



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU DU MALI



RAPPORT ANNUEL

2017



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU DU MALI

Rapport Annuel 2017

AVANT-PROPOS



Dr Lucien MANGA
Représentant de l'OMS au Mali

Il me plaît de vous présenter ce rapport portant sur les réalisations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au Mali au cours de l'année 2017. Tel que vous aurez à le constater, le programme de transformation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la région africaine porte déjà ses fruits. En effet, au Mali, notre organisation devient plus opérationnelle de par sa proximité auprès des populations.

Pour ceux d'entre vous qui auraient lu le précédent rapport, à savoir celui de l'année 2016, vous saurez noter une progression tangible dans l'atteinte de nos résultats, y compris un impact direct dans l'amélioration de la vie des maliennes et des maliens.

Ceci n'aurait été possible sans un leadership fort et affirmé du Gouvernement de la République du Mali, et en particulier de celui du Ministre de la Santé et

de l'Hygiène Publique, dont je salue ici l'engagement et les actions. En outre, c'est aussi grâce au renforcement de nos relations de partenariat avec les Agences sœurs des Nations Unies, plusieurs Organisations Non Gouvernementales et de nombreux acteurs de la Société Civile.

Notre espoir est qu'en 2018 nous poursuivons nos efforts pour consolider ces acquis, afin que la couverture sanitaire universelle devienne une réalité au Mali.

Je vous souhaite une bonne lecture.

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Ce rapport a été rédigé par l'Equipe du Bureau de l'OMS au Mali :

Dr Nayé Bah :	Conseiller pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et les hépatites,
Dr Tako Ballo :	Conseiller pour la lutte contre le paludisme et la nutrition,
Dr Sarmoyé Cissé :	Conseiller en renforcement du système de santé,
Mme Maïga Sokona Fatoumata :	Conseiller pour la santé et l'environnement,
Dr Massambou Sacko :	Conseiller pour la surveillance épidémiologique,
Dr Boubacar Sidibé :	Conseiller pour les maladies tropicales négligées,
Dr Abdoul Karim Sidibé :	Conseiller pour la vaccination de routine,
Dr Baba Tounkara :	Conseiller pour l'éradication de la poliomyélite,
Dr Fatoumata Cissé Tessougué :	Conseiller à la santé maternelle et infantile,
M. Abdoulaye Cissé :	Chargé de communication,
Dr Fatoumata Diani :	Chargée de la coordination inter-agence,
Mme Fadimata Oumar :	Chargée de la gestion des risques et de l'éthique,
M. Ousmane B. Touré :	Chargé de la gestion des données,
Dr Yao Théodore :	Expert international en Système de Santé.

Sous la direction du :

Dr Lucien Manga, Représentant de l'OMS,
Avec la participation de :

- l'Equipe chargée des opérations :

Charlotte Nduwimana, Yahya Coulibaly, Charles Ahouanto, Araoudat Touré,
Samba Bah, Yacouba Fomba, Kaba Camara, Mariam Sissoko, Moussa Doumbia,
Djénéba Traoré, Aoua Dembélé, Ali Sagara, Bréhima Soumaoro, Diallo Djenebou,
Coumba Kamissoko, Yehiya Traoré ;

Liste des contributeurs

- l'Equipe des médecins d'appui du programme d'urgences de l'OMS :

Makan Kouma, Hamsetou Cissé, Moussa G. Camara, Mahamadou Dama Diawara, Assita Bamba, Issa Coulibaly, Youssouf Traoré, Mariam Idrissa Djila, Djénébou Cheick Keita, Daouda Simpara, Fadjigui Sangaré, Moctar Samaké, Mariam Konaté, Sidiki Amadou Guindo, Yiriba Diarra, Moussa Sanogo, Mamoudou Dienta, Yacouba Coulibaly, Aminata Keita, Coulibaly Lassana, Moussa Ousmane Traoré, Ousmane Lamine Maiga, Moussa Gaoussou Koné, Ag Zakaria, Mamadou Samaké, Abdoulaye T Ballo, Gaoussou Marico, Ibrahima Konaté, Mamadou Diarra.

La coordination de la rédaction de ce rapport a été assurée par le Dr Abdoulaye Mamadou Traoré (Consultant de l'OMS).

TABLE DES MATIERES

LISTE DES CONTRIBUTEURS	4
RESUME	12
INTRODUCTION	14
I. CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS.....	14
II. ACTIVITES DU BUREAU DE L'OMS MALI EN 2017.....	16
2.1. Lutte contre les Maladies Transmissibles	16
2.2. Lutte contre les Maladies non Transmissibles.....	18
2.3. Santé tout au long du cycle de vie	19
2.4. Renforcement du Système de Santé	25
2.5. Opérations du Programme Mondial des Urgences de santé publique au Mali	29
III. CONCLUSION-PERSPECTIVES	34

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des Tableaux

Tableau I : Les indicateurs clés de suivi des activités SMNI dans la région de Sikasso en 201720

Tableau II : Projection et GAP du personnel en 2030.....28

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du nombre de patients initiés sous ARV et suivis sous ARV de 2006 à 2017 16

Figure 2 : Répartition des Taux de couverture thérapeutique selon les MTN..... 18

Figure 3 : Répartition des enfants âgés de 0 à 59 mois selon le type de malnutrition 19

Figure 4 : Disponibilité de l'eau potable dans les structures de santé23

Figure 5 : Evolution des couvertures vaccinales nationales par antigènes en 201724

Figure 6 : Couverture vaccinale en Penta 3 par District en 201724

Figure 7 : Couverture vaccinale en VAR par district en 201725

Figure 8 : Carte de la présence des médecins d'appui de l'OMS dans les régions du Mali en 201729

Figure 9 : Investigation autour du cas de Dengue à Bamako30

Figure 10 : Localisation géographique de tous les sites de surveillance environnementale en 201731

Table des illustrations

Liste des photos

Photo 1 : Caravane de sensibilisation des communautés autour de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale	21
Photo 2 : Lancement de la semaine africaine de la vaccination à Bamako le 24 avril 2017	26
Photo 3 : Un enfant vacciné contre la poliomyélite	27
Photo 4 : Equipe conjointe OMS-Ministère en activité d'identification de site de surveillance environnementale	31
Photo 5 : Lancement de l'introduction du vaccin polio injectable dans la PEV de routine à Safo, commune II du district de Bamako le 25 mars 2017	32
Photo 6 : Don de médicaments dans le cadre du cluster santé du Mali	39
Photo 7 : Le don de sang une priorité pour l'OMS dans le cadre des urgences humanitaires	39
Photo 8 : Une vue de l'équipe d'urgence du bureau OMS Mali	40

ACRONYMES ET ABBREVIATIONS

BP	:	Budget Programme
CICM	:	Centre d'Infectiologie Charles Mérieux
CNCED	:	Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose
CROCEPSS	:	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Exécution des Programmes Santé
CSCom	:	Centre de Santé Communautaire
CSRef	:	Centre de Santé de Référence
DHIS	:	District Health Information Software (Logiciel d'Information Sanitaire du District)
DCS	:	Dépense Courante de Santé
DVD_MT	:	Outils de gestion des données de district sur les vaccins
DNS	:	Direction Nationale de la Santé
DTC	:	Directeur Technique du Centre
EDSM	:	Enquête Démographique et de Santé Mali
IEHK	:	Interagency Emergency Health Kit (Kit sanitaire d'urgence)
EIR	:	Equipe d'Intervention Rapide
ERF	:	Emergency Response Framework
HeRAMS	:	Cartographie de la Disponibilité des Ressources pour la Santé
IEDA	:	International Emergency Agency (Agence Internationale de développement d'Urgence)
IMC	:	International Medical Corps (Corps Médical International)
INRSP	:	Institut National de Recherche en Santé Publique
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
JNV	:	Journée Nationale de Vaccination
KPI	:	Keys Performance Indicator (Indicateurs Clés de Performance)
MNT	:	Maladie Non Transmissible

Acronymes et abbréviations

MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ODD	:	Objectif du Développement Durable
PARSEP-NM	:	Projet d'Appui à la Réinsertion Socio-Economique des Populations du Nord du Mali
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PCR	:	Réaction de Polymérisation en Chaîne
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Fléttre Aiguë
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PPTE	:	Pays Pauvre Très Endetté
PSN	:	Plan Stratégique National
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PRODESS	:	Programme de Développement Socio-Sanitaire
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SBE	:	Surveillance Biologique de l'Exposition
SCC	:	Service Correctionnel Communautaire
SEBAC	:	Surveillance Epidémiologique à Base communautaire
SIMR	:	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SIS	:	Système d'Information Sanitaire
SMART	:	Mesure de la Mortalité, du Statut Nutritionnel et de la Sécurité Alimentaire en Situation de Crise
SONU	:	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SR	:	Santé de la Reproduction
TB	:	Tuberculose
TBMR	:	Tuberculose Multi-Résistante

Acronymes et abréviations

TDR	:	Test de Diagnostic Rapide
THA	:	Trypanosomiase Humaine Africaine
UNFPA	:	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	:	Dollar américain
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPH	:	Virus du Papillome humain
VPOb	:	Vaccin anti Poliomyélite Oral bivalent

RESUME

En 2017 l'Organisation mondiale de la santé au Mali (OMS) a poursuivi les activités initiées en 2015 et 2016. Celles-ci ont porté sur cinq domaines prioritaires :

- 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.

