

**MINISTERE DE LA SANTE**

\*\*\*\*\*

**SECRETARIAT GENERAL**

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*

*Un Peuple Un But Une Foi*



**Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de  
Santé (PSN/RSS)  
2009-2015**



*(Document provisoire)*

27 novembre 2008

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b>	<b>i</b>
<b>ABREVIATIONS ET SIGLES</b>	<b>III</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b>	<b>1</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I CADRE DE REFERENCE</b>	<b>6</b>
1. DEFINITIONS	6
2. METHODOLOGIE	7
<b>CHAPITRE II ANALYSE DU SECTEUR</b>	<b>8</b>
1. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION	8
1.1 Le Contexte Politique et social	8
1.2 La Situation Economique	10
1.3 Les Tendances Démographiques	11
1.4 Justification	12
2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROBLEMES DE SANTE	12
2.1 La Santé de la Population Générale	14
2.2 La Santé Maternelle	14
2.3 La Santé des Enfants	15
2.4 Le VIH-Sida	15
2.5 La malnutrition	16
3. EQUITE	16
3.1 Accessibilité géographique	17
3.2 Accessibilité financière	17
3.3 Analyse des résultats	17
4. REACTIVITE	18
4.1 La qualité des services	18
4.2 L'accès aux soins de santé/utilisation des services	19
5. DISPONIBILITE DES RESSOURCES POUR LA SANTE	19
5.1 Ressources humaines	19
5.2 Infrastructures/Equipements	21
5.3 Médicaments	22
5.3.1 Cadre institutionnel	22
5.3.2 Le Système d'approvisionnement et de distribution	25
5.3.3 Le Système d'assurance de la qualité des médicaments et autres produits de santé	26
5.3.4 L'usage rationnel des médicaments	27
5.3.5 <i>Orientations stratégiques</i>	28
5.4 Systèmes d'information et de suivi/évaluation (Suivi et gestion des informations stratégiques)	28
5.5 Financement des services de santé et la gestion des services	33
5.5.1 Le financement des services	33

5.5.1.1	Les Procédures Budgétaires du Ministère de la Santé -----	33
5.5.1.2	Les problèmes et les goulots d'étranglements du financement -----	36
5.5.2	Gestion des services de santé-----	38
5.6	La Gouvernance de l'autorité sanitaire nationale (ASN) -----	40
5.6.1	La Régulation -----	40
5.6.2	Le Processus gestionnaire -----	40
5.6.3	La décentralisation -----	41
5.6.4	La gestion communautaire -----	43
5.6.5	Le partenariat et la coopération -----	44
5.6.5.1	La Coopération Intersectorielle -----	44
5.6.5.2	La Coopération Intra sectorielle -----	44
5.6.5.3	La Coopération Internationale -----	44
5.6.5.4	La Coordination de l'aide -----	45
5.6.5.5	Les nouvelles stratégies/partenariat public privé -----	45
<b>6.</b>	<b>ETAT D'AVANCEMENT DES INITIATIVES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE -----</b>	<b>48</b>
6.1	Les Ressources humaines pour la santé -----	48
6.2	Les infrastructures -----	48
6.3	La professionnalisation des soins de santé -----	49
6.4	La revitalisation et l'extension du réseau hospitalier public -----	50
6.5	La modernisation du système d'information sanitaire (SIS), système de monitoring/évaluation -----	51
6.6	La Médecine traditionnelle -----	52
6.7	La recherche opérationnelle -----	52
6.8	L'accès aux services sociaux de base -----	53
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION DE L'ANALYSE -----</b>	<b>55</b>
	<b>CHAPITRE III VISION, OBJECTIFS, STRATEGIES, RESULTATS -----</b>	<b>55</b>
1.	<b>Vision -----</b>	<b>55</b>
2.	<b>Objectifs, Stratégies, Résultats et Interventions -----</b>	<b>58</b>
2.1	Objectif général du plan -----	58
2.2	Objectifs spécifiques, Stratégies, Résultats espérés et Interventions -----	58
2.3	Résumé du <b>budget</b> -----	73
	<b>CHAPITRE IV MISE EN ŒUVRE DU PLAN -----</b>	<b>75</b>
	<b>CAPITRE V ANNEXES -----</b>	<b>77</b>
1.	Cadre logique/Coût du plan (Budget détaillé) -----	77
2.	Références sélectionnées -----	105

## Abréviations et Sigles

ABS : Appui budgétaire sectoriel  
AFD : Agence française de développement  
AMM : Association des mutualités du Mali  
AMO : Assurance maladie obligatoire  
ANICT : Agence nationale d'investissement pour les collectivités territoriales  
ASACO : Association de santé communautaire  
ARV : Antirétroviral  
BAD : Banque africaine de développement  
BSI : Budget spécial d'investissement  
CADD : Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration  
CCC : Communication pour un changement de comportement  
CCDV : Centre de conseil et de dépistage volontaire  
CDMT : Cadre de dépense à moyen terme  
CEPRIS : Cellule d'exécution du programme de renforcement des infrastructures sanitaires  
CNAM : Centre national d'appui à la lutte contre la maladie  
CNI ECS : Centre national d'information, éducation, communication pour la santé  
CNSC : Conseil national de la société civile  
CNS : Comptes nationaux de la santé  
CNRST : Centre national de recherche scientifique et technologique  
CNTS : Centre national de transfusion sanguine  
CPS : Cellule de planification et de statistique  
CSAR : Centre de santé d'Arrondissement  
CSCOM : Centre de sante communautaire  
CSN : Cadre stratégique national  
CNOS : Centre national d'odontostomatologie  
CSREF : Centre de santé de référence de l'enfant  
CROCEP : Comité régional d'orientation, de conception et d'évaluation du PRODESS  
CSCR P : Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté  
CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté  
CREDOS : Centre de recherche, d'étude et de documentation pour la survie  
CTA : Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine  
DAF : Direction administrative et financière  
DCI : Dénomination commune internationale  
DESAM : Développement sanitaire du Mali (logiciel)  
DESR : Division établissements sanitaires et réglementation  
DGB : Direction générale du budget  
DMT : Département de médecine traditionnelle  
DNCF : Direction nationale du contrôle financier  
DNCT : Direction nationale des collectivités territoriales  
DNS : Direction nationale de la santé  
DNSI : Direction nationale de la Statistique et de l'informatique  
DNTCP : Direction nationale du trésor et de la comptabilité publique  
DRTCP : Direction régionale du trésor et de la comptabilité publique  
DNPSES : Direction nationale de la protection sociale et de l'Economie solidaire  
DPM : Direction de la pharmacie et du médicament  
DRB : Direction régionale du budget  
DRC : Dépôt répartiteur de cercle  
DRS : Direction régionale de la santé  
DTCP : Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite

DV : Dépôt de vente  
 LNS : Laboratoire national de la santé  
 MCA : Millenium challenge Account  
 MDSSPA : Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées  
 ME : Médicament essentiel  
 MEIC : Ministère de l'économie, de l'industrie et du commerce  
 MF : Ministère des finances  
 MFP : Ministère de la fonction publique  
 MS : Ministère de la santé  
 MTA : Médicament traditionnel amélioré  
 NTIC : Nouvelle technologie de l'information et de la communication  
 NV : Naissances vivantes  
 OMD: Objectif du millénaire pour le développement  
 OMS: Organisation mondiale pour la sante  
 ONG : Organisation non gouvernementale  
 PAGAMGFP: Plan d'action gouvernemental pour l'amélioration et la modernisation de la gestion des finances publiques  
 PN-DRHS : Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé  
 PAS: Programme d'ajustement structurel  
 PCIME: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance  
 PDES : Programme de développement économique et social  
 PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social  
 PDI : Programme de développement institutionnel  
 PEV : Programme élargi de vaccination  
 PIB : Produit intérieur brut  
 PMA : Paquet minimum d'activité  
 PNUD : Programme des Nations unies pour le développement  
 PNRS : Politique nationale de recherche en santé  
 PO : Plan opérationnel  
 PPAC : Plan pluriannuel complet  
 PPM : "Pharmacie populaire du Mali  
 PPTTE : Pays pauvres très endettés  
 PSN/RSS : Plan stratégique national pour le renforcement du système de santé  
 PTF : Partenaire technique et financier  
 EDS : Enquête démographique et de sante  
 EPA : Etablissement public à caractère administratif  
 EPH : Etablissement public hospitalier  
 EPST : Etablissement public à caractère scientifique et technique  
 EVCI : Espérance de vie à la naissance corrigée à l'incapacité  
 E.U : Etats-Unis  
 FED : Fonds européen de développement  
 FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire  
 FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie  
 GAVI: Global Alliance for vaccines and Immunization  
 HCCT : Haut conseil des collectivités territoriales  
 HCNLS : Haut conseil national de lutte contre le sida  
 HMN : Health metrics network (réseau de métrologie sanitaire)  
 IADM : Initiative d'annulation de la dette multilatérale  
 IEC : Information, Education, Communication  
 IHP : International health partnership (Partenariat international pour la santé)  
 INPS : Institut national de prévoyance sociale  
 IOM : Indication maternelle absolue  
 PPP : Partenariat public privé  
 PRODESS: Programme de développement sanitaire et social  
 INFSS: Institut national de formation en sciences de la santé

INRSP: Institut national de recherche en santé publique  
IOTA : Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique  
CPN: Consultation prénatale  
RAC : Réseau administratif de communication  
RESHAOC : Réseau des hôpitaux d'Afrique de l'océan indien et des caraïbes  
RH : Ressource humaine  
RSS : Renforcement du système de santé  
UEMOA : Union économique monétaire ouest africaine  
UNFPA: united Nations fund for the population  
UNICEF: United Nations children fund  
URSS : Union des républiques socialistes soviétiques  
USAID: united States agency for international development  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine  
SDAME : Schéma directeur de distribution et d'approvisionnement en médicaments essentiels  
SIH : Système d'information hospitalier  
SE : Secrétariat exécutif  
SD-SNISS : Schéma directeur du système d'information sanitaire et social  
SEPAUMAT : Service d'entretien du parc automobile et du matériel  
SG : Secrétariat général  
SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise  
SIS : Système d'information sanitaire  
SISo : Système d'information social  
SOUB : soins obstétricaux d'urgence de base  
SOUC: soins obstétricaux d'urgence complets  
SLIS : Système local d'information sanitaire  
SNIS : Système national d'information sanitaire  
SNISS : Système national d'information sanitaire et social  
SSP : Soins de santé primaires  
TB :Tuberculose

## **RESUME EXECUTIF**

*Le plan stratégique national pour le renforcement du système de santé est une partie intégrante de la mise en œuvre du PRODESS II, deuxième tranche quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) du pays. Il est fondé sur : i) la vision commune de tous les acteurs du système de relever franchement le défi des OMD en atténuant la lourde charge de la morbidité et de la mortalité dues à la pauvreté et à la marginalisation; ii) l'effort coordonné qui engage la responsabilité de tous et de chacun. Il se base aussi sur la ferme volonté de l'Autorité sanitaire nationale et des partenaires de la communauté internationale d'éradiquer la pauvreté et de placer le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable.*

*Il prolonge les politiques sectorielles du Département de la santé, et permet de consolider les acquis en tenant compte des préoccupations émergentes telles que l'approche genre, et la lutte contre la pauvreté, en favorisant l'accélération de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, dans lesquels il s'inscrit.*

*Il constitue un cadre cohérent et consensuel du renforcement du système de santé pour un développement sanitaire national sur un **horizon de 7 ans**, dans lequel se reconnaissent tous les partenaires intervenant dans son élaboration, son financement et sa mise en œuvre. C'est la concrétisation de la vision et de l'aboutissement d'une réflexion prospective touchant toutes les préoccupations actuelles ou prévisibles en matière de renforcement du système de santé. Il servira de cadre d'intervention à tous les partenaires du secteur œuvrant pour la performance du système de santé.*

*Du point de vue méthodologique, l'analyse de la situation ayant conduit à son élaboration s'intéresse au contexte dans lequel se déroule l'action sanitaire, le développement du système de santé et l'organisation des services, afin d'établir le lien entre la problématique sanitaire, l'offre de service, la situation politique, économique et sociale du pays et les opportunités de renforcement du système de santé. Elle est faite selon une grille d'analyse adaptée de « methodological guidelines for sectoral analysis in health »<sup>3</sup>. Dans un premier temps elle fait état du contexte politique, social et économique du pays, en mettant en évidence les facteurs qui influencent la performance du système de santé. Dans un deuxième temps, elle présente les données relatives à l'état de santé de la population, et la réponse que le système apporte aux besoins de santé et de renforcement exprimés.*

*L'identification des faiblesses à la performance du système de santé ainsi que les problèmes sanitaires qui en découlent a permis de faire un diagnostic de la situation en mettant en évidence les points forts, les faiblesses, les opportunités et les menaces du secteur. Cette analyse révèle l'urgence de procéder au renforcement du système de santé en prenant en compte les paramètres qui ont été identifiés. Elle permettra aussi de formuler des réponses qui tiennent compte d'une part des éléments suivants : équité, efficacité, qualité, efficience, financement pérenne, interventions intersectorielle et participation communautaire; et d'autres part des priorités stratégiques formulées par les autorités sanitaires et la Politique nationale de santé fondée sur les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale.*

*Le renforcement du système de santé prend la réduction de la mortalité maternelle et infantile, comme principale cible, pour la performance du système, notamment au niveau district. En effet à partir de ce problème de santé prioritaire, une approche systémique large peut d'emblée être envisagée.*

*Il s'agit d'une notion à laquelle il faut se référer dans la conception et la réalisation des interventions visant à renforcer le système de santé. La mortalité maternelle et infantile, le PMA, le partenariat pour la*

*mise en œuvre des interventions, le suivi/évaluation et la participation communautaire seront considérés comme principaux éléments à prendre en compte au niveau de la « porte d'entrée », pour le renforcement du système.*

*Les principaux objectifs proposés pour le renforcement du système de santé du Mali sont les suivants :*

- *Améliorer la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé.*
- *Renforcer les capacités de financement du secteur sanitaire et social.*
- *Améliorer la qualité de la gestion des services de santé.*
- *Améliorer le système de gestion des équipements et infrastructures du secteur de la santé.*
- *Renforcer les capacités du suivi/évaluation et de gestion des informations stratégiques du système de santé.*
- *Renforcer les stratégies novatrices et le partenariat public privé au niveau opérationnel du système de santé.*

*Ces objectifs sont en phase à la fois avec les volets du PRODESS dont ils sont des sous-composantes, et les six éléments clés du renforcement des systèmes de santé, tels que définis par l'OMS.*

*En effet, s'appuyant sur la définition de l'OMS sur les objectifs et fonctions essentielles de tout système de santé quelque soit son organisation, le renforcement des systèmes de santé est le développement des capacités de chacun de ses six éléments clés afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations<sup>2</sup>. Ces six éléments clés sont :*

- *Les politiques : définir les stratégies du secteur de la santé, clarifier les rôles des uns et des autres et gérer les différents besoins;*
- *Le financement : garantir un financement juste et durable;*
- *Les ressources humaines : mettre en place des effectifs suffisants et productifs;*
- *Les systèmes d'approvisionnement: assurer l'approvisionnement, l'entretien, l'utilisation correcte des médicaments, l'équipement;*
- *La gestion des services : améliorer l'organisation, la gestion et la qualité des services ;*
- *Les systèmes d'information et de suivi : basés sur des informations venant des institutions ou des enquêtes de population.*

*La proposition vise l'ensemble du pays en particulier le niveau opérationnel du système de santé. Les résultats espérés concourent à l'atteinte des OMD 4 et 5. Le présent plan couvre les années 2009 à 2015 inclusivement.*

***Le coût estimatif total est d'environ neuf milliards sept cent vingt huit millions quatre cent douze mille F CFA (9 728 412 000 F CFA).***

*Le processus d'élaboration de ce plan a été coordonné par la Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé, sous l'égide du Cabinet du Ministre. Il est conduit avec la participation de tous les acteurs œuvrant dans le secteur de la santé.*



## **PREAMBULE**

Le Mali a adopté en 1990, une politique sectorielle de santé et de population qui est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'Initiative de Bamako. Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Un Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. Le PDDSS est exécuté en Quinquennats dont la deuxième phase (PRODESS II) en exécution, est en cours de prolongation pour 2011, afin de cadrer avec le cadre macro-économique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Le décret n° 01/115/PM-RM du 27 février 2001 définit les missions des différents organes en charge de l'orientation, de la coordination et de l'évaluation du PRODESS.

Cette politique de santé se propose de : « traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple malien en matière d'équité, de justice sociale et de solidarité, permettre l'accès aux services de santé préventifs et curatifs et aux services d'eau et d'assainissement, favoriser la mise en place de structures permettant la participation communautaire au niveau de la planification et de l'exécution des activités de santé ainsi que de la gestion des ressources.»

Pour atteindre l'objectif d'équité, la stratégie proposée vise à garantir à l'ensemble de la population, sans exclusion aucune, l'accès à un paquet minimum d'activités (PMA) qui devrait être offert au niveau des Cscm, des Csar et des Csref. Ce PMA est motivé par l'ambition de fournir une palette de soins de santé essentiels, préventifs, curatifs et promotionnels, rendus « universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles ».

Pour atteindre l'objectif d'efficience, les stratégies proposées visent :

- la restructuration des établissements sanitaires afin d'en améliorer la gestion;
- la mise en réseau, au niveau local, des établissements sanitaires afin de réaliser des synergies entre elles et d'organiser la complémentarité des interventions ;
- la rationalisation de la carte sanitaire ;
- le renforcement des capacités administratives et de gestion au niveau central.

La préoccupation en termes d'efficience se traduit par des recommandations récurrentes d'une meilleure utilisation des ressources disponibles en vue de garantir de bons résultats sur le plan de la santé et d'assurer la satisfaction des consommateurs.

La participation communautaire est au cœur de ce processus. Les services de santé décentralisés dits centres de santé communautaire (Cscm), centre de santé d'Arrondissement (Csar) et centres de santé de référence (Csref), considérés comme réponse aux problèmes d'organisation du secteur, comme moyen pour renforcer la coordination, sont aussi proposés comme outil majeur pour favoriser la participation de la population.

## Introduction

Trente ans après l'adhésion du Mali aux résolutions de la Conférence d'Alma-Ata (ex-URSS, 1978) et à l'objectif mondial « Santé Pour Tous », la situation sanitaire du peuple Malien, en dépit des résultats encourageants obtenus ces dernières années, se caractérise essentiellement par sa précarité. Cette précarité, reflet de conditions socio-économiques tout aussi difficiles, résulte de multiples causes inter reliées : situation économique précaire, insuffisance des ressources, insuffisance organisationnelle du système de soins de santé.

Le siècle dernier a été caractérisé, dans le cadre de la lutte contre la maladie, par d'importants progrès scientifiques et technologiques dans le domaine des sciences médicales et des disciplines connexes. Ces progrès ont permis un recul considérable de la morbidité et de la mortalité dans les pays industrialisés, les pays en voie de développement tel que le nôtre en ont moins profité.

Le gouvernement de la République du Mali, conformément à son Programme économique et social 2007-2012, en phase avec le PDES du Président de la République, s'est engagé à pourvoir des soins de santé à toutes les catégories sociales de la population sur l'ensemble du territoire national. Cette démarche politique est sous-tendue par une volonté de promouvoir le Partenariat secteur public - secteur privé, la Décentralisation et la Participation communautaire.

Le Ministère de la Santé, instrument de l'appareil d'Etat chargé de la gestion du secteur de la santé, se propose de doter le secteur d'un Plan stratégique national pour le Renforcement du système de santé **(Janvier 2009 - Septembre 2015)**. Cette initiative représente une étape déterminante d'ouverture et de consolidation de cette pratique de planification concertée qui a guidé la préparation des plans antérieurs. Elle s'inscrit également dans un cadre international plus large, qui réfère aux Objectifs du millénaire pour le développement selon les termes de la déclaration approuvée par les Chefs d'Etat et de Gouvernements en l'an 2000 dont les objectifs sont :

- Éliminer la pauvreté et la faim,
- Réaliser l'éducation primaire universelle,
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,
- Réduire la mortalité infantile,
- Améliorer la santé maternelle,
- Combattre le VIH-SIDA, paludisme et autres maladies,
- Assurer un environnement viable,
- Créer un partenariat mondial pour le développement.

Le nouvel intérêt politique manifesté pour le renforcement du système de santé du Mali offre l'occasion importante dont nous avons besoin pour relever franchement le défi des OMD liés à la santé. Le renforcement du système de santé suppose que des solutions soient trouvées face aux principales contraintes concernant la dotation en personnel de santé qualifié, suffisant et motivé, l'infrastructure et l'équipement, les biens pour la santé, la logistique, la surveillance des progrès accomplis et le financement.

Le Ministère de la Santé est conscient de la nécessité d'avoir une vision stratégique à long terme qui doit s'exprimer dans un processus de planification méthodique, permettant une amélioration de la coordination des donateurs, une allocation équitable et transparente des ressources, une harmonisation et un alignement stratégique des différentes initiatives internationales aux orientations nationales.

## **LOGIQUE DU PLAN**

Le plan constitue un cadre cohérent et consensuel du renforcement du système de santé pour un développement sanitaire national sur un horizon de 7 ans, dans lequel se reconnaissent tous les partenaires intervenant dans son élaboration, son financement et sa mise en œuvre. C'est la concrétisation de la vision et de l'aboutissement d'une réflexion prospective touchant toutes les préoccupations actuelles ou prévisibles en matière de renforcement du système de santé. Il est conduit avec la participation de tous les acteurs. Il servira de cadre d'intervention à tous les partenaires du secteur oeuvrant pour le renforcement du système de santé.

Il prolonge les politiques sectorielles du Département de la santé, et permet de consolider les acquis en tenant compte des préoccupations émergentes, en favorisant l'accélération de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, dans lesquels il s'inscrit.

Il s'appuie sur des éléments d'une carte sanitaire élaborée dans le but d'harmoniser et de rationaliser le développement des services sur l'ensemble du territoire national.

Les plans opérationnels seront d'actualité compte tenu du contexte de la décentralisation territoriale. Ils prolongeront la mise en œuvre de ce plan stratégique national qui leur servira de support d'élaboration, dans le cadre du renforcement du système de santé. Il en est de même pour l'élaboration des plans spécifiques du niveau central et l'analyse organisationnelle du Département de la santé.

Durant toute son élaboration, la faisabilité technique, financière et institutionnelle des options stratégiques définies fera l'objet de réflexions approfondies pour garantir au plan les meilleures chances de réussite.

Sa mise en œuvre cohérente dépendra de la disponibilité à temps des ressources requises et de la mise en place d'un environnement institutionnel adéquat. C'est pourquoi, ces éléments seront au cœur de l'élaboration du programme sectoriel d'investissement.

## CHAPITRE I CADRE DE REFERENCE

### 1) DEFINITIONS

Le nouveau cadre conceptuel de l'OMS qui se doit de remplacer l'ancien utilisé pour mesurer la réalisation des objectifs de santé pour tous à l'an 2000, définit le système de santé comme étant "l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé"<sup>1</sup>. Il délimite les frontières du système de santé en se référant aux actions ayant un impact direct sur la santé. Selon ce nouveau cadre conceptuel, tout système de santé a les trois objectifs intrinsèques suivants :

- Améliorer l'état de santé des populations ;
- Répondre aux attentes des divers partenaires ;
- Etablir équitablement la contribution financière.

L'objectif d'amélioration de l'état de santé est mesuré en ce qui concerne la moyenne générale du pays mais aussi en analysant l'équité dans la réalisation de cet objectif en ce qui concerne la mortalité à certaines tranches démographiques.

La réactivité aux attentes des partenaires est calculée d'après les résultats d'enquêtes de ménages ou de professionnels de santé. Sept éléments, qui ne sont pas en rapports avec la prestation des services, sont pris en considération :

- Eléments du respect de la personne : respect de la dignité ; confidentialité ; autonomie.
- Eléments relatifs à l'attention donnée au patient : rapidité de prise en charge ; qualité de l'environnement ; accès à l'aide du réseau social (soutien familial). La réalisation de ces trois objectifs passe par les quatre fonctions essentielles :
- Prestation des services ;
- Production des ressources humaines et matérielles ;
- Financement ;
- Administration générale (régulation et pilotage).

L'évaluation des performances du système de santé se fait donc en mesurant la réalisation de ces différents objectifs en utilisant des méthodes quantitatives dans la mesure du possible. Des estimations sont faites au cas où les données manquent.

La mesure de l'état de santé est faite en utilisant la charge de morbidité qui permet de calculer pour chaque pays l'espérance de vie à la naissance corrigée à l'incapacité (EVCI).

La réactivité du système de santé est mesurée grâce à une enquête contenant des questions relatives aux sept éléments sus indiqués.

Quant au financement équitable, il est estimé d'après la contribution financière des ménages compte tenu de leurs dépenses alimentaires. L'analyse qui a recours aux données brutes des enquêtes de consommation des ménages se penche sur l'équité du financement de la santé entre les divers groupes de revenus dans la société.

La performance est mesurée par les résultats globaux obtenus comparés aux résultats attendus du système tenant compte du niveau des dépenses de santé et du niveau d'instruction du pays, considéré comme un déterminant important de la santé.

S'appuyant donc sur la définition de l'OMS sur les objectifs et fonctions essentielles de tout système de santé quelque soit son organisation, le renforcement des systèmes de santé est le développement des capacités de chacun de ses six éléments clés afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations <sup>2</sup>. Ces six éléments clés sont :

- Les politiques : définir les stratégies du secteur de la santé, clarifier les rôles des uns et des autres et gérer les différents besoins ;
- Le financement : garantir un financement juste et durable ;
- Les ressources humaines : mettre en place des effectifs suffisants et productifs ;
- Les systèmes d'approvisionnement : assurer l'approvisionnement, l'entretien, l'utilisation correcte des médicaments, l'équipement ;
- La gestion des services : améliorer l'organisation, la gestion et la qualité des services ;
- Les systèmes d'information et de suivi : basés sur des informations venant des institutions ou des enquêtes de population.

## 2) METHODOLOGIE

L'analyse de la situation s'intéresse au contexte dans lequel se déroule l'action sanitaire, le développement du système de santé et l'organisation des services, afin d'établir le lien entre la problématique sanitaire, l'offre de service, la situation politique, économique et sociale du pays et les opportunités de renforcement du système de santé.

Elle est faite selon une grille d'analyse adaptée de « methodological guidelines for sectoral analysis in health »<sup>3</sup>. Dans un premier temps elle fait état du contexte politique, social et économique du pays, en mettant en évidence les facteurs qui influencent la situation sanitaire et la performance du système de santé. Dans un deuxième temps, elle présente les données relatives à l'état de santé de la population, et la réponse que le système apporte aux besoins de santé exprimés.

Cette démarche méthodologique propose un certain nombre d'innovations au processus de planification stratégique :

- Elle s'articule avec la politique générale du Gouvernement qui fait de la santé UNE PRIORITE NATIONALE.
- Elle propose une démarche participative large impliquant non seulement les acteurs du secteur de la santé (secteur public, secteur privé, médecine traditionnelle, PTF, société civile, communauté), mais aussi les autres secteurs et des représentants de la société civile et de la population.
- Elle permet une démarche cohérente allant de la définition des problèmes essentiels, construite à partir d'une analyse partagée, au choix transparent d'axes d'interventions techniquement valables et faisables.
- Elle cherche à renforcer la complémentarité entre le niveau central qui doit jouer son rôle de phare dans les interventions proposées, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique qui doivent évaluer leur faisabilité opérationnelle et assurer le suivi de ces interventions.
- Elle préconise dans sa mise en œuvre, l'approche intra et intersectorielle, car de nombreux secteurs tels l'éducation, l'économie, l'environnement et les infrastructures ont une influence déterminante sur la santé de la population.
- Elle implique la définition d'un processus de suivi et de contrôle de l'application du plan.

