un cas de coinfection fièvre jaune-fièvre de la vallée du Rift a été enregistré dans le district de Nioro en 2016. L'investigation a montré que le cas de fièvre de la vallée du Rift (FVR) était un cas importé de l'épidémie qui était en cours en Mauritanie.

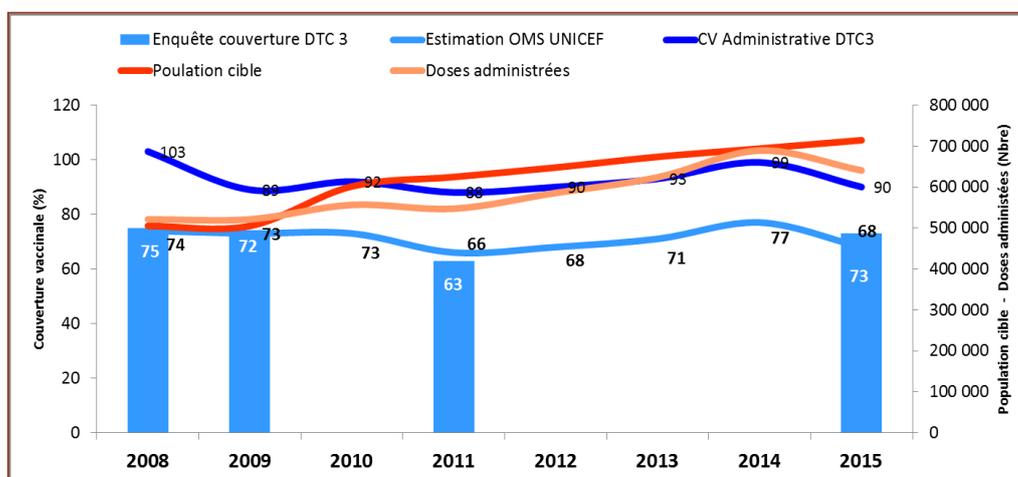
Figure 3 : Évolution des cas suspects de méningite 2016 par rapport au canal endémique de méningite 2011-2015 (Source : Direction nationale de la santé)



La qualité des données de la vaccination et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination a été assurée. L'équipe du bureau de l'OMS au Mali a procédé à la vérification de plus de 8 000 lignes de données portant sur les éléments de la couverture vaccinale dans le pays. Ceci a permis de produire un rapport annuel crédible sur les performances en matière de vaccination pour l'année 2015, en partenariat avec le MSHP et l'UNICEF. Ce travail initié depuis plusieurs

années et qui se poursuit a également permis de relever et de documenter des écarts importants entre les différentes sources d'estimation des performances en matière de vaccination. Il a surtout mis en évidence le fait que malgré les efforts déployés, des écarts importants subsistent entre les estimations de l'administration, des enquêtes de population et de l'OMS-UNICEF en ce qui concerne les taux de couverture vaccinale. L'OMS a contribué à cet exercice en déterminant les actions correctrices à prendre pour assurer la qualité des données du pays. Les taux de couverture vaccinale indiquent une diminution des doses de vaccin DTC3 administré à une population cible en croissance, ce qui se traduit par un fléchissement de la couverture vaccinale en DTC3 selon les données administratives vaccinales, les enquêtes et les estimations de l'OMS-UNICEF de 2015 à 2016.