Pour ce qui est des maladies transmissibles, l'extension de la stratégie « Traitement pour Tous » a été poursuivie à travers l'évaluation de la qualité de la prise en charge du VIH, la formation de 1247 agents paramédicaux sur la délégation des tâches et l'élaboration des documents normatifs. En ce qui concerne la tuberculose, le pays a été doté d'un guide national de tuberculose multi-résistante (TBMR) et 35 agents de santé ont été formés pour le diagnostic et la prise en charge, permettant ainsi une décentralisation dans la gestion des cas.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, 51 agents de santé ont été formés sur la gestion des épidémies de paludisme, 44 agents chargés de système d'information sanitaire sur la détermination des seuils épidémiologiques et 90 agents de santé communautaires sur la reconnaissance et la gestion

des cas de paludisme, la communication, l'hygiène et l'assainissement. Les capacités de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le paludisme 2013-2017 ont été renforcées.

Concernant les maladies tropicales négligées, les campagnes de traitement de masse à base d'Ivermectine+albendazole conduites ont permis d'obtenir des taux de couverture thérapeutiques excédant 80% pour la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les géo helminthiases EAS. La trypanolyse est désormais réalisée sur place et la Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose a été renforcée.

En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, les activités de promotion de santé ont été intensifiées afin d'instaurer la prévention, considéré comme principal moyen de lutte ; ce qui a permis de sensibiliser les communautés sur les facteurs de risque et sur la nécessité d'adopter un mode de vie sain.

Dans le cadre de la promotion de la santé, courant tout le cycle de vie, le renforcement de capacités s'est poursuivi à travers la formation de 170 gérants en gestion logistique, 45 agents en audits des décès péri et néonataux, 200 enseignants et pairs éducateurs, 200 leaders communautaires en santé

Résumé

sexuelle et reproductive et 320 adolescents et jeunes en planification familiale. Aussi 165 hommes et 662 femmes ont été sensibilisés sur le genre et la santé de la reproduction ainsi que 430 femmes et jeunes sur les conséquences des violences basées sur le genre, la santé de la reproduction et le référencement vers les centres de santé. L'on peut noter aussi la distribution de 200 condoms féminins et 5200 condoms masculins.

Dans le cadre des opérations du programme des urgences en matière de santé publique, 30 médecins nationaux, 4 consultants « STOP » et un consultant international ont été recrutés. Ceux-ci ont visités 2.526 sites, formés 14.135 agents de santé sur les directives techniques nationales de surveillance ; sensibilisés 768 tradithérapeutes sur les définitions communautaires de PFA et autres maladies cibles du PEV. L'on peut noter une couverture vaccinale en penta 3 \geq 90 % dans 39 districts sur 75.

Les maladies à potentiel épidémique ont été investiguées et des réponses rapides y ont été apportées. Un plan stratégique des opérations d'urgences de santé publique a été élaboré, les SOP et le guide SIMR ont également été révisés ; les capacités des laboratoires ont à leur tour été renforcées.

Sous le leadership du Représentant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au Mali, une impulsion a été donnée à l'agenda de transformation souhaité par le Bureau OMS de la Région Afrique.

INTRODUCTION

La crise politico-sécuritaire qui secoue le Mali depuis 2012 a engendré une situation sanitaire préoccupante dont les effets sont encore perceptibles en 2017. Pour soutenir les efforts du Gouvernement du Mali et de ses partenaires dans l'offre de services de soins à toutes les couches de la population, le Bureau de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du Mali a contribué à la mise en œuvre d'interventions majeures afin d'atteindre les objectifs de la stratégie de coopération 2017-2019 en vigueur entre le Mali et l'OMS, en adéquation avec ceux du Programme de Développement Socio-Sanitaire (PDSS) et des objectifs de développement durables (ODDs), en particulier l'ODD3¹.

Au cours de cette deuxième année (2017) de mise en œuvre du second Budget-Programme (BP) de l'OMS (2014-2019), les activités de l'OMS ont porté sur cinq domaines, à savoir :

- i) les maladies transmissibles,
- ii) les maladies non transmissibles,
- iii) la santé à toutes les étapes de la vie,
- iv) les systèmes de santé,
- v) la préparation, la surveillance et les interventions en situation d'urgence de santé publique.

Ce rapport est destiné au grand public, et particulièrement au Gouvernement de la République du Mali ainsi qu'aux Partenaires Techniques et Financiers.

I. CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS

Le contexte sanitaire du Mali a peu évolué entre 2016 et 2017. Il a cependant été constaté une aggravation de la crise alimentaire et une détérioration des indicateurs de nutrition².

Les principaux indicateurs de santé demeurent préoccupants. En effet, le taux de mortalité maternelle s'élève à 368 pour 100 000 naissances vivantes (NV) et celui de la mortalité néo natale, à 35 p.1000 NV (EDS V, 2013).

La prévalence globale du VIH est de l'ordre de 1,1% (EDSM 2012-2013)³. L'épidémie est de type concentré (prévalence de 24,2% chez les travailleuses de sexe, 13,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou HSH et 5% chez les utilisateurs de drogue injectable ou UDI) avec des disparités régionales (Enquête ISBS 2009)⁴.

²Clusters. Plan de réponse humanitaire. Mali 2017. In <http://www.unocha.org/mali> | www.reliefweb.int.

³Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) (2012-2013). Enquête démographique et de santé au Mali (EDS-V) 2012-2013.

⁴Ministère de la Santé du Mali (MS), Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA (CSLS), Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC), Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Enquête Intégrée sur la Prévalence et les comportements en matière IST ISBS 2009.

¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). Stratégie de coopération 2017-2022. Un aperçu.

On note toujours une prédominance féminine (1,3% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans contre 0,8% chez les hommes). L'incidence est plus élevée parmi les jeunes femmes âgées de 20 à 25 ans et la prévalence est stable chez les jeunes de 15 à 20 ans⁵.

Les conditions d'hygiène sont précaires, faute d'assainissement adéquat et de gestion inappropriée des déchets solides et liquides. Cette situation favorise la transmission des maladies, dont plusieurs à caractère épidémique¹.

Les incidences des maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole, la méningite, les diarrhées à rotavirus, les pneumonies, le cancer du col de l'utérus demeurent élevées. Le pays a déjà connu une épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) en 2014, faisant six (6) décès parmi huit (8) cas décelés. Depuis, les fièvres hémorragiques virales font l'objet d'une surveillance accrue¹.

Dès lors, le pays a amorcé une transition épidémiologique avec l'émergence des maladies non transmissibles liées à l'urbanisation, à la sédentarité et au changement dans le mode d'alimentation. L'hypertension artérielle touche quant à elle 15% de la population tandis que la prévalence du diabète est estimée à 9,3%. Les principaux facteurs de risque sont : le tabagisme (11%) et l'obésité (38%) .

Dans le cadre de sa coopération avec le Mali au cours de la période 2017-2022, l'OMS a formulé cinq objectifs stratégiques qui permettront l'atteinte concomitante de ceux du PDSS ci-dessus présentés et des ODDs, en particulier l'ODD3¹.

Ces objectifs sont :

1. Renforcer le système de santé afin qu'il permette à tous un accès équitable aux soins de santé, en favorisant la couverture sanitaire universelle tout en étant résilient ;
2. Prévenir, détecter et réagir efficacement aux épidémies et aux urgences de santé publique de façon à préserver la population nationale et éviter la propagation internationale de ces menaces ;
3. Faciliter l'atteinte de l'objectif de développement durable³, contribuer efficacement à l'atteinte des autres objectifs et à la mise en œuvre efficace des interventions de santé ;
4. Contribuer au renforcement des capacités nationales afin d'assurer une gestion rationnelle et efficace des programmes de santé ;
5. Développer un partenariat efficace pour soutenir le développement sanitaire national.

