



LA SURVIE DES ENFANTS AU MALI : QUELS PROGRES ACCOMPLIS ?

Bulletin annuel N° 1, Avril 2008

SOMMAIRE

	Pages
Préface	3
ABREVIATIONS	4
Résumé	5
1. Progrès vers OMD 4 - évidence de résultat d'impact pour la survie des enfants.....	6
1.1. Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	6
1.3. Evolution de la malnutrition chez les enfants	11
2. Résultats d'effets – amélioration des indicateurs de couverture.....	11
2. Résultats d'effets – amélioration des indicateurs de couverture.....	12
2.2. Evolution de la couverture Vaccinale de 2001 à 2006 (en %).....	15
2.3. Accès de la population à l'eau potable et assainissement	16
3.2. Services d'éveil.....	18
3.3. Services de Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'enfant.....	18
3.4. Approvisionnement en eau potable.....	19
3.5. Lutte contre la malnutrition des enfants	19
3.6. Campagne nationale de paquet de 5 services intégrés de santé 2007.....	21
4. Partenariat.....	23
5. Mobilisation et utilisation des ressources par l'UNICEF en 2007.....	24
5.1. Etat de la mobilisation et de l'utilisation des ressources financières en 2007	24
5.2. Renforcement des capacités en gestion des intrants supply	25
Conclusions, défis et perspectives.....	26
Annexe : Statistiques de base du Mali.....	28
Equipe de réalisation :	29

Préface

La réduction de 2/3 du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 1990 à 2015 est l'un des objectifs majeurs de la déclaration du millénaire pour le développement adoptée par les Chefs d'Etat et de Gouvernement et mis en exergue dans les engagements pour un monde digne des enfants 2002-2012. En Afrique, la situation de survie des enfants demeure très préoccupante particulièrement dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre comme le témoigne le rapport 2008 sur la situation des enfants dans le monde exclusivement consacré à cette problématique.

La réunion africaine de tous les Représentants de l'UNICEF d'Afrique tenue à Dakar en Novembre 2006 en présence de la Directrice Générale de l'UNICEF Mme Ann Veneman, avait retenu la survie de l'enfant comme la priorité majeure de l'UNICEF pour l'Afrique et particulièrement pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre qui détient le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus élevé au monde. L'UNICEF s'était engagé à renforcer le partenariat et à intensifier les actions visant l'accélération du progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5 en Afrique ainsi que le renforcement de l'évaluation de l'évidence des résultats.

Le Gouvernement du Mali a expressément manifesté son engagement dans la lutte contre la mortalité des enfants en inscrivant le développement humain comme l'une des trois priorités du Cadre Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2002-2006 puis 2007-2011 et en soulignant l'importance des interventions en matière de survie des enfants et des mères dans le plan sectoriel de coopération santé 2003-2007 entre le Mali et l'UNICEF. L'adoption en 2007 d'une Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant constitue un gage important pour l'harmonisation et la coordination des interventions.

Le Bureau UNICEF Mali voudrait désormais de façon périodique, faire le point des avancées obtenues au Mali en faveur de l'amélioration de la survie des enfants et dégager les perspectives d'actions de l'UNICEF à court, moyen et long terme. Cette publication qui aura une périodicité annuelle se veut être un outil de promotion de la visibilité des résultats des interventions partenariales de l'UNICEF au Mali dans le domaine de la survie de l'enfance et également un instrument de plaidoyer en faveur de l'accomplissement des droits de survie des enfants du Mali dans un esprit de partenariat et de solidarité internationale. Les résultats d'impact et d'effets sur les enfants et de produits de service sont présentés.

La récente revue institutionnelle de l'UNICEF effectuée en 2007 a fortement recommandé à l'UNICEF de concentrer ses efforts pour l'Afrique sur la réduction de la mortalité des enfants et de promouvoir l'amélioration des connaissances sur les progrès accomplis vis-à-vis de l'atteinte des OMD. La présente publication offre l'opportunité de valoriser les efforts accomplis au Mali qui s'est illustré dès 2002 comme l'un des pionniers en Afrique au sud du Sahara dans le développement et la mise en œuvre de stratégie novatrice pour l'accélération des progrès vers l'atteinte de l'OMD 4 en respect des engagements pris par les Chefs d'Etat de l'Union Africaine dans la déclaration de Syrte de 2005.

La stabilité politique, l'amélioration de la croissance économique, l'opérationnalisation de la décentralisation et le renforcement de la coordination et de l'harmonisation de l'aide au Mali dans le cadre des principes de la déclaration de Paris et du Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies au Développement du Mali (UNDAF), et la mise en œuvre des initiatives internationales en faveur de la survie de l'enfant en Afrique, sont autant de facteurs d'espoir pour l'atteinte de l'OMD 4 au Mali.

Le Bureau UNICEF du Mali exprime sa profonde gratitude au leadership exemplaire du Gouvernement et à la générosité des donateurs publics et privés et aux actions des Comités Nationaux de l'UNICEF pour leur contribution inestimable à l'intensification des interventions pour le renforcement des systèmes de santé et de l'accès des enfants et des femmes aux services préventifs et curatifs de santé, de nutrition, d'eau et assainissement au niveau communautaire en faveur des familles démunies dans un contexte de pauvreté. Nous espérons que cette publication bien que sommaire saura répondre aux besoins d'informations clés des partenaires au développement à différents niveaux.

« Uni dans l'action, investissement continu dans le partenariat, l'amélioration des connaissances et l'imputabilité pour les résultats en faveur des enfants du Mali », tel est le slogan du Bureau UNICEF Mali auquel répond ce rapport.

Nous restons attentifs aux critiques et suggestions qui permettront d'améliorer nos publications futures.

Marcel Rudasingwa
Représentant de l'UNICEF Mali

ABREVIATIONS

AA	Accouchement Assisté
ARV	Anti-Rétroviraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
CPAP	Country Programme Action Plan
CPN	Consultation Périnatale
CSRef	Centre de Santé de Référence
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue
MAM	Malnutrition Aigue Modérée
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MBB	Marginal Budgeting Bottleneck
ME	Médicaments essentiels
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/sida
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SLIS	Système Local d'Informations Sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UREN	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnel
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnel en Ambulatoire pour Sévère
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnel en Ambulatoire pour Modérée
URTEL	Union des Radios et Télévisions Libres
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

Résumé

Le Mali, pays sahélien d'Afrique peuplé d'environ 12,4 millions d'habitants dont 52% de femmes et 55,5% de moins de 18 ans connaît une bonne stabilité politique et une avancée dans la gouvernance démocratique et économique. En 2007, le pays a organisé dans un climat consensuel et apaisé les élections Présidentielles et Législatives ayant abouti à la reconduction du Chef de l'Etat pour un second mandat de 5 ans, la mise en place d'une nouvelle Assemblée Nationale pluraliste de 147 Députés dont 14 femmes, d'un nouveau Gouvernement d'union nationale de 27 membres dont 7 femmes Ministres. Des acquis majeurs sont obtenus pour l'opérationnalisation de la politique de la décentralisation au Mali.

La conjoncture économique en 2007 a été dictée entre autre par un environnement international et national difficile lié à la flambée du cours du pétrole et des produits dérivés, la baisse du cours de l'or et du prix du coton, la baisse de la production de coton. Le dynamisme de l'économie malienne de manière globale s'est renforcé entre 2002 et 2007 grâce aux bonnes campagnes agricoles et l'augmentation des prix et de la production de l'or devenu une valeur refuge. Le taux de croissance moyen entre 2002-2007 est de 5,1% et le taux d'inflation a pu être maintenu dans les limites raisonnables 1,5%. Cette performance est aussi imputable aux efforts du Gouvernement en matière de rationalisation des finances publiques et à l'appui des partenaires techniques et financiers (PTFs) dans le domaine du financement des investissements. Le Mali a ratifié l'accord de création de l'initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire signé à Prétoria le 24 juin 2007 et entamé la mise en œuvre de son Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011(CSLPII). La CSCR constitue la référence de toutes les politiques de développement au Mali et ambitionne de promouvoir une croissance accélérée de 7% par an et de réduire la pauvreté par la relance des secteurs productifs et la consolidation des réformes du secteur public.

Des résultats significatifs vis-à-vis des OMD ont été enregistrés par le Mali en 2007 en matière de survie de l'enfant. Ainsi, un document de stratégie nationale pour la survie de l'enfant a été adopté par le Gouvernement et l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers en 2007 assorti des plans opérationnels pour les régions. Le passage à l'échelle du paquet d'interventions intégrées à haut impact sur la survie de l'enfant porte sur 25/32 districts sanitaires en 2007.

D'après les résultats de EDSIV 2006, le Mali a connu une baisse de 17% du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans durant les cinq dernières années (de 229 à 191 pour mille). L'atteinte de l'OMD4 en 2015 (taux de 83 pour mille) constitue un grand défi pour le Gouvernement et l'ensemble des acteurs de développement. La baisse importante de mortalité a été enregistrée dans la région de Mopti comparativement à une hausse probable dans les régions de Sikasso et Koulikoro. La prévention des maladies de l'enfance s'est nettement renforcée avec une augmentation de la couverture vaccinale : la couverture vaccinale DTC3 a augmenté de 40% en 2001 à 68% en 2006 d'après l'EDS2006, le pourcentage des districts ayant 80% de couverture de DTC3 a augmenté de 26 % en 2001 à 76% en 2006. Aussi, la couverture des ménages en moustiquaires imprégnées s'est nettement améliorée au Mali soit 62% en 2006. Bien que l'accès au services de santé prénatal demeure faible, le pourcentage des femmes ayant effectué au moins 4 visites prénatales a atteint 35% en 2006. Cependant, la malnutrition aiguë a atteint 15,2% des enfants de <5 ans en 2006.

En 2007, l'UNICEF en collaboration avec le PAM ont appuyé le Gouvernement dans la mise en place d'un protocole pour la prise en charge des enfants malnutris. Ainsi, 5.800 enfants malnutris modérés et 1.452 malnutris sévères ont été pris en charge dans 43 unités de récupération nutritionnelle. La capacité nationale pour l'alerte précoce et la réponse efficace à la malnutrition a été renforcée (de 30 à 66 sites sentinelles couvrant l'ensemble du pays).

La volonté politique manifeste des Autorités nationales pour le secteur de la santé, s'est traduite par l'institution de la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes et la poursuite de la prise en charge gratuite des malades du SIDA, de la césarienne et de l'enregistrement des naissances. En outre, le Président de la République du Mali a été l'unique Chef d'Etat Africain ayant participé à New York à la célébration du cinquième anniversaire des engagements pour un monde digne des enfants.

Les défis majeurs pour l'accélération des progrès vers l'atteinte de l'OMD4 au Mali concernent essentiellement l'extension de la couverture des services communautaire de santé de qualité (PCIME +) à tous les districts sanitaires, la lutte efficace contre la malnutrition des enfants et les risques de précarité alimentaire liés à la flambée des prix, le renforcement et la motivation des ressources humaines du secteur santé, l'amélioration de l'efficacité de la décentralisation de la gestion de l'appui budgétaire sectoriel, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et assainissement et le changement de comportement des familles. Le leadership national exemplaire et le partenariat global en matière de santé dont bénéficie le Mali constituent des atouts majeurs pour relever ces défis dans l'intérêt de la survie des enfants.

1. Progrès vers OMD 4 - évidence de résultat d'impact pour la survie des enfants

Dans le but de démontrer l'évidence des progrès en matière de survie des enfants, l'UNICEF a apporté son soutien technique et financier pour le renforcement du système d'information sanitaire au niveau communautaire et des districts sanitaires ainsi que la réalisation des enquêtes auprès des ménages en partenariat avec d'autres acteurs de développement afin de mesurer de manière objective les résultats enregistrés par le Mali en terme de couverture et d'impact. Il s'agit de l'enquête SASDE 2003 dans 6 districts, de l'enquête nationale EDS 2006 et de l'enquête d'évaluation SASDE 2007 dans les 6 districts de paquet d'interventions à haut impact.

1.1. Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

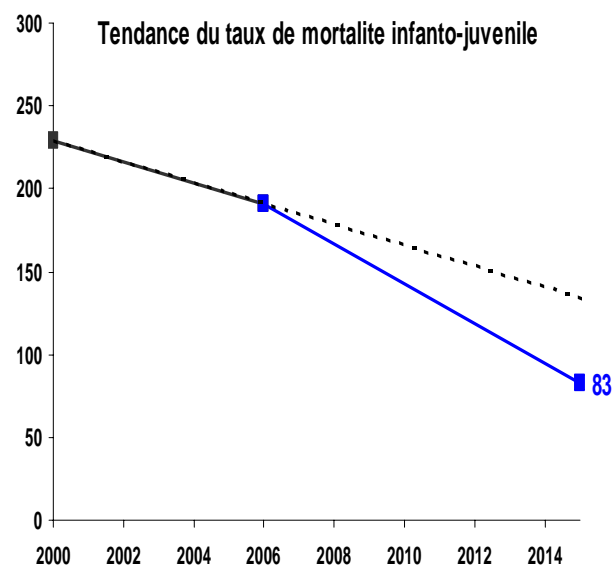
Des résultats encourageants ont été enregistrés ces cinq dernières années concernant l'amélioration du droit à la survie des enfants au Mali : les vies d'au moins 110.000 enfants environ de moins de 5 ans auraient été sauvées de 2001 à 2006. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 229 pour mille d'après l'EDS de 2001 à 191 pour mille d'après l'EDS 2006 soit une réduction importante de la mortalité de l'ordre de 17%. Le graphique 2 et le tableau 1.1 indiquent que le rythme de réduction des risques de décès chez les enfants de moins de 5 ans s'est nettement accru de 2001 à 2006 soit une réduction annuelle moyenne de l'ordre de 3,4% comparativement à une baisse moyenne annuelle faible de 0,74% de 1996 à 2001.