## CHAPITRE II ANALYSE DU SECTEUR

### 1. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION

#### ***1.1 Le Contexte Politique et social***

La situation politique et sociale du Mali s'est sensiblement améliorée au cours de la décennie écoulée. Ainsi, depuis 1991 le pays a fait beaucoup pour renforcer les principes démocratiques. On citera, entre autres, des élections démocratiques (présidentielles, législatives et communales) organisées dans un climat politique consensuel et apaisé, l'émergence d'une société civile et la liberté de la presse. Ce qui permet d'assurer l'alternance du pouvoir dans la stabilité socio - politique. Cette décennie a vu naître une nouvelle approche dans la gestion de la chose publique.

A partir de 2002, l'action a visé un double objectif : consolider les acquis de la démocratie et les droits humains et lancer la réforme de l'Etat, approfondir la décentralisation. La démocratie, l'état de droit et la stabilité politique du pays sont souvent cités en exemple. Au cours de la période 2002-2007, les institutions de la République ont fonctionné de façon satisfaisante. La gestion consensuelle du pouvoir, avec une large adhésion des forces politiques à la vision du Président de la République, a donné lieu à un climat politique stable. Certaines activités relatives à la vie des partis politiques et à la jouissance des droits individuels et collectifs ont contribué significativement au renforcement de la jeune démocratie malienne.

Le Mali s'est engagé depuis 1992 dans un vaste processus de décentralisation et de déconcentration qui marque la volonté irréversible des autorités du pays à responsabiliser les populations dans la gestion de leur propre développement. Ce processus a permis de remodeler le paysage administratif du Mali. Un Document Cadre de Politique Nationale de Décentralisation a été élaboré et soumis aux partenaires. La mise en œuvre de ce document permettra de consolider les acquis de cette réforme.

Le renforcement de la déconcentration qui doit accompagner la décentralisation est un engagement majeur de l'Etat. Le volet financier de cet engagement est en cours d'exécution avec le Plan d'Action Gouvernemental pour l'Amélioration et la Modernisation de la Gestion des Finances Publiques (PAGAMGFP) à travers des actions de déconcentration budgétaire, de déconcentration de la procédure de passation des marchés publics et de mise en place opérationnelle d'organigrammes et cadres organiques déconcentrés.

L'installation du Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT), la création d'une Commission interministérielle de pilotage des transferts de compétence et de ressources de l'Etat aux Collectivités territoriales et la mise en place d'un dispositif d'appui technique et financier (CCC et ANICT) aux collectivités territoriales concrétisent l'effectivité du processus de la décentralisation.

Le programme du gouvernement devrait prendre en compte les besoins fondamentaux de la population dans une perspective de développement durable. Sa mise en œuvre doit aboutir à l'élargissement du champ des possibilités de l'être humain lui permettant d'avoir une vie saine, l'accès à l'éducation et aux ressources. Les activités tendant à restaurer le crédit de l'Etat ont visé la réforme de l'Etat, la Justice ainsi que la lutte contre la corruption, la défense et la sécurité <sup>4</sup>.

Par rapport à l'amélioration des performances de l'administration publique, les actions réalisées concernent entre autres, l'élaboration du Programme Développement Institutionnel (PDI) et de son Plan Opérationnel.

S'agissant du renforcement des capacités nationales de planification et de la gestion du développement, il y a eu la restructuration des services et organes chargés de la planification, de la Statistique, au niveau des départements ministériels, de la prévision macroéconomique, de l'aménagement du territoire et de la population, ainsi que l'élaboration de politiques, d'outils,

d'instruments et de méthodes de gestion du développement. Le Ministère de la santé, comme d'autres départements ministériels du pays, dispose d'une cellule chargée de la planification et des statistiques. La lutte contre la pauvreté est inscrite dans l'agenda du gouvernement selon une perspective de résolution à court et à moyen termes. L'approche à court terme regroupe un ensemble d'interventions ciblant l'emploi à travers les travaux de construction d'infrastructures publiques mobilisant une forte concentration de main d'œuvre non qualifiée, le logement, la formation professionnelle, l'encadrement des artisans. L'approche à moyen terme consiste à réduire les sources d'inégalité que sont l'accès à l'éducation et à la santé, à promouvoir la décentralisation et à mettre en place une politique d'augmentation de la production nationale.

La compréhension commune du concept de société civile, l'identification de ses faiblesses, la maîtrise de son rôle et de ses responsabilités dans le contexte démocratique du Mali et la mise en place du Conseil National de la Société Civile (CNSC), sont autant d'éléments ayant contribué au renforcement des capacités de cet acteur important de la société malienne.

Le Programme de Développement Social adopté par le Gouvernement en 2005 a pour objectif principal de contribuer à assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociales en vue d'un développement humain durable. Les défis dans ce secteur sont nombreux et se traduisent par les problématiques principales suivantes :

- la prise en charge efficace des personnes et catégories sociales en situation difficile. Il s'agit notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes indigentes, des femmes et enfants en situation difficile, des personnes victimes de fléaux sociaux (alcoolisme, prostitution, tabagisme, VIH/SIDA) et catastrophes naturelles ou sociales (inondations, sécheresse, incendies, épidémies famines, guerres et conflits sociaux divers, rapatriements forcés) ;
- le renforcement des capacités des communautés pour un meilleur accès aux services sociaux de base et pour l'amélioration des revenus des populations les plus pauvres ;
- L'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population par des mécanismes efficaces.

La protection sociale est incluse dans le projet de développement économique et social du Président de la République. Il s'agit d'un des axes stratégiques de ce projet qui envisage la mise en place d'un filet de protection sociale en commençant par les groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables de la population. Les initiatives prises dans ce secteur touchent jusqu'à présent une faible frange de la population et les actions ne sont pas réalisées de façon synergique.

La réalisation des objectifs du CSLP II dans ce secteur devrait se traduire par : (i) une solidarité accrue en faveur des couches les plus démunies et défavorisées, (ii) une meilleure couverture de l'ensemble de la population en matière de protection sociale, (iii) un meilleur accès des plus démunis aux services sociaux de base et aux micros finances, (iv) la mobilisation sociale et (v) la promotion de la santé communautaire <sup>5</sup>.

La poursuite de l'opérationnalisation de la Politique Nationale de l'Emploi, d'une part et de la mise en œuvre du Programme Emploi Jeune d'autre part, a permis en 2006 la création de 22.952 emplois dont 13.397 dans le secteur privé et 9.555 emplois publics.

Concernant l'équité du genre, aujourd'hui, le Gouvernement compte cinq (5) femmes sur 27, quatorze (14) femmes sur 147 sièges à l'Assemblée Nationale, trois femmes sur 22 sont nommées ambassadeurs, la médiation et la sécurité alimentaire sont dirigées par des femmes, auxquelles il faut ajouter des femmes élues communales. Les femmes sont de plus en plus présentes dans les hauts postes de l'Administration, elles occupent des postes de préfets, de directrices de services centraux, des Présidentes d'institutions de la République (cour suprême) et s'imposent de plus en plus au niveau privé par la direction d'entreprises.

Le programme de 3.500 logements lancé en 2003 est l'expression de la volonté des autorités politiques du pays de faciliter l'accès du plus grand nombre de maliens à un logement décent et à moindre coût conformément à l'objectif principal de la Stratégie Nationale de logement. La troisième tranche, constituée de 880 logements a été réalisée en 2006 et la quatrième tranche, constituée de 1.087 logements est en cours de réalisation <sup>4</sup>.

En dépit des progrès réalisés, force est de constater que l'efficacité de l'action publique prête encore à caution. La lutte contre la corruption n'est pas encore gagnée. Les performances du service public restent faibles. Les efforts de développement requièrent un environnement de paix, de sécurité et de stabilité. En effet, la sécurité est une priorité transversale à tout processus de développement parce qu'elle implique l'autorité de l'Etat et assure la quiétude et la sérénité indispensables à l'épanouissement des citoyens, au développement de leurs activités sociales, économiques, commerciales et culturelles. Comme telle, elle nous renvoie à la Défense et la Sécurité intérieure <sup>4</sup>.

## **1.2 La Situation Economique**

Le Mali est un pays vaste d'une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et partageant plus de 7.000 km de frontières avec 7 pays limitrophes. Cette position fait du Mali un pays charnière entre l'Afrique du nord arabo-berbère et l'Afrique noire subsaharienne.

Au plan économique et financier, le Mali a entrepris depuis 1982, avec l'appui des institutions de Bretton Woods, des programmes d'ajustement structurels (PAS) visant à rétablir les équilibres macro-économiques et la viabilité des finances publiques.

Ces réformes, couplées avec la dévaluation du franc CFA en 1994, ont permis au pays d'accomplir des progrès appréciables vers la stabilisation macroéconomique. Ainsi, en reconnaissance de ces progrès accomplis par le Gouvernement dans la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et structurelles, le Mali est devenu le 7ème pays à atteindre le point d'achèvement (en février/mars 2003) de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) renforcée. En outre, le pays a bénéficié en 2006 de l'Initiative d'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM). Néanmoins, l'économie du Mali, pays sahélo-saharien enclavé, demeure encore vulnérable aux chocs exogènes (aléas climatiques, fluctuations des termes de l'échange, crises socio-politiques en Afrique de l'Ouest) <sup>6</sup>.

Les efforts d'amélioration des conditions de vie des populations ont été inscrits au cours de ces dernières années dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Ainsi le Mali a achevé la mise en œuvre de son premier CSLP 2002-2006 et a préparé et adopté le 20 décembre 2006 celui de la deuxième génération dénommée Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la pauvreté (CSCR) 2007-2011. Le document du CSLP a été reconnu comme l'unique cadre de référence des politiques et stratégies de développement à moyen terme et le référentiel des négociations avec l'ensemble des Partenaires techniques et financiers.

La conjoncture socio-économique laisse apparaître une orientation relativement bonne de l'activité économique en 2006. La campagne agricole 2006/2007 a été marquée par une pluviométrie relativement abondante et bien répartie. Sur la base des résultats définitifs de cette campagne, la production vivrière a enregistré une hausse de 8,7%. Quant au coton, sa production a connu une baisse de 22,5%. Les bonnes performances de la production d'or (18,9%) ont favorisé l'essor du secteur secondaire en 2006. Le secteur tertiaire a connu une amélioration en passant d'une croissance de 4,6% en 2005 à 9,4% en 2006 en liaison avec les performances enregistrées dans les branches « commerce » et « transports et télécommunication » <sup>7</sup>.



Au total, le taux de croissance économique est ainsi ressorti à 5,3% en 2006 contre 6,1% en 2005. Cette décélération est essentiellement imputable aux contre performances du secteur primaire (4,3% en 2006 contre 6,6% en 2005). L'inflation a connu une forte baisse pour se situer à 1,5% en 2006 contre 6,4% en 2005 <sup>7</sup>.

Au titre des finances publiques, les recettes totales hors dons ont atteint une hausse de 7,7%. L'augmentation observée s'explique essentiellement par une hausse de 5,4% des recettes fiscales. Les dons (hors IADM) mobilisées en 2006 ont connu une hausse de 38,5%.

L'évolution de la structure des dépenses entre 2005 et 2006 a été marquée par l'augmentation des dépenses courantes et des dépenses en capital respectivement de 4,7% et 22,8%. La masse salariale a connu une augmentation de 7,3% entre 2005 et 2006. Rapporté au PIB, le déficit base ordonnancement dons exclus se situe 7,1% en 2006 contre 7,4% en 2005.

La mise en œuvre de l'Initiative d'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM) a été effective en 2006. Ainsi, le Mali a reçu une annulation de la dette multilatérale de 1.085,2 milliards de FCFA dont 64,7 milliards consentis par le FMI, 314,5 milliards par la BAD et 706,0 milliards par la Banque Mondiale. Au 31 décembre 2006, l'encours de la dette publique totale à moyen et long terme après allégement connu une baisse de 61,1%. En 2006, l'excédent de paiements extérieurs du Mali s'est chiffré à 79,6 milliards de FCFA, contre un déficit de 76,3 milliards de FCFA l'année précédente. Cette performance est fondamentalement liée au relèvement du cours de l'or.

La situation monétaire du Mali a été caractérisée par une amélioration des avoirs extérieurs nets de +95,6 milliards de FCFA. En 2006, le Mali a respecté six des huit critères de convergence de l'UEMOA, dont le critère clé relatif au ratio du solde budgétaire de base sur le PIB qui s'est établi à 0,8% <sup>7</sup>.

### **1.3 Les Tendances Démographiques**

Selon les projections faites sur la base des données du dernier recensement de 1998, la population malienne s'élève à 12,378 millions d'habitants en 2007 et devrait atteindre 13,784 millions en 2011 et 15,374 millions d'habitants en 2015. Cet élan démographique donne une idée de l'importance des besoins à satisfaire en matière de santé, d'alimentation, d'eau potable, d'éducation et d'emploi, entre autres <sup>6</sup>.

### **1.4 Justification**

Aujourd'hui, dans le contexte des nouvelles initiatives mondiales visant à renforcer les systèmes de santé, comme le Partenariat international pour la santé (IHP), l'Initiative catalytique et la Campagne mondiale en faveur des OMD liés à la santé, il a été jugé nécessaire, parmi les différentes recommandations formulées, d'établir un mécanisme pour faciliter et coordonner le processus d'élaboration par les pays, de politiques, de plans et de budgets fondés sur les données probantes qui jouent un rôle de catalyseur et qui soient propices à l'innovation, et ce, afin d'accélérer la réalisation des OMD. Un tel mécanisme devrait également mettre l'accent sur l'harmonisation et sur l'alignement stratégique des partenaires techniques et financiers aux orientations nationales.

La communauté internationale, préoccupée par les faibles progrès accomplis dans la lutte contre la pauvreté, a récemment multiplié les efforts et les initiatives en faveur de la santé globale : la conférence de Paris sur la Protection sociale en santé (mars 2007), le groupe de pilotage pour la réalisation des OMD en Afrique mis en place par les Nations Unies (septembre 2007) et le Partenariat International pour la santé (septembre 2007) en sont les derniers exemples.

Au titre du Partenariat international pour la santé et d'autres initiatives mondiales de ce type, un accord mondial a été établi entre les partenaires du développement et les institutions internationales afin de promouvoir l'adoption d'une démarche mieux coordonnée pour élaborer et mettre en œuvre des plans et stratégies sanitaires à l'échelle nationale et pour surmonter les obstacles auxquels se heurtent les systèmes de santé, ce qui est totalement dans l'esprit des principes sur lesquels se fonde le mécanisme de l'harmonisation de la santé en Afrique.

Ce mécanisme regroupe les modalités d'appui opérationnel et de renforcement des capacités pour les pays et les partenaires du développement en vue de faciliter : i) la planification, l'évaluation des coûts et la budgétisation fondées sur des bases factuelles pour obtenir des résultats sanitaires dans les pays ; ii) l'alignement sur les processus en vigueur dans les pays et l'harmonisation ; et iii) l'analyse des obstacles auxquels se heurtent les systèmes de santé et l'appui pour les surmonter.

Le Mali, comme beaucoup d'autres pays d'Afrique, est partie prenante dans ces différentes initiatives. Il a adhéré à l'IHP+ en septembre 2007 et a entrepris les démarches nécessaires pour conclure des accords avec ses partenaires internationaux du développement, accords qui devraient permettre: i) de mettre davantage l'accent sur les stratégies nationales de santé et sur les plans pour la réalisation des OMD liés à la santé ; ii) de mieux harmoniser et aligner l'aide; iii) d'obtenir un financement prévisible à long terme.

Toutes ces initiatives rappellent la nécessité d'accroître la coopération entre les différents acteurs du développement, les bailleurs et les institutions internationales. Il est en effet crucial d'utiliser de manière plus efficace et plus efficiente les ressources à tous les niveaux du secteur de la santé grâce à une meilleure coordination et une bonne gouvernance ; mais ces initiatives permettront-elles vraiment d'atteindre les OMD en santé d'ici sept ans ?

Le Mali est plus que jamais déterminé à se doter de stratégies visant à remédier aux obstacles à la performance du système et à œuvrer pour le renforcement de son système de santé afin d'améliorer de manière effective les résultats sanitaires obtenus.

En effet, dans le contexte de l'application de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et des principes du partenariat mondial pour la santé convenus lors du forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, le département de la santé du Mali en accord avec ses partenaires techniques et financiers et à travers les progrès notables relevés dans le cadre de la mise en œuvre de la deuxième tranche quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social du Mali, dénommée PRODESS II, estime nécessaire l'élaboration d'un plan stratégique national pour le renforcement du système de santé.

Ce plan se situe dans le prolongement des engagements internationaux pris dans les différents sommets mondiaux particulièrement les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015.

## **2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROBLEMES DE SANTE**

En matière de santé, les années 2006 et 2007 ont été marquées par la poursuite de la mise en œuvre de la deuxième tranche quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social dénommée Programme de Développement sanitaire et social (PRODESS II), la réalisation de la 4ème Enquête démographique et de santé<sup>10</sup>, l'harmonisation du cycle de planification du PRODESS avec celui de la loi des finances avec le CSCR.

Les principaux résultats obtenus en 2006 sont retracés à travers les indicateurs d'accessibilité géographique aux services de santé et ceux de la lutte contre la maladie. La participation active de tous les acteurs du secteur de la santé a permis d'obtenir de résultats encourageants. Ainsi, on observe une

augmentation progressive du nombre de CSCOM qui est passée de 753 en 2005 à 785 en 2006, soit une augmentation de 4,2%, pour atteindre 826 en 2007<sup>8</sup>. La couverture en accouchements assistés est passée de 55,0% en 2006 à 58% en 2007. Grâce à la gratuité du traitement du VIH/sida, le nombre de patients traités et suivis sous ARV est passé de 6.500 en 2005 à 11.508 en 2006.

En matière d'approvisionnement en eau, le taux d'accès de la population à l'eau potable au niveau national s'est établi à 67,4% en 2006 contre 66,1% en 2005, soit une amélioration de 1,3 point de pourcentage. Cette hausse s'explique par l'amélioration du taux d'accès en milieu urbain.

Les défis à relever en matière de santé restent ceux du Plan décennal de développement sanitaire et Social (PDDSS), dans sa deuxième tranche quinquennale, le Programme de développement sanitaire et Social (PRODESS II) en cours. Parmi ceux-ci on peut citer: (i) l'amélioration de l'accès géographique aux services essentiels de santé et la disponibilité des ressources humaines qualifiées, (ii) la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et à des prix bas sur le territoire national, (iii) l'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, la planification familiale, le prix des services Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), (iv) la réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche et (v) le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de l'ensemble des structures de santé.

La réalisation des objectifs de ce programme permettra: (i) l'augmentation de l'espérance de vie, (ii) la diminution du taux de mortalité maternelle et infantile et (iii) l'augmentation des consultations prénatales et la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies prioritaires.

Les stratégies qui sont arrêtées pour la mise en œuvre du PDDSS sont: (i) l'accès géographique aux services de santé, (ii) l'amélioration de la disponibilité et la gestion des ressources humaines, (iii) l'amélioration de l'utilisation, la performance et la qualité des services de santé et (iv) la protection des revenus des ménages et la disponibilité des médicaments essentiels;

Les mesures d'accompagnement qui doivent aider le secteur santé à contribuer à la réalisation des attentes du CSLP II font l'objet d'une description détaillée dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

S'agissant du domaine de la santé et du développement social, l'axe prioritaire porte sur le renforcement des capacités des structures socio-sanitaires (disponibilité des ressources humaines de qualité et les médicaments essentiels), sur la base d'une capacité de réponse systématique aux besoins énergétiques nécessaires aux dites structures (conservation des médicaments et vaccins, stérilisation des matériels de soins, fonctionnement des équipements, éclairage) et leur accessibilité géographique et financière à travers notamment la décentralisation.

Pour cela, il faut noter que dans le PRODESS II, les orientations en matière de soins de santé portent sur (i) l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres (constructions, réhabilitations, relance de Centres de Santé Communautaire (Cscocom) non fonctionnel, (ii) le développement de partenariats avec des prestataires du secteur privé, (iii) le développement des stratégies alternatives (stratégie avancée, équipes mobiles et relais communautaires, promotion des pratiques familiales) dans les zones enclavées et peu peuplées, (iv) les approches multisectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres et marginalisées, (v) le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles et contre le paludisme, (vi) la gratuité de la césarienne, (vii) la prise en compte de besoins non satisfaits en matière de planification familiale et (viii) la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants.

## **2.1 La Santé de la Population Générale**

Malgré les succès réalisés ces dernières années, dans le secteur de la santé, la situation sanitaire reste cependant caractérisée par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant.

Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent les déterminants qui sont à la base du bas niveau de santé de la population. Les infections sexuellement transmissibles persistent, notamment la pandémie du VIH/SID, malgré une nette diminution de la prévalence passant de 1,7% à 1,3%<sup>10</sup>. Par ailleurs, on constate l'émergence de maladies non transmissibles dites de génération (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux, etc.).

Dans le domaine de la lutte contre les maladies, le paludisme constitue une des priorités de la politique de santé du Mali. Cette pathologie est la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de 0-5 ans, la première cause de consultation dans les services de santé<sup>15</sup>. Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Mali a élaboré le Plan stratégique 2007-2012. Ce plan se compose de 4 axes stratégiques majeures : (i) prise en charge des cas de paludisme, (ii) prévention du paludisme pendant la grossesse, (iii) la lutte antivectorielle, (iv) prédiction, prévision, prévention et gestion des épidémies de paludisme et d'autre part de deux stratégies de soutien (i) la communication et la mobilisation sociale, (ii) la Recherche opérationnelle. En 2006, 48,3% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme/fièvre ont reçu un traitement au niveau des formations sanitaires.

Concernant l'état des femmes, particulièrement celles en âge de procréer (15-49 ans), les résultats de EDS IV révèle que le niveau de la déficience énergétique chronique est le plus élevé (23%). Cette proportion baisse régulièrement avec l'âge et atteint 12% parmi les femmes de 45 ans et plus.

Le Programme de Développement du secteur de la santé PRODESS II (2005-2009) en cours d'exécution, va être prolongé jusqu'en 2011. Globalement les stratégies adoptées visent à améliorer les indicateurs de santé des populations maliennes en général et en particulier des plus pauvres. Ces stratégies ciblent spécifiquement :

- la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et des carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

Comme résultats, la proportion de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé est passée de 50% en 2005 à 51% en 2006, contre 44% en 2002. Le taux de couverture des consultations prénatales est passé de 75% en 2005 à 76% en 2006, contre 54% en 2002. Concernant la mise en oeuvre de la gratuité de la césarienne, 18.000 kits de césarienne ont été livrés au total aux Centres de Santé de Référence et aux hôpitaux au cours de l'année 2006.

## **2.2 La Santé Maternelle**

Selon l'EDSM-IV, le taux de mortalité maternelle est estimé à 464 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006 ce qui apparaît toujours extrêmement élevé.

Au regard des indicateurs de disponibilité des structures de soins obstétricaux d'urgence des Nations Unies, le Mali compte 26 structures de soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) sur 22 requises par les normes soit 1,2 pour 500 000 habitants et 15 structures de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) sur 86 requises par les normes soit 0,7 pour 500 000 habitants, soit un déficit important en

structures de SOUB. Ces structures sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire national. En général, l'utilisation des services curatifs est faible. Elle est de 0,21 nouveau cas par habitant et par an.

La couverture en CPN est passée de 75% en 2006 à 78% en 2007. Elle varie de 85% dans le district de Bamako à 26% dans la région de Kidal, avec une moyenne nationale effective de 35%. Malgré une nette amélioration du taux d'utilisation des services de planification familiale entre 2006 et 2007 (3,76% et 4,17%, respectivement), la prévalence contraceptive reste encore faible <sup>8</sup>. Le taux de référence/évacuation des femmes a été de 3% en 2007 et le taux de césarienne a été de 2,07 pour la même année vs 1,89 en 2006 <sup>9</sup>.

Selon l'analyse situationnelle de la prise en charge des urgences obstétricales réalisée en 2003 <sup>17</sup>, les causes directes de mortalité maternelle les plus importantes sont : les dystocies (49%), les hémorragies (12%), les prés éclampsies (7%), les infections (6%) et les grossesses extra utérines (6%) et les avortements à risque (9%). Les causes indirectes sont l'anémie, le paludisme pendant la grossesse, la malnutrition et les IST/VIH/SIDA. Cette enquête basée sur les indicateurs de processus des Nations Unies montre que le Mali dispose de 26 structures de SOUC sur 22 requises par les normes soit 1,2 pour 500 000 habitants et 15 structures de SOUB sur 86 requises par les normes soit 0,7 pour 500 000 habitants, ce qui donne un déficit important en structures SOUB. Ces structures sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. Il est ressortit aussi de cette enquête que l'utilisation des services de SOU est très faible.

### **2.3 La Santé des Enfants**

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, sont estimés respectivement à 96 pour 1000 et 191 pour 1000 <sup>10</sup>. Les infections respiratoires aiguës, les maladies-cibles du programme élargi de vaccination, les maladies diarrhéiques constituent directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants au Mali. L'analyse des données de couverture vaccinale d'EDS IV montre que 48% des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les deux sources d'information (carnet de vaccination de l'enfant, déclarations de la mère). Quant au paludisme, il demeure de nos jours, l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité notamment parmi les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Selon les données de la même enquête, parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, seulement 42% ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois.

### **2.4 Le VIH-Sida**

Depuis juillet 2006, le Mali s'est doté d'un Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte Contre le VIH/SIDA qui couvre la période 2006-2010. Cet instrument fournit les orientations stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA en synergie avec le CSLP II dans les aspects de réformes sectorielles et les mécanismes de développement et de renforcement des capacités des collectivités territoriales. Le nouveau cadre stratégique national a défini trois grands axes: (i) promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte, (ii) réduire les risques et vulnérabilité liés à la pandémie et (iii) atténuer les impacts sociaux, économiques, et culturels de l'épidémie en particulier ceux qui affectent les enfants et les femmes.

Le Cadre Stratégique National donne les orientations stratégiques essentielles de la lutte contre le VIH/SIDA à l'ensemble des intervenants public, privé, civile et communautaire. A travers un cadre multisectoriel de réponse, coordonné par le Haut Conseil National de la Lutte contre le SIDA <sup>15</sup>, le Mali assure l'intensification et l'extension massives des programmes et interventions favorisant :

- la prévention du VIH/SIDA ;
- les soins et le soutien des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA ;
- l'atténuation des impacts sociaux, économiques et culturels du VIH/SIDA.

Les orientations stratégiques prêtent une attention particulière aux réalités socioculturelles et institutionnelles afin de favoriser la défense et la protection des droits humains et les prérogatives de chacun. Dans ce cadre, il faut noter que :

- l'aspect genre est partout privilégié,
- des réformes législatives et réglementaires ainsi que des actions de sensibilisation sont introduites pour protéger les personnes infectées ou affectées par le fléau contre la stigmatisation et la discrimination,
- des réformes législatives et réglementaires ainsi que des actions de sensibilisation sont introduites pour lutter contre les pratiques physiques et psychosociales néfastes,
- la participation et l'implication des institutions, personnes, structures et organismes, influant dans la lutte contre le VIH/SIDA sont favorisées,
- les collectivités territoriales sont responsabilisées dans la construction de la réponse locale durable <sup>5</sup>.