⁵ Présidence de la République du Mali, Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (SEHCNLS). Analyse épidémiologique et programmatique contre le VIH et le sida 2017.

II. ACTIVITES DU BUREAU DE L'OMS MALI EN 2017

De même qu' en 2016, les actions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont focalisées en 2017, sur les cinq priorités définies dans le cadre du douzième Programme Général de Travail et de Coopération avec le pays, 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.

2.1. Lutte contre les Maladies Transmissibles

Pour la mise en place de la stratégie « Treat All », l'OMS a conduit une évaluation sur la qualité de la prise en charge des PVVIH, poursuivie l'extension de la délégation de tâches et procédée à l'élaboration des documents normatifs en 2017. C'est ainsi que, 1247 agents de santé et personnels paramédicaux ont été formés sur la prise en charge du VIH. Il ressort de l'étude d'évaluation de la qualité que, sur 26 établissements sanitaires enquêtés de Bamako, Kayes, Ségou et Tombouctou, 95% offrent des services en matière de prise en charge du VIH et sida. Cependant, l'offre de service est plus faible dans les cliniques privées (72%) que dans les établissements parapublics (89%) et publiques (93 à 100%). Le nombre de PVVIH initiées sous ARV a augmenté, passant de 65.655 en 2016 à 73.088 en 2017 ; le nombre de PVVIH suivies sous traitement antirétroviral (ARV) est passé de 37.902 en 2016 à

42.072 en 2017. Le nombre de nouvelles infections quant à elle a baissé, passant de 4.538 en 2016 à 4.274 en 2017. Même si les taux de perdus de vue de PVVIH dans les cohortes sont élevés (33% dans les hôpitaux régionaux et 100% dans les cliniques privées et les établissements parapublics), leur recherche n'est pas systématique par le personnel de certains sites. Il subsiste une inégalité notoire entre les structures basées dans la capitale Bamako (89%) et celles dans les régions (Kayes 67%, Ségou 33% et Tombouctou 67%).

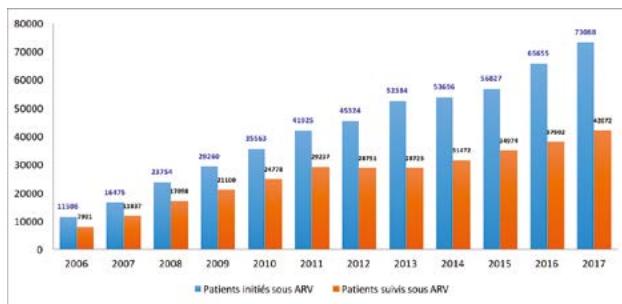


Figure 1: Evolution du nombre de patients initiés sous ARV et suivis sous ARV de 2006 à 2017.

Grâce au soutien et à l'appui de l'OMS, le diagnostic et la prise en charge des tuberculoses multi résistantes ont été renforcés. C'est dans ce cadre que l'OMS a mis à la disposition du pays un guide national tuberculose multi-résistante (TBMR) renforçant ainsi les capacités de prise en charge de la tuberculose (particulièrement des TBMR), à travers la formation de 35 agents de santé des régions de Bamako, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mopti et Ségou sur la gestion des TBMR. Depuis

cette formation, les TBMR sont gérées sur place.

En 2016, l'OMS avait défini la surveillance comme une intervention de base dans les stratégies de lutte contre le paludisme⁶. Par conséquent, les interventions de l'année 2017 ont été focalisées sur la prédiction, la prévention et la détection précoce des épidémies de paludisme. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, 51 agents de santé ont été formés sur la gestion des épidémies de paludisme dans les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal. De même, 44 chargés de système d'information sanitaire ont été formés sur la détermination des seuils épidémiologiques dans 20 aires de santé des districts à risque d'épidémie de paludisme dans les régions de Kayes et Koulikoro. Ainsi, les seuils épidémiques sont désormais identifiés et les acteurs prêts et aptes à gérer d'éventuelles épidémies. Aussi, 90 agents de santé communautaires ont également été formés sur la reconnaissance et la gestion des cas de paludisme (simple et grave), la communication, l'hygiène et l'assainissement dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso et Mopti. Cette initiative a permis de renforcer les capacités de diagnostic et de prise en charge des cas de paludisme. Les capacités de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2013-2017 ont été renforcées à travers l'appui de trois experts internationaux de l'OMS. Les investigations conduites pour évaluer les

infrastructures de stockage des insecticides et apprécier l'utilisation du matériel ont permis de renforcer les capacités du pays à pouvoir améliorer l'audit environnemental post PID dans la région de Mopti (districts sanitaires de Bandiagara, Bankass, Djenné et Mopti).

L'OMS a, par ailleurs renforcé les capacités de la Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CNCED) et lui a permis d'effectuer des missions dans les régions de Kayes, Sikasso, Mopti et Gao. L'analyse des résultats de ces missions a permis de conclure que les taux de complétude des rapports de notification des cas varient entre 70% et 100% ; le niveau requis pour la certification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est de 80%. Une investigation des cas de ver de Guinée chez les canins, conduite de 2015 au 31 juillet 2017 a été effectuée conjointement par la DRS de Ségou et l'OMS dans le District sanitaire de Tominian. Sur les seize (16) cas de ver de Guinée enregistrés chez les chiens dans ledit district sanitaire, un seul cas (6,25%) était autochtone et les quinze (15) autres (93,75%) avaient été importés de la région de Mopti (particulièrement des Districts de Djenné, Mopti, Ténenkou et Youwarou). Il conviendrait de signaler que dans ces localités, aucun cas de ver de Guinée chez l'homme et les chiens n'avait été déclaré pendant la même période. Quant à l'identification des sources de contamination, aucune évidence n'a pu être élucidée. D'autre part l'OMS a apporté un soutien financier et technique à la campagne de distribution de

⁶OMS Bureau Mali. Rapport annuel d'activité 2016.

masse des médicaments (Ivermectine-albendazole) contre les maladies tropicales négligées (MTN). Grâce à cette intervention, les taux de couverture thérapeutique ont été de 92,39% pour la filariose lymphatique (population cible : 1.874.213, personnes traitées: 1.731.545 avec une couverture géographique de 99,62%), de 96% pour l'onchocercose (couverture programme : 4.405.230 sur 4.589.963), de 98,91% pour la schistosomiase (nombre enfants d'âge scolaire traités = 2.984.437 soit 28% de la population totale) et de 104,67% pour les géo helminthiases EAS (enfants en âge d'être scolariser traités = 5.443.078 sur 5.200.224 à traiter). Ainsi, le taux de couverture thérapeutique pour chaque maladie est supérieur à 80%, seuil requis pour l'élimination par l'OMS.

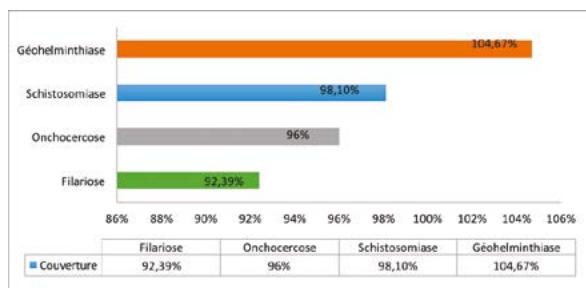


Figure 2: Répartition des Taux de couverture thérapeutique selon les MTN.

L'OMS a contribué au renforcement de la surveillance épidémiologique de la trypanosomiase humaine africaine à travers la réalisation de supervisions formatives des agents chargés de la surveillance épidémiologique de la THA dans les sites sentinelles de Kéniéba, Kangaba, Yanfolila, Sikasso, Koutiala et Yorosso. Elle a aussi équipé ces sites de tests de diagnostic rapide. La compétence en matière

de diagnostic de la trypanosomiase a été renforcée à travers la formation d'un agent de l'INRSP sur la trypanolyse à Conakry (République de Guinée). Ceci a permis au Mali de réaliser sur place le diagnostic parasitologique de la maladie, au lieu d'expédier les échantillons à Bobo Dioulasso (Burkina Faso).