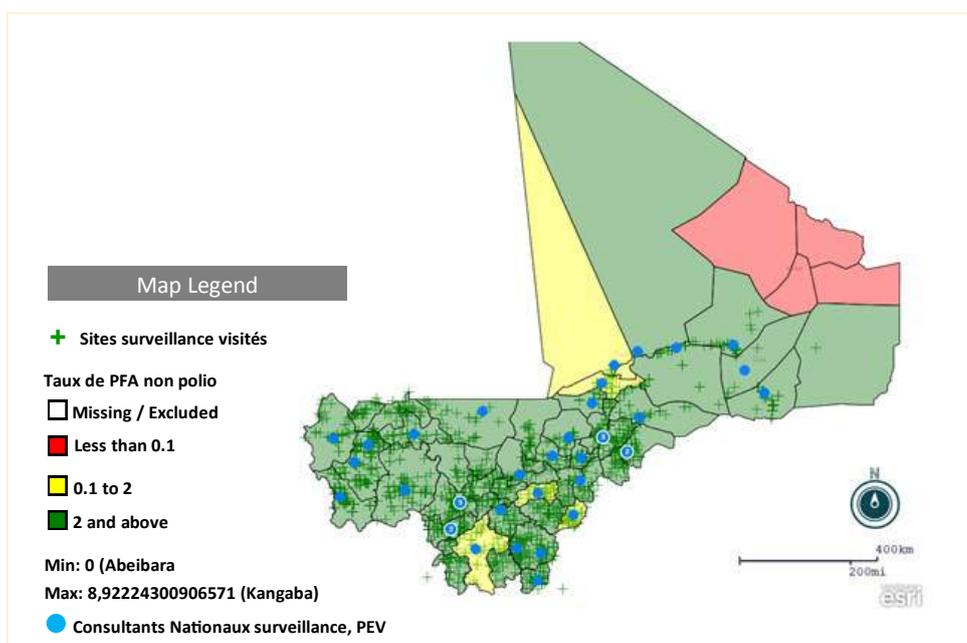
Figure 4 : Écarts entre les couvertures administratives vaccinales, les enquêtes et les estimations (Source : Direction nationale de la santé).



Il était essentiel pour le Mali de se doter d'un plan stratégique national d'amélioration de la qualité des données de vaccination de routine. Ce plan a été élaboré pour la période (2016–2019) en étroite collaboration avec le GAVI, l'UNICEF et l'USAID.

La surveillance a été maintenue à un niveau élevé, particulièrement pour la détection des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). En effet, au cours de l'année 2016, l'OMS a déployé 37 médecins dans 58 des 63 districts sanitaires afin d'intensifier la surveillance de ces cas de paralysie. Ces médecins ont réalisé au total 5 591 visites de sites de surveillance prioritaires des paralysies flasques aiguës (PFA) dont : 1 392 de priorité 1 ; 1 034 de priorité 2 ; et 3 165 de priorité 3. Au cours de ces visites, ils ont vérifié les registres et rappelé les définitions de cas aux personnels de santé, aux tradipraticiens, et aux populations. Les outils de surveillance et de vaccination, de planification et de suivi des activités ont également été vérifiés et mis en place chaque fois que cela était possible. Les 2 principaux indicateurs de surveillance des cas de paralysies flasques aiguës (taux de PFA non poliomyélitique et pourcentage de cas de PFA avec selles adéquates) ont été atteints et maintenus au plan national grâce à cette intensification de la surveillance active. Si bien que l'indicateur lié au taux de PFA non poliomyélitique est passé à 3,9 cas pour 100 000 enfants <15 ans en 2016 (alors qu'il était de 2,8 cas pour 100 000 enfants <15 ans en 2015) ; tandis que le pourcentage de cas de PFA avec prélèvement de selles dans les 14 jours suivant le début de la paralysie a progressé, passant de 82 % en 2015 à 90 % en 2016. Ces deux indicateurs ont été atteints dans 7 régions sur 9, ce qui est un résultat très satisfaisant compte tenu du contexte sécuritaire du pays. Ces indicateurs sont résumés dans la carte ci-contre.

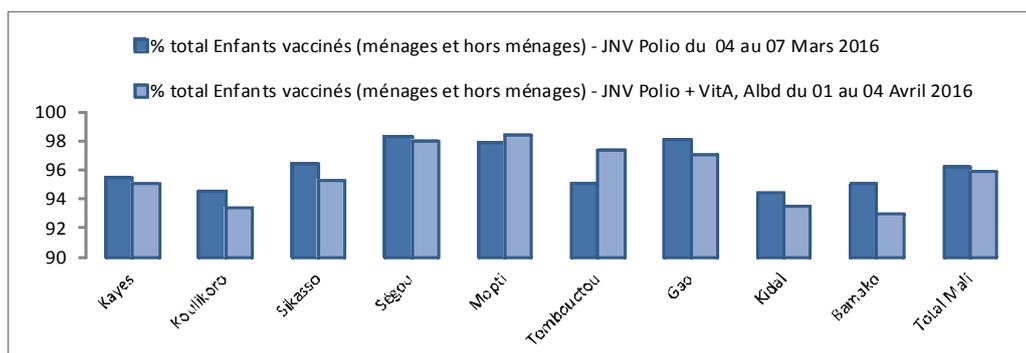
Figure 5 : Sites de surveillance visités, indicateurs PFA par district, consultants déployés