Les partenaires comme le PNUD contribuent de façon dynamique au renforcement de la gouvernance de la lutte contre le VIH/SIDA et des autres pandémies identifiées par les OMD. En appui aux Programmes Nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et les autres pandémies, l'assistance des Partenaires permettra de développer le cadre institutionnel de planification et de gestion stratégiques ainsi que le leadership des organes de direction de la lutte et de leurs services déconcentrés, de documenter et mener un plaidoyer pour une meilleure prévention et une meilleure action contre les facteurs de vulnérabilité et la discrimination, de développer le partenariat autour des domaines de forte concentration de partenaires et autour des thématiques transversales, et d'organiser des appuis opérationnels et le renforcement des capacités nationales.

Des résultats encourageants ont été obtenus à travers, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le traitement aux ARV (Anti Rétro Viraux), l'extension des sites de traitement et le renforcement de la communication pour un changement de comportement favorable. Grâce à la gratuité du traitement du VIH/SIDA de 2005 à 2006, le nombre de patients traités et suivis sous ARV est passé de 6.500 à 11.508, soit une augmentation de 77,0%; le nombre de site de traitement ARV de 12 à 31, soit une augmentation de 158,3% ; le nombre de CCDV (Centre de Conseil de Dépistage Volontaire et anonyme du VIH/SIDA) de 102 à 116, soit une augmentation de 13,7% <sup>11</sup>.

## **2.5 La malnutrition**

En matière de malnutrition, les résultats des différentes enquêtes nationales notamment l'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) de 2006 montrent que la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 38% à 34%. S'agissant de l'insuffisance pondérale, elle est restée quasiment stable (33% contre 32% en 2001). Quant à la prévalence de l'émaciation, elle est légèrement augmentée (34% contre 11% en 2001).

## **3. EQUITE**

Vingt ans après l'adoption de l'Initiative de Bamako, les recherches au Mali, en Ouganda puis au Burkina Faso ont constaté le fait :a) que cette politique ne s'est pas traduite en un meilleur accès aux services de santé parmi les plus démunis ; b) qu'elle n'a fait que marginaliser davantage certains sous-groupes déjà très vulnérables au profit d'une plus grande viabilité financière des structures et c) que l'exemption du paiement pour les indigents est une solution viable mais socialement non envisagée. Cet état de fait implique, pour revenir aux principes d'équité, que notre pays, se doit d'organiser des mesures incitatives, que les ONG doivent penser la planification comme un outil de changement social et que les bailleurs de fonds s'assurent d'un investissement axé, en priorité, sur le principe d'équité.

La politique de santé du Mali par sa cohérence et les choix stratégiques clairs qui s'y manifestent sert de cadre à la réalisation des plans et programmes de développement en matière de santé.

Elle est conforme aux grands principes de l'OMS et principalement fondée sur le principe d'universalité faisant de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sanitaire une œuvre de solidarité de l'Etat, des collectivités et de l'individu. La lutte contre les exclusions, le renforcement de la cohésion sociale, le développement du vouloir éthique de réciprocité et de responsabilité sont les principaux déterminants de cette politique. Les fondements éthiques sur lesquels cette politique de santé repose sont : l'équité, l'égalité, l'utilité et le respect de la dignité humaine.

Cependant, il apparaît encore aujourd'hui que le souci d'améliorer l'état de santé des populations et des groupes d'individus qui les composent soulève des questions d'équité, de justice et de respect de la santé en tant que droit de l'homme.

### **3.1 Accessibilité géographique**

En effet, la performance des services de santé est insuffisante dans les régions et en milieu rural du fait d'une accessibilité géographique très limitée. A Bamako, par exemple, plus de 80% des populations ont accès à un centre de santé ou à un service de vaccination alors que dans les autres régions pauvres le taux d'accès à un service reste faible.

### **3.2 Accessibilité financière**

Au niveau du système de santé et des services, il y a encore un manque d'efficacité de l'allocation financière par rapport aux interventions clés et aux services de santé de base avec une forte mobilisation de l'investissement sans accompagnement sur les aspects de fonctionnement. A cela s'ajoute l'insuffisance de mécanisme efficace de financement alternatif de la santé, la démotivation du personnel et l'inégalité des ressources humaines, matérielles et financières.

### **3.3 Analyse des résultats**

En dépit des efforts consacrés par le gouvernement du Mali en matière de santé, la gestion des services tant publics que privés soulève des questions d'équité.

Les changements politiques intervenus au Mali avec le multipartisme et la tenue d'élections démocratiques ont indiscutablement influencé l'évolution du débat et favorisé la création d'espaces non étatiques pour l'organisation et la prestation des soins de santé.

L'espace communautaire à travers les Cscm et l'espace privé ont connu un développement fulgurant. Cependant, la question de la transparence dans la gestion de ce secteur se pose avec acuité.

S'agissant plus spécifiquement du secteur privé, l'équité est difficile à mesurer dans la mesure où les forces du marché et l'autonomie, sont considérées comme des valeurs importantes.

Quant au secteur public, il est caractérisé fondamentalement par un personnel qualitativement et quantitativement insuffisant, mal déployé et peu motivé, bafouant les règles déontologiques et les valeurs éthiques.

De façon générale, le Mali connaît encore de nombreuses difficultés à concilier et atteindre les objectifs d'efficacité, d'efficacité et de pérennité et à améliorer les indicateurs de résultats en matière de morbidité et de mortalité. La situation reste très fragile et il suffit souvent d'un acte défavorable pour dégrader l'efficacité d'un centre. Comme les taux de fréquentation des centres ne s'améliorent pas et les charges s'accroissent, les taux de recouvrement baissent.

Il est urgent de mettre en place des alternatives axées sur les groupes les plus démunis, ainsi que les femmes et les enfants pour obtenir des issues équitables et, dans d'autres, c'est un large renforcement

de l'ensemble du système qu'il va falloir procéder en priorité. Ces deux approches peuvent aussi être associées.

Dans notre pays, un ciblage sera probablement nécessaire pour remédier aux injustices sociales et aux inégalités en matière d'accès aux services de santé. Dans tous les cas, des progrès sont alors impossibles sans une intervention de l'Etat consistant à fournir ou financer des services, ou encore à concevoir des incitations appropriées pour le secteur non gouvernemental.

## **4. REACTIVITE**

### **4.1 La qualité des services**

De l'analyse de la mise en œuvre du PRODESS I, il ressort l'impérieuse nécessité de l'extension de la couverture sanitaire par la construction des Cscm, la réhabilitation de centres de santé de cercle et d'Arrondissement ainsi que le renforcement de leurs équipements. Malheureusement, la qualité des services de soins de santé n'a pas bénéficié de la même attention, ce qui fait que l'impact des actions n'a pas sensiblement modifié les indicateurs sanitaires.

En effet, en considérant le taux de mortalités maternelles, malgré une nette amélioration (464 p 100 000 NV) selon les résultats d'EDS IV, par rapport à la moyenne africaine (570 p 100 000), il demeure encore élevé. Quant au taux de mortalité infantile (91 p 1000), malgré une baisse sensible, reste très loin des attentes des OMD liés à la santé. Cette situation est essentiellement due à : i) l'insuffisance dans l'organisation du système de référence/évacuation ; ii) l'insuffisance organisationnelle des services ; iii) l'insuffisance et la répartition inadéquate du personnel du personnel, ainsi que son instabilité surtout dans les zones difficiles, comme les régions du Nord du pays ; iv) le manque de matériels et d'équipements, notamment gynéco-obstétrical et laboratoire au niveau des établissements sanitaires ; v) la sous-utilisation des services par les femmes ; vi) le retard dans la prise de décision, le transport et l'offre des services .viii) l'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière.

De l'analyse du bilan de l'exécution de la première tranche quinquennale du PDDSS, il ressort que de nombreux problèmes liés à la qualité des services au niveau du premier échelon comme le peu d'intégration des activités, l'insuffisance de monitoring, de supervision, de suivi, d'évaluation et de recherche opérationnelle dont les résultats n'ont pas été intégrés dans l'amélioration de l'utilisation des services, l'insuffisance dans la prise en compte de la problématique de la pauvreté. Quant au niveau du deuxième échelon, 86% des centres ont pu organiser la référence et la contre référence <sup>8</sup>.

Malgré une évolution positive, le taux d'utilisation en termes de soins préventifs reste assez bas en valeur absolue. Il y a une discontinuité dans l'utilisation des services de vaccination et de consultations prénatales et les taux de déperdition sont très élevés et disparates au niveau régional, notamment dans les régions de pauvreté. Le taux d'utilisation des services prénataux avec une moyenne de 75% de 2005 à 2006 connaît une certaine stagnation <sup>8</sup>. Dans tous les cas, l'utilisation des soins prénataux semble être suivie de façon plus continue comparativement à celle des services de vaccination <sup>8,12</sup>.

Selon les données du SLIS 2007, on note une amélioration de la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an au Mali, par rapport à 2006, sauf dans la région de Kidal. Les objectifs fixés par le PRODESS II en 2006 (90% DTCP3 et 83% VAR) ont été atteints et même dépassés. Cette performance doit être maintenue à travers la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet qui permettra ainsi de mobiliser les ressources financières ainsi que les matériels nécessaires à la mise en œuvre du PEV dans le pays. Les plus faibles taux de couverture vaccinale (moins de 50%) ont été enregistrés dans le district sanitaire de Ménaka (29%) dans la région de Gao et dans l'ensemble de la région de Kidal.



Concernant les services de Consultation prénatale, la couverture est passée de 75% en 2006 à 78% en 2007. La couverture en 3ème CPN a été de 42% en 2007. La moyenne nationale de la couverture effective en CPN a été de 35%<sup>8</sup>. Les faibles taux d'utilisation enregistrés dans ces certaines régions, comme Kidal pourraient s'expliquer par : i) l'insuffisance de personnel qualifié ; ii) l'insuffisance dans la mise en œuvre des activités de stratégie avancée ; iii) la faible fréquentation des centres pour des raisons économiques et/ou socioculturelles ; iii) la faible capacité des ASACO à financer les activités de stratégie avancée ; iv) l'insuffisance dans la qualité des prestations délivrées dans certains centres (accueil, confidentialité) ; v) l'insécurité dans des régions comme Kidal, rendant difficile la mise en œuvre des activités.

Pour ce qui est des accouchements assistés, le taux de couverture est en augmentation régulière depuis 2002 pour atteindre 58% en 2007 contre 55% en 2006 sur l'ensemble du territoire national.

## **4. 2 Accès aux soins de santé/Utilisation des services**

Au Mali, le taux de couverture à certains services essentiels comme l'eau potable, est assez bas. En effet, selon les résultats de l'EDS IV, la proportion de la population ayant accès par exemple à l'eau potable est en moyenne de 48% alors qu'elle n'est que de 36% pour le milieu rural. Moins de 10% des individus ont accès à un lieu d'aisance (latrine) amélioré (7,2% au plan national, 15,8% en milieu urbain contre 40% en milieu rural<sup>9</sup>). Concernant les soins de santé en général, l'influence du coût des services de soins et du coût de transport sont fréquemment cités parmi les grands obstacles à l'accès aux services de soins de santé. En effet, 53% des femmes maliennes ont déclaré que le manque d'argent nécessaire pour le traitement était le principal obstacle. Ce problème financier augmente avec la parité et la rupture d'union (61%) et affecte plus le milieu rural (59%) que urbain (40%), plus les femmes sans instruction (57%)<sup>10</sup>. Quant au taux d'accessibilité de la population dans les rayons de 5 km et 15 km, aux Cscm/Csar, il est de 51% et 76%, respectivement<sup>8</sup>.

La distance à parcourir pour atteindre les services de santé (38%) et l'obligation de prendre un moyen de transport pour s'y rendre (36%) sont également mentionnées comme autre obstacle à l'accès au service. Cette proportion augmente au fur et à mesure qu'on se situe en milieu rural.

Selon les mêmes données du SLIS 2007, le taux de référence/évacuation des femmes a été de 3% en 2007 et le taux de césarienne a été de 2,07 pour la même année contre 1,89 en 2006. Le nombre de Cscm fonctionnels est passé de 785 en 2006 à 826 en 2007.

## **5. DISPONIBILITE DES RESSOURCES POUR LA SANTE**

### **5.1 Ressources humaines**

L'analyse de la situation des ressources humaines a été menée lors de l'élaboration de la Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PN-DRHS), document auquel nous référons pour davantage de données et pour plus d'analyse. La synthèse des atouts et des principaux problèmes du système actuel de gestion des ressources humaines pour la santé au Mali est présentée ci-dessous. Notons que **le principal problème lié à la disponibilité des ressources humaines ne se situe pas au niveau de la quantité absolue de personnel sanitaire, mais de leur répartition sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones difficiles et éloignées de Bamako la capitale**. Un autre problème majeur repose sur la **faible motivation des ressources humaines**.

#### **a) Les atouts du système actuel de gestion des ressources humaines**

- De nombreux professionnels de santé sont formés dans les écoles publiques et privées de formation en santé ;

- Les communautés et collectivités décentralisées assurent la prise en charge de certaines catégories de personnel ;
- Les ordres professionnels sont là pour veiller et contribuer à la réglementation et au respect de la déontologie de l'exercice des fonctions médicales et paramédicales ;
- Les textes législatifs et réglementaires prévoient une gamme de motivation pour le personnel de santé ;
- Le salaire est maintenu pendant toute la durée des stages de formation à l'étranger ;
- Les concours annuels sont organisés pour le recrutement du personnel de santé.

**b) Les principaux problèmes et contraintes liés au développement harmonieux des ressources humaines**

Les problèmes prioritaires ci-après ont été identifiés suite à l'analyse de la situation :

***(i) L'insuffisance des ressources humaines ayant les qualifications requises :***

Le personnel technique (médical et paramédical) est insuffisant en quantité et en qualité dans la plupart des niveaux du système de santé, ce qui affecte la disponibilité et la qualité des prestations offertes. En particulier, les EPH et Csref n'assurent pas toujours efficacement leurs missions à cause de l'insuffisance des spécialistes. L'insuffisance quantitative est liée à plusieurs causes dont l'application des mesures d'ajustement structurel, la non disponibilité de certaines compétences sur le marché de l'emploi et la réticence du personnel à travailler dans les zones difficiles et dans le secteur communautaire. L'insuffisance qualitative s'explique en partie par l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé, le recrutement tous azimuts au niveau des écoles privées, la non adaptation des curricula aux besoins de l'emploi et l'insuffisance de la planification des besoins de spécialisation du personnel.

***(ii) La mauvaise répartition des professionnels de santé entre les différentes zones géographiques du pays, au détriment des zones pauvres et éloignées de la capitale :***

Il existe toujours une forte disparité entre Bamako, la capitale, et les régions éloignées de la capitale ; le tableau 5 en annexe du document de politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé, nous informe qu'en début 2007, seulement 31% des médecins et pharmaciens spécialistes (141/448), 64% des médecins généralistes (377/586) et 53% des techniciens supérieurs de santé (683/1285) travaillaient en-dehors de la capitale. De même, plus de 50% des établissements privés de santé sont implantés à Bamako. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement du système de soins sont préoccupantes : de façon générale, on peut constater que dans les régions les plus défavorisées, de nombreux Cscm n'ont ni médecin, ni infirmier et ne sont donc encore tenus que par des auxiliaires de santé (25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes <sup>16</sup> ; en outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

***(iii) La gestion des ressources humaines est marquée par l'inadaptation du cadre institutionnel ayant pour conséquences :***

- L'insuffisance dans la coordination de la gestion des ressources humaines ;
- La trop forte centralisation des actes de gestion du personnel ;
- La déperdition de l'information sur la gestion des ressources humaines ;
- L'inégalité dans la répartition géographique du personnel ;
- La planification non rationnelle des besoins de formation ;
- Les difficultés de suivi de la carrière des agents ;

- La non effectivité du transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités dans le domaine de la santé, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

***(iv) Une gestion inappropriée des responsabilités et des carrières :***

L'absence de description de postes et de plan de carrière des agents, l'obsolescence de certains cadres organiques et la non application des cadres organiques sont des déterminants de la mauvaise gestion des ressources humaines. Ceci s'ajoute à la réticence de certaines catégories de personnel à servir en milieu rural après leur formation alors que le besoin en personnel y est plus criant.

***(v) L'insuffisance de motivation du personnel :***

L'insuffisance de mesures incitatives pour le personnel (salaires et moyens de travail) a favorisé un double exercice des professions sanitaires de plus en plus prononcé des praticiens du secteur public au profit du secteur privé. De ce fait, l'exécution des tâches est parfois assurée par des agents n'ayant pas les qualifications requises. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement des services publics de santé sont particulièrement lourdes.

***(vi) La méconnaissance des structures et prestataires de soins privés :***

Le Ministère de la santé dispose de peu d'informations sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur privé.

***(vii) L'insuffisance de la qualité des formations du personnel :***

Pour ce qui concerne la formation initiale, l'absence de textes réglementaires spécifiques aux écoles de formation en santé, l'insuffisance d'outils pédagogiques, l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi, l'insuffisance de formation des encadreurs et la pléthore de stagiaires dans les services affectent la qualité de la formation des médecins et des paramédicaux.

Pour ce qui concerne les formations continues, la stratégie nationale de formation continue du personnel socio sanitaire élaborée en octobre 1999 a rencontré des difficultés dans sa mise en œuvre à cause de l'instabilité du personnel formé et de l'insuffisance de financement. Dans la pratique, les formations continues réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes spécifiques de santé ne correspondent souvent pas à des besoins identifiés et ne font pas partie d'un plan cohérent de formation.

### **5.3 Infrastructures/Equipements**

Après l'érection des hôpitaux en établissement public hospitalier (EPH) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, la mise en œuvre des premiers Projets d'Etablissement a commencé et concerne tous les hôpitaux de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> référence.

L'absence d'un système cohérent de gestion du patrimoine met en cause sa disponibilité, sa durabilité et influe sur la qualité des soins, un des objectifs majeurs de notre politique sectorielle. La mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance efficace et efficiente des infrastructures et des équipements s'impose.

Les 6<sup>ème</sup> journées du RESHAOC (Réseau des Hôpitaux d' Afrique de l'Océan Indien et des Caraïbes) sur la maintenance hospitalière organisées à Bamako du 03 au 06 juin 2003, ont recommandé à

chaque pays membre l'élaboration d'une politique nationale de maintenances des équipements et infrastructures.

Dans le cadre du renforcement des capacités, la coopération japonaise assure la formation à Diourbel (Sénégal) des techniciens de maintenance depuis 2006.

Depuis 2007, l'UEMOA mène une étude sur la maintenance et la gestion durable des infrastructures sociales dans les pays membres.

Dans la mise en œuvre du PRODESS, le ministère de la santé en exécution de son programme d'investissement acquiert de nouveaux équipements et construit des infrastructures en vue du renforcement des capacités techniques de ses structures.

En dépit de ces efforts, on constate que la plupart de ces investissements ont une durée de vie éphémère.

Les raisons de cet état de fait sont d'origines diverses et complexes dont entre autres :

- L'absence de politique nationale de maintenance des équipements et infrastructures ;
- Le manque de coordination entre les services techniques concernés : CEPRIS, DNS/ DESR, DNS/ SEPAUMAT, DAF, EPH, EPST et autres prestataires privés) ;
- La complexité des procédures de passation des marchés publics ;
- L'insuffisance de maintenance préventive et curative ;
- Le manque d'entretien et la mauvaise utilisation du matériel ;
- L'insuffisance en personnel qualifié ;
- L'insuffisance de formation continue du personnel ;
- L'existence des bâtiments construits en matériaux non durables (banco, banco stabilisé,...) ;
- La mauvaise qualité de certains équipements acquis souvent sans fiches techniques (achat, dons, legs...) ;
- La diversité des marques d'équipements utilisés ;
- La non tenue des supports de la comptabilité matières ;
- L'insuffisance dans le suivi des chantiers de constructions ;
- La baisse progressive de la qualité et de la durabilité des constructions ;
- L'insuffisance du financement de la maintenance des équipements et infrastructures ;
- Le dysfonctionnement lié aux infrastructures sanitaires réalisées par les associations ou ONG sans que les services concernés en soient informés et impliqués.

### **Orientations Stratégiques :**

Elles s'articulent autour d'un certain nombre de points :

- L'aménagement du cadre institutionnel, juridique et budgétaire ;
- Le développement de la culture de la maintenance ;
- Le renforcement des capacités ;
- L'amélioration de la gestion des infrastructures et équipements.

### **5.3 Médicaments**

L'analyse de situation porte sur :

- Le cadre institutionnel ;
- Le système d'approvisionnement et de distribution ;
- L'assurance qualité ;
- L'usage rationnel.

### 5.3.1 Cadre institutionnel

#### Structures chargées de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique

a) **La Direction de la pharmacie et du Médicament (DPM)**: créée en 2000 est la structure de coordination du secteur pharmaceutique. Elle a bénéficié de plusieurs appuis du FED, de l'OMS et dans le cadre du Fonds mondial VIH/SIDA pour faire face à ses missions.

Les études institutionnelles du CDI et l'évaluation de l'OMS ont toutefois fait ressortir certaines insuffisances, à savoir :

- L'inadéquation du statut actuel de la DPM ne lui permettant pas d'assurer une coordination efficace ou la mobilisation des ressources nécessaires. Plusieurs fonctions de réglementation lui échappent comme le contrôle de qualité ou l'inspection. Son érection en EPST a été recommandée.
- Elle reste sous équipée (infrastructures, logistique roulante)
- Elle connaît un sérieux problème de financement pour le fonctionnement des commissions techniques et la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments.

b) **Le Laboratoire National de la Santé (LNS)** qui était un service rattaché est maintenant érigé en EPST. IL a aussi bénéficié dans le cadre du PRODESS de plusieurs appuis en matière d'équipement, d'infrastructure, de formation et a démarré un processus de certification.

L'établissement connaît encore certains problèmes dont essentiellement:

- le manque de certains équipements techniques et la maintenance de ces équipements ;
- l'approvisionnement en substances de référence ;
- un problème de ressources humaines en qualité et en quantité, avec une instabilité de ce personnel, liée essentiellement aux problèmes de motivation ;
- l'insuffisance des ressources financières propres.

c) **L'Inspection de la santé** : Elle a été restructurée et a bénéficié de personnel supplémentaire bien que toujours insuffisant pour couvrir les besoins de couverture du territoire. Cette structure reste confrontée à des problèmes majeurs ne lui permettant pas de conduire efficacement les missions de terrain dont :

- des problèmes d'équipement (infrastructure, logistique roulante)
- un problème de financement.

L'absence de corps des inspecteurs (prévu du reste dans le cadre du PRODESS), reste une contrainte pour donner plus de motivation au personnel.

#### d) **La PPM**

La PPM a aussi bénéficié d'appui de l'Etat, de la coopération néerlandaise, du Fonds mondial VIH/SIDA pour le renforcement de ses capacités (fonds de roulement supplémentaires, infrastructures, informatiques, logistique roulante, formation, procédures et cahiers de charges model pour les appels d'offres).

Les problèmes suivants demeurent encore, à savoir:

- La vétusté et l'exiguïté des magasins
- Les ruptures de stock de certains ME
- le financement des activités d'achat des produits (fonds de roulement)
- l'affiliation aux procédures des marchés publics

e) **La Production locale** : Le pays est aujourd'hui sans unité de production industrielle véritable. L'UMPP est dans un processus d'ouverture de capital depuis 1998 et est non fonctionnelle. L'unique unité privée " Pharmacosma" est en arrêt de production, à ce jour.

Cet état de fait s'explique essentiellement par le manque de bonnes conditions pour la promotion de l'industrie pharmaceutique nationale qui cependant reste indispensable pour maîtriser la disponibilité des produits stratégiques et de forte consommation.

**f) Le DMT/INRSP** : Il a bénéficié de nouveaux locaux, d'appui pour une bibliothèque et de mobilier pour la conservation des échantillons de plantes médicinales (herbiers et droguiers).

L'appui du DMT/INRSP dans le système de santé couvre la recherche et la mise au point de nouveaux médicaments traditionnels ; l'encadrement des tradipraticiens de santé pour une meilleure implication de ceux-ci dans le système de santé. Ceci a favorisé la création d'associations et de fédérations qui ont permis une nette amélioration des comportements et pratiques des tradipraticiens. A défaut de producteurs à l'échelle industrielle des MTA, il procède de façon artisanale à la production.

Les problèmes actuels du DMT se résument :

- en problèmes d'équipement techniques
- problème de production à échelle des MTA qui s'explique par l'absence de partenaire pour la production, l'insuffisance de matières premières, manque de personnel qualifié
- la faiblesse du partenariat entre tradipraticiens de santé et professionnels de santé pour une meilleure implication des tradipraticiens dans le système de santé.

#### **g) Les Ordres professionnels de la santé**

Les ordres interviennent dans la régulation de la profession et la formation des professionnels. Ils ont bénéficié d'appui de l'Etat et du FED pour le renforcement des capacités.

Des faiblesses demeurent, à savoir :

- la qualification des cadres des bureaux des ordres professionnels pour encadrer efficacement la profession et aider à appliquer la réglementation
- le financement des activités et la mobilisation des ressources
- le manque de siège

**h) Les Programmes de la santé** : il est à noter une insuffisance dans la coordination des structures impliquées dans la mise en œuvre des programmes. Ceci a comme conséquence la mauvaise estimation des besoins en médicaments, la faiblesse dans la formation et l'information du personnel du terrain, l'information et la sensibilisation de la population, une insuffisance dans le suivi et l'évaluation.

#### **i) Les DRS et les structures de prestations de soins :**

le premier constat est la non mise en œuvre de la restructuration pour la DRS et les centres de santé de référence qui n'a pas permis d'adapter le cadre organique et les ressources au besoin de mise en œuvre du PRODESS. Il est à noter une insuffisance dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités relatives à la disponibilité et la qualité des médicaments. Ceci explique des problèmes récurrents de gestion financière et de l'information, une fuite des fonds. La mauvaise qualité des agents en charge de la gestion des DRC et des DV combinée au manque de suivi /contrôle complètent ces difficultés.

#### **Aspects législatifs et réglementaires**

On peut noter l'existence de politique nationale pharmaceutique depuis 1999, bien que nécessitant une révision pour l'adapter aux nouvelles orientations des programmes de santé tels que la tuberculose, le VIH/sida, le paludisme et autres.

La Législation et la réglementation existent depuis 1985. Une révision de cet arsenal qui s'impose est initiée depuis 2001 et toujours en cours. Cette révision se justifie suite à l'adoption de la loi hospitalière, le besoin de renforcement de l'inspection des structures et l'institution du guichet unique. Le dispositif doit être complété par l'adoption de textes pour le contrôle de la publicité et de la promotion des médicaments, le contrôle des essais cliniques et la réglementation de l'inspection pharmaceutique. Il en

est de même de l'homologation des réactifs, tests et dispositifs médicaux et la certification des équipements.

Comme problèmes, il faut noter la non diffusion et l'application des textes, l'incohérence des textes pris au niveau des différents départements ministériels, la non précision de certains textes et des structures en charge de leur mise en œuvre, la méconnaissance par certaines institutions de leur rôle dans l'application des textes.

**Ressources Humaines :** En dépit des efforts fournis depuis le démarrage du PRODESS, les insuffisances persistent aussi bien en qualité qu'en quantité.