2.2. Lutte contre les Maladies non Transmissibles

Pour dégager les tendances des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles en population générale, l'OMS a développé un protocole de recherche dénommé enquête « STEP/ Wise ». Ce protocole comporte trois modules se rapportant à l'institutionnalisation d'un système de surveillance basée sur les facteurs de risque. Cette étude permettra de corriger certaines limites de la première enquête STEPS, notamment la prise en compte de la mesure au STEP 3 des triglycérides, du cholestérol HDL et du cholestérol total, en plus de la glycémie pour l'évaluation du syndrome métabolique en population générale au Mali. En outre, cette enquête fournira des informations nécessaires devant permettre d'évaluer la mise en œuvre du Plan stratégique de lutte contre les MNT 2015-2019.

A l'instar de l'année 2016, l'OMS a poursuivi cette année sa contribution au MSHP et à d'autres partenaires (Associations, ONGs et Société civile), en entreprenant des activités de promotion de la santé pour instaurer la prévention comme principal moyen de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, la célébration des journées mondiales de la santé, du tabagisme, du

diabète, du cancer, de la drépanocytose, de la santé mentale, des semaines du donneur de sang, de la médecine traditionnelle, du cœur et de la vue, ont constitué des occasions uniques de mener des campagnes intensives de sensibilisation et de plaider auprès des autorités administratives et politiques. De même, elles ont permis d'informer et de sensibiliser les communautés sur les facteurs de risque et sur la nécessité d'adopter un mode de vie sain. Des caravanes de sensibilisation et des animations grand public ont également permis de sensibiliser les populations sur les pathologies courantes.

2.3. Santé tout au long du cycle de vie

En 2017, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a collaboré avec l'UNICEF et le PAM pour réaliser l'enquête SMART. Cette enquête a démontré une prévalence de la malnutrition aiguë générale (MAG) de 10,70%, celles de la MAS et de l'IP qui sont respectivement de 2,6% et 16,30%. Ainsi donc, la situation de la malnutrition demeure préoccupante.

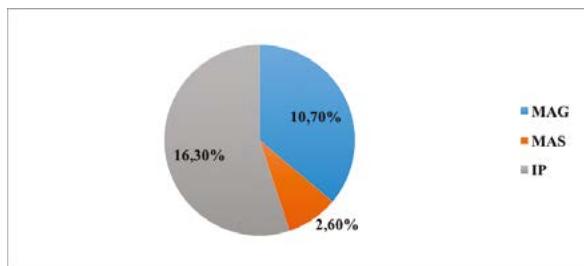


Figure 3: Répartition des enfants âgés de 0 à 59 mois selon le type de malnutrition.

Afin de poursuivre l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'Initiative MUSKOKA, dont l'OMS coordonne la mise en œuvre et qui est exécutée par l'OMS, l'UNICEF, UNFPA et ONU-FEMME, a permis de former 170 gérants de dépôts répartiteurs Cercles, de gérants des dépôts de vente, de directeurs techniques de CSCOM, de chargés de système d'information sanitaire et de comptables, en gestion logistique et prescription rationnelle des médicaments essentiels.

Concernant la surveillance des décès maternels, périnataux et la riposte, les directives de l'OMS et les modules de formation sur la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant ont été revus et adaptés. De même, 45 facilitateurs ont été formés sur les audits des décès péri et néonataux. En matière de SRAJ, 200 enseignants et pairs éducateurs ainsi que 200 personnes parmi les leaders communautaires ont été formés en approche communautaire dans le cadre de la mise en place des services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et Jeunes (SSRAJ). En plus, 320 adolescents et jeunes (y compris des garçons et jeunes hommes « lui pour elle »), ont été formés sur la planification familiale dans vingt (20) Centres SONU des Districts sanitaires de Bougouni, Koutiala et Sikasso ; 200 condoms féminins et 5200 condoms masculins ont été distribués. Aussi, 165 hommes et 662 femmes ont été informés et sensibilisés sur le genre et la santé de la reproduction lors de la célébration de la Journée Panafricaine des Femmes ; 430 femmes et jeunes filles ont été informées et sensibilisées sur les

conséquences des violences basées sur le genre, la santé de la reproduction et le référencement vers les centres de santé.

Afin de poursuivre la mise en œuvre d'intervention efficace en vue de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, l'OMS a renforcé vingt (20) Centres de santé dans trois (3) Districts sanitaires soit sept (7) de Bougouni, sept (7) de Sikasso, et six (6) de Koutiala, à travers le déploiement de médecins d'appui, la formation de 163 prestataires formés sur l'intégration des questions de genre, de droits humains, d'équité, de planification familiale et de supervisions. Ce qui a permis d'améliorer les indicateurs en 2017 : taux d'accouchement (22% en 2016 à 31% en 2017 et de 18 à 20 % pour la région), taux de mortinatalité (34‰ en 2016 à 25,5‰ en 2017), taux de décès de nouveau-né à 24h (0,3% en 2016 à 0,2% en 2017) dans

les structures SONU renforcées par les médecins d'appui. Les taux de mortinatalité, de décès néonataux et de malnutrition ont aussi baissés dans ces centres de santé appuyés.

Les supervisions ont permis d'identifier des goulots d'étranglement, notamment des insuffisances en matière de collecte des informations sur la santé des adolescents et des jeunes dans la région. En conséquence et sous le leadership de l'OMS, la réflexion a été menée pour améliorer les outils de collecte. Le plan d'action multisectoriel-SAJ 2017-2021 a été disséminé à Sikasso, permettant ainsi d'offrir à tous les intervenants de la région, un cadre général d'orientation des interventions. Les recommandations du rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Mali ont été partagées. Le document de la Stratégie Nationale pour l'amélioration de l'accueil des

Tableau I : Les indicateurs clés de suivi des activités SMNI dans la région de Sikasso en 2017

Indicateurs	Districts Appuyés FFM		Total Région	
	2016	2017	2016	2017
Taux CPN1	62,20	58,70	71,1	64,20%
Taux CPN4	18,58	11,41	15,53	11,23%
Taux PF	35,25%	35,06 %	40,12%	36,72%
*Taux accouchement/ SONU	22%	31%	18%	20%
Taux Césarienne	1,92%	2,4 %	2,4%	2,82%
Létalité SONU	0,2%	0,6%	1,4%	1%
Nombre de Nouveau-nés réanimés	855	953	1655	1924

*Taux accouchement/ SONU : taux d'accouchement dans les structures SONU appuyées
 *Nombre PPN/SONU : nombre de petit poids de naissance dans les structures SONU appuyées



Photo 1: Caravane de sensibilisation des communautés autour de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale

femmes et des filles dans les structures de santé a été élaboré.

Toutes les actions de l'initiative MUSKOKA ont été soutenues par un renforcement de la communication à travers la remise à titre gracieux au Directeur de l'office de radio et télévision du Mali (ORTM) de trois (3) épisodes traduits en langue nationale (Bambara) de la série télévisée Saison 1 « C'EST LA VIE ». Des sessions de Cinéma numérique ambulant ont été réalisées dans vingt (20) villages des trois (3) Districts touchant près de 27 000 personnes. Un voyage de presse avec les journalistes de la presse écrite a été réalisé dans les trois (3) Districts-cible de Sikasso. Une conférence de presse a été animée à l'occasion, par les Directeurs Régionaux en charge de la santé, du développement social et de la promotion de la femme. Des caravanes de sensibilisation pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont été organisées dans les régions de Sikasso, Ségou et Bamako.

Les efforts ont été maintenus pour améliorer l'accès à l'eau potable et à la sécurité sanitaire des aliments. Une évaluation WASH 2 commanditée par la DNS et l'OMS, réalisée par l'agence Panafricaine Eau et Assainissement (EAA), a permis de faire un état des lieux et d'élaborer une stratégie de communication. Elle a été conduite dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Des interviews ont été réalisées dans deux hôpitaux nationaux (CHU de Kati et Gabriel Touré de Bamako),

deux hôpitaux secondaires de (Ségou et Mopti), dix (10) CSRéf, vingt (20) CSCom et onze (11) cabinets de soins privés, des structures parapubliques ou confessionnelles. Il ressort de l'analyse des résultats que l'entretien des châteaux d'eau n'est effectif que dans 30% des CSCom, 33% des CSRéf, et n'est quasiment pas effectué dans les hôpitaux. Parmi les 220 prestataires de soins, 70% utilisaient le dispositif de lavage des mains après chaque acte. Quant aux usagers 43% ont déclaré qu'il n'y a pas de difficultés à se laver les mains au savon et 21% adoptent une attitude de refus. Les raisons de non lavage des mains par les usagers se justifient par le manque de dispositif (28%) et de savon (8%). Dans les structures de soins, la raison principale est l'absence ou la rupture de savon (32% au niveau des hôpitaux, 14% au niveau des CSCom, 10% au CSRéf et 7% pour les structures privés et confessionnelles). La désinsectisation est réalisée à un rythme de plus de deux (2) fois par an dans 43% des structures, une à deux (1 à 2) fois par an dans 21% des cas et 36% des structures ont déclarées ne pas le faire « faire faire ».