L'amélioration du cadre politique, macro économique et partenarial ainsi que le renforcement de l'offre de paquet de service de santé communautaire à haut impact dans un contexte de décentralisation de la planification et de la gestion ont sans nul doute contribué à accélérer cette baisse de la mortalité.

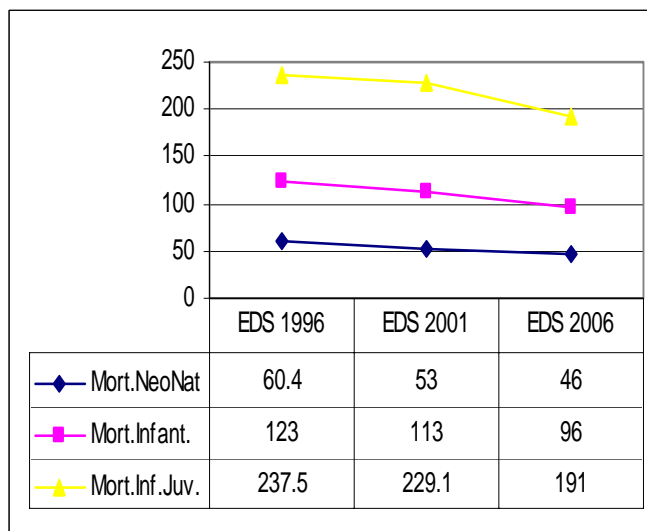
Cependant en dépit de ce résultat remarquable accompli au Mali, l'atteinte de l'OMD 4 en 2015 demeure un très grand défi pour le Gouvernement et les acteurs de Développement du Mali. Il faudra un doublement du rythme de réduction du taux de mortalité infantile-juvénile de 3,4% à 6,3% par an entre 2006 et 2015 pour espérer atteindre la cible escomptée de 83 pour mille en 2015.

Au plan opérationnel, l'extension à tous les districts du pays (le passage à l'échelle) de la stratégie de PCIME clinique et de la PCIME communautaire actuellement limitée à 32 sur 59 districts sanitaires du pays ainsi que la lutte contre la malnutrition des enfants de moins de 5 ans, permettront d'accélérer les progrès actuels vers l'atteinte de l'OMD 4 en 2015.

Graphique 1 : Progrès vers l'atteinte de l'OMD4 au Mali



Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité des enfants de 1991-96 à 2006



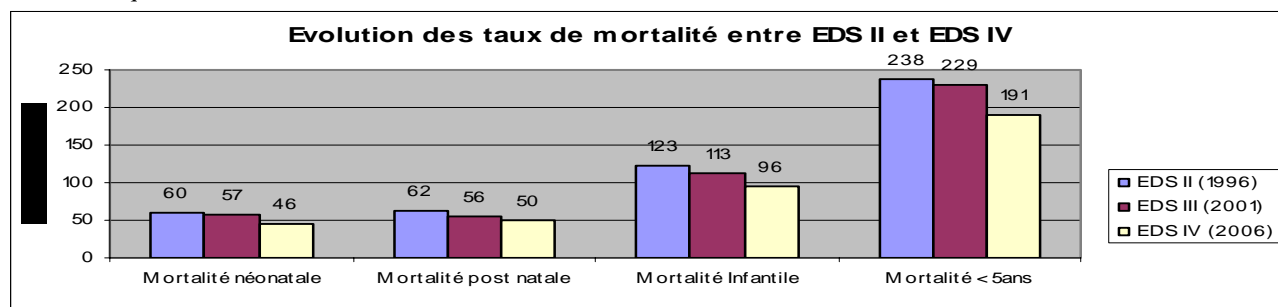
Le tableau 1 et la carte en page suivante illustrent les inégalités de risques de décès chez les enfants de moins de 5 ans par région. L'amélioration de la survie de l'enfant a été moins élevée dans les régions du sud ayant un poids démographique très important (tableau 1) et une pauvreté accrue. Certaines de ces régions auraient connu une hausse des risques de décès des enfants de moins de 5 ans au cours des 5 dernières années si l'on exclut les erreurs d'estimation des indicateurs : c'est le cas de Ségou (hausse de 5,5%), de Koulikoro (hausse de 1,2%) et de Sikasso (hausse de 0,7%). D'après les résultats de l'enquête ELIM 2006, l'incidence de la pauvreté monétaire des ménages demeure élevée dans ces trois régions (voir graphique 4 en page suivante). Aussi, la prévalence de la malnutrition s'est accrue dans ces régions.

La baisse significative de la mortalité infantile entre 2001 et 2006 a été enregistrée dans la région de Mopti qui a bénéficié dès 2002 de la stratégie accélérée de la survie de l'enfant. Cette région a également connu une baisse de la pauvreté monétaire des ménages.

Tableau 1 : Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région de 1986 à 2006

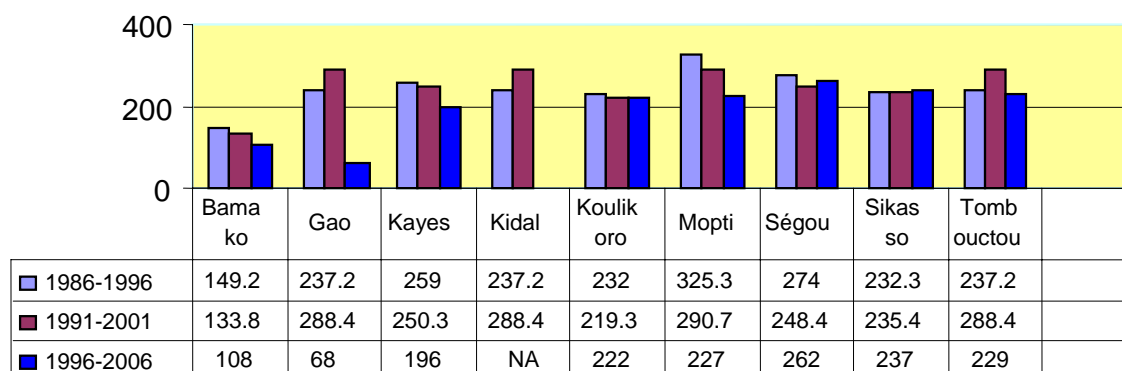
Région	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans						Taux de Mortalité Infantile					
	1986-1996 (EDS2)	1991-2001 (EDS3)	1996-2006 (EDS4)	% réduction EDS 2-3	% réduction EDS 3-4	Cible OMD 2015 TMIJ	1986-1996	1991-2001	1996-2006	% réduction 1996-2001	% réduction 2001-2006	Cible OMD 2015 TMI
KAYES	259,0	250,3	196	3,36%	21,7 %	86,3	134,9	124,6	105	7,64	15,7%	45
KOULIKORO	232,0	219,3	222	5,47	-1,2%	77,3	131,8	120,8	114	8,53	5,6%	44
SIKASSO	232,3	235,4	237	-1,33	-0,7%	77,4	138,7	126,4	132	8,87	-4,4%	46
SEGOU	274,0	248,4	262	9,34	-5,5%	91,3	147,9	118,6	131	19,81	47,3%	49
MOPTI	325,2	290,7	227	10,61	21,9 %	108,4	142,4	159,3	108	-11,81	32,2%	47,5
TOMBOUCT.	237,2	288,4	229	-21,59	20,6 %	79	106,2	141,8	126	-33,52	11,1%	35,4
GAO	237,2	288,4	136	-21,59	52,8 %	79	106,2	141,8	68	-33,52	52,1%	35,4
KIDAL	237,2	288,4	NA	NA	71,2 %	79	NA	141,8	NA	NA	NA	35,4
BAMAKO	149,2	133,8	108	10,32	19,3 %	49,7	83,9	93,8	66	-11,80	29,6%	28
MALI	237,5	229,1	191	5,6%	17%	83	133,5	126,2	96	5,5%	23,9%	42

NB : l'estimation pour l'ensemble du pays porte sur une période de 5 ans alors que celle des régions porte sur 10 ans
Sources : Enquêtes EDS1995-96, EDS2001 et EDS2006



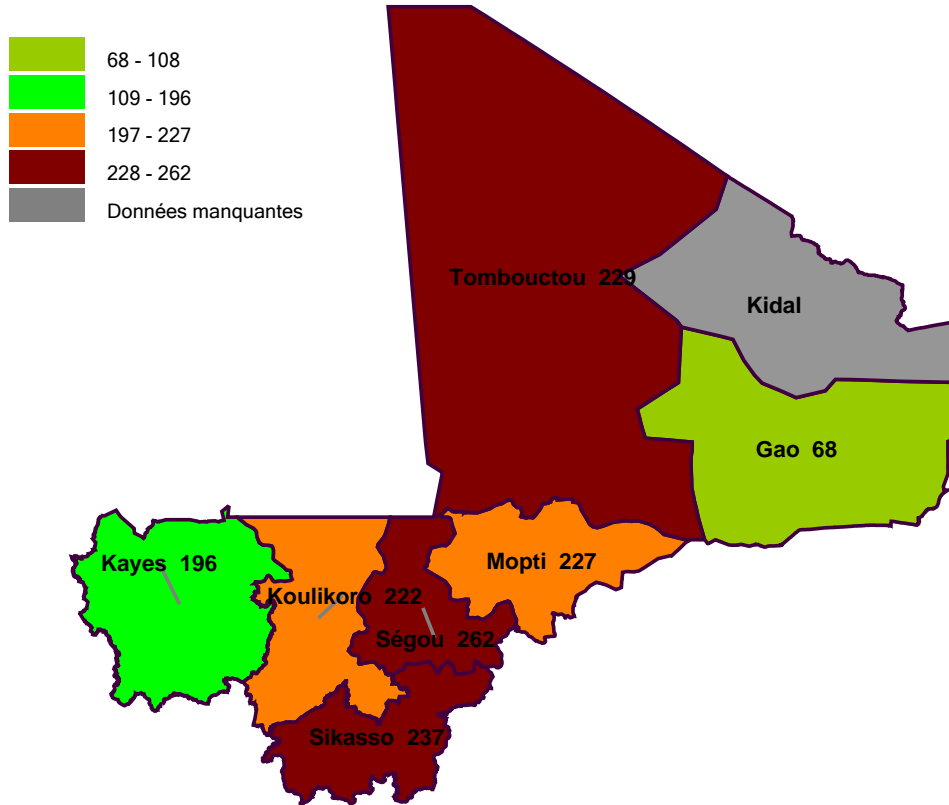
Graphique 3 : Tendence de la mortalité infantile en pour mille par région de 1986 à 2006

Evolution du taux de mortalité < 5 ans de 1986 à 2006

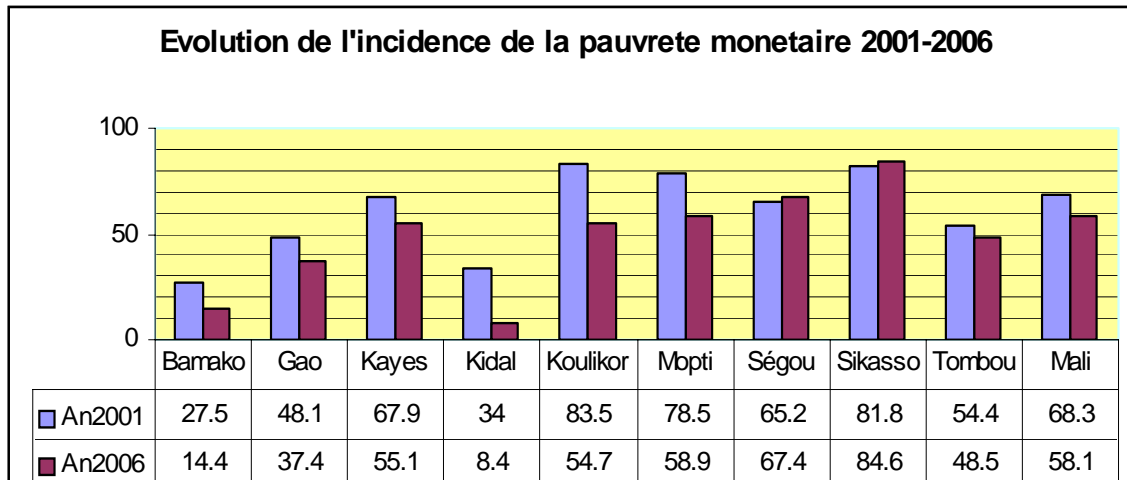


L'analyse comparée des données du graphique 4 en page suivante avec celles du graphique 3 ci-dessus montre que les régions de Sikasso et de Ségou ayant enregistré une hausse du taux de mortalité infanto-juvenile durant les cinq dernières années ont connu une hausse de l'incidence de la pauvreté monétaire des ménages. L'incapacité financière des familles serait un facteur non négligeable de contre progrès vers l'atteinte de l'OMD 4 au niveau communautaire.