Au niveau de la formation initiale, si le curriculum de formation a été révisé dans les écoles de formation (INFSS), cette révision n'a pas eu lieu au niveau de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Au niveau des formations spécialisées les besoins identifiés dans le cadre du PRODESS (pharmacie hospitalière, pharmacie clinique, examen para clinique pour les biologistes médicaux, économie du médicament, inspection du médicament...) n'ont pas pu être réalisés.

Pour la formation continue, elle n'a pas connue de réalisation notable.

Les résultats des études et rapport de supervision ne sont pas exploités. Il y a une non maîtrise des techniques de formation. La qualité des modules et des supports n'est pas optimale.

Les problèmes de financement de la formation sont aussi à noter.

La question de l'instabilité du personnel lié à des questions de motivation doit être prise en compte.

### **5.3.2 Le Système d'approvisionnement et de distribution**

#### **a) Approvisionnement**

##### **Forces:**

- Disponibilité d'un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution depuis 1996 ;
- Disponibilité d'un contrat plan Etat/PPM consacrant à la PPM l'outil privilégié de l'Etat pour l'approvisionnement des établissements publics et privés ;
- Décision politique pour acheter en priorité par appel d'offres international ce qui permet d'acquérir les produits de meilleure qualité et aux meilleurs prix ;
- Effectivité de l'approvisionnement des ARV et CTA et leur distribution de façon intégrée au schéma directeur d'approvisionnement et de distribution ;
- Maîtrise du système d'approvisionnement en vaccins et matériel d'injection avec l'appui de l'UNICEF ;
- La PPM a bénéficié du renforcement de ses capacités (formation du personnel, informatisation, réfection d'infrastructures, acquisition de logistique roulante) à travers le fonds mondial VIH/SIDA. D'autres structures impliquées comme la DPM, le LNS ont aussi bénéficié de cet appui ;
- Existence de structures privées agréées dans l'approvisionnement en médicaments, venant en complément à la PPM.

##### **Faiblesses**

- Absence d'un schéma d'approvisionnement fiable en réactifs et autres consommables de laboratoire ;
- Non maîtrise de l'approvisionnement des spécialités hospitalières ;
- Non maîtrise des besoins en médicaments ;
- Fraude et marché illicite ;

- Absence de coordination efficace de l'appui des partenaires en matière d'approvisionnement en produits de santé ;
- Insuffisance dans l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de gestion des médicaments ;
- Insuffisance dans le suivi des activités liées à la gestion et la prescription des médicaments, l'évaluation des besoins en médicaments (y compris les ARV), à l'application des procédures de gestion du Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (approvisionnement, gestion des stocks, gestion financière, prescription des médicaments par niveau), notamment les ARV, les CTA, les Anti TB, les contraceptifs et les MTA, réactifs, etc.
- Insuffisance dans l'affectation des ressources matérielles (équipements, infrastructures, notamment, insuffisance de logistique roulante au niveau de la PPM, pour assurer correctement les ravitaillements des régions et des districts sanitaires en médicaments essentiels notamment les ARV, les CTA, les Anti TB ; faible capacité de stockage des magasins de la PPM, surtout au niveau des régions (vétusté des magasins de stockage et de distribution) ; insuffisance de chaînes de froid fonctionnelles dans certains Cscm ;
- Faible capacité de gestion des ASACO (Association de Santé Communautaire) et de certains gérants des dépôts de vente. Dans la perspective de la décentralisation, ceci est un obstacle à l'accès universel aux ARV, CTA et antituberculeux.

## **b) Distribution**

### ***Forces***

- Disponibilité d'un schéma directeur de distribution ;
- Disponibilité de la logistique roulante pour la mise en place des vaccins et matériels de vaccination ;
- Disponibilité de magasins de distribution au niveau régional et local.

### ***Faiblesses***

- Faiblesse de la qualité du personnel chargé de la gestion des médicaments au niveau périphérique ;
- Décapitalisation récurrente des dépôts répartiteurs et de ventes au niveau des districts et des Cscm ;
- Faiblesse dans le suivi de la gestion du SDAME.

## **c) Prix/Financement**

### ***Forces***

- Prix réglementés (un décret pour chaque secteur public et privé existe) ;
- Autonomie financière de la centrale d'achat de la PPM ;
- Plus bas prix obtenus par appel d'offres par la PPM selon l'étude faite en 2006 par l'OMS/HAI au niveau africain ;
- Subvention de l'Etat des médicaments des programmes (vaccins, ARV, CTA etc.)

### ***Faiblesses***

- Inadéquation du mécanisme de financement dans l'achat des médicaments des programmes (paiement à travers le trésor public) ;
- Insuffisance du fonds de roulement de la PPM ;
- Manque de viabilité financière de certains Cscm.



### **5.3.3 Le Système d'assurance de la qualité des médicaments et autres produits de santé**

#### **Forces**

- Existence d'un laboratoire national de santé engagé dans le processus de certification ;
- Existence d'une commission technique chargée de l'homologation des médicaments ;
- Existence d'une commission de destruction des stupéfiants et produits avariés ;
- Existence de guide pour l'inspection des bonnes pratiques de fabrication et de distribution ;
- Existence d'un plan pluri annuel complet (PPAC) ;
- Existence de guide de bonne exécution des analyses de laboratoires ;
- Disponibilité de manuel de procédure pour l'enregistrement des médicaments multi sources ;
- Réalisation de formations ciblées sur l'assurance qualité (LNS, CNTS) ;
- Existence de cahier de charges modèle pour appel d'offre dans le cadre de l'achat des médicaments et existence d'un manuel de procédure au niveau de la PPM ;
- Existence de manuel de procédure pour la conservation et la gestion des vaccins.

#### **Faiblesses**

- Faiblesse de la qualité du personnel chargé de la gestion des DRC et DV ;
- Absence d'une structure de coordination de la mise en œuvre de l'assurance qualité ;
- Absence d'un programme formel de suivi de la qualité des médicaments après leur mise sur le marché ;

### **5.3.4 L'usage rationnel des médicaments**

Ce volet est analysé sous l'angle de :

- Usage rationnel par les professionnels de la santé ;
- Usage rationnel par les consommateurs.

#### ***L'usage rationnel par les professionnels de santé***

##### **Forces**

- Existence de la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Disponibilité de formulaire thérapeutique national ;
- Disponibilité de guide thérapeutique national (à réviser) ;
- Disponibilité de tables d'équivalence SPECIALITE / DCI ;
- Disponibilité du guide du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution ;
- Existence du guide de formation du personnel des Cscorn et des ASACO ;
- Formation des formateurs en prescription rationnelle de la Faculté et des régions ;
- Existence d'un site WEB à la DPM.

##### **Faiblesses**

- Faiblesse en qualité et en quantité des formations ;
- Non révision des guides thérapeutiques et du schéma directeur pour prendre en compte les nouvelles stratégies de prise en charge thérapeutique ;
- Influence des délégués médicaux sur la pratique des prescripteurs ;
- Manque de comité de médicaments dans les structures hospitalières ;
- Manque de programme d'information et de sensibilisation du professionnel de santé ;
- Non fonctionnement du site WEB de la DPM ;
- Insuffisance des activités de contrôle des professionnels par les ordres professionnels.

## ***L'usage rationnel par les consommateurs***

### ***Forces***

- Existence d'un Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la santé (CНИЕCS) ;
- Existence d'une commission nationale de lutte contre la vente illicite des médicaments ;
- Existence d'un réseau de sensibilisation des populations à travers les activités des Cscorn ;
- Existence d'un réseau de relais communautaires.

### ***Faiblesses***

- Analphabétisme et pauvreté des populations ;
- Insuffisance et discontinuité de messages sur l'usage rationnel des médicaments pour les populations ;
- Absence d'un programme formel (en particulier au niveau des principaux programmes de santé) de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) sur l'usage des médicaments ;
- Faible qualité des services offerts aux populations ;

### ***5.3.5 Orientations stratégiques***

- Restructuration des organes impliqués dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ;
- Renforcement du système de réglementation
- Renforcement de capacité du personnel impliqué dans la gestion et la prescription des médicaments ;
- Promotion d'un plan de communication ;
- Acquisition de nouvelles infrastructures et d'équipements adéquats ;
- Adoption de procédures et création de commissions techniques.

## **5.4 Systèmes d'information et de suivi/évaluation (Suivi et gestion des informations stratégiques)**

L'importance de disposer d'une information sanitaire actualisée de qualité est actuellement reconnue tant par les gouvernements nationaux que par les partenaires techniques et financiers. Dans ce contexte d'intérêt accru pour les systèmes d'information et dans la perspective de prendre des décisions sur la base d'informations fiables, les planificateurs, les responsables des services de soins, les décideurs et les partenaires techniques et financiers conditionnent la réussite des objectifs sectoriels au renforcement des systèmes d'information sanitaire et du suivi/évaluation.

Pour renforcer le système, il est nécessaire d'intégrer les nouvelles priorités en tenant compte des acquis et en corrigeant les lacunes persistantes constatées. Le suivi/évaluation du programme dépendra de la mobilisation des ressources et des engagements politiques. Les organes de coordination doivent être redynamisés en tenant compte des aspects de la lutte contre la pauvreté.

Du point de vue politique les organes permettant d'assurer l'orientation, la coordination et le suivi/évaluation existent déjà. Il s'agira de : i) dynamiser le Conseil de gestion dont les réunions ne se tiennent pas ; ii) actualiser le schéma directeur du système d'information sanitaire et social (SD-SNISS) et d'élaborer son plan d'action et de mise en œuvre.

## Forces, faiblesses et perspectives

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	PERSPECTIVES
SYSTEME LOCAL INFORMATION	Séance de formation à l'utilisation de supports	difficulté pour l'ASACO de renouveler les fiches opérationnelles	1) Signature et application de la convention d'assistance mutuelle, 2) Utilisation des ressources financières internes, 3) Prévoir une subvention pour le renouvellement des supports
	Existence du DESAM au niveau des Districts sanitaire	Les supports primaires de collecte ne permettent pas de collecter certaines données du terrain	1) Réviser les outils primaires de collecte des données
	Recrutement des techniciens supérieurs de santé publique au niveau des régions	Insuffisance de remplissage de certains supports, surtout les fiches opérationnelles les cahiers d'ouverture et de clôture et les informations sur la tuberculose, la lèpre	
	renforcement de la supervision des nouveaux Cscm dans certaines régions	Insuffisance de complétude et promptitude des données	1) Valoriser la fonction des chargés SLIS par des formations, des équipements adéquats
	Simplicité des fiches opérationnelles	Insuffisance d'analyse et d'utilisation des données à différents niveaux	Former les équipes cadre des districts dans l'analyse et l'interprétation des données
	retro- information est faite au cours des supervisions		
	Recueil quotidien des données des maladies sous surveillance épidémiologique		
		Absence de fiches de supervision pour le SIS  Insuffisance dans l'archivage et le stockage	Elaborer et intégrer un guide de supervision SIS dans le guide national de supervision 1) former le personnel dans l'archivage, 2) Rendre disponible le matériel pour l'archivage et le stockage, 3) Donner des primes au personnel
		Instabilité du personnel dans les Cscm en particulier ceux de	

		Bamako	
SYSTEME LOCAL INFORMATION		Incohérence entre les données du SIS et celles de la surveillance épidémiologique ;	1) Créer un cadre de concertation entre les chargés SIS et Surveillance épidémiologique
		Insuffisance de ressources humaines ; financière ; logistiques ;	
		Insuffisance d'informatisation du système	NTIC
		Insuffisance d'intégration des données de certains acteurs (associations, ONG, privées...)	
		Vétusté des <b>RAC</b>	1) Equiper les centres en RAC, 2) assurer la maintenance des RAC
		Insuffisance de retro-information	1) Mettre en place un système de retro-information à tous les niveaux
SYSTEME INFORMATION HOSPITALIER	Volonté affichée des différentes Directions pour la mise en œuvre d'un système d'information performant	Mauvaise tenue des registres des hôpitaux	1) Elaborer un manuel de remplissage des supports 2) Former les agents Sur les supports
	Perception de l'importance du SIH par les acteurs hospitaliers comme un outil pour la gestion, l'auto évaluation et pour l'amélioration de la qualité des soins	Insuffisance de remplissages des supports	1) Elaborer un manuel de remplissage des supports 2) Former les agents Sur les supports
	Existence d'un chargé SIH dans chaque hôpital	Rupture de stock des supports	1) Rendre disponible les supports dans les EPH
	Disponibilité de l'outil informatique dans chaque hôpital	Disparité dans les supports de collecte de données d'un EPH à un autre	1) Mettre en place un support harmonisé dans les EPH
	Existence d'un chargé de collecte et de traitement des données au niveau de chaque service	Insuffisance de formation du personnel chargé du SIH	1) Former le personnel chargé du SIH

		Insuffisance de retro-information à tous les niveaux	1) Mettre en place un système de retro-information à tous les niveaux
		Inadaptation de certains supports validés du SIH aux cas spécifiques du CNOS, de l'IOTA et des services pédiatriques	1) Réviser les supports validés du SIH pour prendre en compte les données du CNOS, de l'IOTA et des Services Pédiatriques
SYSTEME INFORMATION HOSPITALIER		l'absence d'organe de validation des annuaires statistiques du SIH ;	Valider l'annuaire statistique du SIH au cours d'un atelier
		la non validation de l'annuaire national intégrant notamment le SLIS et le SIH par un organe ou un atelier ;	1) Valider l'annuaire statistique au cours d'un atelier intégrant le SLIS et le SIH
		l'absence de logiciel d'informations hospitalière au niveau des régions ;	1) Mettre en place un logiciel d'information hospitalière dans les EPH, 2) Mettre en place une unité de gestion de l'information dans les EPH 3) Former les agents à l'utilisation du logiciel et à l'analyse des données
		le retard dans la transmission des données collectées pour alimenter notamment le SNIS ;	
		l'insuffisance dans la maintenance du matériel informatique dans les EPH ;	Mettre en place un système de contractualisation avec les services de maintenance du matériel informatique
SYSTEME DE RECHERCHE	Existence d'un document de Politique nationale de recherche en santé au Mali		
	Existence d'un point focal dans chaque Département pour la collecte des données	Insuffisance de coordination entre les différentes structures de Recherches	1) Mettre en place un comité de coordination, 2) Organiser deux rencontres par an
	Centre de documentation qui centralise tous les résultats des études dans les Institutions de recherche	Insuffisance de collaboration entre les Instituts de Recherche	1) Mettre en place un réseau de communication, 2) Etablir des relations fonctionnelles entre les Institutions et les différents niveaux de chaque institution

	Existence d'une base de données des Chercheurs au niveau du centre national de recherche scientifique et technologique (CNRST)	Inexistence de base de données centralisée sur les différentes études réalisées au Mali	1) Identification des thèmes de recherche ressentis
	Existence du comité d'éthique national et institutionnel au niveau de l'INRSP et la FMPOS	Insuffisance de suivis et de mise en œuvre des résultats des recherches	Organiser un atelier annuel pour le suivi de la mise en œuvre des résultats de la recherche
	Existence du site Web sur la recherche	Insuffisance de mise à jour du site	Mettre en place un système de mise à jour du site web de la recherche
SYSTEME DE RECHERCHE	Existence des comités scientifiques par structures de Recherche (INRSP, CNAM, CREDOS, FMPOS)	Insuffisance de publication des résultats des recherches au Mali	Faire des publications
SYSTEME D'INFORMATION SOCIALE	Existence d'un logiciel de gestion du SISO	Insuffisance de formation du personnel SISO	1) Former les agents SISO sur le logiciel SISO
		Inadaptation des supports primaires de collecte	1) Elaborer des supports adaptés au SISO, 2) Former les agents à l'utilisation des supports
		Insuffisance de collaboration avec les institutions de sécurités sociales	créer un cadre de collaboration avec les Institutions de sécurités sociales
SYSTEME D'INFORMATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE		Insuffisance de supervisions	
		Difficulté d'exploitation entre prévisions et réalisations	<b>PLENIERE</b>
		Insuffisance de personnels qualifiés pour l'Audit Interne	1) Recruter des agents qualifiés pour faire de l'audit interne
TOUS LES SYSTEMES		Diversité des supports de collecte	Mettre en place un système d'information intégré de santé
RH		Non prise en compte des RH des privés et contractuels	Intégrer dans le suivi des RH les privés et contractuels
<b>ORGANES DE GESTION</b>			
CROCEP		Insuffisance d'implication des collectivités territoriales dans les réunions du conseil de gestion	

		Insuffisance de monitoring et micro planification au niveau périphérique	
		Insuffisance de supervisions intégrées	Réaliser les supervisions intégrées prévues par niveau

## 5.5 LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE ET LA GESTION DES SERVICES

### 5.5.1 Le financement des services

#### 5.5.1.1 Les Procédures Budgétaires du Ministère de la Santé

Le PRODESS II est mis en œuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali, pour accompagner le Gouvernement, la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre d'appui au développement et à la mise en œuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les contributions des acteurs (PTF), au lieu de financer des activités dans une logique de projet, cofinancent les activités d'un programme afin de garantir la cohérence de la politique de santé dans son ensemble.

Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées, avec des objectifs communs (PRODESS), une planification commune, des structures/organes de gestion, des missions conjointes de suivi, des audits externes et des enquêtes.

La mise en œuvre de cette approche programme se fait dans un 1<sup>er</sup> temps par une planification pluriannuelle des financements à travers un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et dans un 2<sup>ème</sup> temps à travers un programme opérationnel annuel (PO).

Le CDMT donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus. Ce qui est innovant dans ce domaine, c'est l'abandon de la structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles. En perspectives, le CDMT (2008-2009) du secteur de la santé en cours de prolongation pour 2011, et la deuxième tranche quinquennale du PDDSS, également en cours de prolongation, permettront l'affectation et l'absorption davantage de ressources financières afin d'atteindre les objectifs du CSLP et les OMD dans le secteur de la santé. En effet, l'approche CDMT et l'élaboration du PRODESS II visent

à corriger les principales faiblesses et goulots d'étranglement constatés au niveau de ce secteur et améliorer ses performances.

Pour assurer la gestion des financements programmés le ministère avec les PTF a élaboré un manuel des procédures de gestion du programme. Ce manuel est bâti autour des procédures institutionnelles, budgétaires, financières, passation des marchés, comptables, gestion du personnel et d'audit interne. Il traite les différentes modalités d'exécution suivantes :

- les modalités d'exécution du budget de l'Etat ;
- les modalités d'appui budgétaire (sectoriel et général)
- les modalités propres à certains partenaires (les appuis financiers directs : projets ; etc.) ;
- les modalités des comptes programmes.

Le tableau (à actualiser) ci-après donne la répartition des coûts réels par source de financement pour les deux hypothèses.

**TABLEAU:** Estimation des coûts réels par sources de financement du PRODESS II (en milliers de francs)

SOURCES DE FINANCEMENT	Scénario minimal			Objectifs du PRODESS		
	2008	2009	TOTAL	2008	2009	TOTAL
Budget d'Etat (Financement intérieur)	45 488	50 355	95 843	82 071	105 690 297	187 762
	179	811	990	780		078
Appui Budgétaire	8 933 371	12 589	21 523	50 260	49 317 331	99 578 297
		724	096	965		
Bilatéraux et multi latéraux (BSI EXT)	14 032	14 801	28 834	45 730	35 781 332	81 512 274
	589	858	448	942		
ONG et Secteur privé	11 033	11 234	22 267	17 925	15 210 904	33 136 174
	334	482	817	270		
Système de recouvrement de Coûts	11 156	11 222	22 379	11 701	12 313 910	24 014 942
	704	589	293	031		
Collectivités	461 392	563 764	1 025 156	955 144	1 571 212	2 526 357
TOTAL COUTS REELS	91 105	100 768	191 873	208 645		428 530
	572	230	803	135	219 884 989	124

Pour atteindre les objectifs du PRODESS, la part du Budget d'Etat financement intérieur doit être de 187,762 milliards de FCFA pour les deux ans.

**TABLEAU :** ESTIMATION DES COUTS REELS PAR NATURE DE DEPENSES (en milliers de francs)

NATURE DE DEPENSES	Scénario minimal			Objectifs du PRODESS		
	2008	2009	TOTAL	2008	2009	TOTAL
Investissement	32 536 401	35 890 331	68 426 733	138 469 626	130 928 093	269 397
						720
Fonctionnement	58 569 170	64 877 899	123 447 069	70 175 508	88 956 895	159 132
						403
TOTAL COUTS REELS	91 105 572	100 768 230	191 873 803	208 645 135	219 884 989	428 530
						124



## GAP DE FINANCEMENT

TABLEAU : GAP DE FINANCEMENT PAR SCENARIO ET PAR AN (en milliers de francs)

	Scénario minimal		Objectifs du PRODESS 2	
	2 008	2 009	2 008	2 009
Fonds nécessaires (coûts additionnels + coûts de base)	91 105 572	100 768 230	208 645 135	219 884 989
Montant prévu par le CBMT incluant les autres acteurs	82 415 072	85 181 526	82 415 072	85 181 526
GAP brut de financement	8 690 499	15 586 704	126 230 062	134 703 463

Les GAP de financement ressortis par scénario et par an suivant les prévisions du CBMT montrent qu'il faut environ 126,23 milliards de FCFA en 2008 et 134,7 milliards de F CFA en 2009 à rechercher pour atteindre les objectifs du PRODESS II.

Le GAP réel de financement sera connu si on déduit les autres financements qui ne sont pas inscrits dans le budget spécial d'investissement extérieur (BSI) de la loi des finances et ceux qui ne sont pas en appui budgétaire.

*Toujours, les ménages restent la première source de financement suivis par le budget d'Etat, le reste du monde et les autres privés selon les CNS 1999 - 2004.*

Tableau : Evolution de la structure du financement des dépenses de santé

	1986	1990	Période 1999-2004
Indicateurs			
% santé dans le budget d'Etat	4%	4%	7%
Structure du financement			
Ménages	52%	49%	57%
Autres privés (INPS, employeurs, etc.)	24%	27%	5%
Fonds publics/Etat	16%	11%	18%
Autres publiques/collectivités Décentralisées	1%	< 1%	6%
Reste du monde	8%	13%	13%

Source : CNS

Le financement de la santé désigne la collecte de fonds auprès de différentes sources (Gouvernement, Ménages, PTF, etc.) leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par les prestataires publics et privés de soins de santé.

*Le PDDSS est financé par des ressources intérieures et des ressources extérieures :*

1- Les ressources intérieures sont constituées par:

- Le budget d'Etat;
- La participation des collectivités;
- La participation des communautés
- Les recouvrements de coût.

2 - Le financement extérieur est constitué par les contributions des partenaires techniques et financiers à travers des accords et conventions dont les types sont:

- Les subventions;
- Les prêts ;

- Les dons en nature.

Les principaux bailleurs du système de santé sont :

Coopération bilatérale;  
Coopération Multilatérale.

Les différents mécanismes de financement utilisés par les partenaires au développement sont :

- Les Appuis financiers directs (projets ; etc.);
- Les Appuis Budgétaires (Sectoriel et général) ;

### **5.5.1.2 Les problèmes et goulots d'étranglements du financement**

Quels sont les problèmes et goulots d'étranglement liés aux mécanismes de financement et de gestion ?

Le Mali comme bon nombre de pays africains pour renforcer son système de santé doit faire face à un certain nombre de défis majeurs : faiblesse des investissements dans la santé ; absence de politiques et de plans globaux en matière de financement de la santé ; forte proportion des paiements directs de soins ; accès financier limité aux services de santé ; couverture restreinte par l'assurance maladie ; mauvaise utilisation des ressources ; et faiblesse des mécanismes du soutien des partenaires au secteur de la santé.

#### **a/ Goulots transversaux:**

- la lourdeur des procédures de passation de marché ;
- l'insuffisance du nombre des supervisions réalisées ;
- le non respect de la répartition intra sectorielle des ressources définies dans la composante santé CSCRP ;
- la faiblesse du système d'information administratif et financier ;
- le retard de justification et la mauvaise qualité de certaines pièces justificatives fournies ;
- l'insuffisance de ressources allouées à la santé;
- l'insuffisance de la collaboration intersectorielle;

#### **b/ Goulots du financement intérieur :**

##### **Le budget de l'Etat :**

- l'insuffisance de ressources pérennes pour assurer la motivation conséquente du personnel de santé ;
- l'inadéquation des textes qui régissent les finances publiques par rapport à la nature urgente de certaines dépenses de santé ;
- la faible maîtrise des procédures d'exécution du budget d'Etat par les directeurs régionaux de la santé et les médecins chefs des centres de santé de référence ;
- la non transmission officielle des P.O validés aux services déconcentrés du ministère des finances (DRB, contrôle financier, Trésor) ;
- l'insuffisance dans l'accompagnement du développement de la mutualité (Faiblesse de la contribution de l'Etat pour la promotion des mutuelles,...).

##### **La participation des collectivités**

- la faible capacité technique des collectivités territoriales à mobiliser et à gérer les ressources financières mises à disposition dans le cadre de la décentralisation ;
- le retard dans le transfert des ressources financières du PRODESS aux collectivités ;

- le retard dans la signature/régularisation des conventions d'assistance mutuelle entre les Communes et les ASACO ;
- l'insuffisance d'intégration des PO dans le budget programme des communes;

#### **La participation des Communautés**

- la faible mobilisation des quotes-parts pour alimenter les caisses de solidarité ;
- la faible mobilisation des cotisations des acteurs (adhérents, etc.) aux mutuelles de santé ;
- la faible taille des mutuelles de santé (faible adhésion des populations aux mutuelles) ;
- la faible capacité des ménages à prendre en charge leurs dépenses de santé ;
- le sous financement de la politique d'extension de la protection sociale (Mutualité, etc.).

#### **Le recouvrement des coûts**

- l'insuffisance des recouvrements des établissements de soins pour assurer leur propre fonctionnement;
- l'obsolescence des textes fixant la tarification des actes dans les établissements publics de soins (EPST, EPH, etc.);
- l'inadéquation entre les politiques de gratuité et les objectifs de rentabilité des structures de santé (Exemple : gratuité des CTA Vs vente de médicaments antipaludéens aux Cscm).

#### **c/ Goulots du financement extérieur :**

- la multiplicité et la lourdeur des procédures de mobilisation des ressources financières ;
- la non prévisibilité des financements (à court moyen et long terme);
- le retard des annonces de certains partenaires lors des programmations et l'obligation de planifier sans pouvoir prévoir les fonds de l'ensemble des partenaires au niveau opérationnel ;
- l'incomplétude des financements (l'insuffisance des financements comparés aux besoins exprimés, l'insuffisance de mobilisation des annonces faites par les partenaires) ;
- la persistance de la verticalité des programmes nationaux et les exigences de gestion (procédures de gestion) de certains partenaires qui ne sont pas compatibles, et par conséquent ne favorisent pas une intégration des activités et une rationalisation des ressources.

#### **Les stratégies à développer**

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines réformes institutionnelles et organisationnelles.

Les financements intérieur et extérieur destinés aux activités de santé doivent être disponibles, gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble.

#### **a/ Goulots transversaux**

- L'application des nouveaux textes sur les procédures de passation des marchés ;
- L'harmonisation des procédures ;
- L'accroissement des moyens financiers alloués aux supervisions à tous les niveaux;
- La poursuite de la déconcentration des crédits ;
- Le renforcement de la coordination entre la DAF, les Services centraux, les EPH et EPST
- La mise en œuvre de la nouvelle politique de Ressources Humaines ;
- Le renforcement de la collaboration pour la prise en compte exhaustive des données du privé et communautaire dans le système d'information financière ;
- Le renforcement des capacités des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités ;

- La création d'un cadre de dialogue et de négociation entre les MS, MDSSPA, le MF, le MEIC et les partenaires pour l'augmentation des financements à hauteur des enveloppes prévues dans le CDMT.