Sur la centaine d'usagers inclus dans l'enquête, 33% ont déploré l'inexistence d'espace de repas (réfectoire) pour les accompagnateurs et autres visiteurs malgré l'interdiction faite de manger dans les salles d'hospitalisation. Lorsqu'il existe des aires dédiées à la cuisine, elles sont éloignées de la salle d'hospitalisation des malades et le plus souvent insalubres. En outre, les matériels de cuisine sont conservés dans la cour à des endroits non indiqués.

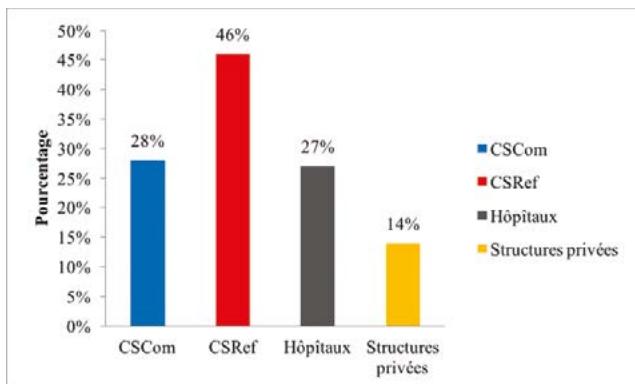


Figure 4: Disponibilité de l'eau potable dans les structures de santé.

Concernant l'accès à l'eau potable dans les établissements scolaires, 75% des écoles évaluées à Tombouctou ne disposaient pas de points d'eau fonctionnels mais plutôt de récipients de stockage. A Gao, 66% des écoles ont accès à l'eau du forage, mais le transport se fait dans des contenants à ciel ouvert et le stockage dans des jarres ; aucun élève (0%) ne pratique le lavage des mains au savon. Tous les enseignants (100%) reconnaissent le lavage des mains au savon comme méthode d'hygiène mais déplorent l'existence d'aucun dispositif de lavage des mains fonctionnel dans les salles de classes, ni de savon pour le lavage des mains. A Tombouctou, 25% des écoles ont des dispositifs pour le lavage des mains devant les blocs de latrines, mais d'aucunes n'avaient ni de l'eau ni du savon au moment de l'enquête.

Pour remédier à ces insuffisances constatées, 88 enseignants, 76 relais communautaires et 30 membres des associations de jeunes et de femmes ont été formés en éducation à l'hygiène de la chaîne de l'eau et de la salubrité dans le cadre du programme WASH FIT. Un plan de gestion en santé environnement a été élaboré et adopté. Des messages de communication adaptés ont été élaborés et des outils uniformisés. Des activités de plaidoyer ont été menées, grâce auxquelles, le CCom Seriwala dans le District sanitaire de Kolokani a reçu la première phase des interventions (formation, dispositifs de lavage des mains et stations d'eau potable, poubelles, etc.). Le CCom de Tioribougou a également reçu un forage alimenté par l'énergie solaire qui fournit de l'eau dans toutes les unités de soins commandées par l'OMS. Le CSRef de Kolokani a bénéficié d'un forage alimenté par l'énergie solaire qui fournit de l'eau dans toutes les unités de soins, ainsi que des stations de lavage des mains situées dans la cours, des poubelles et un incinérateur relatifs à la gestion des déchets biomédicaux.

Le Gouvernement de la République du Mali, avec l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UNICEF a mis en place un mécanisme de suivi du financement du secteur eau, assainissement et de gestion intégrée des ressources en eau, hygiène -Wash dans les Centres de santé et dans les établissements scolaires à travers une initiative dénommée « TrackFin ». Il ressort de l'analyse des résultats de l'évaluation de cette initiative que le total

des dépenses de ce secteur a augmenté de 37 % de 2013 à 2015. Le rapport de la deuxième phase de cette initiative, élaboré avec l'appui de l'OMS a fait l'objet d'une communication écrite du Ministre de l'eau et de l'énergie en Conseil de cabinet auprès du premier ministre. Grâce à cette initiative, le Mali a pu participer aux différentes sessions de formation et d'adoption du rapport mondial sur l'eau et l'hygiène.

La qualité des données de la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination a été maintenue. L'OMS a assuré le suivi de l'utilisation des outils DVD_MT et MDB mis à la disposition du PEV pour la collecte, le traitement et l'analyse des données, de même que l'appui technique et financier nécessaires pour cette activité. Ces outils ont permis de faire le monitoring et l'analyse des données de vaccination au niveau national, régional et des Districts sanitaires du pays. Les rapports mensuels de vaccination des 75 Districts sanitaires ont été reçus, traités, analysés et le compte rendu a été régulièrement fait. Cette analyse démontre que la complétude des rapports durant l'année 2017 est de 97 % avec une promptitude s'élevant à 94%. L'évolution des couvertures vaccinales enregistrées en 2017 est satisfaisante, mais restent légèrement inférieures aux objectifs fixés pour l'année pour certains antigènes : Penta 3, VPO 3, VPI, ROTATEQ 3 et Td2+.

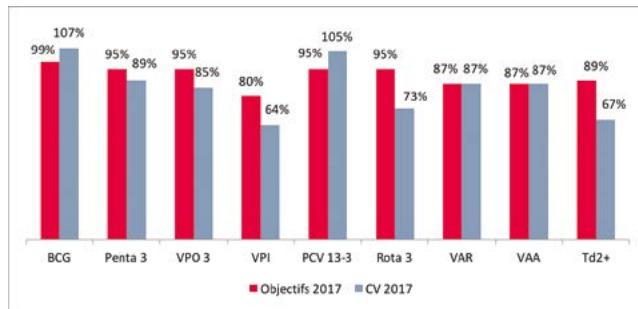


Figure 5 : Evolution des couvertures vaccinales nationales par antigènes en 2017.

La Couverture vaccinale en Penta 3 (indicateur de référence) s'améliore progressivement. En effet, 39 Districts sur 75 ont une couverture $\geq 90\%$ en Penta 3 et pour six (6) Districts du Nord (Abeibara, Kidal, Tessalit, Tin –Essako, Foug-Alba, Taoudéni) elle est $< 60\%$.

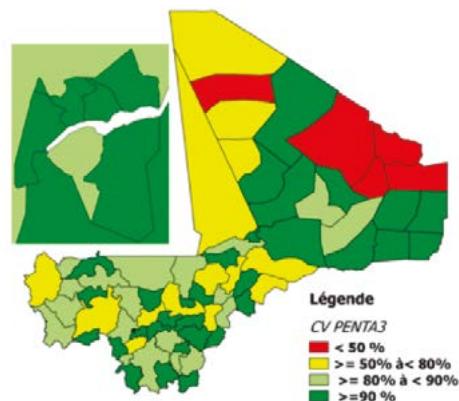


Figure 6: Couverture vaccinale en Penta 3 par District en 2017.

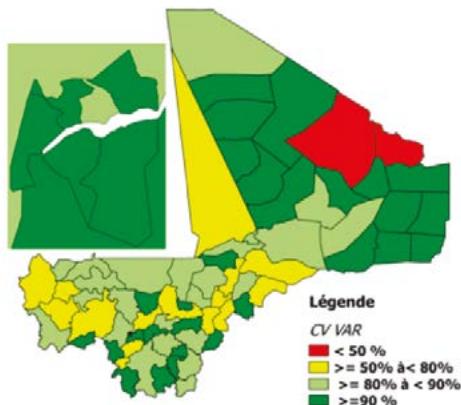


Figure 7: Couverture vaccinale en VAR par district en 2017.

La Couverture vaccinale de 34 Districts sur 75 ayant rapporté est $\geq 90\%$ en VAR et $< 60\%$ pour deux (2) Districts au Nord (Abeibara et Tessalit).

Pour l'ensemble de la surveillance des maladies à potentiel épidémique, l'OMS a fourni au Mali, une expertise technique lui ayant permis une mise à jour régulièrement de la base de données à travers des bulletins SIMR DNS (Exemple : bulletin SIMR N° 52 DNS), le suivi des seuils d'alerte et seuils épidémiques en vue de la détection précoce des épidémies ainsi que leur investigation pour circonscrire au plus vite les foyers épidémiques.