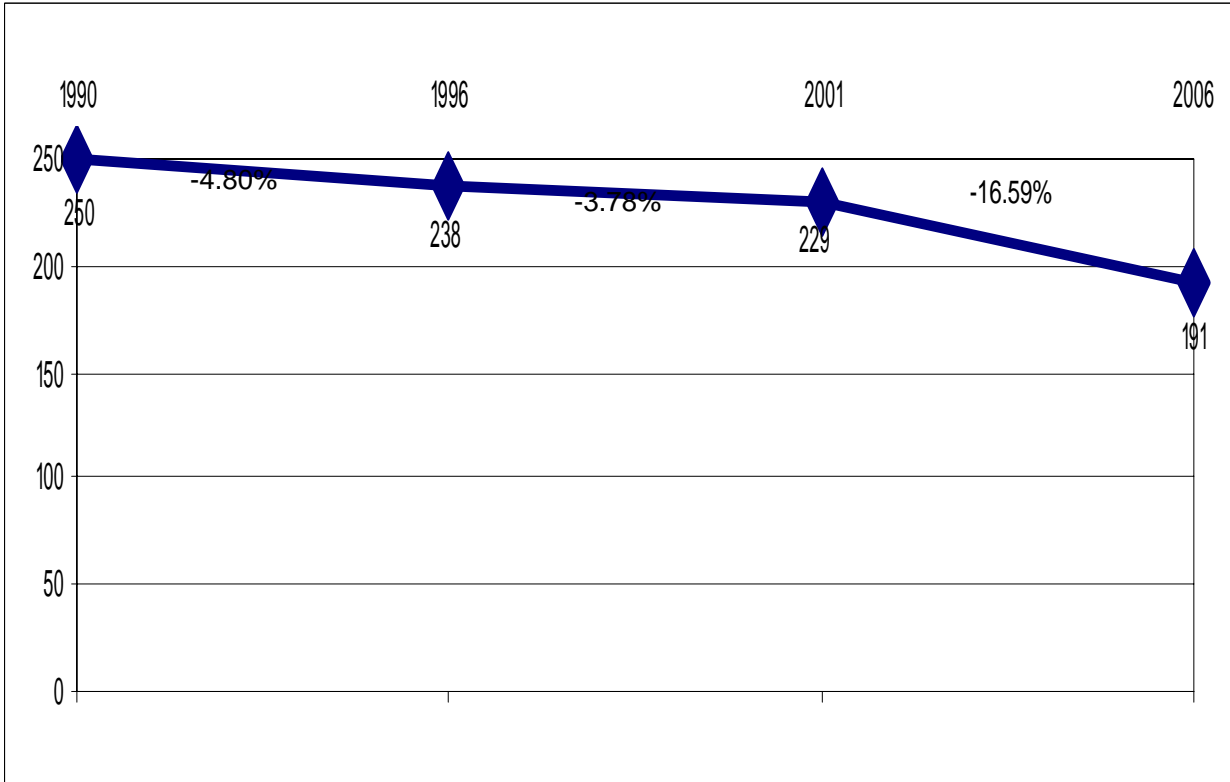
Carte 1 : Cartographie de la mortalité infanto-juvenile par région en 2006



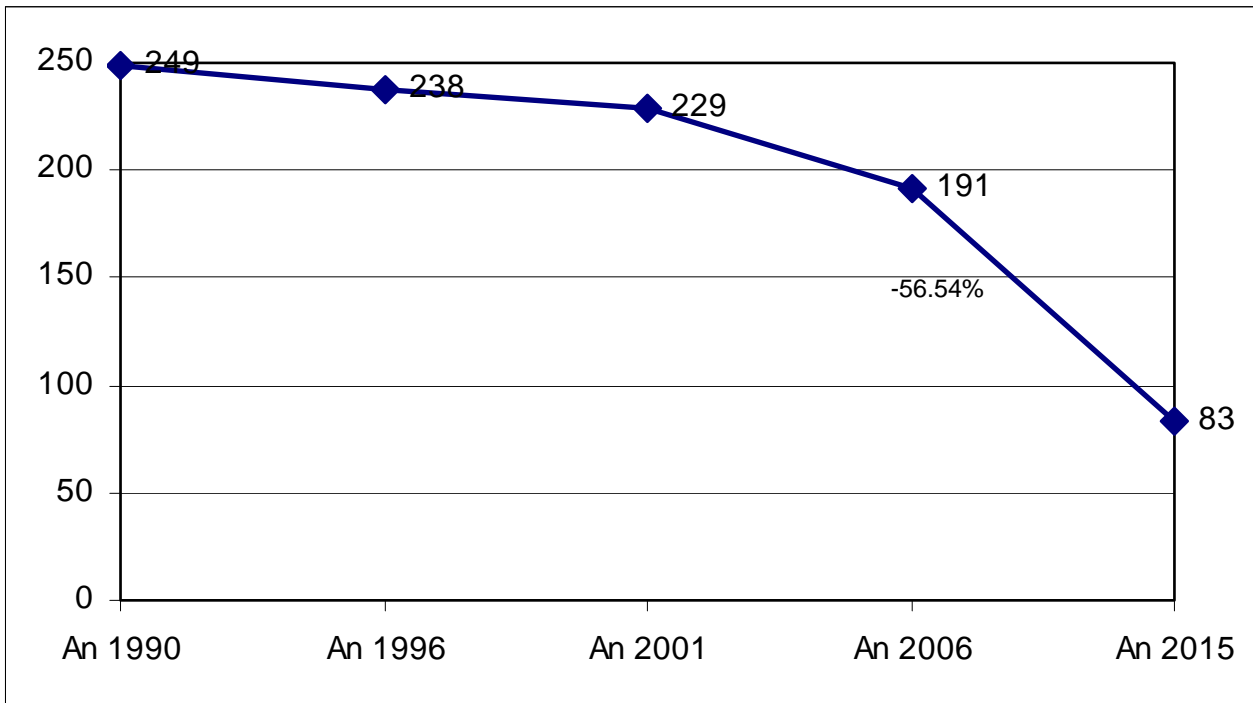
Graphique 4 : Tendence de la pauvreté monétaire des ménages par région



Evolution du TMIJ de 1990 à 2006



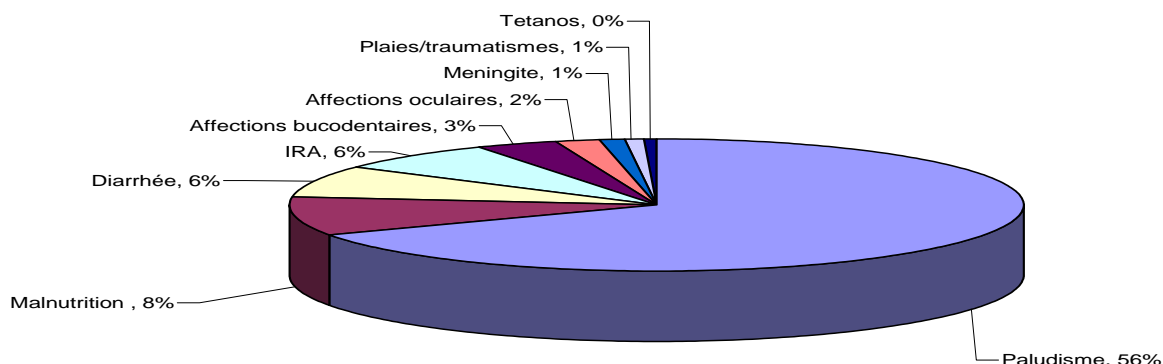
Efforts de baisse de 56% à partir de 2006 pour l'atteinte de l'OMD 4 en 2015



1.2. Réduction de la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

D'après l'annuaire statistique sanitaire, le paludisme, la malnutrition, la diarrhée et les IRA, sont les principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans en milieu hospitalier au Mali.

Graphique 5 : Principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans au Mali (Annuaire statistique 2006)



L'amélioration de la couverture vaccinale a permis d'obtenir l'élimination de la poliomyélite au Mali (aucun cas n'est notifié depuis 2005) et la réduction du nombre de rougeole de 4.464 en 2001 à 242 en 2006 puis 63 en 2007. Aussi, le nombre de cas de méningites a diminué de 1.040 en 2006 à 966 en 2007. L'amélioration de la couverture en eau potable dans les zones d'endémie de vers de Guinée a contribué à la réduction du nombre de cas de 329 en 2006 à 313 en 2007.

Cependant, le tableau 3 ci-dessous indique que l'incidence du paludisme augmente d'année en année passant de 67% en 2002 à 85% en 2006. La rupture de stock de moustiquaire en 2006 sur le marché international avait considérablement annihilé les efforts nationaux pour la lutte anti vectorielle. La campagne nationale intégrée d'offre de 5 services préventifs réalisée en 2007 avec la distribution de moustiquaires imprégnées à au moins 2,5 millions d'enfants de moins de 5 ans contribuera sans nul doute à réduire cette incidence si élevée du paludisme et infléchir la courbe de la mortalité des enfants au Mali.

Tableau 3a : Evolution de l'incidence du paludisme de 2002 à 2006 par région

Nom de zone	2002	2003	2004	2005	2006
Kayes	55,23	78,39	78,44	86,37	90,1
Koulikoro	54,38	52,64	57,64	77,05	86,9
Sikasso	79,78	90,52	90,63	96,73	88,3
Segou	68,07	65,64	73,4	75,55	92,5
Mopti	42,07	43,58	47,02	52,06	48,3
Tombouctou	57,84	65,3	60,67	61,39	71,1
Gao	56,13	71,31	65,42	83,99	83,6
Kidal	73,27	57,94	70,61	87,91	64,2
Bamako	117,12	117,06	111,01	114,63	111,2
Mali	67,16	72,96	74,57	82,35	85,3

Tableau 3b : Evolution du nombre de cas de rougeole et de méningite parmi les enfants de 2001 à 2007

Maladie	2001	2006	2007
Rougeole	4464	242	63
Méningite	ND	1040	996
Ver de Guinée	ND	329	313

Source : Base de données socio-économique (Malikunnafo)

1.3. Evolution de la malnutrition chez les enfants

Si la malnutrition chronique (structurelle) a enregistré une baisse de 0,5 points de 38,2% en 2001 à 37,7% en 2006, par contre, les résultats de l'EDS 2006 ont mis en évidence l'aggravation de l'ampleur de la malnutrition aiguë au Mali soit une prévalence de 15,2 % (au dessus du seuil d'urgence de 10%). Le faible poids des enfants à la naissance touche 14,4% des naissances avec une forte prévalence au Nord.