### **c/ Goulots du financement intérieur**

#### **Le budget de l'Etat**

- L'adoption et la mise en œuvre de la nouvelle politique de Ressources Humaines en ce qui concerne la motivation du personnel ;
- Le renforcement des capacités des organes de gestion des services sanitaires
- Le renforcement des capacités des organes de gestion des ASACO (pour améliorer la performance de la gestion des services) ;
- L'insertion des spécificités du secteur socio-sanitaire dans les textes régissant les finances publiques ;
- La formation continue des administrateurs de crédit ;
- L'amélioration de la collaboration entre le Secrétariat Technique, la Direction Générale du Budget et la Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique pour la transmission des PO validés.
- La généralisation et renforcement du mécanisme de tiers-payant.

#### **La participation des Collectivités**

- Le renforcement des capacités des acteurs des collectivités (pour améliorer la performance de la gestion des services) ;
- L'accélération de la déconcentration des crédits ;
- L'inscription des crédits à titre de subvention au profit des collectivités ;
- Le renforcement de l'information et la sensibilisation des différents acteurs pour la signature des conventions d'assistance mutuelle ;
- L'instauration d'un cadre de dialogue et de plaidoyer entre les communes et les ASACO en vue de l'insertion des PO dans les budget-programmes des collectivités.

#### **La participation des Communautés**

- Le renforcement de la sensibilisation par les ASACO dans les aires de santé ;
- Le couplage des activités de mutualisation avec les initiatives de micro-finance ;
- Le renforcement de la sensibilisation des populations ;
- Le développement d'activités génératrices de revenus ;
- L'augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale.

#### **Le recouvrement des coûts**

- Le développement des mécanismes de tiers payant ;
- La revalorisation des intéressements liés au recouvrement ;
- Le renforcement des capacités des organes de gestion des services sanitaires (pour améliorer la performance de la gestion des services) ;
- L'amélioration de la qualité des services notamment l'accueil ;
- L'adaptation des tarifs au pouvoir d'achat des usagers ;
- L'identification et la mise en œuvre des mesures d'accompagnement liées aux gratuits.

### **c / Goulots du financement extérieur**

- L'harmonisation des procédures de mobilisation des ressources ;
- Le plaidoyer pour assurer la prise en charge du salaire des auditeurs ;

- L'élaboration et la signature de documents de convention pour matérialiser les engagements des PTF à moyen et long terme ;
- L'allègement des conditionnalités de décaissement dans les accords et conventions de financement.

### **5.5.2 Gestion des services de santé**

L'extension rapide des services de santé impose une lourde charge à tous les gestionnaires. Les gestionnaires de districts et de programme ont davantage de fonds à gérer, ainsi que plus de prestataires (prestataires privés, bénévoles et communautaires). Paradoxalement, les gestionnaires formés sont rares, mais on exige d'eux l'accomplissement de tâches multiples : garantir l'accès aux services de base ; obtenir la collaboration d'un large éventail de prestataires ; garantir la qualité, et faire en sorte que les priorités nationales soient respectées.

Au Mali, les gestionnaires doivent faire face à une décentralisation croissante des responsabilités pour les services de santé et des procédures multiples et souvent centralisées des organismes de financement extérieurs. Le financement insuffisant des capacités de gestion pour la mise en œuvre et la supervision des programmes accélérés est une véritable menace pour la capacité du pays à atteindre les cibles visées. Un deuxième défi dans l'accélération des programmes est le manque d'exemples probants illustrant comment étendre au niveau national des améliorations de la couverture des services de santé obtenues à petite échelle.

#### **Les goulots liés à la gestion des services**

- le faible fonctionnement du système d'information administratif, financier et des RH ;
- la faible qualification des responsables des structures en management des services et surtout des RH ;
- l'inadéquation de certains cadres organiques des structures de santé (Citez des exemples) ;
- l'insuffisance de RH qualifiées aux différents niveaux (surtout Cscm) ;
- l'instabilité du personnel qualifié ;
- la démotivation du personnel de santé entre autres par des salaires très insuffisants surtout en milieu rural et/ou inaccessible (les primes d'éloignement, 5.000 FCFA sont tout à fait insuffisantes), par le manque de récompenses, mais aussi par une gestion des ressources humaines quasi inexistante : il n'y a pas de plan de carrière. Les prestataires sont isolés : le travail en équipe est très peu développé ;
- l'insuffisance de moyens et l'organisation régulière des supervisions ;
- l'absence d'organisation du fonctionnement des services de santé centrée sur le patient: les délais d'attente sont importants (avant consultation, entre labo et traitement), la qualité de l'accueil n'est pas bonne et une information correcte et pertinente est rarement transmise;
- la connaissance insuffisante des postes, des effectifs, des qualifications et des compétences disponibles, par insuffisance de fichiers du personnel;
- la mauvaise répartition des tâches entre les différents acteurs ;
- l'insuffisance dans la formulation des directives données à chaque unité opérationnelle et dans le travail en équipe ;
- l'insuffisance dans la gestion des médicaments des réactifs et consommables;
- l'insuffisante intégration des programmes verticaux dans les procédures ordinaires de mise en œuvre du PRODESS : trop souvent le fonctionnement quotidien des services de santé est perturbé par les interventions des programmes spécifiques : formations intensives et répétées, supervisions directes qui court-circuitent les équipes socio sanitaires des cercles ;
- la faible collaboration entre certaines collectivités et les ASACO dans le cadre de la mise en œuvre de la convention d'assistance mutuelle ;
- l'insuffisance dans le suivi et le contrôle de gestion des ASACO.

### **Les stratégies de gestion des services**

- Le renforcement du système d'information administratif, financier et des RH ;
- Le renforcement des capacités des responsables des structures en management des services et surtout des RH ;
- L'adaptation des textes en régissant la gestion des services;
- La mise en œuvre de la politique de développement;
- La mise en œuvre de la politique de développement;
- La mise en œuvre de la politique de développement
- La planification rationnelle des supervisions;
- La réorganisation des services de santé ;
- Le renforcement du système d'information administratif, financier et des RH ;
- L'adaptation des textes en régissant la gestion des services;
- Le renforcement des capacités des responsables des structures en management des services et surtout des RH ;
- Le renforcement des capacités et mises en place de mécanismes incitatifs et coercitifs dans le cadre de la gestion des médicaments et consommables;
- L'harmonisation des interventions spécifiques des programmes verticaux par rapport au cadre général du PRODESS ;
- Le renforcement du cadre de collaboration entre les collectivités et les ASACO;
- La professionnalisation de la gestion des ASACO;
- Le renforcement du suivi et du contrôle externe des ASACO.

### **5.6 LA GOUVERNANCE DE L'AUTORITE SANITAIRE**

Il s'agit de l'affirmation de l'autorité de l'Etat comme principale instance chargée de : planifier et élaborer des normes, évaluer et contrôler les normes et les règles établies, garantir la sécurité des soins et la protection des patients, faire respecter les normes éthiques et les principes directeurs du système.

Cette fonction est très peu performante du fait :

- Des faiblesses dans le respect de la réglementation en santé à tous les niveaux ;
- De la non révision et de l'absence d'évaluation du cadre réglementaire ;
- De la complexité des procédures de révision du cadre réglementaire et des procédures budgétaires.

Accomplir cette mission légitime de puissance publique nécessite :

- L'obtention d'un consensus entre les acteurs nationaux et internationaux qui ont évolué jusqu'à présent dans le secteur sanitaire;
- La réorganisation du Ministère de Santé en fonction des attributions des différents niveaux : le niveau central dans ses missions normatives, régulatrices et de contrôle ; le niveau régional dans ses attributions de coordination et d'appui technique ; le niveau local dans son rôle d'unité opérationnelle du système ;
- La motivation des professionnels ;
- Le développement de partenariat avec le secteur associatif.

#### **5.6.1 La Régulation**

En dépit des avancées certaines dans ce domaine, la majorité des acteurs reconnaissent que pour la performance de l'Autorité Sanitaire nationale, il reste encore beaucoup à faire notamment, dans les domaines suivants : la participation effective des citoyens dans la prise de décisions en santé, le

contrôle et l'amélioration de la qualité des services de santé individuels et collectifs de même que l'élaboration et l'exécution des règlements. Ces interventions sont appréciables en matière de promotion d'un accès équitable aux ressources pour la santé, de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et menaces pour la santé publique.

### 5.6.2 Le Processus Gestionnaire

On distingue trois niveaux dans la structure gestionnaire de la santé au Mali.

- Le niveau politique : **Gouvernement** : choix de stratégies nationales, mise en œuvre des conventions internationales, allocation des ressources.
- Le niveau normatif : **Directions Centrales** : élaboration des outils de gestion et assistance technique aux autres instances, contrôle et évaluation.
- Le niveau tactique : **Directions Régionales** (élaboration et mise en œuvre des plans opérationnels consolidés) ;
- Le niveau opérationnel : **premier niveau** : structures du premier échelon (Cscm, CSAR, établissements privés de soins, établissements de soins traditionnels), structures du deuxième échelon : Centre de santé de référence (Csref) ; **deuxième niveau** : EPH régional ; **troisième niveau** : Hôpital Universitaire.

Ce processus gestionnaire basé sur une stratégie de déconcentration, est en cours, dans sa traduction dans les faits.

### 5.6.3 La décentralisation

Le Mali s'est engagé dans une politique de décentralisation depuis plus d'une quinzaine d'années. Dans ce cadre, des dispositions institutionnelles ont été adoptées pour autoriser le transfert des compétences et des ressources de l'Etat dans le domaine de la santé vers les collectivités territoriales (décret 02-314 du 4 juin 2002). Le processus est soutenu par plusieurs PTF et a permis d'organiser le pays en 703 communes, 49 cercles, 8 régions et le district de Bamako (qui a un statut de région). Ce paysage a été renforcé par les élections municipales d'avril 2004.

Toutefois, les résultats obtenus dans ce domaine sont encore modestes. En dépit de l'adoption des décrets relatifs au transfert des compétences dans plusieurs secteurs notamment celui de la santé et du tirage de fonds pour le financement des projets soumis à l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT), le transfert effectif des compétences et des ressources est encore lent et la coordination des programmes sectoriels (dont le PRODESS) avec les programmes des collectivités territoriales est difficile. A cet effet, une Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (CADD) a été créée au sein du Cabinet du Ministère de la Santé.

Depuis sa mise en place, le processus de décentralisation au Mali a enregistré des progrès manifestes: les textes de base existent, le découpage territorial est fait et couvre le pays entier, les institutions de décentralisation sont installées. Entrée dans sa phase opérationnelle en 1999, suite aux élections communales, trois échelons de collectivités décentralisées ont été créés, tous dotés de leurs organes délibérants et exécutifs.

Il est trop tôt pour faire un bilan de cette réforme, le premier mandat des élus était terminé en 2004. En fait, la décentralisation n'en est qu'à ses débuts.

La poursuite et la réussite du processus de décentralisation soulèvent des enjeux majeurs qui constituent autant de défis à relever.

**Enjeux liés au développement local.** Le premier enjeu est d'ordre économique local : il est fondé sur une évidence, à savoir qu'un processus de décentralisation qui n'aurait pas d'effets positifs sur le développement local passerait à côté de son objectif et pourrait susciter bien des désillusions à l'égard de la démocratie. Il est indispensable d'identifier les leviers sur lesquels il faudrait agir pour que les collectivités locales soient plus viables, plus compétitives et plus attractives.

Ainsi la décentralisation de la fiscalité et la mobilisation des ressources financières au niveau local deviennent des thèmes de plus en plus importants car elles déterminent non seulement l'autonomie d'une collectivité mais aussi son aptitude à rendre services et ses capacités d'investissement. Les progrès du transfert des compétences (des mandats mais également des ressources humaines et financières) sont importants pour le développement local. Le secteur de la santé connaît des avancées certaines dans ce domaine. Ces progrès sont importants pour le département de la santé, car les collectivités l'aident à atteindre les objectifs sectoriels, qui sont des éléments essentiels de la lutte contre la pauvreté.

Le haut conseil des collectivités et l'AMM sont des structures suffisamment fortes et constituent ou peuvent constituer d'utiles instruments de lobbying pour faire progresser le dossier de la décentralisation et défendre les intérêts des collectivités territoriales.

**Enjeux liés au renforcement des capacités.** Le deuxième enjeu concerne les capacités locales, notamment des élus et des agents des nouvelles administrations. Dans le cadre communautaire et associatif, les collectivités territoriales ont montré de réelles capacités locales pour mettre en œuvre des démarches participatives et des méthodes de gestion efficaces.

Un des défis du processus de décentralisation, fondé sur la loi et l'application correcte des procédures officielles, est le faible taux d'alphabétisation et le manque de maîtrise de la langue officielle de la majorité de la population en milieu rural. Le manque d'expérience à l'échelon local en matière de gestion « formalisée » des budgets et des biens publics exige de la part des élus de nouveaux comportements et des innovations institutionnelles pour que ces élus puissent être à même de rendre des comptes aux citoyens. Ces défis devront être surmontés, notamment par la sensibilisation et la formation des élus et la mise à leur disposition de supports techniques adéquats et innovateurs adaptés à la réalité locale, et aussi par la formation continue de la population elle-même sur les enjeux de la décentralisation et la citoyenneté.

Jusqu'à maintenant, la prise en compte de la question de genre reste très limitée malgré les tentatives faites par la DNCT et les collectivités territoriales pour l'intégrer. L'attention semble s'être focalisée sur les quelques femmes élues comme maire ou conseiller, alors que la décentralisation est une opportunité inédite pour faire progresser un développement « incitatif ».

### **Les enjeux liés aux relations de partenariat**

Le troisième enjeu concerne les relations de partenariat entre les multiples acteurs du processus : la décentralisation intervient, en effet, dans un contexte de pluralisme institutionnel qui met les collectivités locales en présence à la fois de l'Etat, de ses services déconcentrés, des diverses institutions de la société civile, qu'elles soient modernes ou traditionnelles, et des prestataires des services privés.

La restructuration de l'Etat peut se faire à court terme car les services peuvent être facilement changés. Par contre, le changement des mentalités exige beaucoup plus de temps en raison des comportements acquis depuis l'aube des temps. Il faut changer les mentalités et les comportements, avec méthode et savoir-faire, tout en n'excluant pas les anciens gestionnaires chacun ayant un rôle à jouer.



Avec les institutions de la société civile, y compris les pouvoirs locaux traditionnels, les relations se jouent en termes de complémentarité, de compétition, voire de conflit. Leur bonne gestion conditionne le renforcement du processus de décentralisation et le développement local, l'adhésion de la population aux communes, et la mobilisation des ressources.

De nombreux atouts préfigurent la réunion de conditions favorables à l'émergence de réponses adéquates aux enjeux ci-dessus évoqués, à savoir : l'engagement de nouvelles autorités à poursuivre et à approfondir la réforme de décentralisation et le programme de développement institutionnel en préparation, qui prévoient non seulement de soutenir la réforme mais aussi d'entamer la décentralisation.

La réforme de décentralisation a fait d'énormes progrès. Les premiers acquis ont confirmé son importance stratégique pour le développement du Mali et la lutte contre la pauvreté, pour l'évolution de la bonne gouvernance et l'enracinement de la démocratie. Il est important que tous les acteurs comprennent que cette réforme institutionnelle n'est pas achevée par la mise en place des collectivités, de leurs organes élus, et le transfert à ceux-ci d'une partie des compétences de l'Etat. Sa mise en œuvre effective, son ancrage dans la société et son appropriation par la population, est un processus de longue durée. Elle nécessite l'appui constant de tous pour parvenir à créer une véritable gouvernance locale et un développement durable et équitable de notre pays.

#### **5.6.4 La gestion communautaire**

La gestion communautaire vit le jour au Mali depuis près de 30 ans, après Alma Ata. Toutefois, s'il est certain que la *qualité des soins* que les csc com dispensent représente l'élément fondamental de ces structures, leur viabilité constitue la question préalable à toute analyse.

Cette initiative constitue un des éléments essentiels de la nouvelle politique de santé du Mali. Elle conduit à une nouvelle répartition des fonctions entre les établissements sanitaires qui assurent l'offre de soins et le Ministère de la santé, qui cherche à se concentrer sur des activités de régulation. Cependant, l'expérience montre que les risques de dérapage sont nombreux et qu'un tel système exige une place majeure de l'État, qui, loin de se désengager, doit au contraire être encore plus présent.

Les centres de santé communautaires ont permis au système de soins de ce pays, qui fait partie des plus pauvres du monde avec un PIB/habitant de 270 US\$ par an, de faire un pas qualitatif, en créant entre le secteur public et le secteur privé classique un secteur intermédiaire, qui « allie les objectifs de santé publique du premier au pragmatisme gestionnaire du second ».

La création de ces centres s'inscrit dans un processus de restructuration en profondeur du système de soins de ce pays qui rompt avec l'organisation hiérarchique de la pyramide sanitaire pour confier une grande partie de l'offre de soins à un réseau d'établissements privés sans but lucratif, gérés par des associations d'usagers et liés à l'État par des conventions de service public.

Si l'expérience malienne montre la faisabilité technique, humaine et financière de tels centres, elle met en évidence un piège et des insuffisances, qui doivent être évités pour ne pas aboutir à leur dénaturation complète et les réduire à des « slogans politiquement corrects ».

Le piège consiste à donner un contenu idéologique au terme de « communauté », alors que la spécificité des Csc com est d'ordre essentiellement juridique et s'appuie avant tout sur le concept de citoyenneté. Les associations de santé communautaire qui les gèrent doivent en effet permettre l'implication volontaire des usagers et apporter aux centres, la représentativité qu'exige la responsabilité.

Les insuffisances se traduisent essentiellement par un déficit démocratique, qui aboutit à l'appropriation du centre par une « oligarchie », par la non transparence des comptes, qui conduit à des gaspillages et à des abus de biens sociaux et par un mauvais exercice de la tutelle, qui a pour conséquence le retour des centres dans la logique habituelle des formations sanitaires publiques.

De plus, la réussite de ces centres nécessite l'adoption de mesures de santé publique nouvelles, dont dépendent leurs aptitudes à remplir pleinement leurs fonctions et à assurer leur développement.

Il s'agit d'abord de mettre en place ou de renforcer des mécanismes de subvention à visée structurelle pour assurer la viabilité des centres situés dans les zones à très faible densité de population du Nord du pays. Il s'agit ensuite de restructurer les programmes nationaux de santé publique, comme le PEV ou la lutte contre la tuberculose et le VIH/sida, autour de relations contractuelles avec l'État pour permettre aux Csom de trouver les ressources nécessaires à leur engagement dans la conduite d'actions préventives et promotionnelles. Il s'agit enfin de mettre en place des mécanismes d'évaluation externe, permettant aux différents acteurs du système de soins, de connaître le niveau de performance de chaque centre et de conduire éventuellement à des accréditations.

Il ne faudra cependant pas oublier que c'est aussi de leur aptitude à améliorer la qualité des soins et la maîtrise des coûts que dépendra la réussite de ces centres.

Par ailleurs, la création au Mali de communes rurales et le développement des mutuelles constitueraient des atouts certains pour le développement des centres de santé communautaires, non seulement par les soutiens financiers qu'elles sont en mesure de leur apporter, mais aussi par les mécanismes régulateurs supplémentaires qu'elles sont susceptibles d'introduire au sein du système de soins du pays.

Si la société malienne est capable de prendre les mesures correctives qui s'imposent, les cscm permettront au système de soins de trouver l'assise que le Mali a toujours cherché à réaliser dans le domaine de la santé publique depuis son accession à la souveraineté nationale.

## **5.6.5 Le Partenariat et la Coopération**

### **5.6.5.1 Coopération Intersectorielle**

L'approche multisectorielle de la santé, en dépit des nombreux efforts fournis par le gouvernement de la République du Mali reste encore modeste. On peut noter quelques initiatives, particulièrement en santé et éducation, santé et développement social, santé et promotion de la femme, santé et justice, santé et préventions des désastres. Le leadership dans le cadre d'une action multisectorielle pose un problème : l'appropriation de l'intervention comme une action conjointe et non comme l'appui d'un secteur à un autre continue de dominer la philosophie des activités mises en œuvre.

### **5.6.5.2 Coopération Intra sectorielle**

De grands efforts ont été déployés au cours de ces dernières années pour mieux coordonner les actions du secteur public et du secteur privé philanthropique. Ils se sont matérialisés sous la forme de : (i) l'élaboration d'une Charte de Partenariat ; (ii) la recherche de financement dans un cadre de concertation. C'est par ailleurs une stratégie prioritaire dans le cadre du développement du système de santé du district.

### **5.6.5.3 Coopération Internationale**

L'aide externe est le fait d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) étrangères, et d'Agences Bilatérales et Multilatérales (voir chapitre financement, aide externe).

Elaboré sur la base du CSLP (2002-2006), le programme de coopération porte essentiellement sur des axes d'intervention comme : a) la gouvernance et b) l'amélioration durable des conditions sanitaires des populations. La réduction de la pauvreté, l'équité de genre, la lutte contre le VIH/SIDA, les droits

humains et les technologies de l'information et de la communication, constituaient des thèmes transversaux pour l'ensemble des programmes.

La performance réalisée est le résultat d'actions de mobilisation de ressources de type classique, d'initiatives d'ouverture vers des partenaires de type nouveau (secteur privé, fondations internationales), et d'actions d'accompagnement de la mise en oeuvre de programmes nationaux. Le pays a reçu l'appui de la coopération dans la préparation et la soumission de ses propositions au financement : i) du Fonds du Millenium Challenge Account (MCA) qui a été approuvée pour un montant de 460 millions de dollars E.U. Près de 95% du portefeuille de projets/programmes a été mis en oeuvre selon la modalité d'exécution nationale. ii) de l'Alliance GAVI qui a été également approuvée pour un montant de 4 millions 674 mille de dollars des E.U, dans le cadre du renforcement du système de santé.

A la demande du Gouvernement du Mali, les partenaires techniques et financiers pourront l'accompagner dans la mise en oeuvre de ses programmes nationaux, en matière de services d'appui pour lesquels l'indépendance, le savoir-faire et le réseau mondial offrent un avantage comparatif, notamment en matière de développement sanitaire.

#### **5.6.5.4 Coordination de l'aide**

Bénéficiant d'un volume important d'apports d'aide, le Mali accorde une attention particulière au renforcement des processus de coordination et d'harmonisation entre donateurs. Pour mettre en oeuvre le processus d'harmonisation, en collaboration avec ses partenaires, le gouvernement a arrêté une approche de coordination par secteurs clés. Ainsi, les interventions des donateurs s'organisent autour de stratégies sectorielles et de cadres de dépenses à moyen terme. En outre, six donateurs ont signé en mars 2006 un protocole d'accord avec le Gouvernement malien sur un cadre conjoint d'appui budgétaire, aux termes duquel les signataires s'engagent à adopter une série uniforme de principes généraux pour l'aide budgétaire accordée au Mali.

Le gouvernement a établi un secrétariat pour l'harmonisation de l'aide et adopté à cet égard un plan d'action qui aura pour effet de renforcer son rôle directeur. Les donateurs ont aligné leur aide sur le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, et le gouvernement discute périodiquement avec eux de l'état d'avancement de cette stratégie.

Les donateurs ont par ailleurs mis en place une cellule d'appui technique qui les aide à harmoniser leurs interventions et à préparer les consultations avec les responsables du pays. Ils tiennent entre eux des réunions mensuelles dont la présidence change tous les six mois, selon un système de rotation alternée entre donateurs bilatéraux et multilatéraux.

Il est possible que les apports d'aide au Mali augmentent avec l'afflux croissant de donateurs. Certains partenaires bilatéraux (Belgique, Canada, Danemark, Pays-Bas et Suède) ont choisi le Mali comme pays-cible de leur aide extérieure pour les années à venir, et des partenaires non traditionnels (à savoir la Chine et l'Inde) sont de plus en plus présents dans le pays. Aussi le Mali fait-il face au défi d'unir les donateurs autour d'une stratégie conjointe et d'utiliser l'aide reçue de manière plus efficace grâce à une coordination et une harmonisation plus étroites des donateurs et une simplification accrue de l'aide.

Depuis 1998, le Mali s'est engagé dans un processus de réforme du système international d'aide. Le diagnostic effectué avait indiqué principalement que l'aide extérieure qui occupe une place importante dans l'économie, dans les institutions et même dans la société malienne, est faiblement intégrée dans la gestion nationale et n'est pas coordonnée aussi bien entre bailleurs que par rapport aux bénéficiaires, diminuant ainsi l'efficacité de cette aide<sup>10</sup>.

On note un manque d'efficacité de l'allocation financière par rapport aux interventions clés et aux services de santé de base (PMA et activités de référence) avec une forte mobilisation de

l'investissement sans accompagnement sur les aspects de fonctionnement. Il manque aussi un mécanisme efficace de financement alternatif de la santé et de motivation du personnel pour servir dans les zones défavorisées. De plus, l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières est inégale entre les régions.

#### **5.6.5. 5 Nouvelles stratégies/Partenariat public privé**

Au Mali, bien que plusieurs interventions et stratégies novatrices soient développées et mise en œuvre au plan national le taux de mortalité maternelle reste élevé. Les quatre enquêtes démographiques et de santé font état respectivement de 700, 577,582 et 464 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Selon EDSM-IV, le risque de mortalité juvénile s'établit à 105 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 191 ‰. En d'autres termes, au Mali, environ un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

La politique sectorielle de santé accorde un choix privilégié à l'amélioration de la qualité des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est ainsi que dans la mise en œuvre du PRODESS I, des efforts importants ont été faits dans ce sens à savoir : l'élaboration et la révision des normes et procédures, l'organisation de plusieurs formations, l'élaboration des outils et guides de supervisions intégrées, la réalisation de plusieurs recherches actions concernant la qualité des soins et la mise en place d'un système d'information sanitaire performant.

Un accent particulier a été également mis sur l'extension de la couverture sanitaire par la construction de centres de santé communautaire, la réhabilitation de centres de santé de cercle et d'arrondissement ainsi que le renforcement de leurs équipements.

Malgré ces efforts énormes, des problèmes demeurent, comme par exemple la demande pressante de la qualité par les clients, la nécessité de motiver davantage les prestataires, la nécessité de suivi des formations continues et d'augmenter l'utilisation des services. En effet l'augmentation de la couverture sanitaire géographique n'a pas été suivie d'une augmentation significative de l'utilisation des services.

Diverses approches pour améliorer la qualité des soins ont été mises en œuvre, ou sont en cours avec les partenaires engagés dans la mise en œuvre du PRODESS II. Parmi elles, l'approche accréditation « CIWARA D'OR » est une initiative destinée à améliorer la qualité de l'offre et la demande de service au premier échelon. Elle a été mise en œuvre grâce à l'appui de l'USAID avec la participation de tous les acteurs du système de santé. Des résultats appréciables ont été obtenus, comme :

- Le renforcement de la cohésion entre les différents acteurs à la base pour une gestion synergique des problèmes ;
- La contribution à l'amélioration du dialogue prestataires / utilisateurs ;
- L'amélioration de la relation entre les Mairies et les ASACO pour une mobilisation adéquate des ressources communales pour la santé ;
- La création d'un cadre de gestion des conflits/rumeurs entre prestataires et communautés ;
- Des personnels de santé valorisés par différentes formes de motivation par reconnaissance du mérite et la régularisation de leur situation administrative (contrats de travail, affiliation à INPS)
- L'augmentation de la fréquentation et de l'utilisation des services de santé...