En 2017, la revue du Programme élargi de vaccination menée conjointement par l'OMS et le MSHP a permis l'élaboration du plan stratégique pluri- annuel (2017-2021) ainsi que l'identification des stratégies pour sa mise en œuvre. Les missions de terrains organisées par l'OMS, les formations et l'appui aux laboratoires, ont permis le renforcement des capacités de riposte

à travers la supervision formative du personnel. Sous son leadership, les besoins en matière de nouveaux vaccins et la mise en œuvre ont été définis (introduction du vaccin HPV, MenAfriVac et seconde dose de VAR).

2.4. Renforcement du Système de Santé

Contribution de l'OMS au développement du dialogue politique.

Le Bureau du pays a participé au développement du dialogue politique à travers les instances de suivi du PRODESS (CROCEPS : Comité de suivi et comité technique). Il a ainsi contribué à :

- Une meilleure identification des besoins des régions pour améliorer l'accès aux soins des populations à travers la consolidation des plans opérationnels ;
- L'accroissement substantiel des ressources humaines du domaine de la santé, le nombre de recrutés par an est passé de 389 en 2016 à 1227 en 2017 grâce à une augmentation notable des ressources destinées au recrutement des personnels de santé suite au plaidoyer qui a accompagné l'élaboration de l'Investment case ;
- L'accomplissement de progrès notoires enregistrés dans le développement de l'assurance maladie universelle avec l'élaboration de la loi sur l'assurance maladie universelle, qui a été facilitée par l'adoption de la stratégie de financement de la santé et la formation des cadres de la structure



Photo 2 : Lancement de la semaine africaine de la vaccination à Bamako le 24 avril 2017.

responsable du programme d'assurance maladie universelle ;

- La construction progressive de la base de données unique pour le secteur santé à travers l'identification des indicateurs communs, la formation des acteurs dans la collecte et l'analyse des données pour le DIHS2. Cette base de données permettra de disposer de bases factuelles pour la planification et le suivi évaluation des activités.

L'institutionnalisation des Comptes de la Santé permet de réorienter l'allocation des ressources pour tendre vers la couverture sanitaire universelle. Le renforcement de la présence de l'OMS au niveau opérationnel a permis de soutenir le système de santé et de répondre aux urgences de santé publique. Elle a mené une évaluation des besoins en ressources humaines (RH) dans toutes les régions, dans le cadre de l'enquête « HeRAMS » ; aboutissant ainsi à l'élaboration de l'annuaire statistique des ressources humaines, lui permettant de déterminer le gap en ressource humaine en vue de faire une projection du ratio-personnel de santé par habitant d'ici à 2030. Le ratio est de 5,2 professionnels de santé pour 10 000 habitants au niveau national (encore plus bas dans les régions du nord).

Cette évaluation a démontré les goulots d'étranglement qui entravent la bonne performance du système de santé, à savoir le déficit notoire de personnels techniques (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes et infirmières-obstétriciennes, infirmiers) en qualité et en

quantité, l'inégalité de répartition entre le District de Bamako et les régions, la nécessité d'un important mouvement de déploiement stratégique des agents du septentrion vers toutes les zones du pays (nord et sud).

Un guide de mobilité de Ressources humaines a été élaboré. Les chargés des RH des Districts sanitaires de Sikasso ont été formés à l'utilisation du logiciel de gestion des données sur le personnel (SI-GRH).



Photo 3 : Un enfant vacciné contre la poliomyélite

Tableau II : Projection et GAP du personnel en 2030

Scenario	Effectif		Gap d'ici 2030	Variation (%)
	Disponible en 2016	Requis en 2030		
Scenario 1: ODD et CSU en 2030, ratio de RHS 44,5/10000 pop, Hypothèse forte	19 368	140 411	121 043	625%
Scenario 2: Ratio RHS de 25/10000 hab. Hypothèse moyenne	19 368	77 886	58 518	302%
Scenario 3: Ratio RHS de 15/10000 hab. Hypothèse basse.	19 368	47 393	28 025	145%

Le compte de la santé pour l'année 2014 a été validé en 2017 avec le soutien technique et financier de l'OMS. L'on peut noter un accroissement de 8,15% de la dépense totale de santé (427,676 milliards de FCFA en 2014 contre 343,504 milliards de FCFA en 2013). Ces dépenses se répartissent entre l'achat d'équipements (68,91%), la rémunération des employés (30,96%) et les dépenses connexes (1%). Les soins curatifs représentent 58,68% et les préventifs 25,60% (dont 18,76% au PEV) des dépenses courantes de santé (DCS) en 2014. Les dépenses pour le paludisme s'élevaient à 121,443 milliards de FCFA, celles allouées à la tuberculose à 7,924 milliards de FCFA et la lutte contre le VIH et le sida à 13,493 milliards de FCFA. Les dépenses en santé effectuées par les ménages s'élevaient à 45,84% en 2014 contre 50,41% en 2013 ; en 2014, une légère baisse est constatée par rapport à l'année 2013. La contribution de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au financement de la santé a augmenté de 1,45% à 3,07%. Une légère hausse est constatée pour la dépense de santé par tête d'habitant, passant de 21 369 FCFA (42,7 \$ US) en 2013 à 24 721 FCFA (49,4 \$ US) en 2014 ; mais cet indicateur reste toujours en deçà de la norme de l'OMS (54\$USD). Pour réduire le gap de la Couverture Maladie Universelle, il faudra poursuivre la mise en œuvre des mécanismes alternatifs de financement de la santé, de l'AMO et augmenter le budget alloué à la santé conformément aux engagements internationaux (15% du budget d'Etat).

2.5. Opérations du Programme Mondial des Urgences de santé publique au Mali

Le Mali fait partie des dix (10) pays prioritaires que l'OMS a identifiés à travers le monde pour le renforcement des capacités nationales par rapport à la préparation et la réponse aux urgences de santé publique. Dans la mise en œuvre de ce programme, l'OMS a procédé à un renforcement des capacités opérationnelles à travers le recrutement et le déploiement de trente (30) médecins d'appui répartis en équipe de trois (3) dans les dix (10) régions du pays; seul le District de Bamako n'a pas été concerné.



Figure 8: Carte de la présence des médecins d'appui de l'OMS dans les régions du Mali en 2017.

❖ Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Les efforts ont été maintenus pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination. En effet, la présence des médecins d'appui a permis d'investiguer 21 cas de méningite, 29 cas de rougeole, 3 cas de tétanos néonatal, 48 cas suspects de fièvre

jaune et 3 cas suspects de coqueluche. De même, des réponses rapides et efficaces ont été apportées pour circonscrire les foyers.

Les capacités du pays ont été renforcées pour la riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes. En effet, le plan de contingence du District sanitaire de Gao a été actualisé par l'OMS. Ceci a permis au District d'être proactif par rapport à une éventuelle épidémie ou une catastrophe naturelle. Aussi, l'OMS a doté les ONGs et structures sanitaires en directives techniques des MADO contribuant ainsi au renforcement de la surveillance au niveau des régions.

L'OMS a également fait un plaidoyer à travers les médecins d'appui auprès des partenaires intervenant en santé dans le District sanitaire de Kolondièba (Région de Sikasso), qui a enregistré 24 cas pendant l'épidémie de rougeole. Cette intervention a permis de mobiliser les ressources (techniques, logistiques et financières) pour l'investigation approfondie et la riposte rapide en collaboration avec la Direction régionale de la santé (DRS). Grâce à cette intervention, l'épidémie a été maîtrisée.

En 2017, l'OMS a mis en place conjointement avec la DNS une équipe d'investigation de la Dengue à Bamako. Il ressort de l'analyse des résultats que sur 433 prélèvements dont 57 cas considérés comme suspects (selon la définition des cas), 33 cas (soit 15, 8%) ont été positifs à la PCR (RT-q PCR) et au TDR.

La promptitude des interventions a permis de maîtriser l'épidémie : aucun cas de décès n'a été enregistré ou rapporté.