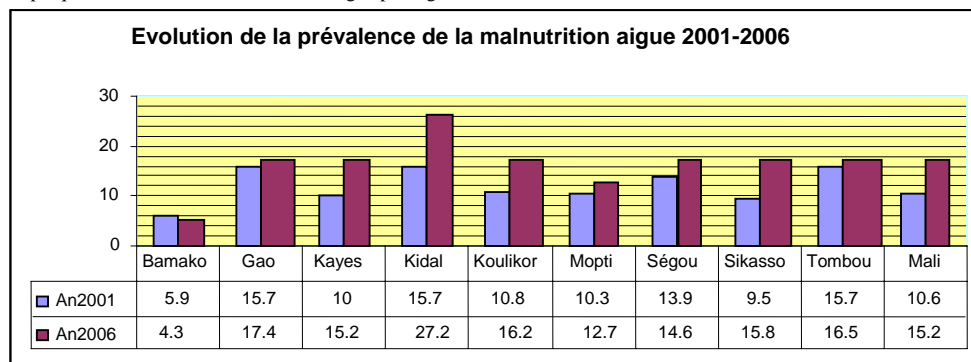
Tableau 4 : Evolution de la malnutrition de 2001 à 2006 (indicateur en %)

Région	Taux de malnutrition chronique (Taille - Age)		Insuffisance Pondérale (Poids -Age)		Taux de malnutrition aiguë (émaciation) (Poids-Taille)	
	2001	2006	2001	2006	2001	2006
KAYES	38,7	30,7	31,9	22,0	10,0	15,2
KOLIKORO	35,9	39,1	32,3	29,1	10,8	16,2
SIKASSO	47,5	45,2	40,2	30,8	9,5	15,8
SEGOU	40,3	40,0	35,9	25,7	13,9	14,6
MOPTI	39,3	40,9	33,2	28,1	10,3	12,7
TOMBOUCTOU	40,1	43,9	37,7	32,3	15,7	16,5
GAO	40,1	33,5	37,7	27,0	15,7	17,4
KIDAL	40,1	32,6	37,7	28,7	15,7	27,2
BAMAKO	16,4	23,2	15,0	19,4	5,9	4,3
MALI	38,2	37,7	33,2	26,7	10,6	15,2

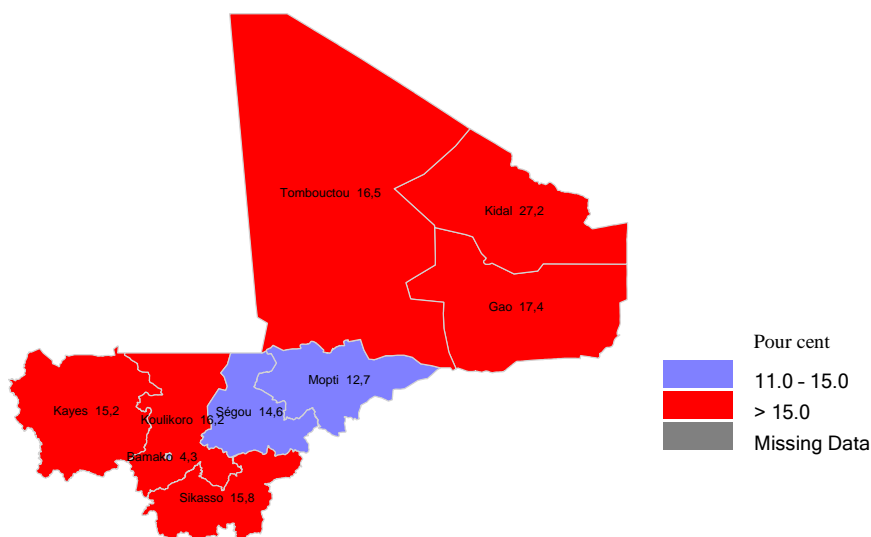
Région	Faible poids enfants naissance
KAYES	16,3%
KOLIKORO	9,2%
SIKASSO	14,9%
SEGOU	18%
MOPTI	20,5%
TOMBOUCTOU	20,9%
GAO	18,4%
KIDAL	NA
BAMAKO	11,1%
MALI	14,4%

Source : EDS2001 et EDS2006

Graphique : Tendence de la malnutrition aiguë par région

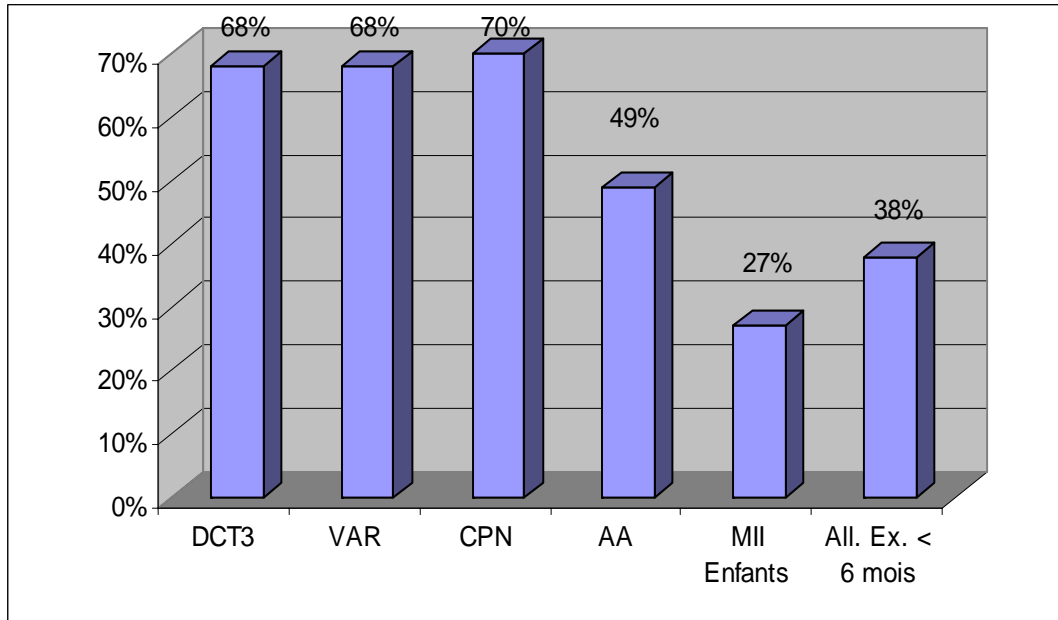


Carte 2 : Cartographie de la malnutrition aiguë par région en 2006 (source : Devinfo/Malikunnafoni)

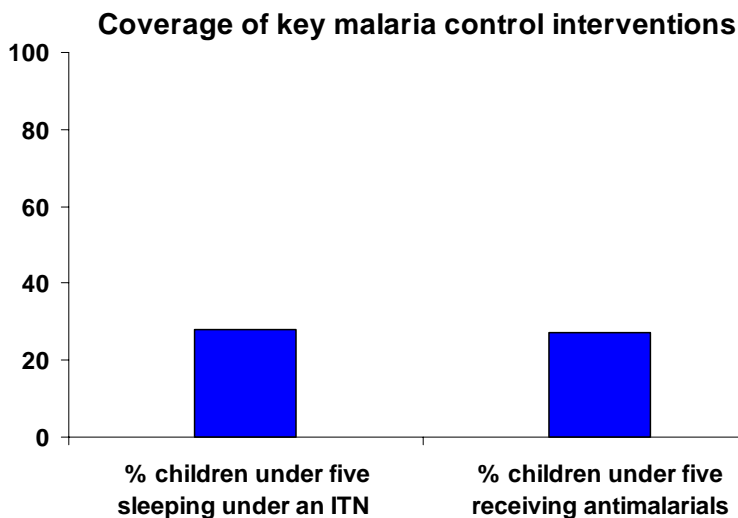
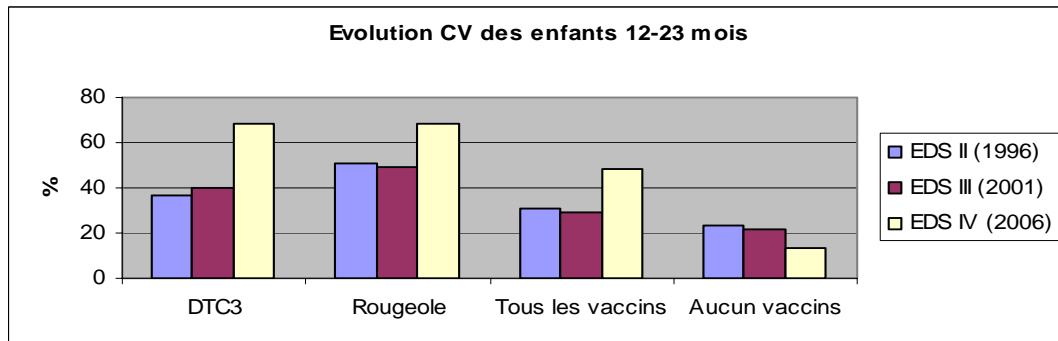


2. Résultats d'effets – amélioration des indicateurs de couverture

Bien que l'accès aux services de santé demeure faible au Mali (51 %), des progrès importants ont été enregistrés au Mali dans la couverture des soins préventifs qui ont contribué à la réduction de la prévalence de la morbidité observée précédemment.



Source : EDS 2006 ;



Source : EDS 2006

2.1. Evolution de la couverture des soins prénatals et d'utilisation des moustiquaires imprégnées

Le taux de couverture des soins prénatals bien qu'en progrès, demeure faible au Mali. Le taux de prévalence contraceptive moderne reste très faible. Il en est de même de l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les enfants et les femmes enceintes dont le taux dépasse à peine le ¼ des enfants. La campagne nationale intégrée réalisée en 2007 ayant permis de couvrir les besoins de 95% de 2,5 millions d'enfants de moins de 5 ans, contribuera sans nul doute à une augmentation sensible du niveau d'utilisation effective des moustiquaires par les enfants pendant la période à haut risque de transmission (saison de pluie).

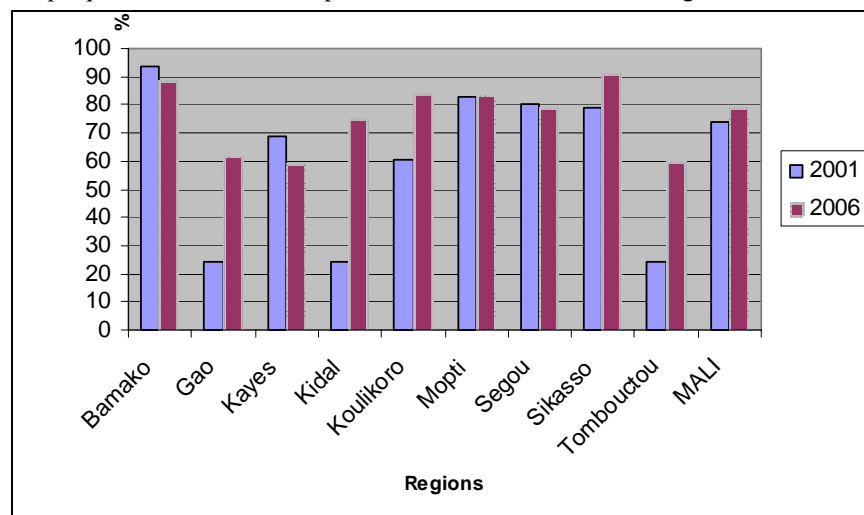
Tableau 5 : Evolution du taux d'accès aux services de soins prénatals, de contraception et de VAT2+

Région	CPN		Assistance accouchement		Utilisation des MII en 2006 (EDS)		Contraception moderne		Dernière naissance protégée contre le tétanos neonatal	
	2001	2006	2001	2006	enfant	Fem. enc.	2001	2006	2001	2006
KAYES	52%	64%	36%	37%	26,7	32,3	4,6	5,1	27	56
KOULIKORO	60%	71%	48%	55%	21,7	19,9	4,3	6,8	32	53
SIKASSO	64%	70%	43%	51%	27,5	27,5	4,8	6,0	39	60
SEGOU	44%	75%	22%	45%	28,8	31,0	3,9	7,1	23	59
MOPTI	36%	66%	20%	34%	36,1	40,2	2,4	2,0	22	44
TOMBOUCTOU	46%	42%	26%	26%	35,0	43,5	2,4	4,3	27	39
GAO	46%	58%	26%	34%	20,7	15,6	2,4	4,4	27	54
KIDAL	46%	32%	26%	20%	2,7	3,8	2,4	8,6	27	26
BAMAKO	93%	94%	94%	93%	27,2	22,9	19,2	16,9	55	74
MALI	57%	70%	41%	49%	27,8	28,9	5,7	6,9	32	56

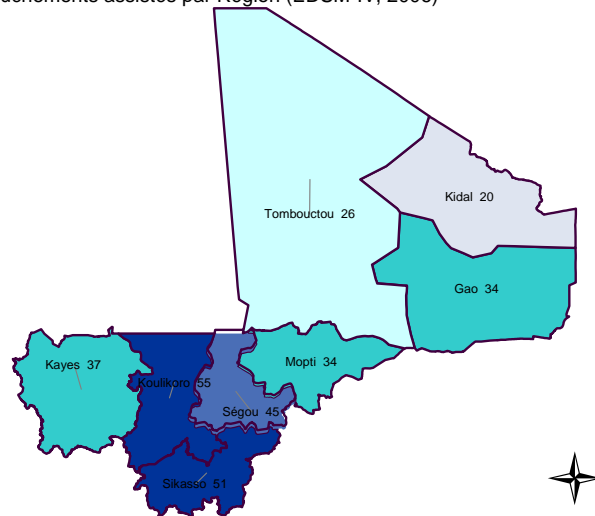
Tableau 6 : Taux de couverture en Vitamine A post partum chez les femmes en 2006 et consommation sel iodé

Région	Supplément Vit A	Supplément Fer pendant 90j+	Femmes vivant dans un ménage disposant de sel iodé	Disponibilité de sel adéquatement iodé dans les ménages	
				2001	2006
Bamako	66,9	27,9	89,6	93,6	88,4
Gao	42,2	10	57,7	23,9	62
Kayes	37,2	17,3	57,4	68,9	59,5
Kidal	18,3	6,2	82,8	23,9	75,2
Koulikoro	37,3	19,7	83,3	60,4	83,8
Mopti	30,7	16,3	83,9	82,6	83,7
Ségou	53,2	17,3	78,5	80,2	79
Sikasso	30,8	16,3	91,4	79,2	91,1
Tombouctou	32,5	15,3	62,8	23,9	59,8
MALI	41,2%	18,2%	79,1%	73,8	78,9%

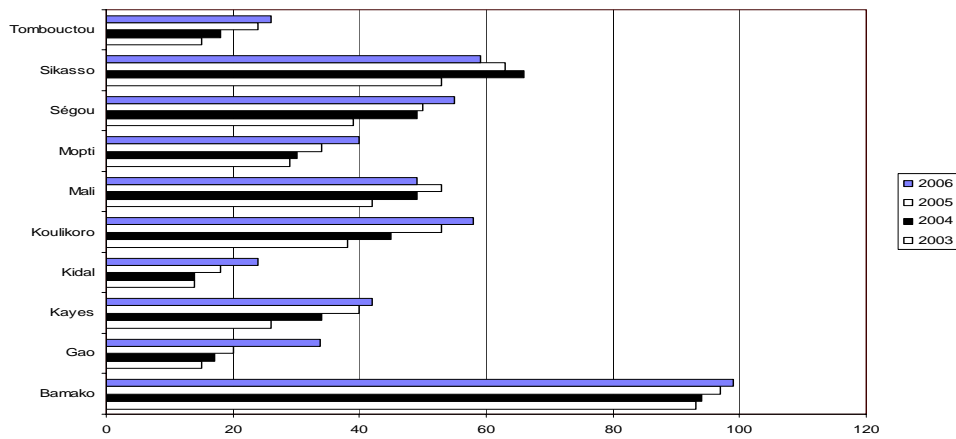
Graphique : Evolution de la disponibilité du sel iode dans les ménages de 2001 à 2006



Carte 3 : Carte d'accouchements assistés par Région (EDSM-IV, 2006)



Graphique : Evolution du taux d'accouchement assiste par un personnel de santé qualifié (SLIS)



2.2. Evolution de la couverture Vaccinale de 2001 à 2006 (en %)

Le niveau de protection des enfants contre les maladies évitables par la vaccination s'est considérablement accru au Mali ce qui aurait sans nul doute contribué à la baisse rapide de la mortalité infanto-juvenile constatée précédemment. Toutefois, des efforts restent à faire concernant l'objectif du PEV et l'approche RED car seulement 4/9 régions ont au moins 80% de districts avec 80% de couverture de DTC3.