En 2016, l'OMS a fourni un appui au ministère de la Santé pour organiser 2 campagnes d'activités de vaccination supplémentaires, du 4 au 7 mars et du 1^{er} au 4 avril. Au total, 7 790 278 et 7 712 449 enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés au cours de ces deux campagnes, ce qui représente un taux de couverture administrative de 108 % et 107 %. Une évaluation indépendante des taux de couverture vaccinale administrative notifiés a été organisée par l'OMS, en vue de disposer d'éléments d'appréciation de la qualité de ces activités de vaccination supplémentaires à la fin de chaque campagne. Cette évaluation a permis de confirmer la bonne qualité des AVS (moins de 5 % d'enfants manqués lors des 2 campagnes).

Le retrait du VPOt et son remplacement avec le VPOb (opération appelée « switch ») a été mis en œuvre avec succès. Les directives fournies au pays par l'OMS ont facilité l'élaboration du plan de transition du vaccin anti poliomyélitique trivalent VPOt au vaccin anti poliomyélitique bivalent VPOb et le rapport d'enquête de monitoring a été produit par l'OMS afin de valider le remplacement. Cette enquête a permis de vérifier le retrait du VPOt de tous les entrepôts de la chaîne du froid, du niveau national jusqu'au niveau du district, ainsi que dans certains centres de santé communautaires ; de prendre des mesures correctives pour éliminer les stocks de VPOt de la chaîne de froid et d'évaluer la disponibilité du VPOb et du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans 469 sites sur 1 498 sites recensés (soit 31 % des sites). Ainsi, les résultats de cette enquête ont permis au Comité national de certification de l'éradication de la poliomyélite de valider le 18 avril 2016, le retrait du VPOt et son remplacement par le VPOb au Mali. Les activités de l'OMS dans le pays ont également permis de produire la documentation relative au rapport d'avancement de l'éradication de la polio au Mali. La tenue des réunions des comités poliomyélite (Comité de certification et Comité des experts) a été assurée. Le rapport sur la 1^{ère} phase des activités de confinement du poliovirus au laboratoire a été élaboré et transmis au Bureau régional en décembre 2015 grâce à l'appui de l'OMS.

Figure 6 : Pourcentage d'enfants vaccinés lors des différentes éditions des AVS contre la poliomyélite en 2016 par région du Mali selon les résultats du monitoring indépendant
(Source : Direction nationale de la santé).



L'évaluation du cluster santé menée en 2015 a révélé que le nombre de partenaires enregistrés et participant effectivement aux activités du cluster s'était grandement réduit. La nomination d'un expert international en santé publique au poste de coordonnateur du cluster a permis de restaurer la confiance des partenaires et a redynamisé non seulement la participation mais aussi les contributions des ONG aux activités du groupe. La circulation des informations s'est beaucoup améliorée aussi, notamment grâce aux contributions reçues des acteurs sur le terrain, ce qui a permis de produire le bulletin trimestriel du cluster à une fréquence régulière. Par ailleurs, la base de données des organisations enregistrées dans le cluster a été informatisée, ce qui a facilité sa mise à jour et l'enregistrement de nouveaux membres. Au niveau des régions, quatre médecins ont été recrutés pour assurer la coordination des activités des partenaires humanitaires du secteur de la santé dans les régions du Nord.

Le renforcement de la surveillance des maladies à potentiel épidémique dans les régions est l'une des contributions majeures des sous-clusters. À ce titre les acteurs humanitaires ont contribué à la collecte d'informations et à la production de bulletins épidémiologiques hebdomadaires et mensuels. Ceci a permis de détecter à temps des épidémies de rougeole et de méningite et d'y riposter efficacement

Le traitement et la diffusion de ces informations furent possibles grâce au recrutement d'un gestionnaire de données par l'OMS ; cela a facilité la collecte, l'analyse et la diffusion des informations non seulement au cours des réunions mensuelles mais aussi via le bulletin épidémiologique trimestriel. La carte 3W a été régulièrement mise à jour avec l'appui des médecins des régions.