Au vu de ces résultats, l'approche peut être un levier pour la démarche qualité dans les services de santé et mérite d'être renforcée.

La libéralisation des professions sanitaires autorisées depuis 1985 et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé notamment médical, paramédical, pharmaceutique ainsi que la médecine traditionnelle. Tous ces acteurs participent significativement à la couverture et l'utilisation des soins du Paquet Minimum d'Activités (PMA). Cependant, malgré leur

proximité des structures publiques, leur contribution n'est pas suffisamment intégrée dans la collecte des données du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS).

En matière de partenariat dans le secteur Public Privé on note certaines expériences sur le terrain tels que le contrat d'amélioration des performances des EPH, la contractualisation des Ministères avec les ONG, la contractualisation avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO), les relations contractuelles avec les institutions d'assurance, la sous-traitance et l'achat de services, la contractualisation dans le domaine des ressources humaines, la Maîtrise d'ouvrage déléguée, les contrats de jumelage, les réseaux et les conventions de coopération; ont entraîné une grande implication de la population et une amélioration de certains indicateurs. Malgré les résultats encourageants de ces expériences, celles-ci demeurent isolées et conduites dans la plupart des cas sur la base d'initiatives volontaristes.

Toutefois cette contractualisation qui est une expérience nouvelle rencontre certains problèmes dans sa mise en œuvre :

- l'insuffisance de coordination des interventions (multiplicité des mêmes intervenants dans les mêmes zones, duplication des interventions),
- l'insuffisance de suivi/évaluation des contrats existants (absence ou dysfonctionnement des mécanismes de contrôle des contrats existants, absence de signature de convention et/ou de contrat entre la tutelle et les partenaires d'exécution) ;
- l'insuffisance de décentralisation des contrats (non responsabilisation des acteurs locaux dans l'exécution des contrats par exemple).
- prise en compte insuffisante des aspects multisectoriels ;
- absence de cadre de partenariat ;
- définition imprécise des rôles des différents acteurs dans le secteur ;
- faiblesse des Directions régionales dans leur rôle de coordination des partenaires et absence d'accords de partenariat entre ces directions et leurs partenaires ;
- manque de synergie entre le niveau central et le niveau régional.

Une politique de contractualisation va bientôt être rendue officielle (élaborée sous la direction du Ministère du Développement Social). Un Manuel de Procédures a été élaboré pour accompagner cette politique de contractualisation. Il contient certains outils pratiques tels que des contrats standards pour les ONG. Il lui manque un contrat standard pour le secteur privé à but lucratif, les tradipraticiens de la santé.

Face à cette situation il est nécessaire de faire un plaidoyer pour entreprendre des stratégies nouvelles en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement et le renforcement du système de santé.

Le but principal de cette démarche est d'offrir aux différents acteurs un cadre pour opérationnaliser ces stratégies nouvelles. Elle se focalise sur les voies et moyens de faire d'avantage avec les ressources existantes et additionnelles, et d'encourager les synergies d'action entre les différents acteurs du développement de la santé.

Les domaines prioritaires suivants seront traités :

- Le Partenariat Public Privé (PPP) dans le domaine de la santé ;
- L'approche accréditation pour la qualité des soins et services de santé ;

### **Orientations stratégiques :**

Les différentes orientations stratégiques s'articulent autour des aspects suivants :

- Amélioration de l'organisation et du fonctionnement des établissements sanitaires ;
- Amélioration des compétences techniques et des comportements des professionnels de santé de manière à répondre à la demande des usagers ;
- Amélioration de la qualité des soins et l'usage des médicaments ;
- Définition et renforcement de la stratégie d'accréditation dans les établissements sanitaires pour les services de qualité satisfaisante rendue;
- Renforcement des stratégies de communication et de mobilisation sociale à l'endroit des intervenants étatiques et non étatiques de la santé pour une gestion synergique du PPP;
- Amélioration du financement des prestations de services du secteur public et privé par une mobilisation adéquate des ressources ;
- Développement des mécanismes de financement alternatif de la santé ;
- Renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle pour le contrôle de l'exercice des professions de santé ;
- Renforcement du dynamisme partenarial entre les différents acteurs de gestions des établissements sanitaires.

## **6. ETAT D'AVANCEMENT DES INITIATIVES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Une des leçons tirées de la mise en oeuvre du plan sectoriel de développement sanitaire du Mali aura été l'intérêt de sortir de l'approche projet pour adopter l'approche programme, qui est par ailleurs l'approche vers laquelle tendent maintenant les autres partenaires dans le cadre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. La meilleure coordination qui en découle, de même que l'harmonisation et la nouvelle tendance de renforcement de l'appui budgétaire, engendrent une demande d'accompagnement d'un type nouveau de l'ensemble des partenaires. Ceux-ci sont en train de se repositionner pour soutenir le Gouvernement dans la mise en œuvre des programmes nationaux de développement sanitaire. Les principales réformes institutionnelles et initiatives mises en œuvre dans le cadre du renforcement du système de santé, qui sont d'ailleurs soutenues par les partenaires, sont les suivantes.

### **6.1 Les Ressources humaines pour la santé**

Le développement des ressources humaines joue un double rôle dans la stratégie du Mali. C'est l'un des principaux instruments de l'égalité des chances et de la promotion des populations les plus défavorisées. C'est aussi, pour le long terme, le moyen le plus efficace de stimuler la modernisation et la diversification de l'économie nationale essentielle pour un pays qui dépend excessivement des aléas climatiques et des prix internationaux d'un tout petit nombre de produits primaires.

La Politique nationale et le Plan stratégique national de développement des ressources humaines pour la Santé sont en plein processus de validation au niveau du Gouvernement du Mali à l'heure d'élaborer le présent document. Par ailleurs, le Gouvernement du Mali est sur le point de changer la structure organisationnelle de certains Départements, dont la Santé, en vue de mettre sur pied des Directions des Ressources Humaines. Enfin, plusieurs éléments de la politique de RHS vont bénéficier de divers appuis extérieurs, en particulier :

- Le volet RSS de l'initiative GAVI va cofinancer pendant trois ans l'octroi de primes d'incitation à travailler dans les zones difficiles, ainsi que la supervision intégrée renforcée ;

- Plusieurs partenaires techniques et financiers s'inscrivent dans les efforts du plan de formation, notamment en finançant des bourses de spécialisation.

## 6.2 Les infrastructures

Le premier volet du PRODESS concerne l'augmentation de la couverture sanitaire. Le Ministère de la Santé a élaboré une carte sanitaire qui définit les aires de santé. Toutefois, avec la décentralisation, les communes sont responsables de la construction des nouveaux Cscm et en construisent parfois sans respecter la carte sanitaire.

Selon les derniers chiffres disponibles [présentation de la DNS au Comité technique des 9-10 juin 2008], fin 2007 le nombre de Cscm fonctionnels s'élevait à 826 (venant de 785 fin 2006), ce qui correspond à un taux de 53% de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé, et 79% de la population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de santé. Un effort particulier est fait en termes d'amélioration de la couverture sanitaire dans les zones de faible peuplement, soit dans le nord du pays.

## 6.3 La professionnalisation des soins de santé

Le Ministère de la santé reconnaît que « la réorganisation du système national de santé implique un choix allant dans le sens de la professionnalisation des soins de santé et de l'organisation d'une chaîne de compétence autour des personnels prestataires et d'appui ». L'Etat a pour mission de garantir à la population des soins de qualité ce qui ne peut être réalisé qu'avec un personnel ayant les compétences requises. Au cours de ces dernières années l'augmentation de la demande de soins, la faiblesse de la fonction normative du MS dans le domaine du contrôle professionnel et de l'accréditation des centres de formation ont affecté la qualité des ressources humaines du secteur. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour juguler cette situation:

**Sur le plan stratégique et organisationnel.** L'élaboration de la politique nationale de développement des ressources humaines et le besoin de création de la direction de développement des ressources humaines et de contrôle des professions de la santé, des études sur les besoins en formation des personnels de santé et un diagnostic de la fonction des ressources humaines dans le secteur de la santé, la création d'un centre d'information et de Formation en administration de la santé pourraient constituer des pas significatifs dans la compréhension de la problématique des ressources humaines.

**Sur le plan opérationnel.** La formation de nouvelles catégories de professionnels répondant à certains besoins du système : la formation de médecin de famille avec une attention particulière pour les soins obstétricaux d'urgence et une compétence chirurgicale, le programme d'Etudes Spécialisées en Gestion des Services et des Systèmes de Santé, la formation en gestion hospitalière seraient également des atouts importants pour la performance du système de santé de cercle.

**La gestion stratégique des ressources humaines du secteur.** Les activités pour la mise en œuvre d'un programme de développement des ressources humaines ont été définies dans le plan stratégique national pour le développement des ressources humaines (2008-2012). Il s'agit actuellement de mobiliser les ressources pour sa mise en œuvre et de réaliser les prés requis à l'exécution.

**Les activités visant le contrôle des professions de la santé (outils institutionnels).** La nouvelle direction de développement des ressources humaines, avec l'appui technique de l'OMS pourrait procéder à la révision du curriculum de la formation initiale des infirmières et des sages-femmes. Les responsables de soins infirmiers et obstétricaux disposeront d'un instrument leur permettant de standardiser davantage la formation dispensée dans les écoles publiques et privées, de procéder à l'accréditation des écoles, d'évaluer les étudiantes infirmières et d'assurer la formation continue des infirmières diplômées.

La nouvelle direction de développement des ressources humaines aura également à mettre en place une banque de données sur les professionnels de santé diplômés au Mali. Par ailleurs une démarche de standardisation des curricula des écoles de technologistes médicaux est en cours.

Un mécanisme de régulation des écoles privées d'infirmières et de sages-femmes est déjà mis en place. Un inventaire des différentes écoles existantes devrait être fait.

Cependant, cette démarche fait face à de multiples contraintes comme le manque de ressources humaines possédant une expertise dans ce domaine, la motivation des responsables et les divergences sur une vision stratégique des soins infirmiers.

### **La formation de nouvelles catégories de professionnels de la santé**

**Les infirmières sages-femmes (infirmières obstétriciennes).** La mortalité maternelle constitue une grande préoccupation pour les responsables sanitaires du pays. Les récentes études sur la santé de la reproduction révèlent que seulement un quart des naissances ont bénéficié de l'assistance d'un professionnel de la santé.

**Les gestionnaires de la santé.** La gestion de plusieurs institutions sanitaires publiques ou privées dans bien des cas se révèle défailante. Le manque de formation en administration des responsables est évoqué parmi les causes de dysfonctionnement des hôpitaux. En effet le trinôme qui dirige les hôpitaux (médecin, infirmière et administrateur) n'a pas reçu dans sa formation de base les connaissances l'habilitant à administrer correctement une institution hospitalière. Le ministère de la santé à travers ce centre de formation va développer un programme de formation à l'intention des responsables des Csref et des EPH de référence. Ces nouveaux cadres vont également participer aux projets de revitalisation des hôpitaux publics.

A la fin du cycle, les apprenants réalisent une activité de synthèse portant soit sur un domaine spécifique soit sur la gestion globale d'une institution sanitaire.

**Les autres initiatives dans le domaine de la professionnalisation des soins de santé. La formation des médecins de famille.** En partenariat avec une université de la sous-région africaine, le Ministère de la santé et la direction des affaires académiques du 3<sup>e</sup> cycle de l'Université du Mali procèderont à la formation de Médecins de Famille dans l'un des EPH désignés à cet effet. Les médecins après un cycle de formation de 3 ans acquièrent une compétence notamment dans la gestion des institutions sanitaires.

**La Formation des épidémiologistes de terrain.** Cette formation rentre dans le cadre des activités visant à renforcer le niveau déconcentré du système de santé. Un programme devrait être conçu en vue d'augmenter davantage la capacité des directions régionales dans des domaines spécifiques comme la surveillance épidémiologique, l'analyse des données relatives à la morbidité, la mortalité et la gestion locale d'un système d'information sanitaire.

**6.4 La revitalisation et l'extension du réseau hospitalier public.** Le réseau hospitalier public constitue un important recours pour les patients. Il en est de même pour les praticiens privés de certaines régions du pays qui n'ont que les structures publiques pour prendre en charge les patients nécessitant une hospitalisation.

La revitalisation et l'extension du réseau hospitalier public rentrent dans le cadre des efforts visant l'amélioration de l'offre de soins et des services en milieu hospitalier. Cette activité doit inclure un



diagnostic institutionnel portant sur un certain nombre de domaines d'intervention, l'élaboration de plan de revitalisation correspondant aux domaines analysés et la mise en œuvre des plans.

Le diagnostic institutionnel porte sur :

- La gestion de l'institution ;
- L'accueil et la communication ;
- La prise en charge des urgences médicochirurgicales ;
- Le fonctionnement de la maternité ;
- Les accessoires de la prise en charge des patients
- La disponibilité de l'eau potable en permanence ;
- La collecte et le traitement des eaux usées ;
- La disposition hygiénique des déchets solides et des déchets biomédicaux ;
- L'exploitation et l'entretien des installations d'assainissement.

Certains EPH font déjà l'objet de cette démarche dont le processus aboutira à la mise en œuvre de plan de revitalisation, par le biais de projet d'établissement. Des changements notoires sont en train d'être observés au niveau par exemple de l'accueil des patients, de l'hygiène et de la communication entre le personnel et les patients. L'amélioration des conditions d'hygiène a des répercussions positives sur la qualité de la prise en charge.

L'extension du réseau hospitalier public est en cours. On ne peut pas en ce moment évaluer ces institutions en ce qui a trait à l'organisation des services, la couverture, la prestation des services et la qualité des soins offerts.

#### **6.5 La modernisation du système d'information sanitaire (SIS), système de**

**monitorage/évaluation.** Le système de santé malien a connu différents niveaux de structuration au cours de ces trente dernières années pour arriver au modèle de système de santé de cercle, avec les Cscm, les Csar et les Csref. Beaucoup de problèmes ont été évoqués pour expliquer le niveau de développement jusqu'ici atteint par le système de santé. Parmi ces problèmes, on peut citer la faible capacité des systèmes d'information sanitaire avec comme conséquences une faiblesse dans la planification et une faible performance du système dans son ensemble.

Consciente de cette problématique et du rôle fondamental de l'Information sanitaire dans l'élaboration et l'application de toute politique de santé, la haute direction du Ministère a confié à la Cellule de planification et de statistique, la mission de piloter la réorganisation et la mise en place d'un SIS.

La disponibilité au moment opportun d'informations sur les diverses fonctions du système de santé fut enfin abordée au cours de ces dernières années. L'approche basée sur des informations relatives à la maladie fut abandonnée par la Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé (CPS) pour une approche plus moderne de système d'information dynamique pouvant servir comme outils : d'aide à la décision, de gestion de la performance, de formation et de recherche.

La CPS a réalisé des séminaires sur le cadre conceptuel d'un système d'information sanitaire au niveau régional et opérationnel. Le but de ces activités est de sensibiliser les acteurs sur l'importance d'un système d'information et d'obtenir un consensus sur les étapes à suivre pour la mise en place d'un SIS. Ils ont permis en outre de corriger les fausses perceptions sur un système d'information : par exemple un instrument de contrôle à l'usage exclusif des décideurs, un réseau d'ordinateurs, l'accès à l'internet.

Suite à un atelier de consensus et ces séminaires, les responsables et les différents acteurs concernés sont d'accord sur la nécessité d'un système d'information sanitaire (SIS) performant mais ce

consensus n'a cependant pas suffi jusqu'à présent à mettre en œuvre un dispositif véritablement opérationnel répondant aux besoins réels du système de santé.

La mise en place d'un système d'information sanitaire devra :

- se baser sur une évaluation des besoins en information des différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- éviter une approche unidirectionnelle
- et avoir un aspect convivial.

Le système d'information sanitaire devrait se présenter en miroir du système de santé. Le renforcement du système de santé qui se dessine doit être l'occasion de redéfinir le dispositif eu regard au mode d'organisation qui sera retenu pour le système. En particulier, le niveau de référence hospitalier doit être l'objet d'une information sanitaire spécifique et les mécanismes de référence/contre référence doivent aussi être documentés.

**6.6 La Médecine traditionnelle.** Le Mali a déjà affirmé une réelle volonté politique de promouvoir cette médecine par la création en 1968 d'un Institut de phytothérapie qui, après plusieurs étapes d'évolution, est aujourd'hui Département de Médecine Traditionnelle (DMT) au sein de l'INRSP. Ce DMT en charge de la valorisation des ressources de la Médecine traditionnelle (MT) a essentiellement deux objectifs :

- Organiser le système de MT pour assurer sa complémentarité avec la médecine conventionnelle ;
- Fabriquer des médicaments efficaces ayant un coût relativement bas et dont l'innocuité est assurée.

Au plan législatif et réglementaire, le Gouvernement de la République du Mali a fixé les conditions d'ouverture des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) par le décret no 94-282/PRM du 15 août 1994.

L'arrêté no 95-131/MSS-PA du 22 juin 1995 fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels d'herboristeries de l'unité de production des MTA.

Bien que la médecine traditionnelle soit utilisée en Afrique par plus de 90% de la population locale, seuls le Mali et le Ghana l'ont reconnue et intégrée dans leurs systèmes de santé publique. C'est seulement en 2003 que la Journée africaine de la médecine traditionnelle a été instituée par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour attester du rôle essentiel de cette médecine dans les sociétés africaines.

La sixième édition de la Journée africaine de médecine traditionnelle a été célébrée en 2008 dans notre pays, au département de médecine traditionnelle de l'INRSP. Cette journée placée sous le thème «Rôle des tradipraticiens dans les SSP », crée un cadre de concertation et d'échanges entre praticiens des médecines conventionnelle et traditionnelle.

Cette collaboration doit être envisagée dans une vision globale de complémentarité. Il est ainsi important de réfléchir à l'apport concret des tradipraticiens à l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte où la médecine traditionnelle est un maillon essentiel de la promotion de la santé de la population. Elle doit par conséquent intégrer le système de santé dans nos pays.

Au Mali, l'itinéraire thérapeutique montre que la famille et les tradithérapeutes constituent le premier recours de plus de 80% de la population. Les structures de santé sont consultées dans la majorité des cas après passage des malades chez un tradithérapeute. Ce phénomène culturel attribue à la médecine traditionnelle une place de choix pour assurer une prise en charge optimale des patients. Aujourd'hui, le département de médecine traditionnelle qui est en charge de sa promotion développe des actions qui font figure de référence dans toute l'Afrique de l'Ouest.

Aujourd'hui force est de constater qu'un fort courant se dessine au Mali en faveur d'une meilleure connaissance de la médecine traditionnelle et partant de ce constat qui met en exergue ses vertus, on va dans la perspective, vers l'intégration effective de cette médecine dans le système national de santé.

**6.7 La recherche opérationnelle.** A l'heure de rédiger le présent document, le MS est en train de finaliser sa Politique Nationale de Recherche en Santé (PNRS), qui fournit une analyse détaillée des institutions et pratiques de recherche en santé au Mali et détermine les objectifs et stratégies en la matière. La recherche-action et le renforcement de la recherche opérationnelle sont en effet parmi les stratégies pour améliorer l'utilisation, la performance et la qualité des services de santé (Volets 3 et 4 du PRODESS II).

Vu les lacunes en la matière, les principaux axes d'orientations stratégiques de la PNRS sont les suivants :

- Définition des domaines prioritaires et mettre l'accent sur la recherche opérationnelle /action ;
- Développement des capacités des équipes à effectuer la recherche opérationnelle et à traduire les résultats en action plus efficace ;
- Motivation des chercheurs à faire carrière au Mali ;
- Coordination et échange en matière de recherche opérationnelle et de transfert de connaissances ;
- Développement du partenariat en matière de recherche opérationnelle notamment avec les Instituts spécialisés, les universités, les écoles de formation, les régions, les districts, les collectivités locales et les bailleurs de fonds ;
- Développement de la recherche de financement endogène de la recherche opérationnelle et de la capacité de recherche de financement exogène (notamment les organismes subventionnaires) ;
- Soutien accru aux recherches cliniques et biomédicales ;
- Promotion de la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche en santé.

**6.8 L'accès aux services sociaux de base.** Des progrès sensibles ont été accomplis dans le secteur de la santé. L'analyse des indicateurs sociaux de base montre une bonne orientation dans l'exécution des activités envisagées, mais avec cependant un impact encore insuffisant.

L'actuel Plan décennal de développement social et sanitaire (PDDSS) dont la deuxième tranche quinquennale (PRODESS II) en cours d'exécution, a pour objectif général d'améliorer l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays. Le PRODESS est la traduction opérationnelle du PDDSS dont il fixe les actions prioritaires pour les cinq (5) ans de sa mise en œuvre. Les priorités retenues par le PRODESS visent à réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies et à contribuer à la réduction de l'exclusion sociale.

Le CSLP est en concordance avec le PRODESS du fait que ses indicateurs de suivi-évaluation dans le domaine de la santé sont issus du PRODESS. Le suivi régulier du PRODESS et du CSLP porte sur les indicateurs de produits dont le niveau d'atteinte est suivi annuellement par le système national d'information sanitaire (SNIS).

Des dispositions sont en cours pour augmenter la fiabilité et la complétude des données collectées suite à l'évaluation du schéma directeur du système d'information. L'examen de quelques indicateurs clés montre des niveaux d'atteinte satisfaisants notamment en ce qui concerne les constructions nouvelles ainsi que les taux de mortalité infantile.

Les efforts ont porté sur la construction de Cscm dont le nombre a régulièrement progressé entre 1998 et 2006, passant de 360 en 1998 à 448 en 1999, de 490 en 2000 à 557 en 2001 pour atteindre 624 centres en 2002 contre un objectif prévu de 560, soit un taux d'atteinte de l'objectif pour 2002 de 111%.

D'autres indicateurs enregistrent des taux d'atteinte des objectifs satisfaisants. Le taux de couverture sanitaire à moins de 5 km est de 44% sur une prévision de 45%, soit un taux d'atteinte de 98%. Le taux de couverture sanitaire à moins de 15 km est de 68% sur une prévision de 65%, soit un taux d'atteinte de 105%.

Le taux de couverture de l'accouchement assisté en 2002 est de 44% sur une prévision de 45%, soit un taux d'atteinte de 98%. Le taux de couverture en DTCP3 (< 1 an) est de 74% en 2002 sur une prévision de 80%, soit un taux d'atteinte de 93%. Un effort est cependant fait en termes d'amélioration de la couverture sanitaire qui concerne actuellement et essentiellement les zones de faible peuplement en particulier dans le nord du pays.

L'analyse est plus difficile à mener pour ce qui est des indicateurs d'impact dont l'appréciation s'effectue par le biais des EDS. L'EDS III note une amélioration du taux de mortalité infantile par rapport à EDS II (réduction de 123 p 1000 à 113 p 1000). Il en est de même pour le taux de mortalité infanto-juvénile (réduction de 238 p 1000 à 229 p 1000). L'EDS IV, quant à elle montre une amélioration sensible du taux de mortalité maternelle par rapport à EDS III (réduction de 582 p 100 000 à 464 p 100 000). Pour le taux de mortalité infantile il est passé de 113 p 1000 à 91 p 1000). Il en est de même pour la mortalité infanto-juvénile (réduction de 229 p 1000 à 191 p 1000). On note cependant une relative stagnation de certains indicateurs d'impact notamment le taux de malnutrition chronique chez les enfants.

Cette situation n'est pas imputable au seul secteur. Ses déterminants sont à l'évidence multifactoriels et en particulier d'ordre socioculturel et économique voire climatique. Plusieurs facteurs dont entre autres ceux qui suivent expliquent cette situation :

- insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines mises à la disposition du Ministère de la Santé ;
- insuffisante prise en compte d'éléments déterminants de la problématique socio sanitaire tel le phénomène de pauvreté dont l'incidence sur le taux d'utilisation des services est bien pourtant connue ;
- insuffisance des moyens financiers due entre autres au faible niveau de performance de la chaîne d'exécution budgétaire.

D'autres progrès sensibles ont été accomplis dans le secteur. Outre les taux de couverture en infrastructures, en équipements et en personnels déjà mentionnés, notons l'amélioration des indicateurs d'accès suivants [source : présentation de la DNS au Comité technique des 9-10 juin 2008 :

- Evolution de la consultation curative : 0,29 nouveaux cas / habitant / an en 2007, contre 0,26 en 2006 et 2005 ;
- Evolution de la consultation prénatale : 77% en 2007, contre 75% en 2006 et 2005 ;
- Taux d'accouchements assistés : 59% en 2007, contre 55% en 2006 et 53% en 2005 ;
- Taux de vaccination DTCP3 (< 1 an) : 94% en 2007, contre 92% en 2006 et 91% en 2005 ;
- Proportion de districts sanitaires ayant organisé le système de référence/évacuation : 97% en 2007, contre 86% en 2006 ;
- Taux de césariennes : 2,06% en 2007, contre une prévision de 3% et contre 1,89% en 2006 ;

- Extension PTME : 147 sites en 2007 (dont 59 nouveaux sites sur 30 prévus), contre 88 en 2006 ;
- Prise en charge de la malnutrition aigüe effective dans 43 Csref et hôpitaux et 322 Cskom de 6 régions (Gao, Mopti, Sikasso, Koulikoro, Kayes et Bamako) ;

Quant aux résultats obtenus, on peut noter les progrès suivants :

Selon le SLIS [source : présentation de la DNS au Comité technique des 9-10 juin 2008] :

- Taux de décès après césarienne : 1,98% en 2007, contre 2,05% en 2006 ;
- Lutte contre la tuberculose : 2.858 (76%) malades ont été déclarés succès au traitement (guéris + traitement terminé) en 2007, contre 2.459 (69,7%) en 2006 ; 234 malades (soit 6%) ont abandonné le traitement en 2007, contre 255 en 2006 (soit 7,8 %) ;

Selon l'EDS.M-IV :

- Taux de mortalité infanto juvénile : 191 pour 1000 naissances vivantes en 2006, contre 229,1‰ en 2001 (EDS-III) et 237,5‰ en 1996 (EDS-II).
- Taux de mortalité infantile : 96‰ en 2006, contre 113,4‰ en 2001 et 122,5‰ en 1996 ;
- Taux mortalité maternelle : 464 pour 100.000 naissances vivantes en 2006, contre 582 pour 100.000 en 2001.

Au delà des approches communautaires dans le cadre de l'extension de la couverture sanitaire et de la composante sociale de la lutte contre la maladie, le PRODESS a enregistré d'autres résultats relatifs à la lutte contre l'exclusion sociale et les modalités de financements alternatifs de la santé. Il s'agit entre autres de l'institutionnalisation du mois de solidarité et de lutte contre l'exclusion sociale, la mise en place du fonds de solidarité nationale et des caisses de solidarité (dans 28 cercles) pour la prise en charge des urgences obstétricales dans le cadre de la référence évacuation et d'autres actions spécifiques en faveur des groupes fragiles, le développement du mouvement mutualiste (75 mutuelles), les études de faisabilité sur le Fonds d'assistance médicale et l'assurance maladie obligatoire, la mise en place de l'Union Technique de la mutualité.