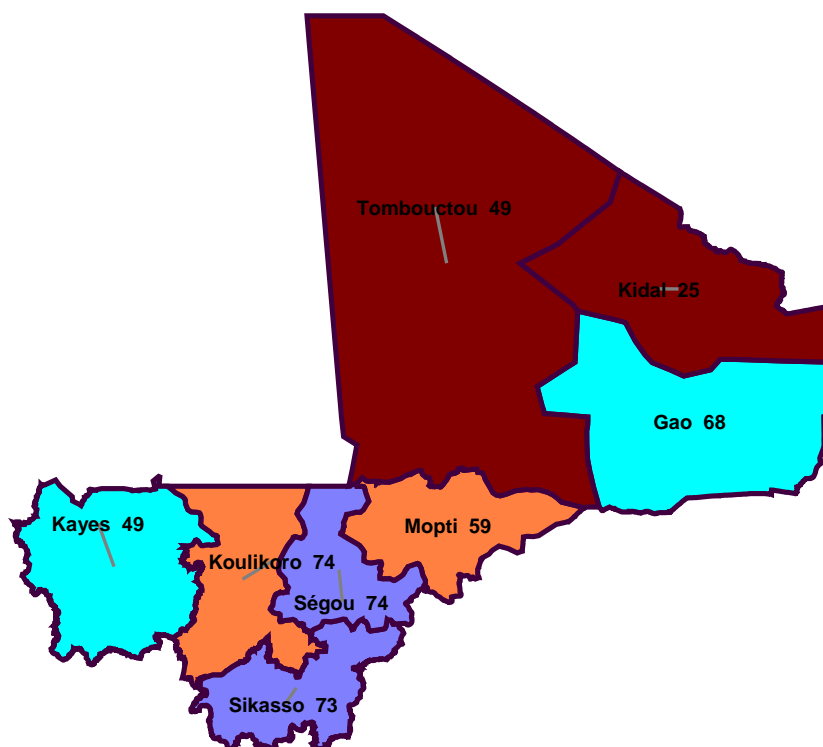
L'augmentation de la couverture en Vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 5 dernières années aurait fortement contribué à la diminution des risques de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Tableau 7 : Evolution du Taux de Couverture vaccinale avant le premier anniversaire par région

Région	DTC3		Rougeole		Vit A		BCG		% districts ayant 80% DTC3	
	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006	2001	2006
KAYES	21%	49%	39%	55%		70,5	58%	67%	0%	100%
KOLIKORO	45%	74%	47%	71%		73,4	71%	80%	22%	100%
SIKASSO	44%	73%	59%	75%		78	82%	77%	25%	62,5%
SEGOU	36%	74%	40%	77%		78,6	69%	84%	0%	75%
MOPTI	17%	59%	27%	52%		59,4	46%	62%	62,5%	87,5%
TOMBOUCTOU	36%	49%	42%	53%		57,7	65%	57%	0%	40%
GAO	36%	68%	42%	70%		51,9	65%	79%	0%	75%
KIDAL	36%	25%	42%	32%		24,8	65%	43%	25%	00%
BAMAKO	76%	80%	78%	81%		81,1	93%	94%	83%	100%
Ensemble Mali	40%	68%	49%	68%		72%	69%	77%	26%	76,27%

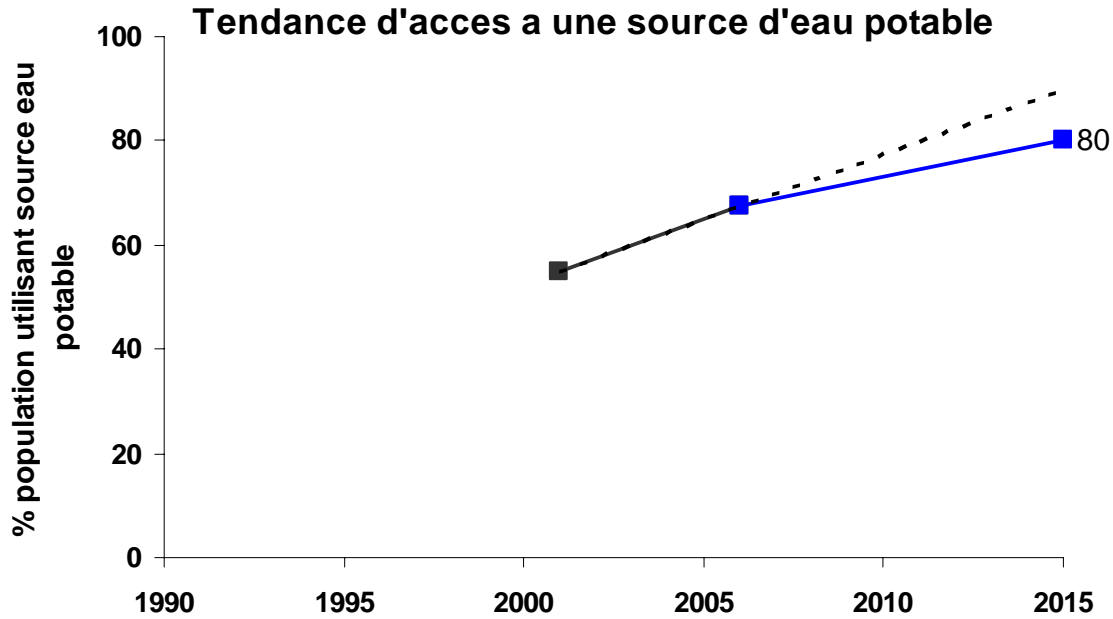
Source : Annuaire Statistique Sanitaire 2001 et 2006 pour les districts ayant 80% DTC3 ; EDS 2001 et 2006 pour les autres données

Carte 4 : Couverture vaccinale DTC3 par région

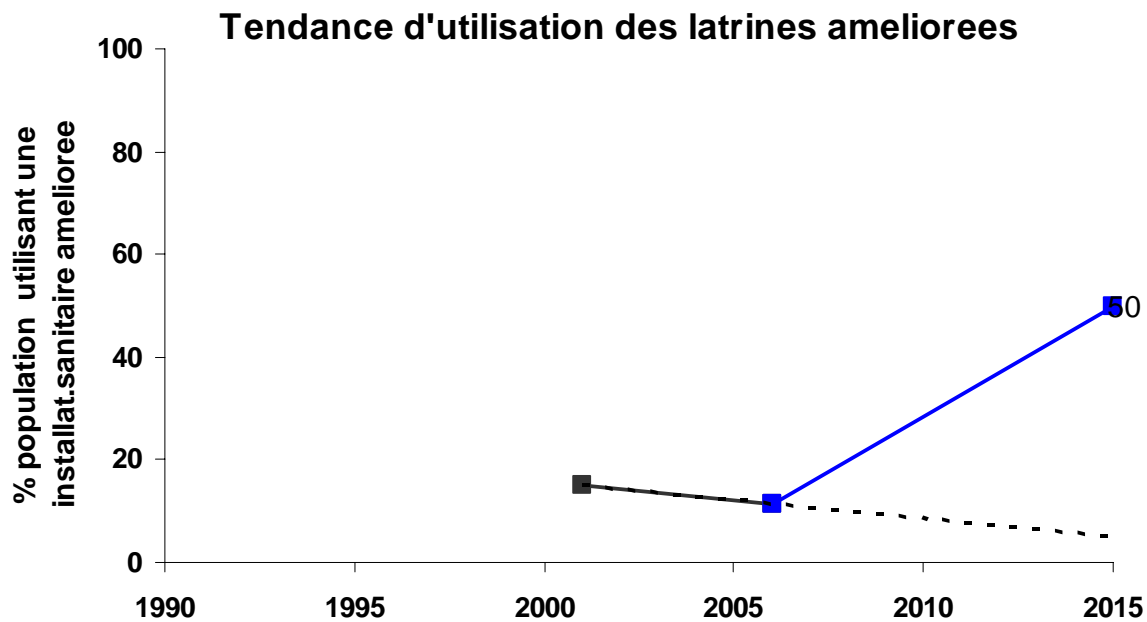


2.3. Accès de la population à l'eau potable et assainissement

D'après les statistiques nationales, 67 % de la population du Mali a accès à une source d'eau de boisson potable. Si la tendance actuelle se maintient, l'OMD 7 sera atteint. L'amélioration de l'accès à l'eau potable par les enfants constitue un atout pour la réduction des maladies d'origine hydrique chez les enfants. La prévalence de la diarrhée chez les enfants est de 13,3% d'après l'EDS 2006.



Au regard des résultats de l'EDS 2006, la tendance de l'accès de la population aux installations pour l'assainissement au sein des ménages est préoccupante compte tenu du faible niveau d'investissement en matière d'assainissement des ménages et de la forte croissance démographique. Le pourcentage des ménages disposant de toilettes améliorées aurait baissé de 15% en 2001 à 11,4% en 2006.



3. Renforcement des services de santé

Le Mali est l'un des pays Africains au sud du Sahara ayant un système de santé bien construit dans la chaîne pyramidale depuis le niveau central jusqu'au niveau Communautaire. Les acquis de l'initiative de Bamako ont été consolidés par la mise en place d'un système de gestion communautaire des services de santé sous le leadership des Associations de Santé Communautaire dénommées ASACO. Au moins 800 CSCOM sont opérationnels dans le pays.

3.1. Services intégrés de santé

Depuis 2002, la stratégie accélérée pour la survie de l'enfant comprenant un paquet d'offre de services ciblant à la fois la mère, le nouveau-né et le jeune enfant (PCIME Clinique et PCIME Communautaire), a été initiée dans 6 districts des 4 régions pilotes (Kayes, Ségou, Koulikoro et Sikasso) avec l'appui de l'UNICEF. Cette stratégie essentiellement basée sur la décentralisation de la planification et de la gestion axée sur les résultats avec responsabilisation des Communautés à travers les contrats de performance a démontré des résultats de couverture très satisfaisants de manière efficiente. Elle a été intégrée dans la politique nationale de santé ayant donné lieu à une extension progressive dans les districts sanitaires du pays selon le planning ci-dessous.

Tableau 8 : Services de PCIME et de PFE rendus opérationnels par district

Progrès par district au Mali	2006	2007	2008	2009	2010	Total
District de paquet d'extension (EPI+/ANC+)	43	33	17	5	0+0	
District ayant paquet à haut impact	16	26	42	54	59	59

Année	PEV+/CPN+/ PCIME+ (paquet complet)	PEV+/CPN+ (paquet d'extension)	TOTAL
2006	16	43	59
2007	26	33	59

Le renforcement des capacités des communautés dans l'offre de service à travers les relais communautaires (un relais s'occupe de 35 ménages) est l'une des stratégies efficace ayant contribué à l'augmentation de la couverture des services et de la réduction de la mortalité des enfants. Le tableau 9 ci-dessous indique l'effectif des relais communautaires établis avec l'appui de l'UNICEF depuis 2002 et ayant bénéficié des formations et équipements (bicyclettes et autres matériels de détection des cas de malnutrition chez les enfants).