La disponibilité des services de santé a été évaluée grâce à l'outil HeRAMS. Les résultats de cette étude révèlent un déficit en ressources humaines sur toute l'étendue du territoire national avec une densité du personnel de santé de 2,8 agents pour 10 000 habitants contre les 23 pour 10 000 habitants recommandés par l'OMS. En outre, 51 % de ce

personnel exerce dans la région de Bamako qui ne représente que 12,5 % de la population totale. Pour ce qui est de la disponibilité des services, il faut souligner l'absence de certains services notamment les services de laboratoire, de radiologie, de transfusion sanguine, de soins obstétricaux d'urgence avec césarienne, de santé mentale, de prévention du VIH et de prise en charge du diabète dans au moins 75 % des structures. Le manque de personnel, l'absence de formation continue, le manque d'équipement, le manque d'intrants et le faible niveau des ressources financières sont cités parmi les premières causes expliquant la non-disponibilité de soins.

La redynamisation du cluster santé a permis de mobiliser 1,5 millions de dollars des États-Unis à travers les fonds CERF afin de soutenir la prestation de soins dans les régions du Nord. Pour ce qui est de l'OMS, un partenariat a été signé avec trois (ONG internationales (IEDA, IMC, Help) pour mettre en œuvre les activités planifiées dans le plan de réponse humanitaire dans les districts ciblés avec un appui en médicaments et la mise en place de cliniques mobiles. Ainsi, des cliniques mobiles mensuelles ont été organisées dans les régions de Tombouctou et de Kidal de juillet à décembre 2016. Les données disponibles montrent que 125 497 consultations ambulatoires ont été réalisées et que 6 915 naissances ont été assistées par un personnel qualifié dans les districts bénéficiant de ce soutien. Dans le domaine de la prévention des maladies, 30 881 enfants ont été vaccinés contre la rougeole. Le dynamisme du cluster a été mis à profit pour mobiliser les différents partenaires afin qu'ils participent activement à la réalisation des campagnes de vaccination et de chimioprophylaxie saisonnière du paludisme avec le soutien financier de ECHO. L'OMS a fourni en particulier un appui technique au renforcement de la gestion des données.

5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

De façon générale, et malgré un contexte difficile, l'OMS a pu déployer sa coopération technique avec le Mali dans l'ensemble des domaines prioritaires définis dans le 12^{ème} PGT. De manière plus précise, les capacités nationales de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose ont été renforcées. Le processus de certification de l'élimination de la maladie du ver de Guinée a été soutenu. Les compétences des personnels de santé pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ont été améliorées. De nouveaux vaccins ont été introduits dans le programme de vaccination. La liste des médicaments essentiels a été révisée. Les actions visant l'éradication de la poliomyélite, la détection et la riposte aux épidémies ou encore la coordination du cluster santé se sont poursuivies.

Le présent rapport établi clairement que l'OMS a contribué de façon tangible aux résultats escomptés de l'UNDAF pour ce qui est des objectifs concernant la couverture vaccinale, la santé de la mère et de l'enfant, la planification familiale, la gestion rationnelle des médicaments, la chimio-prévention du paludisme, la prévention des risques d'infection en milieu de soins, et l'éradication de la maladie du ver de Guinée. Certes, les cibles visées ne sont pas toutes atteintes, mais la poursuite de ces actions à travers la mise en œuvre de la nouvelle Stratégie de coopération entre l'OMS et le Mali (2017-2021), sera une garantie de l'atteinte des cibles visées. En effet, dans le cadre de cette stratégie, l'OMS et le Mali ont convenu de : renforcer le système de santé ; prévenir, détecter et riposter efficacement aux épidémies et aux urgences de santé publique ; promouvoir l'atteinte des objectifs de développement durable ; contribuer au développement des capacités nationales et mettre en place un partenariat efficace pour soutenir le développement sanitaire national. Sur un plan plus opérationnel, le bureau de pays poursuivra les actions engagées en 2016 et s'assurera que des projets seront menés en vue de parvenir à des résultats et des gains de santé

tangibles.



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE
BRAZZAVILLE • 2017**