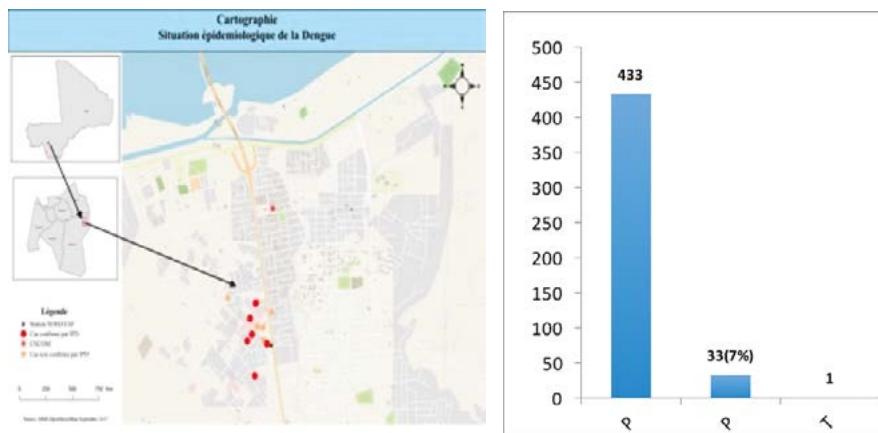


Figure 9: Investigation autour du cas de Dengue à Bamako.

Suite à la détection de trois cas (3) de fièvre de Crimée-Congo dans le District sanitaire de Goundam, l'OMS a déployé un consultant à Ménaka et mis à la disposition de la DRS de Ménaka cinq (5) téléphones satellitaires, ayant permis la collecte et le partage de l'information en temps réel. L'analyse de risque effectué par la suite a conclu que ce risque était faible au niveau global, ainsi, la graduation n'a pas été retenue (Rapid Risk Assessment du nouveau ERF).

Les capacités de surveillance des maladies évitables par la vaccination, particulièrement la Paralysie Flasque Aiguë (PFA) ont été renforcées par le déploiement de trente (30) médecins d'appui, de quatre (4) consultants STOP et d'un

(1) consultant international. Il ressort de l'analyse des investigations que 2526 sites ont été visités, 14.135 agents de santé ont été formés sur les directives techniques nationales de surveillance ainsi que des membres de la communauté (dont 768 tradithérapeutes) qui ont été sensibilisés sur les définitions communautaires de PFA et autres maladies cibles du PEV. Grâce à cette intervention, les principaux indicateurs de surveillance des cas de PFA ont été atteints. Cependant, le pourcentage de cas de PFA avec prélèvement de selles dans les 14 jours suivant le début de la paralysie a diminué, passant de 90% en 2016 à 84% en 2017. Cette baisse est due à la dégradation sécuritaire du pays rendant difficile les activités sanitaires.

La surveillance de la polio a été renforcée. Pour aider le pays à s'assurer que le virus de la polio ne circule pas dans les eaux usées, et en complément à la surveillance des Paralysies Flasques Aiguës, l'OMS a soutenu le Ministère dans la mise en œuvre de la surveillance environnementale dans quatre (4) sites du District de Bamako (Medina coura « pomba », Banconi filabougou, Pont Bekaye Niaré et Lafiabougou koda sougou). Des prélèvements sont effectués chaque mois dans ces sites et envoyés au laboratoire polio au Ghana à la recherche de virus. Tous les résultats sont revenus négatifs.



Figure 10: Localisation géographique de tous les sites de surveillance environnementale en 2017

En 2017, l'OMS a contribué à l'organisation de deux (2) campagnes supplémentaires de vaccination contre la polio (tenues du 28 avril au 01 mai 2017 et



Photo 4 : Equipe conjointe OMS-MSHP en activité d'identification de site de surveillance environnementale.

du 10 au 13 novembre 2017). Chaque campagne visait la vaccination de 7.224.223 enfants âgés de 0 à 59 mois. Il a été obtenu des taux de couverture de 107% pour la première campagne et 102% pour la deuxième. Dans une démarche qualité, l'OMS a organisé des évaluations indépendantes (monitoring indépendant : MI et Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) des taux de couvertures vaccinales administratives à la fin de chaque activité de vaccination supplémentaire (AVS). Ces évaluations ont démontrées que 5,30 % des enfants âgés de 0 à 59 mois n'ont pas été vaccinés aux AVS en novembre 2017 et 4,10% au cours du mois d'avril 2017 contre 5% pour les AVS en 2016.



Photo 5 : Lancement de l'introduction du vaccin polio injectable dans la PEV de routine à Safo, commune II de district de Bamako le 25 mars 2017.

❖ Réponse humanitaire

La coordination de la réponse humanitaire en santé s'était avérée difficile en 2016, eu égard au manque d'investissement de certains partenaires dans les activités du cluster-santé. Cependant la gestion des opérations sanitaires et humanitaires a été renforcée en 2017 par la présence des médecins d'appui de l'OMS.

Ceci a permis de renforcer les capacités des agents des Districts sanitaires, de redynamiser les activités de surveillance sentinelle et d'améliorer la communication ainsi que le mécanisme de coordination pour une réponse efficace et efficiente de l'ensemble des partenaires. C'est ainsi qu'une équipe s'est rendue à Ménaka pour assister la DRS dans la gestion des urgences humanitaires, et cela à travers l'évaluation des besoins en formation du personnel et l'assistance pour l'organisation des journées nationales de vaccination.

Lors de cette mission, des points forts ont été relevés, notamment l'engagement des autorités sanitaires à demeurer sur place malgré l'insécurité et la présence de plusieurs ONGs nationales et internationales (IEDA, MDM Belgique, ACTED, IRC et Croix rouge internationale). Aussi, des goulots d'étranglement ont été identifiés tels que le manque de moyens de communication pour la transmission régulière des données et de moyens logistiques pour l'évacuation des malades, l'absence de

surveillance épidémiologique et de vaccination de routine dans plusieurs villages de la région. Ceci a permis l'élaboration d'un document de plaidoyer pour l'amélioration de l'atteinte des objectifs.

Afin de poursuivre la facilitation de l'accès aux soins de santé, y compris les services de santé de la reproduction et la lutte contre les épidémies dans les zones affectées par la crise, l'OMS coordonne la mise en œuvre du projet CERF, qui est exécuté conjointement avec la Croix Rouge/Croissant Rouge et d'autres ONGs (IEDA Relief, HELP, IMC et UNFPA). Ce programme a touché 51.300 habitants sur 64.102 prévus (taux de réalisation = 80,02%) des Districts de Tessalit (Kidal), Bourem (Gao), Gourma Rharous (Tombouctou) et Youwarou (Mopti). Au total, 8.278 kits standards de santé de la reproduction, quatre (4) Kits médicaux d'urgence (IEHK) 2015 ont été distribués et 48 000 consultations (80% de la cible) ont été effectuées par 28 cliniques mobiles.

Ces actions ont contribué à l'amélioration de l'accès au paquet de soins essentiels de qualité, y compris les services de santé de la reproduction.

❖ Règlement sanitaire international (RSI)

La stratégie nationale de surveillance fondée sur les événements a été élaborée en décembre 2017. L'OMS a également fourni un appui pour l'élaboration du plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANAS). Dans sa mise œuvre, l'OMS a recruté

six (6) consultants pour renforcer la surveillance dans les régions du nord, former neuf équipes d'intervention, distribuer des Kits traumatiques et fourni des équipements et réactifs de laboratoire.

Des exercices de simulations d'évaluation des risques sanitaires en utilisant les outils et standards de l'OMS se sont poursuivis. Une mission d'évaluation externe de la mise en œuvre du RSI (2005) coordonnée par l'OMS a été menée conjointement avec le CNAM, la DNS, la DPM et l'INRSP. Cette mission a révélé les atouts mais aussi les difficultés que sont l'absence de procédures opératoires standardisées (SOPs) et le déficit quantitatif et qualitatif de laboratoire. Afin d'y remédier, un plan stratégique des opérations d'urgences de santé publique ainsi que les SOPs ont été élaborés et mis en place ; le guide SIMR a également été révisé.

Les capacités des laboratoires ont été renforcées à travers le projet de renforcement des laboratoires initié par l'OMS et financé par l'Agence de l'Aide au Développement de la Corée du Sud (KOICA).

Un épidémiologiste a été mis à la disposition de la DNS par l'OMS pour assurer la production régulière d'un bulletin mensuel de surveillance des maladies à potentiel épidémique.

Cinq (5) numéros de ce Bulletin mensuel sont parus en 2017 ainsi qu'un Bulletin hebdomadaire de surveillance des maladies à potentiel épidémique et

autres événements de santé publique a été diffusé. Aussi, les seuils d'alerte et les seuils épidémiques sont suivis en vue de la détection précoce des épidémies.