Tableau 9 : Services de PCIME et de PFE rendus opérationnels par district

Effectif des Relais communautaires formés et équipés par l'UNICEF dans les 4 premières régions de paquets intégrés d'interventions à haut impact pour la survie de l'enfant en 2003-2007	
Kayes	1,729
Koulikoro	2,068
Mopti	3,838
Ségou	5,237
Total	12,872

3.2. Services d'éveil

Avec l'appui de l'UNICEF, 117 Centres d'éveil à la petite enfance de 3-6 ans ont été rendus opérationnels avec un maximum dans les régions de Kayes et de Ségou les plus peuplées du pays (voir tableau ci-dessous). Il y a entre 30 et 125 enfants par centre, avec une moyenne de 32 filles et de 30 garçons par centre. Un paquet intégré de services est offert aux enfants avec un volet important nutritionnel et de soins affectifs. En tout 6.550 enfants ont pu bénéficier de ces services en 2007.

Tableau 10 : Services d'éveil rendus opérationnels par district

Région	Cercles	communes	Nombre centres	Population enfants 3 – 6 ans	Nombre d'enfants encadrés en 2004	Nombre enfants encadrés en 2006	% enfants encadrés en 2006
Kayes	5	21	33	250.365	450	2.500	1 %
Koulikoro	2	14	17	315.565	ND	1250	0,39 %
Mopti	2	17	16	295.077	0	1450	0,49 %
Ségou	2	12	28	347.079	0	800	0,23 %
Sikasso				248.804	0	550	0,22 %
TOTAL	11	64	94	1.456.890	450	6.550	0,44 %

3.3. Services de Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'enfant

Au cours de l'année 2007, le taux d'utilisation des services PTME mesuré à travers le pourcentage des femmes enceintes vues en CPN et ayant effectué le test de dépistage a atteint 55% (voir tableau 11b). Le niveau de déperdition demeure élevé eu égard aux facteurs sociaux.

Tableau 11a : Nombre de sites PTME fonctionnels en 2007 (janvier à décembre)

Régions	Nombre de site PTME fonctionnel	Effectif des femmes enceintes utilisant le service (ayant effectuée le test)
KAYES	8	5.926
KOLIKORO	35	1.981
SIKASSO	18	4.654
SEGOU	28	13.415
MOPTI	12	4.453
TOMBOUCTOU	6	1.866
GAO	11	2.667
KIDAL	3	450
BAMAKO	31	24.955
Total	152	60.361

Tableau 11b : Taux d'utilisation des services PTME de Janvier à Novembre 2007.

Activités	Effectif	Pourcentage
Nombre de sites PTME fonctionnels	103	
Nombre femmes enceintes vues en Consultation Prénatale (CPN)	54 783	
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées au VIH	30 152	55,0%
Nombre de femmes enceintes séropositives	8 13	2,7%
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement pour réduire le risque de la Transmission Mère Enfant	553	68,0%

Sources : Ministère de la Santé, Rapport Direction Nationale de la Santé

3.4. Approvisionnement en eau potable

Durant les deux dernières années, l'UNICEF a relancé les activités d'approvisionnement en eau potable qui ont permis de réhabiliter et construire en tout 124 points d'eau dans les écoles, dans les villages endémiques de ver de Guinée et dans les sites d'urgence. Le volet eau-assainissement a pris de l'importance dans le nouveau programme de coopération 2008-2012. Un partenariat a été établi avec le secteur privé (Danone Water du Japon et WAWI) et avec d'autres Donateurs ce qui permettra d'augmenter rapidement la desserte en eau potable des populations des zones vulnérables.

Tableau 12 : Nombre de points d'eau réalisés avec l'appui de l'UNICEF de 2005 à 2007

Régions	Nombre de nouveaux forages réalisés	Nombre de points d'eau réhabilités	Total des points d'eau fonctionnels	Population bénéficiaire Estimée (400/point d'eau)
KAYES	7	-	7	2.800
KOLIKORO	-	-	-	-
SIKASSO	4	-	-	-
SEGOU	4	5	9	3.600
MOPTI	17	36	53	21.200
TOMBOUCTOU	-	-	-	-
GAO	37	14	51	20.400
KIDAL	-	-	-	-
BAMAKO	-	-	-	-
TOTAL	69	55	124	49.600

3.5. Lutte contre la malnutrition des enfants

3.5.1. Renforcement des capacités

En 2007, à la lumière des résultats de l'EDS 2006 ayant mis en exergue l'ampleur de la malnutrition aiguë au Mali, l'UNICEF a mobilisé le partenariat pour le développement des capacités du Ministère de la Santé en matière de coordination de la réponse à la malnutrition, de la prévention et de la prise en charge. Un protocole de prise en charge de la malnutrition a été élaboré et adopté en 2007 au Mali et mise en œuvre. Six régions ont été ciblées pour démarrer le programme de prise en charge : Gao, Mopti, Sikasso, Kayes, Koulikoro et Bamako.

Les formations en cascade ont été organisées au niveau des six régions sur la base des manuels de référence et du guide de formation conçus à partir du protocole. Le principe de base retenu pour la formation des agents, est de former en moyenne 2 agents par structure Hôpital, CSRef et CSCoM. Le tableau ci-dessous fait le point du personnel de santé et des relais formés par région et par profil en 2007.

Tableau 13 : Nombre d'Agents de Prestataires formés sur le protocole par profil

Régions	Médecins	Sage-Femme	Infirmiers	Aide-soignante/matrones	Total prestataires	Relais	Total
GAO	12	10	1	60	83	0	83
MOPTI	21	21	136	125	303	0	303
SIKASSO	22	19	103	69	213	367	580
SEGOU	2	0	12	0	14	0	14
KAYES	31	25	110	209	375	0	375
KOULIKORO	5	6	46	73	130	697	827
BAMAKO	15	4	3	0	22	0	22
TOTAL	108	85	411	536	1.140	1.064	2.204

Source : Données des régions, Novembre 2007

3.5.2 Approvisionnement en Intrants (Aliments thérapeutiques, Kits Nutrition)

Toutes les 43 structures de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère ont été approvisionnées en aliments thérapeutiques selon le protocole national et en tenant compte du nombre de malnutris attendus. La majorité des centres (305/365) de prise en charge des MAM et MAS ont reçu un kit de Nutrition pour le dépistage de la malnutrition aigüe constitué de : 01 toise Shorr, 01 balance électronique Mère enfant, 02 balances Salter avec 10 culottes et des bandes de Shakir. L'objectif pour 2008, est d'équiper tous les CSCoM et les 55 Districts Sanitaires du pays en kits de Nutrition pour le dépistage systématique des cas de malnutrition. Des compléments de 407 Kits sont requis pour atteindre cet objectif. Pour répondre aux modifications intervenues lors de la révision du Protocole, les CSCoM des zones ciblées doivent être dotés en Plumpy Nut pour la PEC en ambulatoire de cas sévères sans complications. Les commandes d'aliments thérapeutiques de 2007 ont tenu compte de cette nouvelle orientation.

Au total 10.110 enfants de 6- 59 mois sont ciblés au niveau des 6 régions pilotes pour 2007. 1.313 cartons de F75, 4804 cartons de F100, 2.515 cartons de Plumpy Nut et 305 Kits sont mis en place.

Tableau 14 : Approvisionnement de centres en Aliments thérapeutiques et kits Nutrition

Région	Enfants MAS Cibles	F75 (cartons)	F100	Plumpy Nut	Kit
GAO	551	51	270	260	20
MOPTI	5146	1028	3772	1057	110
SIKASSO	2500	123	362	800	50
SEGOU	0	0	0	0	0
KAYES	1442	53	196	160	90
KOULIKORO	231	46	169	138	33
BAMAKO	240	12	35	100	2
Total	10.110	1.313	4.804	2.515	305

Source : Données Magasins UNICEF

3.5.3. Evolution de la prise en charge

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS) est effective dans 12/12 des CSRef et les deux hôpitaux de Mopti et Gao qui sont les régions prioritaires pour 2007. Par la suite, les régions de Sikasso (60% des centres), Kayes (100% des centres), Koulikoro (22%) et la District de Bamako (40%) ont démarré les activités au 3^e trimestre 2007.

Le tableau ci-joint fait le point des structures ayant démarré la prise en charge par région et du nombre d'enfants ayant bénéficié des soins selon les directives du protocole national.

Tableau 15 : Structures de PEC opérationnelles

Région	Hôpitaux	CSREF	CSCoM	Total
GAO	1	4	55	60
MOPTI	1	12	124	137
SIKASSO	1	9	41	51
SEGOU	0	0	5	5
KAYES	1	7	66	74
KOULIKORO	0	2	31	33
BAMAKO	2	3	0	5
Total	6	37	322	365

Source : Données des régions

S'agissant de la prise en charge des malnutris aigus sévères, 43 structures (CSRef et Hôpitaux) sont opérationnelles et 322 CSCoM organisent la PEC des cas modérés et le suivi des contre référés. Selon le protocole appliqué en 2007, les cas de malnutris modérés sont pris en charge au niveau des CSCoM par une supplémentation alimentaire mise à disposition des centres par le PAM ou les ONGs. A

cette date, tous les CCom des régions de prise en charge ne bénéficient pas de cette assistance alimentaire.

Tableau 16 : Nombre d'enfants pris en charge de Mars à Octobre 2007

Région	Nombre de structures de PEC MAS	Nombre Malnutris Modérés (MAM)	Nombre Malnutris sévères (MAS)	Taux de Guéris (MAS)	Observations
GAO	5	1454	359	62%	Le taux de guérison est en dessous du seuil acceptable de 70% à cause des abandons, des refus d'hospitalisation et des décès
MOPTI	13	1685	358	64%	
SIKASSO	10	976	189	51%	
SEGOU	0	0	0	0	
KAYES	8	1403	192	53%	
KOULIKORO	2	282	254	ND	
BAMAKO	5	0	100	ND	
Total	43	5800	1452		

Source : Données des régions, Novembre 2007

Sur 10.110 enfants de moins de 5 ans malnutris sévères ciblés dans les 6 régions, la couverture à fin octobre 2007 est de **14%** et reste encore faible pour en moyenne 6 mois d'activités. L'activité de prise en charge de la malnutrition est une activité nouvelle pour toutes les formations sanitaires sauf l'hôpital régional de Gao. Les infrastructures (Unités de récupération) de base étaient quasiment inexistantes de même que le petit matériel de dosage des laits thérapeutiques. Plusieurs défis restent à relever prenant en compte la contrainte des ressources humaines (les équipes sont réduites à une personne).

3.6. Campagne nationale de paquet de 5 services intégrés de santé 2007

Le Mali a réalisé en Décembre 2007 la première campagne nationale intégrée de vaccination contre la rougeole et la polio, de distribution de vitamine A, du déparasitage des enfants et la distribution de plus 2.2 millions de moustiquaires ayant couvert 2,5 millions d'enfants de moins de cinq ans.

Le paludisme, la malnutrition et la rougeole sont l'une des principales causes de décès des enfants au Mali. La faiblesse des services santé et la pauvreté des familles ne permettent pas d'atteindre efficacement une couverture adéquate des services de soins préventifs et curatifs. La stratégie de distribution des moustiquaires par le système régulier de santé a toujours démontré ses limites pour l'accès effectif aux bénéficiaires que sont les enfants et les mères. Les difficultés logistiques et les pratiques de reventes sur le marché par les acteurs constituaient des obstacles majeurs. Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées par les enfants est demeuré faible jusqu'en 2006 (27% d'après EDSIV 2006).

La stratégie de campagne de vaccination couplée avec la distribution de moustiquaire imprégnée aux mères d'enfants ayant fait vacciner leurs enfants de moins de 5 ans a été très bénéfique à plusieurs titres : i) grande attraction pour les mères très intéressées de recevoir une moustiquaire, ii) accès direct des mères aux moustiquaires sans intermédiaire, iii) occasion unique pour offrir plusieurs services de soins préventifs de santé à l'enfant. L'implication des sportifs, du secteur privé et des ONG à l'opération fût très utile pour son succès.

Une grande participation des mères pour les soins préventifs de leurs enfants a été obtenue grâce aux campagnes de communication multimédias, à l'implication des leaders religieux, leaders traditionnels mobilisés en conséquence, des Maires de Communes et Autorités régionales et préfectorales.

En terme de résultat, selon l'évaluation de la campagne, 80% des enfants âgés de moins de 5 ans du Mali ont pu bénéficier de moustiquaires imprégnées, 81% ont pu être protégés contre la rougeole, 95% contre la poliomyélite, 78% ont été déparasités et 85% ont pu recevoir les capsules de vitamine A (voir graphique ci-dessous).