Sur le plan social, beaucoup reste à faire pour améliorer l'accès des populations les plus pauvres et les plus vulnérables aux services de base et prendre en compte les priorités émergentes dans la prolongation à 2011 de la deuxième tranche quinquennale du PDDSS qui s'inspire largement des orientations du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Les principales réalisations en matière de renforcement de la solidarité et lutte contre l'exclusion concernent la réinsertion socioprofessionnelle des personnes vulnérables que sont les femmes démunies seules chargées de famille, personnes âgées et celles handicapées démunies, les enfants de parents vivant avec le VIH/SIDA, femmes porteuses de fistules vésico-vaginales, enfants en circonstance difficile, personnes victimes de maladies sociales. La prise en charge médicale des personnes démunies occupe également une place importante.

Les activités de lutte contre la pauvreté à travers la réinsertion socio-économique des personnes démunies passent notamment par la réalisation d'activités génératrices de revenus, l'accès des personnes handicapées au microcrédit et l'appui financier et technique aux associations.

La Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire (DNPSES) est également entrain d'élaborer des projets de textes sur l'assurance maladie obligatoire (AMO).

## 7. CONCLUSION DE L'ANALYSE

L'identification des faiblesses à la performance du système de santé ainsi que les problèmes sanitaires qui en découlent a permis de faire un diagnostic de la situation en mettant en évidence les points forts, les faiblesses, les opportunités et les menaces du secteur. Cette analyse révèle l'urgence de procéder au renforcement du système de santé en prenant en compte les paramètres qui ont été identifiés. Elle permettra aussi de formuler des réponses qui tiennent compte d'une part des éléments suivants : équité, efficacité, qualité, efficience, financement pérenne, interventions intersectorielle et participation communautaire; et d'autre part des priorités stratégiques formulées par les autorités sanitaires et la Politique nationale de santé fondée sur les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale.

### CHAPITRE III VISION, OBJECTIFS ET STRATEGIES

#### 1. Vision

Le Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé est fondé sur :i) la vision commune de tous les acteurs du système de relever franchement le défi des OMD en atténuant la lourde charge de la morbidité et de la mortalité dues à la pauvreté et à la marginalisation, ii) l'effort coordonné qui engage la responsabilité de tous et de chacun. Il se base aussi sur la ferme volonté de l'Autorité sanitaire nationale et des partenaires de la communauté internationale d'éradiquer la pauvreté et de placer le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable.

Le renforcement du système de santé prend la réduction de la mortalité materno-infantile, comme principale cible, pour la performance du système notamment au niveau district. En effet à partir de ce problème de santé prioritaire, une approche systémique large peut d'emblée être envisagée.

Il s'agit d'une notion à laquelle il faut se référer dans la conception et la réalisation des interventions visant à renforcer le système de santé. La mortalité maternelle et infantile, le PMA, le partenariat pour la mise en œuvre des interventions, le suivi/évaluation et la participation communautaire seront considérés comme « porte d'entrée » pour le renforcement du système.

#### ◆ La santé maternelle et infantile

Dans le champ de la santé, le défi pour l'autorité sanitaire nationale est de fournir une réponse à la fois spécifique et systémique à la demande sociale d'accès à des soins de qualité de manière équitable.

La question qui se pose est celle de concevoir une intervention de santé qui à la fois donne une réponse pertinente à un problème prioritaire et en même temps contribue au renforcement du système de santé. C'est dans ce contexte que le Département de la santé va choisir la santé maternelle et infantile (**OMD5 et 4 respectivement**) comme cible prioritaire pour le renforcement du système de santé.

La lutte contre la mortalité maternelle et infantile est prise dans le sens d'intervention majeure pour non seulement donner une réponse immédiate à un problème prioritaire mais aussi renforcer le système de santé au point de vue infrastructures/équipements, ressources humaines, financement des services, systèmes d'approvisionnement en médicaments, gestion et organisation, qualité des soins, partenariat, système d'information (alerte et recherche). L'hypothèse de départ est que la réduction de la mortalité maternelle et infantile suppose au niveau institutionnel et structurel la mise en place d'une série de conditions et de mesures d'accompagnement qui vont améliorer concrètement le niveau de services offerts pour l'ensemble du PMA et la capacité de régulation du système.

La mise en œuvre de cette approche à travers les plans opérationnels (PO) devrait permettre de vérifier la validité de l'hypothèse de départ et de documenter les conditions concrètes de son introduction et de sa viabilité.

L'enjeu pratique est de proposer à l'ensemble des partenaires un modèle d'intervention pertinente, reproductible et dont les effets inducteurs permettent d'améliorer l'offre globale de soins et de renforcer la pérennité des services. Ce modèle pourra se référer par exemple à l'approche des besoins obstétricaux non couverts, supportés par une démarche de type recherche-action, visant à :

- l'identification du déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA) ;
- l'analyse des blocages à l'accès aux soins et la documentation du processus de prise en charge des urgences obstétricales (césarienne par exemple).

Le Plan stratégique national de la santé de la reproduction et la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali représentent des instruments-clés dans ce processus. Il doit définir avec précision sa nécessaire articulation avec les autres domaines d'intervention à portée programmatique ou systémique. Ceci concerne notamment l'universalisation de la prévention de la transmission mère enfant dans la lutte contre le VIH/SIDA, ou plus simplement l'organisation globale des urgences médicochirurgicales à partir de l'organisation spécifique des urgences obstétricales, et aussi :

- La mise en place d'une commission nationale de santé maternelle et infantile ;
- Un comité scientifique qui intègre : le Ministère de la santé, les Universités, les Nations Unies (notamment UNFPA, OMS, UNICEF), la banque mondiale, les associations socioprofessionnelles, la Coopération bilatérale, le Ministère de la promotion de la femme, le Ministère du développement social, etc.

#### ◆ **Le paquet minimum d'activité (PMA)**

Le PMA identifie ce que le système de santé doit offrir au minimum, partout et à tout le monde :

- La gamme de soins, c'est-à-dire ce que l'ensemble du système doit être capable de prendre en charge comme pathologies courantes et comme pathologies remarquables, par populations cibles, aux premier et deuxième échelons du premier niveau de la pyramide sanitaire.
- Les examens de laboratoire et les prestations en odontologie qu'il faut renforcer au premier niveau de la pyramide sanitaire.
- La liste des médicaments essentiels pour les premier et deuxième échelons, définie en fonction des nouvelles missions et des ressources prévues à ce niveau primaire.
- Les ressources humaines, les infrastructures et les équipements minimums capables d'offrir les services promis.

#### ◆ **Le partenariat secteur public/secteur privé**

La multiplicité des acteurs dans le domaine de la santé et la complexité des phénomènes sanitaires font que l'établissement de partenariats entre les différents intervenants constitue une voie privilégiée pour la mise en œuvre de l'action sanitaire. L'établissement et le renforcement d'accord de partenariat entre le secteur public et le privé sont indispensables pour travailler en collaboration, poursuivre des objectifs communs, investir ensemble des ressources, partager les responsabilités et les risques. Cette approche permet aux intervenants d'avoir accès à des ressources supplémentaires et de nouveaux domaines de compétence.

## ◆ La participation communautaire

La participation communautaire est un élément de première importance. Elle permet de : participer au rayonnement des personnes et des groupes de populations qui peuvent agir sur les problèmes qu'ils identifient ; améliorer les chances de construire des programmes de santé pertinents et pérennes ; faciliter l'acceptation des changements de comportement grâce à une coopération consciente des personnes et des communautés; et améliorer le rapport coût-efficacité des actions de santé.

La décentralisation est au cœur de la réforme du secteur. Avec la mise en place des Cscm et la réorganisation du système de santé du district, le Ministère de la santé veut donner une place importante à la population dans la gestion du système, et cette approche est sous-tendue par une forte volonté de développer un partenariat solide et permanent tant au niveau national que international, dans un cadre bien défini et régulé.

Dans un esprit d'équité, de justice sociale et de solidarité, des mécanismes de solidarité seront développés et renforcés pour permettre un accès universel à des soins de bonne qualité, tels que définis dans le paquet minimum d'activité (PMA).

La performance du système de santé passe aussi par des changements de comportement des prestataires et de la population, pour favoriser le respect de l'individu quelle que soit sa classe sociale, et pour favoriser l'abandon du stigma associé à certaines maladies, et l'abandon des pratiques qui violent le droit des enfants, des jeunes et des femmes.

## 2. Objectifs, Stratégies, Résultats et Interventions

S'appuyant sur la définition de l'OMS sur les objectifs et fonctions essentielles de tout système de santé quel que soit son organisation, « le renforcement des systèmes de santé est le développement des capacités de chacun de ses six éléments clés (déjà définis dans le chapitre I) afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations ». Ces six éléments clés, en phase avec les volets du PRODESS (pour les domaines à renforcer) vont constituer la clé de voûte des objectifs du plan stratégique national pour le renforcement du système de santé du Mali.

**2.1. Objectif général du plan.** Le Plan vise à renforcer le système de santé du Mali, en vue de contribuer à l'amélioration durable de l'état sanitaire et social des populations.

Objectifs sanitaires prioritaires: la République du Mali mobilisera les ressources disponibles et engagera les réformes appropriées pour que **d'ici fin 2015**:

- le taux de mortalité maternelle soit réduit d'au moins 70% ; afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social ;
- les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile soient réduits d'au moins 60% ;
- l'incidence de l'infection à VIH/Sida soit réduite de 30% ;
- la mortalité liée au VIH/Sida soit réduite de 30% ;
- la transmission de l'infection de la mère à l'enfant soit réduite de 10%

**Deux résultats (en termes d'impact) sont attendus à la fin de la mise en œuvre du plan :**

- *Le taux de mortalité maternelle est réduit d'au moins 70% ;*
- *Le taux de mortalité infantile est réduit d'au moins 60%.*



**Deux indicateurs de résultat/impact :**

- *Le taux de mortalité maternelle*
- *Le taux de mortalité infantile et infanto-juvénile*

## **2.2 Objectifs spécifiques, Stratégies, Résultats espérés et Interventions**

- Améliorer la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé.
- Renforcer les capacités de financement du secteur sanitaire et social.
- Améliorer la qualité de la gestion des services de santé.
- Améliorer le système de gestion des équipements et infrastructures du secteur de la santé.
- Renforcer les capacités du suivi/évaluation et de gestion des informations stratégiques du système de santé.
- Renforcer les stratégies novatrices et le partenariat public privé au niveau opérationnel du système de santé.

### **2.2.1 Améliorer la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé**

Les personnels de santé ne sont productifs que si les autres ressources clés, notamment les médicaments sont disponibles, fonctionnels et surs. Cependant de nombreux établissements sanitaires connaissent des ruptures de stocks de médicaments. Une large proportion des dépenses des partenaires au développement passe dans l'achat de produits pharmaceutiques, de vaccins et autres fournitures. Plusieurs rapports indiquent que les initiatives mondiales ont raté dans certains pays l'occasion d'aider au renforcement des systèmes existants d'approvisionnement, de distribution et d'entretien, ces derniers ayant été contournés pour permettre une mise en œuvre plus rapide. C'est un domaine où les initiatives mondiales ont beaucoup à offrir, et où des ajustements relativement modestes dans leurs investissements pourraient être fort utiles pour tous les programmes et services de santé au niveau local.

Les occasions d'investissement pour les initiatives mondiales sont nombreuses, mais les méthodes de travail sont parfois à revoir <sup>2</sup>. Les partenaires peuvent contribuer en s'investissant comme suit :

- i) En évaluant les efforts à fournir pour « la mise à échelle », en expérimentant différentes approches et en échangeant les enseignements entre pairs sur la meilleure façon d'opérer au sein du système de santé décentralisé.
- ii) En soutenant la mise en place de gestionnaires compétents au niveau local en s'appuyant sur des méthodes simples ayant faits leurs preuves lorsque les ressources sont rares.
- iii) En mettant en place de mesures de longue haleine pour s'attaquer aux changements qui bien que prenant plus de temps restent essentiels pour assurer la durabilité des réalisations, tels des changements de procédures, de systèmes d'appui ou de formations de base.
- iv) En participant à la mise en place de compétences dont tout gestionnaire a besoin, et en tenant compte d'initiatives nationales existantes ; en se concentrant plus particulièrement sur la gestion du personnel et des finances.

Pour atteindre cet objectif, six stratégies seront développées.

## **Stratégie 1: Restructuration des structures impliquées dans la mise en œuvre de la politique Pharmaceutique**

### **Résultat espéré d'ici fin 2013 :**

- *Les 15 \* structures impliquées dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique sont renforcées*

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réviser le statut actuel de la DPM

**Intervention 2 :** Adopter le décret définissant les missions et organisant le cadre organique des directions régionales de la santé et des Csref

## **Stratégie 2: Renforcement du système de réglementation**

### **Résultat espéré d'ici fin 2013 :**

- *Les mécanismes de contrôle de qualité des médicaments sont mis en place et fonctionnels sur l'ensemble du territoire national.*

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réviser les textes sur l'exercice privé des professions sanitaires ;

**Intervention 2 :** Créer les nouveaux textes relatifs au contrôle de la promotion de la publicité, le contrôle des essais cliniques, l'inspection pharmaceutique ;

**Intervention 3 :** Faire un plaidoyer auprès des décideurs et responsables politiques pour l'application effective des textes réglementaires.

## **Stratégie 3: Révision du curricula de formation du personnel impliqué dans la gestion et la prescription des médicaments**

### **Résultats espérés d'ici fin 2013 :**

- *Les bonnes pratiques relatives à la qualité et l'usage rationnel du médicament et des autres produits de santé sont intégrées dans les curricula de formation de l'ensemble des écoles de santé du pays.*

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Réviser le curriculum de formation au niveau de la FMPOS ;

**Intervention 2 :** Elaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de formation continue du secteur pharmaceutique ;

## **Stratégie 4: Assurance d'un plan de communication adopté et mis en œuvre**

### **Résultat espéré d'ici fin 2012 :**

*Un plan de communication relatif à la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel du médicament a été mis en œuvre*

### **Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

*Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur la base de tranche annuelle.*

## **Stratégie 5: Création de commissions techniques sur la qualité des médicaments**

### **Résultat espéré d'ici fin 2012**

*Les procédures relatives à la qualité des médicaments et autres produits de santé sont adoptées et les commissions techniques créées*

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Elaborer et mettre en place un plan de suivi de la qualité après autorisation de mise sur le marché ;

**Intervention 2 :** Elaborer et mettre en place un plan d'approvisionnement en réactifs, consommables et petits matériels des laboratoires ;

**Intervention 3 :** Créer les comités de médicaments dans les établissements publics hospitaliers ;  
**Intervention 4 :** Mettre en place un comité de suivi des médicaments par arrêté ministériel ;  
**Intervention 5 :** Evaluer le taux de disponibilité des réactifs selon la gamme d'activités de laboratoire prévues par niveau par Csref et centres hospitaliers.

**Stratégie 6 : Renforcement du schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi /évaluation de la gestion des médicaments et consommables**

**Résultats espérés d'ici fin 2012:**

- Le schéma d'approvisionnement des médicaments et consommables est amélioré ;
- Les mécanismes de contrôle et de suivi/évaluation de la gestion des médicaments et consommables sont mis en place et fonctionnels.

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Evaluer le schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables ;

**Intervention 2 :** Mettre œuvre les recommandations de l'évaluation du schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables.

**Intervention 3 :** Doter le LNS de substances de références ;

**2.2.2 Renforcer les capacités de financement du secteur sanitaire et social**

Afin d'obtenir une accélération rapide, il faut réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins et mettre en place des stratégies de durabilité et de bonne gestion financière. 180 millions de personnes subissent des catastrophes financières chaque année en raison des coûts des soins de santé <sup>2</sup>. Les paiements directs par l'utilisateur en sont la principale cause – ceux-ci ayant souvent lieu même pour des services qui sont officiellement gratuits.

Il est indispensable de se préoccuper davantage de garantir l'accès libre aux soins pour une certaine maladie prioritaire. On se demande souvent comment garantir une durabilité financière. Le résultat inévitable de ses efforts disparates sera une série de mesures parallèles dans notre pays qui seront ingérables, inutiles et inéquitables. Il faut tirer parti du fait que des fonds supplémentaires pour la santé sont désormais disponibles pour engager une réflexion plus cohérente sur le long terme. Des actions peuvent immédiatement être lancées pour aider le pays à développer des systèmes de financement de la santé plus justes et plus durables, qui pourront bénéficier à tous.

Les partenaires au développement peuvent contribuer en s'investissant comme suit :

- i) En participant aux efforts nationaux visant à développer une politique financière plus cohérente et des stratégies collectives pour améliorer la durabilité financière ; et aux discussions internationales pour mobiliser des fonds plus stables.
- ii) En trouvant des moyens de canaliser plus de fonds par l'intermédiaire de nouvelles institutions « communes ».

Pour atteindre cet objectif, douze stratégies seront développées :

**Stratégie 1 : Renforcement du cadre de dialogue et de négociation entre les MS, MDSSPA, le MF, le MEIC et les partenaires pour l'augmentation des financements à hauteur des enveloppes prévues dans les CDMT**

**Résultats espérés d'ici fin 2009**

- Le gap du CDMT révisé est financé.

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Impliquer activement le MF, le MEIC et les partenaires à l'élaboration des CDMT

**Intervention 2 :** Intensifier les rencontres avec le MF, MEIC et les partenaires pour un plaidoyer en faveur du financement des gaps du CDMT révisé ;

**Intervention 3 :** Tenir des rencontres de discussion sur les modalités de mise en œuvre du CDMT.

## **Stratégie 2 : Poursuite de la déconcentration des crédits**

### **Résultats espérés d'ici fin 2009**

- Les codes économiques des crédits à déconcentrer sont connus et appliqués et la déconcentration est effective.

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Identifier les codes économiques des crédits à déconcentrer ;

**Intervention 2 :** Inscrire dans la Loi des finances, les codes économiques à déconcentrer sur les unités fonctionnelles des bénéficiaires

## **Stratégie 3 : Prise en compte des spécificités du secteur socio-sanitaire dans les textes régissant les finances publiques**

### **Résultat espéré d'ici fin 2011**

- Les textes prenant en compte les spécificités du secteur socio sanitaire sont révisés et disséminés

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Identifier les textes devant faire l'objet de révision ;

**Intervention 2 :** Sensibiliser la commission santé de l'Assemblée nationale sur la nécessité d'une adéquation des textes à la nature urgente de certaines dépenses du secteur socio sanitaire ;

**Intervention 3 :** Réviser les textes en prenant en compte les spécificités du secteur socio sanitaire ;

**Intervention 4 :** Disséminer les nouveaux textes en prenant en compte les spécificités du secteur socio sanitaire.

## **Stratégie 4 : Rehaussement de la contribution de l'Etat pour financer un programme national de promotion de la demande de santé**

### **Résultat espéré d'ici fin 2011**

- Le niveau de financement de l'Etat dans le cadre de sa contribution au programme national de promotion de la santé est augmenté

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'augmentation de sa participation ; financière dans la promotion d'une demande structurée des services de santé ;

**Intervention 2 :** Elaborer un programme national de promotion de la demande de santé ;

**Intervention 3 :** Programmer les transferts de ressources au profit des collectivités dans les PO ;

**Intervention 4 :** Evaluer les transferts de ressources réalisées au profit des collectivités.

## **Stratégie 5 : Instauration d'un cadre de dialogue et de plaidoyer entre les communes et les ASACO en vue d'augmenter le niveau de financement des PO**

### **Résultats espérés d'ici fin 2011**

- Les PO sont intégrés dans les budgets programmes des Collectivités et leur niveau de financement est augmenté ;

### **Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

Tenir un atelier de plaidoyer envers l'AMM et la FENASCOM en vue de l'augmentation du niveau de financement des PO et de l'insertion de ces derniers dans les budget-programmes des collectivités

**Stratégie 6 : Amélioration de la capacité contributive des ASACO au financement des caisses de solidarité**

**Résultat espéré d'ici fin 2012**

- La contribution financière des ASACO à la caisse de solidarité est inscrite systématiquement dans leur budget ;
- L'accessibilité financière des usagers aux services de santé est améliorée.

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Renouveler démocratiquement les ASACO impliquant davantage les jeunes et les femmes

**Intervention 2 :** Concevoir et diffuser de messages de sensibilisation sur l'adhésion des populations aux ASACO

**Intervention 3 :** Inscire systématiquement dans le budget des ASACO leur contribution à la caisse de solidarité

**Stratégie 7 : Augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale.**

**Résultats espérés d'ici fin 2011**

- La part du Budget de l'Etat dans le financement de la politique de protection sociale augmente ;
- La part des subventions des PTF dans le financement de la politique de protection sociale augmente.

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale ;

**Intervention 2 :** Faire le plaidoyer auprès des partenaires financiers pour l'augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale.

**Stratégie 8 : Rehaussement du niveau des dépenses de santé financées par les mutuelles**

**Résultat espéré d'ici fin 2011**

- Les populations adhèrent aux mutuelles et paient régulièrement leurs cotisations

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

Concevoir et diffuser de messages de sensibilisation sur l'adhésion des populations aux mutuelles de santé et les paiements réguliers des cotisations

**Stratégie 9 : Adaptation des tarifs au pouvoir d'achat des usagers**

**Résultat espéré d'ici fin 2011**

- Les textes sur les tarifications des services socio sanitaires sont actualisés

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

Réviser les textes relatifs à la tarification des services socio sanitaires fournis aux usagers

**Stratégie 10 Développement des mécanismes de tiers payant et de prépaiement**

**Résultat espéré d'ici fin 2013**

- L'accessibilité financière des usagers aux services de santé est améliorée

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réviser et diffuser les nouveaux textes législatifs et réglementaires sur l'exercice de la mutualité

**Intervention 2 :** Instaurer un fonds d'appui au démarrage des mutuelles.

**Intervention 3 :** Instaurer un fonds de garantie des mutuelles

**Stratégie 11: Elaboration et application d'une politique d'intéressements liés au recouvrement**  
**Résultat espéré d'ici fin 2012**

- *Les textes relatifs à l'intéressement dans les Cscm sont disponibles et connus*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les hôpitaux (loi hospitalière)*

**Intervention 2 :** *Elaborer et diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les Csref*

**Intervention 3 :** *Elaborer et diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les Cscm ;*

**Intervention 4 :** *Evaluer l'application de l'intéressement dans les Cscm et les Csref.*

**Stratégie 12 : Mise en œuvre des mesures d'accompagnement liées aux gratuités**

**Résultat espéré d'ici fin 2011**

- *Les montants des gratuités sont remboursés aux structures socio sanitaires concernées*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Evaluer les incidences financières avant toute décision de gratuité ;*

**Intervention 2 :** *Budgétiser au compte des ministères de l'estimation du coût des gratuités ;*

**Intervention 3 :** *Concevoir et distribuer la bonne information sur les gratuités à l'endroit des usagers.*

**Intervention 4 :** *Rembourser aux structures socio sanitaires le montant des gratuités accordées aux usagers.*

**Stratégie 13 : Harmonisation des interventions des partenaires financiers du secteur socio sanitaire**

**Résultat espéré d'ici fin 2014**

- *Le diagnostic de la mise en œuvre de la première phase de l'appui budgétaire est posé et la meilleure pratique d'exécution de l'ABS connue*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Réaliser une étude diagnostique de mise en œuvre de la première phase de l'appui budgétaire sectoriel (ABS);*

**Intervention 2 :** *Organiser une rencontre de consensus sur l'identification de la meilleure pratique d'exécution de l'ABS.*

**Intervention 3 :** *Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour accroître leur contribution sur l'horizon du programme*

**Stratégie 14 : Augmentation de la contribution financière des partenaires extérieurs**

**Résultat espéré d'ici fin 2009**

- *La part des subventions des PTF dans le financement du système de santé est augmentée*

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat :**

*Organiser un plaidoyer à l'endroit des partenaires pour l'accroissement de leur contribution au financement des activités*

**2.2.3 Améliorer la qualité de la gestion des services de santé**

L'extension rapide des services de santé impose une lourde charge à tous les gestionnaires. Les gestionnaires de districts et de programmes ont davantage de fonds à gérer, ainsi que plus de prestataires (prestataires privés, bénévoles et communautaires), lorsque ceux-ci commencent aussi à recevoir des fonds. Paradoxalement, les gestionnaires formés sont rares, mais on exige d'eux l'accomplissement de tâches multiples : garantir l'accès aux services de base ; obtenir la collaboration d'un large éventail de prestataires ; garantir la qualité et faire en sorte que les priorités nationales soient respectées.

Les gestionnaires font face à une décentralisation croissante des responsabilités pour les services de santé et des procédures multiples et souvent centralisées des organismes de financement extérieurs. Le financement insuffisant des capacités de gestion pour la mise en œuvre et la supervision des programmes accélérés est une véritable menace pour la capacité du pays à atteindre les cibles visées. Un deuxième défi dans l'accélération des programmes est le manque d'exemples probants illustrant comment étendre au niveau national des améliorations de la couverture des services de santé obtenues à petite échelle.

Un rôle tout aussi important que peuvent jouer les partenaires, susceptibles d'avoir une utilité immédiate, concerne l'appui au renforcement de systèmes de gestion financière souvent faible dans le pays.

Il y a un rôle stratégique pour les initiatives mondiales au sein des discussions de politique financière nationales ; et un rôle actif dans l'amélioration de la gestion financière, et dans la canalisation des fonds par de nouvelles institutions financières nationales conçues pour promouvoir un financement durable <sup>2</sup>. Les occasions d'investissement pour les partenaires au développement sont nombreuses, mais les méthodes de travail sont parfois à revoir.

Pour l'atteinte de cet objectif, les initiatives mondiales peuvent contribuer en s'investissant comme suit :

i) En évaluant les efforts à fournir pour « la mise à échelle », en expérimentant différentes approches et en échangeant les enseignements entre pairs sur la meilleure façon d'opérer au sein du système de santé décentralisé.

ii) En soutenant la mise en place de gestionnaires compétents au niveau local en s'appuyant sur des méthodes simples ayant fait leurs preuves lorsque les ressources sont rares.

iii) En mettant en place de mesures de longue haleine pour s'attaquer aux changements qui bien que prenant plus de temps restent essentiels pour assurer la durabilité des réalisations, tels des changements de procédures, de systèmes d'appui ou de formations de base.

iv) En participant à la mise en place de compétences dont tout gestionnaire a besoin, et en tenant compte d'initiatives nationales existantes; en se concentrant plus particulièrement sur la gestion du personnel et des finances.

v) En améliorant les capacités de gestion financière au niveau local, de façon à s'intégrer le cas échéant dans le système financier national.

vi) En suscitant une meilleure information sur les dépenses de santé ; les coûts, les écarts en matière de ressources ; l'efficacité ; les effets des dépenses dans le cas des personnes vulnérables ; la réduction des paiements directs par l'utilisateur dans un pays à faible revenu, comme le Mali.

Pour atteindre cet objectif, douze stratégies seront développées.