III. CONCLUSION-PERSPECTIVES

L'OMS a maintenu et renforcé ces actions au Mali en 2017. D'importants progrès ont été réalisés.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles : la stratégie « Traitement pour Tous » a été évalué, le nombre de sites de prise en charge du VIH et le nombre de patients initiés au traitement antirétroviral ont augmentés.

Les capacités en matière de prise en charge (diagnostic et traitement) de la tuberculose multi-résistante ont été renforcées à travers la formation et l'élaboration du guide national. Les agents des Districts sanitaires à risque d'épidémie du paludisme ont été formés sur la prédiction, la prévention et la détection précoce des épidémies. De même, les capacités pour la prise en charge des cas ont été renforcées. Les campagnes de traitement de masse sous directive communautaire à l'aide de l'association Ivermectine-Albendazole ont permis d'obtenir des taux de couverture thérapeutique dépassant les seuils fixés par l'OMS concernant la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les géo helminthiases EAS. Les capacités de la Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose ont

également été renforcées permettant au pays d'être sur une bonne dynamique pour son éradication.

La surveillance épidémiologique de la trypanosomiase humaine africaine s'est renforcée. Dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, les directives nationales sont actualisées, l'audit de décès péri et néonataux est opérationnel et l'accès des populations au service de santé de la reproduction s'est considérablement amélioré. Les taux d'accouchement, de mortalité, de décès de nouveau-né à 24h, et de décès par malnutrition ont baissé dans les structures appuyées par l'OMS.

Les capacités du pays ont été renforcées concernant l'accès à l'eau potable et l'hygiène en milieu de soins. Le mécanisme de suivi du financement du secteur eau, assainissement et de gestion des ressources en eau-hygiène a été mis en place. Le pays a participé à l'adoption du rapport mondial sur l'eau et l'hygiène. La qualité des données de vaccination a été améliorée.

L'OMS est devenue plus opérationnelle au Mali, les capacités du pays ont été renforcées pour répondre aux urgences de santé publique par le recrutement et la formation des médecins d'appui ainsi que la mise en place d'équipes d'intervention rapide.

Malgré l'accompagnement de l'OMS et des autres partenaires au développement, le système de santé

au Mali reste confronté à des défis pour lesquels le soutien technique et financier devra se poursuivre :

❖ **Ressources humaines en santé**

L'objectif du ratio de personnel de santé par habitant, l'absence d'un plan de recrutement, l'inégale répartition selon les besoins et le déficit de formation des ressources humaines, la faible utilisation des services de santé et l'amélioration de la qualité des soins constituent des défis majeurs à relever .

❖ **Prévention et Lutte contre la maladie**

Le maintien du statut de pays libre de poliovirus sauvage (PVS), l'amélioration des taux de couverture vaccinale sont également des défis à relever.

En dépit d'importants progrès réalisés dans la lutte contre le VIH et sida et dans l'atteinte des objectifs 90-90-90, par l'amélioration de l'accès au traitement, le maintien dans les cohortes, la recherche des perdus de vue dans les cohortes de PVVIH et l'évaluation du traitement par la mesure de la charge virale, ces défis à relever subsistent au Mali. Le besoin, de doter les sites de prise en charge de moyens pour rechercher les perdus, rendre disponible et accessible la réalisation de la charge virale se ressent.

Concernant la lutte contre le paludisme, le déficit de ressources financières, l'élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022 ainsi que celui

de suivi évaluation et de communication constituent des défis majeurs. L'OMS doit soutenir le pays dans sa soumission de demande au Fonds mondial pour la période 2019-2021.

Le renforcement des capacités nationales dans le processus de certification de l'élimination des MTN-CP est nécessaire. Pour relever ce défi, l'accompagnement du pays doit se poursuivre pour qu'il soit classé en arrêt de transmission chez les animaux.

Des efforts à réaliser subsistent dans le domaine de la SRMIA, de la nutrition et de la prise en charge des personnes du troisième âge.

❖ **Surveillance de la maladie et Riposte**

Le principal défi reste la mise à échelle des stratégies de surveillance (SCC, SEBAC, SBE), le renforcement des capacités nationales dans les dix-neuf (19) domaines prioritaires du RSI (2005) et le contrôle des fièvres hémorragiques virales. Il faut également renforcer l'alerte précoce et la riposte en temps réel aux épidémies. A cela s'ajoute le renforcement des laboratoires pour qu'ils soient plus performants et conformes aux exigences du Règlement Sanitaire International de 2005 et aux normes de sécurité en matière de risque de bioterrorisme.

Le déficit de qualité dans le partage des bases de données des laboratoires ainsi que la connectivité avec le DHIS2 demeurent un défi à relever.

❖ **Financement de la santé**

La part du budget alloué à la santé reste faible, ce qui constitue un handicap majeur pour rendre les services de santé plus performants. Il conviendrait d'augmenter le montant de ce budget conformément aux engagements internationaux, qui recommandent 15% du budget d'état et en assurer un suivi performant.

❖ **Communication, Plaidoyer et Mobilisation sociale**

L'inexistence d'un plan de communication est un véritable obstacle quant à la promotion de la santé dont l'élaboration et la mise en œuvre en 2018 faciliteront toutes les activités de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale.

Quant aux perspectives, elles s'articulent autour de :

- La coordination des activités inter agences et celles de l'UNDAF+ ; en l'occurrence : l'impulsion à, donner aux projets et initiatives conjoints, contribuer à la production du rapport annuel 2017 de l'UNDAF+, son plan d'actions 2018, à représenter l'OMS lors des réunions, rencontres du SNU et autres partenaires de l'OMS ;
- L'accélération de la mobilisation des ressources par l'élaboration de notes

- de projets,
le renouement du partenariat en favorisant le travail conjoint avec les Agences du SNU et autres PTFs de la santé ;
- L'appui pour améliorer les performances des DRS dans un contexte de crise prolongée ;
 - Le soutien technique et financier à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
 - Le Renforcement du système de surveillance et sa mise en œuvre (mise à échelle de la surveillance à base communautaire, etc.) ;
 - l'élaboration d'un plan de communication pour rendre plus visibles les activités promotionnelles.

Pour une plus grande efficacité, une célérité et une efficacité accrues des actions entreprises en appui aux Etats, l'OMS a adopté le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé dans la région Afrique. Il s'agit d'une vision et d'une stratégie pour le changement qui aspire à faciliter l'émergence de « l'OMS que souhaitent l'ensemble du personnel et les partenaires ».

Ce Programme repose sur les quatre axes prioritaires suivants :

- i) Les valeurs prônant la production de résultats ;
- ii) Une orientation technique intelligente ;
- iii) Des opérations stratégiques répondant aux attentes ;

- iv) Une communication et des partenariats efficaces.

Chaque axe prioritaire est étroitement lié aux résultats spécifiques escomptés du Programme de réforme de l'OMS⁷. De même, les axes prioritaires seront étroitement alignés sur la réforme (gestionnaire, pragmatique, et de la gouvernance) actuelle au niveau mondial.

La cinquième priorité reflète la vision du changement dans le mode de fonctionnement de l'OMS.

Pour répondre à l'objectif de la culture de l'excellence et d'orientation, vingt (20) indicateurs clés (Keys Performance Indicators ou KPI) sur lesquels le Bureau OMS sera évalué ont été identifiés. Sous le leadership du Représentant de l'OMS au Mali, un tableau de bord des projets a été initié, à partir duquel le personnel a été reparti en quatre (4)

équipes conformément aux priorités stratégiques. Chaque équipe est dirigée par un Team leader. Ainsi, chaque chargé de programme est responsable de trois projets issus du plan de travail. Des briefings sont régulièrement organisés et un rapport KPI est produit trimestriellement sous la responsabilité du Coordonnateur KPI.

⁷Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique (2017). Le programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation Mondiale de la Santé 2015-2020.

A cette organisation se joint une approche innovante pour la gestion de la performance des personnels techniques. A cet effet, un outil de suivi de la mise en œuvre des programmes a été développé. Cet outil permet à chaque programme de calculer le niveau de réalisation de ses objectifs, d'identifier à temps les goulots d'étranglement et d'y remédier immédiatement. Ceci a permis d'améliorer largement la performance du Bureau au Mali et de consolider l'esprit de l'équipe. Au Mali, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) joue le rôle de Coordinateur du groupe de mobilisation des ressources.



Photo 6 : Don de médicaments dans le cadre du cluster santé du Mali



Photo 7 : Le don de sang une priorité pour l'OMS dans le cadre des urgences humanitaires



Photo 8 : Une vue de l'équipe des médecins d'appui du Programme des urgences de l'OMS au Mali



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU DU MALI