Les principaux enseignements tirés sont :

1. L'impact évident pour la survie de l'enfant de la combinaison en un seul passage du paquet de soins préventifs à l'enfant ayant une incidence directe sur sa protection immunitaire contre les

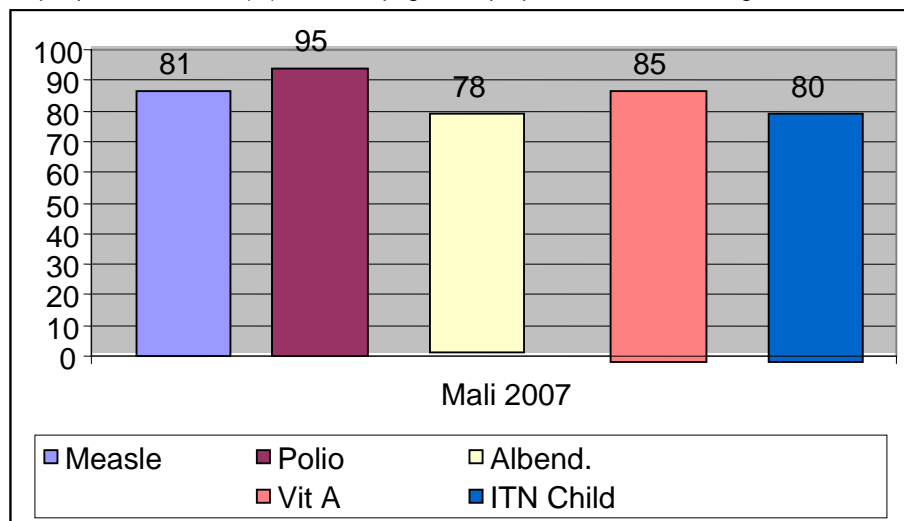
UNICEF - Evidence-based monitoring of results for Child Survival in Mali

maladies qui constituent les principales causes de décès des enfants au Mali. La couverture nationale de l'opération donne l'avantage d'honorer à la fois le principe des droits humains dans les interventions de l'UNICEF et également la focalisation sur l'évidence de résultats pour les enfants. La chance de survie de chaque enfant de moins de 5 ans du Mali a été fortement augmentée.

2. L'efficacité de cette opération qui se traduit par un coût bénéfice très élevé est l'un des grands avantages comparatifs de la campagne. Ainsi cinq campagnes nationales sont fusionnées en une seule campagne réduisant ainsi le coût unitaire de la prévention de la maladie chez l'enfant : 12 millions de dollars investis pour protéger 2.800.000 enfants en une seule fois et en une semaine contre la rougeole, la polio, la carence nutritionnelle, les parasites intestinaux et le paludisme sans oublier 166.000 femmes en post partum immédiat. L'incidence du paludisme sera sensiblement réduite grâce à la provision de 1 moustiquaire par enfant.
3. Le leadership réel du Gouvernement qui a coordonné l'ensemble des travaux, a apporté une contribution financière effective de 1 millions de dollars, et démontré la volonté politique à travers le lancement de la campagne par le Chef de l'Etat.
4. Le partenariat construit entre plusieurs donateurs multi latéraux et bilatéraux avec une réelle contribution du secteur privé et des Sportifs et une responsabilisation des parties prenantes selon leurs avantages comparatifs. L'UNICEF a contribué aux 16% du budget de 12 millions de dollars et a fourni les moustiquaires, la vitamine A, les vaccins, etc. Les problèmes logistiques et de distribution ont été efficacement assurés par la croix rouge nationale.
5. Une grande participation des mères grâce aux campagnes de sensibilisation multimédias, à l'implication des leaders religieux, leaders traditionnels mobilisés en conséquence, des Maires de Communes et Autorités régionales et préfectorales.

En perspective, une évaluation de l'évidence de l'impact de cette campagne sur la vie des enfants sera réalisée en 2008 en terme de baisse de l'incidence sur la morbidité infanto-juvenile.

Graphique : Couverture (%) de la campagne de paquet de 5 services intégrés de santé au Mali, 2007



4. Partenariat

Le Mali bénéficie d'un cadre politique et partenarial très développé à travers un niveau d'engagement politique très élevé, un grand leadership stratégique et technique du Ministère de la Santé, l'existence des initiatives internationales et un mécanisme de coordination bien établi à tous les niveaux. Des mesures de gratuité de soins (ARV, césarienne, ACT pour le palu aux enfants), ont été accordées par le Gouvernement qui assure désormais l'achat des vaccins et de certains produits thérapeutiques pour la lutte contre la malnutrition.

Au Mali, le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2007-2011) sert de référence à tous les programmes de développement macro économique et social du pays. La réduction de la mortalité des enfants fait partie des priorités nationales définies dans ce cadre. Sur le plan sectoriel, le Mali a développé un Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) qui sert de cadre de référence aux interventions du pays ayant permis d'améliorer la coordination et l'harmonisation d'une politique de développement durable de la santé.

Le Plan sectoriel santé est caractérisé par la revue du Cadre des Dépenses à Moyen Terme du secteur de la santé, le transfert des compétences de l'État aux collectivités locales en matière de santé et d'hydraulique dans le cadre de la décentralisation bien opérationnelle au Mali, le démarrage de l'appui budgétaire sectoriel avec l'application du cadre des Dépenses à Moyen Terme (l'outil MBB y est appliqué), le renforcement du partenariat entre l'État, la société civile et le secteur privé et la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant. Il y a une grande appropriation et un leadership national des outils de coordination, de planification, de budgétisation et de suivi – évaluation unique du secteur santé par les structures indiquées du Gouvernement.

Les quatre agences de développement des Nations Unies (PNUD, PAM, UNFPA, UNICEF) disposent d'un cadre commun d'assistance au Mali 2008-2012.

Aussi, le Mali a adopté en 2007, un document de stratégie nationale pour la survie de l'enfant qui sert de base de politique harmonisée pour le passage à l'échelle nationale des paquets d'interventions à haut impact pour la survie de l'enfant.

Le Mali bénéficie de plusieurs initiatives internationales et partenariat global pour le financement du secteur santé (IHP) en vue de l'atteinte de l'ODD 4 : Initiative GAVI, Fonds Global pour le paludisme, VIH-SIDA et Tuberculose, l'initiative catalytique du Canada, l'initiative de la Fondation Bill & Melinda Gates, l'initiative du Président Bush pour le malaria, la nouvelle initiative de la France en faveur de la Santé, l'initiative du Premier Ministre Britannique pour la Santé. Dans le cadre du partenariat UNICEF, Banque Mondiale et OMS pour la santé, un document conjoint d'appel de fonds (« investissement case ») a été élaboré et a servi de base de plaidoyer auprès des donateurs publics et privés internationaux visant l'accélération des progrès pour l'amélioration de la survie de l'enfant au Mali.

En guise de coordination, une réunion mensuelle des PTFs du secteur santé se tient régulièrement sous la présidence du Ministère de la Santé avec l'implication du Ministère des Finances. Au niveau régional et des districts, des réunions trimestrielles de suivi des performances et de la gestion des interventions de la santé sont tenues régulièrement et les conclusions sont partagées avec la pyramide sanitaire.

Les principaux partenaires du programme de coopération Mali-UNICEF dans le domaine de la survie sont constitués par le Ministère de la Santé, la société civile, les collectivités décentralisées, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, l'OMS, le Programme alimentaire mondial (PAM), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Union Européenne, les Gouvernements de la Belgique, de l'Espagne, du Canada, des Pays-Bas, de la Suisse et l'USAID.

Le partenariat avec les Communautés est très développé dans la gestion des services de santé communautaire aussi bien par les associations communautaires organisées en fédération ainsi que par les relais communautaires.

La nouvelle philosophie de « un seul cadre, un seul budget, un seul mécanisme de coordination, un seul dispositif de suivi – évaluation » à travers à un seul document cadre dit « COMPACT » - une sorte de contrat de résultat et de financement liant le Gouvernement avec tous les partenaires au développement, sera bientôt expérimentée au Mali à travers le futur PRODESS révisé 2008-2011 faisant suite à la conférence de Lusaka (de février 2008).

UNICEF - Evidence-based monitoring of results for Child Survival in Mali

Cet environnement propice offre de bonnes opportunités pour les progrès à l'atteinte de l'OMD 4 au Mali. Toutefois, les faiblesses de ressources humaines dans les services de santé communautaire et de motivation des relais communautaires demeurent les principaux goulots d'étranglement.

5. Mobilisation et utilisation des ressources par l'UNICEF en 2007

5.1. Etat de la mobilisation et de l'utilisation des ressources financières en 2007

En 2007, d'après le tableau ci-dessous, l'UNICEF a pu mobiliser un montant total de 13,041,305 dollars pour les interventions en matière de survie de l'enfant au Mali dont 12,062 millions de dollars ont été effectivement dépensés soit 92% du taux d'absorption. La répartition des sources de financement se présente comme suit : 6,056 millions de dollars sur ressources régulières de l'UNICEF et 6,985 de dollars des fonds supplémentaires mobilisés auprès des pays donateurs, des Comites Nationaux pour l'UNICEF et le secteur privé.

Tableau 17 : Situation des fonds mobilisés et utilisés par l'UNICEF en 2007 par donateur pour les interventions en faveur de la survie et le développement du jeune enfant au Mali

PBA CODE	Nom du Donateur	Date d'expiration	Montant Alloué en 2007 en dollars US	Montant engagé en 2007 en dollars US	% fonds engagés	Montant des dépenses effectives en dollars US	% fonds dépensés
TOTAL	-	-	13,041,305.49	12,769,255.49	98%	12,062,879.97	92%
GC/2002/6006-01	U99999 UNICEF (FOR GR ALLOCATIONS ONLY)	31/12/07	4,123,000.00	4,020,056.09	98%	3,896,655.42	95%
GP/2006/8116-01	U99999 UNICEF (FOR GR ALLOCATIONS ONLY)	16/08/07	159,636.06	156,394.78	98%	156,394.78	98%
GP/2006/8157-01	U99999 UNICEF (FOR GR ALLOCATIONS ONLY)	28/12/07	500,000.00	495,063.07	99%	446,774.93	89%
GP/2007/8176-00	U99999 UNICEF (FOR GR ALLOCATIONS ONLY)	31/12/07	819,457.00	819,410.25	100%	760,610.25	93%
GS/2007/0050-00	U99999 UNICEF (FOR GR ALLOCATIONS ONLY)	31/12/07	453,600.00	451,871.37	100%	26,511.71	6%
KC/2007/0024-00	N07232 Micronutrient Initiative Formerly IDRC	31/12/07	94,180.00	94,180.00	100%	94,180.00	100%
SC/2003/0391-01	N45615 Conrad N. Hilton Foundation	01/03/09	29,358.34	28,783.57	98%	28,783.57	98%
SC/2003/9902-12	T49902 Global - Immunisation Plus THEMATIC FUND	31/12/10	126,533.17	45,279.88	36%	45,083.14	36%
SC/2003/9905-08	T49905 Global - Int. Early Childhood Devel THEMATIC FUND	31/12/10	71,781.92	69,926.04	97%	69,587.62	97%
SC/2004/3072-01	C30001 Netherlands Committee for UNICEF Jacob van den Eyndestraat 7	31/12/07	984,517.81	980,578.10	100%	950,646.11	97%
SC/2005/0169-01	N07232 Micronutrient Initiative Formerly IDRC	31/03/08	5,989.03	5,821.63	97%	5,821.63	97%
SC/2005/0229-01	G07201 Canada Canada	31/12/08	63,331.22	54,980.98	87%	56,590.95	89%
SC/2005/0800-01	G32401 Norway	31/12/07	17,103.07	15,756.11	92%	15,756.11	92%
SC/2005/0875-01	C45601 United States Fund for UNICEF	31/07/08	352,681.15	352,681.15	100%	352,681.15	100%
SC/2006/0298-01	G45602 USA USAID United States Agency for	30/09/07	3,498.82	0.00	0%	0.00	0%
SC/2006/0851-01	C45601 United States Fund for UNICEF	31/12/09	243,773.02	237,464.21	97%	228,509.37	94%
SC/2006/0937-00	G32401 Norway	31/12/07	203,581.31	206,459.68	101%	192,695.04	95%
SC/2006/9902-23	T49908 YOUNG CHILD SURVIVAL & DEVELOPMENT	31/12/10	142,648.91	141,666.32	99%	140,783.61	99%
SC/2007/0025-00	G26401 Luxembourg	31/12/08	116,217.64	116,217.64	100%	115,488.74	99%
SC/2007/0113-00	N45638 United Nations Foundation Inc. c/o Joatte Levine	31/12/08	1,068,647.38	1,067,876.63	100%	1,068,126.62	100%
SC/2007/0154-00	G45301 The United Kingdom of Great Britain and Northern Irel	31/03/10	37,194.99	37,194.99	100%	37,192.77	100%
SC/2007/0202-00	C23101 Japan Committe for UNICEF	30/06/10	33,458.77	33,458.77	100%	33,458.77	100%
SC/2007/0382-00	O49908 The GAVI Fund	03/04/10	197,582.48	197,582.48	100%	197,582.48	100%
SC/2007/0538-00	N45615 Conrad N. Hilton Foundation	01/03/09	28,165.84	28,165.84	100%	28,165.84	100%
SC/2007/0540-00	O49908 The GAVI Fund	31/12/10	780.00	0.00	0%	0.00	0%
SC/2007/0626-00	N45638 United Nations Foundation Inc. c/o Joatte Levine	31/07/08	915,054.58	911,554.58	100%	891,746.30	97%
SC/2007/0725-00	C52501 German Committee for UNICEF	30/06/10	0.00	0.00	0%	0.00	0%
SI/2006/0093-01	C45601 United States Fund for UNICEF	30/06/09	770,349.77	766,971.27	100%	768,128.01	100%
SI/2006/0146-01	G32401 Norway	31/12/08	150,587.49	150,067.72	100%	149,782.64	99%
SM/2003/9906-	T49906 Global - Thematic Humanitarian Resp	31/12/09	14,867.70	13,884.50	93%	13,600.07	91%

UNICEF - Evidence-based monitoring of results for Child Survival in Mali

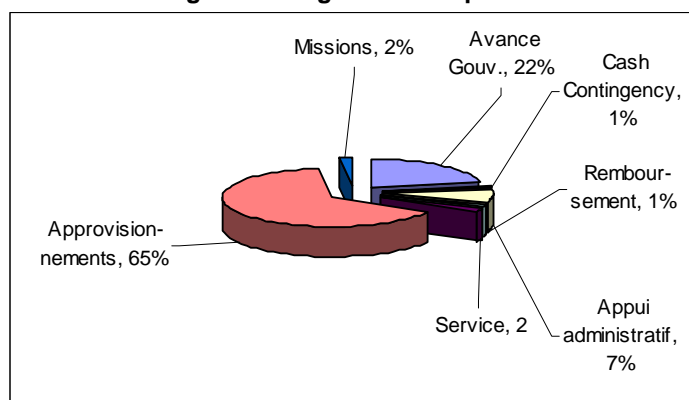
PBA CODE	Nom du Donateur	Date d'expiration	Montant Alloué en 2007 en dollars US	Montant engagé en 2007 en dollars US	% fonds engagés	Montant des dépenses effectives en dollars US	% fonds dépensés
26	THEMATIC FUND						
SM/2006/0211-01	G45605 USA (USAID) OFDA Office for Foreign Disaster	06/07/07	125,028.91	123,356.14	99%	123,382.96	99%
SM/2006/0287-01	U99901 UNOCHA UN Office for the Coordination of	30/06/07	58,984.33	56,607.98	96%	56,607.98	96%
SM/2006/0406-01	G39901 Spain	31/12/07	606,097.45	585,160.00	97%	587,671.03	97%
SM/2006/9906-40	T49906 Global - Thematic Humanitarian Resp THEMATIC FUND	31/12/08	112,818.93	112,818.93	100%	112,818.93	100%
SM/2007/0275-00	U99901 UNOCHA UN Office for the Coordination of	02/01/08	410,798.40	391,964.79	95%	411,061.44	100%

D'après le graphique ci-dessous, 65% des dépenses effectuées par l'UNICEF en 2007 pour le domaine de la survie de l'enfant ont été consacrées aux achats des intrants ayant bénéficié directement aux enfants au niveau local, aux communautés et au renforcement des capacités des services de santé à tous les niveaux.

Tableau 18 : Catégorie de dépenses effectuées par l'UNICEF pour la Survie en 2007

Catégories	Montant	%
Cash	2,786,902	23%
Services	211,413	2%
Approvisionnement	7,873,351	65%
Autres	1,191,214	10%
Total	12,062,880	100.00%

Figure : Catégories de dépenses



5.2. Renforcement des capacités en gestion des intrants supply

L'UNICEF Mali a pu rendre disponibles les intrants thérapeutiques et pharmaceutiques pour garantir les prestations en matière de survie au bénéfice des enfants durant l'année 2007.

La gestion des magasins de stockage est décentralisée au niveau des structures Etatiques dans les régions. Aussi, le renforcement des capacités des partenaires du Gouvernement en gestion des magasins de stockage des intrants a été effectué en 2007 (équipements informatiques et formations).

La pratique de « end-user delivery & monitoring » a été initiée en 2007 afin de renforcer l'efficacité des interventions et désengorger les magasins de stockage régionaux.

Conclusions, défis et perspectives

Des progrès majeurs ont été accomplis ces 5 dernières années en terme d'augmentation des indicateurs de couverture et de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Cependant, l'atteinte de l'OMD 4 au Mali en 2015 ne pourrait être possible que s'il y a doublement des efforts actuels. Seule une forte mobilisation des ressources locales et du partenariat avec l'ensemble des intervenants afin de généraliser dans l'ensemble des districts du pays, l'approche communautaire de prévention et de prise en charge intégrée de la femme enceinte, du nouveau né & sa mère et du jeune enfant. Le renforcement des ressources humaines et des capacités des services de santé est indispensable dans une vision de gestion axée sur les résultats.

Défis majeurs pour 2008 et perspectives

Les défis majeurs auxquels le Gouvernement, l'UNICEF et les partenaires de la santé devront y faire face en 2008 porteront essentiellement sur :

1. L'extension des paquets d'interventions à haut impact et gestion communautaire efficace des services de santé : renforcement des systèmes de santé périphérique et renforcement des ressources humaines au niveau communautaire (24.000 relais communautaires à recycler/former et équiper) ;
2. La lutte efficace contre la malnutrition, une urgence silencieuse (une cible d'au moins 242.000 enfants malnutris dont 16.000 cas sévères escomptés pour prise en charge en 2008) ;
3. L'élimination du tétanos néo-natal avec des campagnes de masse localisées dans les districts à risques ;
4. L'extension de la couverture en eau potable ;
5. L'utilisation effective des moustiquaires par les enfants et les mères (la problématique de communication pour le changement de comportement).

En terme de perspective

Le plan d'expansion d'offre paquets de service de santé à haut impact par district se présente comme suit (voir tableau ci-dessous).

	2006	2007	2008	2009	2010
Districts Haut Impact	16	26	42	54	59
Districts Expansion	43	33	17	05	0
Total	59	59	59	59	59

Un nouveau programme de coopération Mali-UNICEF 2008-2012 a été signé en janvier 2008 de manière synchronisée avec les 4 agences de développement des Nations Unies dans le cadre de l'UNDAF 2008-2012 (PNUD, PAM, UNFPA, UNICEF). Ce programme comprend 4 composantes programmatiques dont la survie de l'enfant constitue la priorité (50% des ressources planifiées).

La mobilisation des ressources et du partenariat en faveur de la mise en œuvre de ce programme permettra à l'UNICEF d'apporter une contribution efficace pour l'accélération des progrès vers l'atteinte de l'OMD 4 au Mali.

L'intensification de la réponse à « l'urgence silencieuse de la malnutrition » au Mali dans un environnement de hausse généralisée des prix de première nécessité, demeure une priorité absolue. L'UNICEF salue la contribution financière de ECHO, de OCHA et de l'Espagne qui permettra de renforcer les capacités des services de santé et des ONG pour la prise en charge d'urgence adéquate des enfants malnutris dans l'ensemble du pays.

Estimation des besoins de prise en charge de la malnutrition modérée et aigüe en 2008

Région	Pop Tot	0-5 ans	%MAG	MAG	MAM	% MAS	MAS	Couverture MAS	Couverture MAM
			13%			3%		25%	50%
Kayes	1.780.794	320.543	13	41.671	35.260	2	6.411	1.603	17.630
KKRO	2.035.008	366.301	14	51.282	35.165	4.4	1.6117	4.029	17.582
Sikasso	2.309.260	415.667	14.1	58.609	42.814	3.8	15.795	3.949	21.407
Segou	2.170.873	390.757	13.2	51.580	42.202	2.4	9.378	2.345	21.101
Mopti	1.915.799	344.844	11	37.933	30.346	2.2	7.587	1.897	15.173
Tombouc	617.832	111.210	14.2	15.792	12.678	2.8	3.114	778	6.339
Gao	511.310	92.036	16.1	14.818	11.320	3.8	3.497	874	5.660
Kidal	5.4916	9.885	24	2.372	1.957	4.2	415	208	979
Bamako	1.316.877	237.038	12.4	29.393	24.889	1.9	4.504	1.126	12.444
TOTAL	12.712.669	2.288.280		30.3449	23.6631		66.818	16.705	11.8315

MAG = Malnutrition Aigüe globale

MAM = Malnutrition Aigüe Modéré

MAS = Malnutrition Aigüe Sévère

Besoins de renforcement des services de prise en charge de la malnutrition modérée et aigüe en 2008

Région	Hopi taux	CSREF	CSCom	UREN Opérationnelles	UREN à créer en 2008
GAO	1	4	55	60	0
MOPTI	1	8	124	133	0
SIKASSO	1	9	169	51	128
SEGOU	1	8	158	0	167
KAYES	1	7	132	74	66
KOULIKORO	0	9	175	33	151
TOMBOUCTOU	1	5	70	0	76
KIDAL	0	4	0	0	4
BAMAko	2	3	0	5	2
TOTAL	7	48	813	356	514

Annexe : Statistiques de base du Mali

Annexe I : Données statistiques de base

Le Mali en Chiffres

EN BREF	
Superficie/ découpage géographique	1.241.328 km2 dont 65% désertique ou semi-désertique/ 8 régions, 1 district, 49 cercles, 703 communes (décentralisées)
Régime/gouvernance	Démocratie multi-partite depuis 1991
Stratégie de lutte contre la pauvreté	CSCRП adopté par le gouvernement le 20 décembre 2006
Réformes principales	Secteurs Santé, Education, Justice, finances publiques, coton
Cinq principales causes de mortalité des enfants (moins 5 et + 5 ans)	Paludisme, Infections respiratoires aiguës IRA, Diarrhées, Malnutrition & Rougeole
Démographie	
Population totale (ELIM 2006):	12,317 millions
Population totale ayant moins de 15 ans (ELIM 2006):	5,894 millions
Indice de fécondité :	6,6 (EDSMIV 2006)
Taux de prévalence contraceptive	8,2% (EDSMIV 2006)
Espérance de vie:	65,5 ans (CPS -MS 2005; Performance 2002-2005)
% de la population vivant en milieu rural (ELIM 2006):	68,3%
Economie	
PIB par habitant en dollar US (1\$=500 FCFA) en 2006	503
Taux annuel de croissance économique (2002-2006)	5,1%
Population vivant en dessous du seuil national de pauvreté en 2005	59,2%
Indice de Développement Humain IDH en 2005 (RMDH 2007)	0,38
Santé	
Taux de mortalité infanto-juvénile (< de 5 ans):	191 pour mille EDS4 2006
Taux de mortalité infantile pour mille :	96 pour mille EDS4 2006
Enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique (Taille pour age)	19,3% (- 3 ET) & 37,7% (-2 ET) EDS 4 2006
% Enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigue (Poids pour taille)	5,9% (- 3 ET) & 15,2% (-2 ET) EDS 4 2006
% des enfants de moins 6 mois allaités exclusivement au sein:	37,8 % EDS4 2006
% des accouchements assistés par un personnel de santé	49% (EDSMIV 2006)
Taux de mortalité maternelle:	582 EDS3 2001 ; 464 EDS4 2006
% d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) :	67,6 % EDS4 2006
% d'enfants vaccinés contre la rougeole:	68,4 % EDS4 2006
Nombre de femmes enceintes séropositives:	657 (PNLS RAPPORT ANNUEL 2005)
% des femmes en âge de procréer	41,5% (estimation DNP 2007)
Education	
Taux brut de scolarisation au primaire – (ELIM 2006)	74,4%
Taux brut de scolarisation au primaire (filles) – (ELIM 2006)	69,5%
Taux brut de scolarisation au primaire (garçons) – (ELIM 2006)	79%
Taux d'analphabétisme des femmes – (ELIM 2006)	18,2%
Eau -Electricité- Environnement	
Accès à l'eau potable des ménages (ELIM 2006)	78,5%
Accès à électricité des ménages (ELIM 2006)	20,0%
Ménages utilisant les lieux indiqués pour l'évacuation des ordures (ELIM) 2006)	24,6%
Accès aux latrines adéquates	46% MP OMS/UNICEF RAPPORT 2004 PUBLIE 2006
Protection	
Enregistrement à la naissance	53,3% (EDS4 2006); 48% (EDSIII 2001)
% de femmes de 15 à 49 ans victimes d'excision	85% (EDS4 2006); 91,6% (EDS3 2001);
% des enfants 5-14 ans qui travaillent:	76,2% (EDS4 2006); 34,9% EDS3 2001
VIIH/sida	
Taux de prévalence du sida des adultes de 15 à 49 ans (EDS IV 2006)	1,3 %

Equipe de réalisation :	
Responsable de Publication : Marcel Rudasingwa, Représentant de l'UNICEF	
Section Promotion des Droits et du	Section Survie de l'enfant :
Partenariat :	
1- Robert Ndamobissi, Chief of Planning, Monitoring & Evaluation	1- Dr Dougoufana, Chef de Section a,i
2- Brehima Diallo, Planning Officer	2- Dr Etienne Dembele, Responsable PEV
3- Mme Fadimata Haidara, Monitoring &Evaluation Officer	3- Mme Elisabeth Zanou, Consultante Nutritionniste
4- Mme Hanguine Assitan, HIV/AIDS Officer	4- Togota Sogoba, Water & Sanitation Officer
	5- Thiecoura Sidibe, Economiste de la Santé