### **Stratégie 1 : Révision des textes portant sur le fonctionnement et les cadres organiques des services de production des soins et ceux de l'administration sanitaire**

#### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- *Les nouveaux textes sur le fonctionnement et le cadre organique des services de soins sont élaborés, adoptés et appliqués.*

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Réaliser l'audit organisationnel des pratiques administratives et financières des structures de production des soins et de l'administration sanitaire;*

**Intervention 2 :** Mettre à jour et diffuser les textes régissant le fonctionnement et le cadre organique des structures de production des soins et des services de l'administration sanitaire ;

**Intervention 3 :** Diffuser et disséminer la politique de développement des ressources en intra et intersectoriel (MF, MEIC, MFP, MSSPA) ;

**Intervention 4 :** Rehausser le niveau de la prime du personnel sanitaire technique des Cscm et des Csref particulièrement dans les zones très difficiles ;

**Intervention 5 :** Former en déontologie, le personnel sanitaire dans l'exercice de sa fonction

**Intervention 6 :** Former les membres des organes de gestion des ASACO à la gestion administrative et financière des Cscm

## **Stratégie 2 : Révision des textes portant sur le fonctionnement et les cadres organiques des services administratifs**

### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- Les nouveaux textes sur le fonctionnement et les cadres organiques de l'administration socio sanitaire sont élaborés, adoptés et mis en œuvre

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réaliser l'audit organisationnel de l'administration socio sanitaire ;

**Intervention 2 :** Identifier les textes obsolètes sur le fonctionnement et les cadres organiques de l'administration socio sanitaire ;

**Intervention 3 :** Relire les textes obsolètes et élaborer les nouveaux textes sur le fonctionnement et les cadres organiques de l'administration socio sanitaire ;

**Intervention 4 :** Diffuser les textes adoptés sur le fonctionnement et les cadres organiques de l'administration socio sanitaire ;

**Intervention 5 :** Suivre et évaluer régulièrement les organes de gestion des ASACO.

## **Stratégie 3 : Rationalisation des supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**

### **Résultat espéré d'ici fin 2009**

- Les supervisions sont planifiées et financées conformément aux besoins identifiés

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réviser les guides de supervision afin de mieux les adapter aux principes de gestion des services par niveau de la pyramide sanitaire ;

**Intervention 2 :** Faire le plaidoyer auprès des structures centrales et des cabinets ministériels pour financer davantage les supervisions à tous les niveaux ;

## **Stratégie 4 : Renforcement des capacités en gestion des ressources humaines dans les services de production de soins et dans ceux de l'administration sanitaire**

### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- La gestion des services de production de soins et de l'administration sanitaire est améliorée

### **Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

Elaborer les fiches de procédures harmonisées sur la gestion des ressources humaines.

## **Stratégie 5 : Renforcement des compétences des administrateurs de crédit dans la mobilisation et l'exécution des ressources**

### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- Le manuel de procédures actualisé est disponible ;

### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Former les membres des organes de gestion des structures sanitaires publiques à la gestion financière des services de santé ;

**Intervention 2 :** Suivre et évaluer régulièrement les organes de gestion des services sanitaires ;



**Stratégie 6 : Harmonisation des procédures de passation des marchés.**

- *Les administrateurs de crédits du district utilisent le manuel de procédures actualisé ;*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Actualiser et disséminer le manuel de procédures de gestion ;*

**Intervention 2 :** *Former les comptables et les administrateurs de crédits du district au manuel de procédures et de gestion actualisé ;*

**Stratégie 7 : Renforcement des capacités et des compétences des comptables et des administrateurs de crédit dans la célérité et le transfert des pièces justificatives de qualité.**

**Résultat espéré d'ici fin 2010**

- *Les gestionnaires et les comptables connaissent la nomenclature des pièces justificatives et l'ensemble des montants exécutés sont justifiés*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Sensibiliser les administrateurs de crédits sur l'importance de la justification des fonds pour la continuité du financement*

**Intervention 2 :** *Former les comptables et les gestionnaires sur la nomenclature des pièces justificatives*

**Stratégie 8 : Renforcement de la coordination entre la DAF, les services centraux et régionaux, les EPH, les EPST, les formations socio sanitaires privées et les collectivités territoriales**

**Résultat espéré d'ici fin 2009**

- *Les mécanismes de coordination entre la DAF et les autres services sont bien définis et fonctionnels*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

*Organiser des rencontres périodiques entre la DAF, les services centraux et régionaux, les EPH, les EPST, les formations socio sanitaires privées et les collectivités territoriales.*

**Stratégie 9 : Amélioration de la collaboration intersectorielle**

**Résultat espéré d'ici fin 2009**

- *Les activités stratégiques du MS sont soutenues par les cadres du MF et du MEIC*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Intensifier des rencontres entre le MS, le MF et le MEIC*

**Intervention 2 :** *Impliquer les cadres du MF et du MEIC dans l'élaboration et le suivi des dossiers stratégiques du financement de la santé*

**Stratégie 10 : Amélioration de la collaboration entre le Secrétariat technique du PRODESS, la Direction générale du budget et la Direction nationale du trésor et de la Comptabilité publique pour la transmission et la mise en œuvre des PO validés.**

**Résultat espéré d'ici fin 2009**

- *Les mécanismes de collaboration entre parties prenantes pour la transmission et la mise en œuvre des PO validés sont mis en place et fonctionnels ;*

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat :**

*Envoyer systématiquement les PO validés à la DGB, aux DRB, à la DNTCP, aux DRTCP, DNCF, aux Délégués du contrôle financier auprès des Gouverneurs de région.*

**Stratégie 11 : Renforcement des capacités des organes de gestion des ASACO pour améliorer leur compétence à mobiliser et à gérer les ressources mises à leur disposition dans le cadre de la décentralisation**

### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- *Les compétences des organes de gestion des ASACO à mobiliser et à gérer les ressources mises à leur disposition sont améliorées.*

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat :**

**Intervention 1 :** *Former les membres des instances de gestion des ASACO sur la place des mutuelles dans le système de santé et leur rôle dans l'amélioration du recouvrement par les Cscm.*

**Intervention 2 :** *Former les conseils communaux et de cercles sur les procédures de mobilisation des ressources publiques ;*

**Intervention 3 :** *Elaborer un programme national de promotion des mutuelles de santé ;*

**Intervention 4 :** *Former à la contractualisation des responsables de formations sanitaires publiques, des ASACO et des systèmes d'assurance maladie « Recours à la contractualisation pour l'amélioration de la performance du système socio sanitaire » ;*

**Intervention 5 :** *Elaborer et mettre en œuvre un plan national de communication pour l'incitation des populations à la souscription des produits d'assurance maladie ;*

### **Stratégie 12: Renforcement de l'information et la sensibilisation des élus communaux et d'ASACO pour la diligence dans la signature des conventions d'assistance mutuelle.**

#### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- *Les conventions d'assistance mutuelle signées sont disponibles et appliquées.*

#### **Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

*Diffuser de spots radio, TV sur la nécessité de la signature des conventions d'assistance mutuelle.*

### **2.2.4 Améliorer le système de gestion des équipements et infrastructures du secteur de la santé**

Les personnels de santé ne sont productifs que si les autres ressources clés, notamment les fournitures, l'équipement et les lieux de travail sont disponibles, fonctionnels et surs. Des équipements mal entretenus et des pénuries d'eau potables, des déchetteries et d'électricité sont le quotidien dans nos services de santé.

L'Etat, en collaboration avec ses partenaires au développement, consacre des investissements importants pour la mise à disposition des équipements et matériels roulant, biomédicaux et bureautiques/informatiques nécessaires au système de santé. Les capacités du système d'autogérer la maintenance et l'entretien de l'ensemble des équipements et matériels se sont avérés insuffisants sur le plan technique au regard de l'évolution des technologies de fabrication et de la sophistication de plus en plus croissante des équipements et matériels nécessaires à l'offre adéquate des services.

L'Etat est seul à financer les charges de maintenance et d'entretien des équipements et matériels du système non attribués à un programme spécifique. La pénurie des ressources financières adéquates fait en sorte que les activités de maintenance préventive sont déficitaires d'environ 80%, et la maintenance et la réparation des pannes sont déficitaires d'environ 60%. De surcroît, l'efficacité des investissements de l'Etat dans la maintenance et l'entretien est affectée par des coûts de transaction prohibitifs engendrés par la structuration interne des services et la lourdeur de celle-ci.

Pour favoriser une gestion et une coordination plus efficaces et plus efficaces de la maintenance et de l'entretien des équipements et matériels du système, il demeure indispensable de contractualiser les services de maintenance auprès d'opérateurs fiables du secteur privé national et international. Pour rehausser le niveau des activités de maintenance, le financement de 65% des coûts de la maintenance préventive et de 50% des coûts de la maintenance et de l'entretien curatifs est proposé.

Etant donné qu'il est attendu que l'Etat pourrait rendre ses investissements propres plus efficaces de par la réduction des coûts de transactions à travers une contractualisation des services auprès des

opérateurs du secteur privés compétents, le montant à financer pour la maintenance curative diminue de 2% par an au cours de la subvention. Pour accélérer la déconcentration de la fonction, un complément de 25% des crédits pourrait être demandé pour le niveau régional du système de santé.

Le renforcement de la gestion de la maintenance et de l'entretien des équipements et matériels du système de santé ainsi que le relèvement de l'état général et de la durée de vie utile des équipements et matériels du système qui en découleront viendraient appuyer, sous diverses formes, le processus de renforcement du système de santé.

Les initiatives mondiales peuvent contribuer de la même manière que dans le cas des médicaments.

Pour atteindre cet objectif, trois stratégies seront développées.

### **Stratégie 1: Dotation des structures en infrastructures, équipements techniques et logistiques roulantes**

#### **Résultat espéré d'ici fin 2012 :**

*Les structures chargées de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique sont équipées en infrastructures, équipements techniques et logistiques roulantes*

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Réhabiliter les locaux de la DPM ;

**Intervention 2 :** Construire pour les ordres professionnels de la santé ;

**Intervention 3 :** Réhabiliter les locaux du CNTS ;

**Intervention 4 :** Construire de magasins de stockage de vaccins et consommables à Bamako ;

**Intervention 5 :** Construire de magasins de stockage de vaccins et consommables à Mopti ;

**Intervention 6 :** Acquérir l'équipement technique complémentaire pour le LNS ;

**Intervention 7 :** Acquérir l'équipement technique complémentaire pour DMT/INRSP ;

**Intervention 8 :** Acquérir l'équipement technique complémentaire pour le CNTS ;

**Intervention 9 :** Acquérir le matériel de chaîne de froid pour la Section Immunisation ;

**Intervention 10 :** Acquérir le matériel de chaîne de froid pour le CNTS ;

**Intervention 11 :** Acquérir trois camions frigorifiques : 2 pour la section immunisation, 1 pour le CNTS ;

**Intervention 12 :** Acquérir trois camions pour les médicaments de la PPM et les programmes.

### **Stratégie 2: Mise en place des antennes EPA opérationnelles de maintenance des équipements et infrastructures**

#### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- Des antennes EPA opérationnelles de maintenance des équipements et infrastructures sont créées et fonctionnelles ;
- Le mécanisme de suivi des chantiers de constructions est renforcé.

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Elaborer un guide de bonnes pratiques de maintenance et de gestion durable des infrastructures ;

**Intervention 2 :** Tenir 10 ateliers de dissémination du guide de bonnes pratiques de maintenance et de gestion durable des infrastructures sociales aux niveaux national et régional ;

**Stratégie 3:** Renforcement des compétences des structures et des techniciens en charge de la gestion des équipements et infrastructures.

#### **Résultat espéré d'ici fin 2010**

- Les capacités des différents acteurs chargés de la gestion de la maintenance sont renforcées ;

- *La culture de la maintenance est renforcée à tous les niveaux du système.*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** Assurer la formation continue des techniciens chargés de la maintenance des équipements et infrastructures ;

**Intervention 2 :** Intégrer les principes de gestion durable des infrastructures et des équipements dans les curricula des professionnels de la santé ;

**Intervention 3 :** Octroyer une prime aux surveillants de chantiers ;

**Intervention 4 :** Signer des contrats de prestation des services ;

**Intervention 5 :** Equiper les Cscm existants en matériels techniques complémentaires ;

**Intervention 6 :** Equiper les Csref existants en matériels techniques complémentaires ;

**Intervention 7 :** Mettre en œuvre les projets d'établissement des 12 EPH (conception et suivi) ;

**Intervention 8 :** Suivre et évaluer le plan de maintenance des équipements.

### **2.2.5 Renforcer les capacités du suivi/évaluation et de gestion des informations stratégiques du système de santé**

Malgré les améliorations certaines dans ce domaine, il n'en demeure pas moins que le système d'information souffre encore d'insuffisances. Le constat a été fait que les pays où la charge de la maladie est la plus élevée ont souvent des données sanitaires les plus inadéquates, et la plus faible capacité à combler les données concernant l'argent et le personnel avec la couverture des services et les résultats. Néanmoins, la demande des initiatives mondiales et autres organismes pour de telles données est en augmentation. Elles demandent aux pays de faire fournir des données sans tenir compte des besoins propres à ces pays en information pour l'allocation des ressources, la gestion et l'amélioration des programmes, ce qui crée encore plus de chevauchement. Par exemple, dans certains pays, les gestionnaires de district passent actuellement près d'un tiers de leur temps à écrire des rapports, qui souvent se recourent.

**Le réseau de Métrologie sanitaire (HMN : voir [www.who.int/healthmetrics](http://www.who.int/healthmetrics)), un nouveau partenariat mondial**, permet aux organismes extérieurs de collaborer au renforcement et à la réforme des systèmes d'information sanitaire des pays, et d'améliorer l'usage de l'information. Ce réseau a récemment approuvé des propositions émanant de 41 pays visant à développer des mesures cohérentes pour le développement de systèmes nationaux d'information sanitaire.

Etant donné que les initiatives mondiales présentent surtout les résultats, ceci représente une excellente occasion d'accélérer le développement et l'alignement par rapport aux stratégies globales d'information des pays.

Les initiatives mondiales peuvent contribuer ainsi, en investissant comme suit :

- i) Dans l'utilisation du cadre référentiel, des procédures et des outils du réseau HMN pour intégrer davantage le renforcement des systèmes d'information sanitaire au sein des activités des initiatives mondiales.
- ii) Dans des plans d'action nationaux à moyen terme convenus entre tous les partenaires, y compris les initiatives mondiales telles le GAVI, dans l'esprit du cadre HMN.
- iii) Dans l'alignement des exigences de suivi avec les plans d'aménagement d'ensemble d'un pays pour la pauvreté et le développement de la santé.
- iv) Dans la production et la plus grande utilisation d'informations aux niveaux des districts et des établissements, en s'appuyant sur des outils simples validés dont on a démontré l'utilité dans le cadre en question.

v) Dans des études et des évaluations touchant l'ensemble des programmes et services et qui éclairent les connaissances de « ce qui marche, où et pourquoi ».

Pour atteindre cet objectif, cinq stratégies seront développées.

**Stratégie 1 : Formation des agents chargés de la gestion de l'information sanitaire**

**Résultat espéré d'ici fin 2011**

*Les compétences des agents chargés de la gestion de l'information sont renforcées*

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

*Former les agents SLIS, SIH, Siso en collecte, analyse et interprétation des données, remplissage des supports, utilisation du logiciel, archivage et stockage.*

**Stratégie 2 : Révision, Intégration des multiples outils et supports de collecte, validation**

**Résultat espéré d'ici fin 2009**

*Les outils de collecte au niveau du SLIS, SISO, SIH sont révisés, intégrés et validés et un format numérique de collecte des données est développé.*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Actualiser le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social*

**Intervention 2 :** *Tenir des ateliers de révision des outils ;*

**Intervention 3 :** *Organiser des sessions de travail périodiques avec les privés et les communautés en vue d'intégrer les données issues de ces secteurs*

**Stratégie 3 : Dotation des structures en équipements (matériels informatiques/logiciels, supports de collecte, Téléphone GSM, Accès internet, RAC, etc.)**

**Résultat espéré d'ici fin 2010**

- *Les structures sont équipées en matériels informatiques/logiciels, supports de collecte, RAC, Téléphone GSM, Accès internet ;*
- *Les services centraux, régionaux et opérationnels sont mis en réseau ;*
- *Les formateurs et les utilisateurs sont formés à l'utilisation des nouveaux outils ;*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** *Equiper les structures en: matériels informatiques/logiciels, supports de collecte, RAC, Téléphone GSM, Accès internet*

**Intervention 2 :** *Mettre en réseau les services centraux, régionaux et opérationnels ;*

**Intervention 3 :** *Former les formateurs à l'utilisation des nouveaux outils ;*

**Intervention 4 :** *Former les utilisateurs aux nouveaux outils;*

**Stratégie 4 : Renforcement de la gestion et de l'entretien des équipements**

**Résultat espéré d'ici fin 2010**

*Un système de gestion de la maintenance (préventive et curative) des équipements est mis en place et fonctionnel à tous les niveaux.*

**Intervention à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

*Contractualiser avec des services de maintenance du matériel informatique.*

**Stratégie 5 : Concertation entre les structures à différents niveaux du système d'information**

**Résultat espéré d'ici fin 2010**

*Les mécanismes de coordination et de collaboration entre les Institutions sont mis en place et fonctionnels*

**Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat ;**

**Intervention 1 :** *Réaliser les missions de supervision du SNISS*

**Intervention 2 :** *Assurer la retro-information à tous les niveaux par la tenue régulière des réunions trimestrielle entre les différents niveaux;*

**Intervention 3 :** *Faire des publications sur les résultats de recherche ;*

*Intervention 4 : Mettre en place un système de mise à jour du site web de la recherche.*

## **2.2.6 Renforcer les stratégies novatrices et le partenariat public privé au niveau opérationnel du système de santé**

Pour atteindre cet objectif, quatre stratégies seront développées

### **Stratégie 1 : Renforcement du partenariat pour le respect des textes législatifs et réglementaires de l'exercice des professions de santé.**

#### **Résultats espérés d'ici fin 2011**

- Les Politiques, normes, procédures en rapport avec le PPP sont adoptées;
- Les mécanismes de coordination du PPP sont mis en place et fonctionnels.

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat**

**Intervention 1 :** *Elaborer/réviser des modules pour renforcer les capacités de gestion de l'approche PPP ;*

**Intervention 2 :** *Valider les documents ;*

**Intervention 3 :** *Multiplier les documents ;*

**Intervention 4 :** *Organiser des ateliers de dissémination des documents à tous les niveaux (central, régional et local) ;*

**Intervention 5 :** *Constituer un pool de réflexion ;*

**Intervention 6 :** *Mettre en place des comités de gestion du PPP au niveau régional et du district.*

### **Stratégie 2: Renforcement des capacités des acteurs**

#### **Résultats espérés d'ici fin 2011**

- Les compétences du personnel sanitaire sont améliorées.
- Un système de suivi/ évaluation du PPP est instauré et fonctionnel ;

#### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** *Réaliser des voyages d'étude dans le cadre du renforcement des stratégies novatrices/PPP ;*

**Intervention 2 :** *Recruter un consultant dans le cadre de la formation des formateurs ;*

**Intervention 3 :** *Former les formateurs au niveau central et les acteurs e terrain au niveau régional et district ;*

**Intervention 4 :** *Réaliser des activités de recherche opérationnelle sur le PPP*

**Intervention 5 :** *Restituer les résultats de recherche opérationnelle*

**Intervention 6 :** *Elaborer des accords avec les prestataires privés de soins et services de santé*

### **Stratégie 3: Mobilisation des ressources pour le financement du PPP**

#### **Résultats espérés d'ici fin 2011**

- Un système de Plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives, des collectivités décentralisées, de la société civile, PTF et les professionnels de santé est mis en place et fonctionnel ;
- Le financement des prestations de services du secteur public et privé est amélioré ;

**Intervention 1 :** *Développer des contrats de performance avec toutes les parties prenantes à l'action sanitaire ;*

**Intervention 2 :** *Tenir des journées de plaidoyer à l'endroit des :*

- Services techniques des ministères de la santé, du développement social et des finances,
- PTF,
- Des élus
- Des syndicats,
- De la société civile,
- De la presse
- Des ordres professionnels

**Intervention 3:** Réaliser des émissions Radio, télé sur le PPP ;

**Intervention 4:** Développer des outils de communication (Site Web, supports visuel et audiovisuel).

**Intervention 5 :** Mettre en place un système (entre autres, fonds de garantie) pour faciliter aux privés l'accès au financement

**Intervention 6 :** Financer les contrats de performance par le secteur public avec le secteur privé au niveau du district

**Intervention 7 :** Mutualiser les groupes à risque (enfants de moins de 5 ans....)

#### **Stratégie 4: Création d'un environnement institutionnel favorable à la qualité**

##### **Résultats espérés d'ici fin 2012**

- Les mécanismes d'amélioration de la qualité sont créés et opérationnels ;
- Les communautés sont largement informées et sensibilisées sur la qualité.

##### **Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats**

**Intervention 1 :** Mettre en place un comité de pilotage national de la qualité des soins et services de santé ;

**Intervention 2 :** Créer un comité technique national d'évaluation de la qualité pour les structures publique et privées du 2<sup>ème</sup> et 1<sup>er</sup> niveau ;

**Intervention 3 :** Mettre en place une équipe qualité au niveau régional et du district ;

**Intervention 4 :** Assurer le fonctionnement des équipes qualité au niveau régional et du district ;

**Intervention 5 :** Recruter 75 médecins par an pour les services de santé de premier contact en zone rurale ;

**Intervention 6 :** Mettre en place deux groupes de dialogue qualité (1 groupe prestataires de soins, 1 groupe communauté) ;

**Intervention 7 :** Assurer le fonctionnement de deux groupes de dialogue qualité : groupe de prestataires de soins, groupe communauté ;

**Intervention 8 :** Organiser des campagnes de plaidoyer à l'endroit de la communauté ;

**Intervention 9 :** Organiser des ateliers d'appropriation des outils d'évaluation pour l'accréditation au niveau régional et local ;

**Intervention 10 :** Impliquer les communautés dans la mise à échelle du système d'accréditation par niveau de la pyramide sanitaire ;

**Intervention 11 :** Organiser des cérémonies de certification/accréditation.

**Intervention 12 :** Elaborer un document de synthèse des différentes approches qualités

**Intervention 13 :** Elaborer un document de politique d'intégration et d'assurance qualité pour les différents niveaux

**Intervention 14 :** Elaborer des modules de formation pour la mise en œuvre de la stratégie d'intégration et d'assurance qualité des soins ;

**Intervention 15 :** Elaborer les guides et outils de diagnostics qualité ;

**Intervention 16 :** Former les formateurs sur les modules au niveau national, régional et du district à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation ;

**Intervention 17 :** Former les équipes qualité au niveau communautaire à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation ;

**Intervention 18 :** Former des équipes pluridisciplinaires de districts à l'auto évaluation et aux techniques d'identification et de résolution des problèmes ;

**Intervention 19 :** Former en PNP selon le besoin, les équipes publiques, communautaires et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

**Intervention 20 :** Organiser des rencontres d'échange entre les différents acteurs et par niveau ;

**Intervention 21 :** Organiser des réunions de concertation nationales (semestrielles), régionales (trimestrielles) locales (mensuelle) entre les acteurs publiques et privées ;

**Intervention 23** : Effectuer les supervisions trimestrielles et semestrielles par niveaux de structure y compris les relais communautaires ;  
**Intervention 24** : Assurer des supervisions par les équipes régionales et le comité technique en vue de la sélection pour l'accréditation ;  
**Intervention 25** : Intégrer le volet PPP dans le guide de monitoring micro planification et supervision intégrée ;  
**Intervention 26** : Elaborer plan de suivi /évaluation du PPP ;  
**Intervention 27** : Procéder à une évaluation à mi parcours du plan ;  
**Intervention 28** : Procéder à une évaluation finale du plan ;  
**Intervention 29** : Mesurer l'effet des contrats de performance à travers les PPP ;  
**Intervention 30** : Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelle entre les collectivités et les Asaco sur la performance des Cscm .

## 2.3 Résumé du budget

### Coût estimatif de mise en œuvre du plan stratégique

Globalement, l'investissement s'élèverait à **environ neuf milliards sept cent vingt huit millions quatre cent douze mille F CFA (9 728 412 F CFA)** sur les 7 ans, tandis que les coûts de fonctionnement augmenteraient de 2,5% par an.

Les estimations des coûts d'investissement son résumées dans le tableau ci après. Concernant les détails du budget, ils sont présentés en annexe1 du présent document.



**Tableau 2 : Estimation du coût d'investissement par Objectif du RSS. En milliers de F CFA**

<b>Objectifs/domaines</b>	<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>	<b>Année 4</b>	<b>Année 5</b>	<b>Année 6</b>	<b>Année 7</b>	<b>TOTAL</b>
Améliorer la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé.	404 585,7	404 585,7	404 585,7	404 585,7	404 585,7	404 585,7	404 585,7	<b>2 832 100</b>
Renforcer les capacités de financement du secteur sanitaire et social	14 357,1	14 357,1	14 357,1	14 357,1	14 357,1	14 357,1	14 357,1	<b>100 500</b>
Améliorer la qualité de la gestion des services de santé	148 482,9	148 482,9	148 482,9	148 482,9	148 482,9	148 482,9	148 482,9	<b>1 039 380</b>
Améliorer le système de gestion des équipements et infrastructures du secteur de la santé	303 000	303 000	303 000	303 000	303 000	303 000	303 000	<b>2 121 000</b>
Renforcer les capacités du suivi/évaluation et de gestion des informations stratégiques du système de santé	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>240 565,3</b>	<b>1 683 957</b>
Renforcer les stratégies novatrices et le partenariat public privé au niveau opérationnel du système de santé.	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>278 782 ,1</b>	<b>1 951 475</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>1 389 773,1</b>	<b>9 728 412</b>

## CHAPITRE IV MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le dispositif institutionnel devra être clairement spécifié et renforcé à tous les niveaux du système pyramidal. Le rôle technique de chaque intervenant sera clairement défini. Ce dispositif devra assurer la coordination de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PSN/RSS. A cet égard, les mécanismes institutionnels mis en place pour le niveau central et déjà utilisés avec succès pour l'analyse du secteur et l'élaboration du PSN/RSS pourraient être maintenus afin d'assurer la continuité.

Les conseils de gestion des cercles, les CROCEPS au niveau régional, le Comité technique, le Comité de pilotage, le Comité de suivi au niveau national participeront chacun à leur niveau, à la validation de ces plans et au suivi de leur mise en œuvre.

L'analyse organisationnelle, la restructuration du Ministère de la santé, la coordination intra et intersectorielle sont des préalables à la mise en œuvre du plan stratégique.

La coopération internationale doit être normalisée : harmonisation des procédures et des mécanismes des agences des Nations Unies et retrait progressif dans l'exécution des programmes; prise en compte par la Coopération bilatérale de la nécessité de renforcer la gouvernance du Ministère de la santé ; reprise du rôle des Institutions financières internationales pour le développement du secteur. La coordination stratégique doit être relancée à travers la réactivation et la redynamisation de la Table ronde des bailleurs.

La mise en œuvre de ce plan se fera à partir des plans opérationnels des cercles/régions et des directions centrales. **Le suivi** sera assuré de façon continue par :

- L'élaboration de plans d'actions opérationnels des cercles, consolidés par région, réalisés à partir des tableaux de bord des établissements sanitaires périphériques;
- La supervision périodique des activités de chaque échelon par l'échelon immédiatement supérieur;
- L'audit des activités sanitaires par l'**observatoire de la santé** qui sera créé à cet effet;
- L'évaluation externe à mi-parcours, à la fin des trois premières années;
- L'évaluation externe à la fin du plan.
- Un comité de suivi dont le rôle est le suivi et l'appui pour la bonne exécution.

### **Suivi et évaluation de la mise en œuvre**

Le suivi évaluation du présent plan doit être considéré comme un processus évolutif en fonction de l'existant. Il tendra progressivement vers un système global pérenne. Pour ce faire, trois types d'indicateurs seront élaborés. **Les indicateurs d'activités, intimement liés aux interventions ; les indicateurs de résultats et d'impact qui se situeront plutôt dans le moyen et le long terme.**

Des recherches opérationnelles seront entreprises au besoin pour améliorer, ajuster ou rectifier de manière opportune les interventions.

Des groupes thématiques, notamment « renforcement du système de santé, réduction de la mortalité maternelle et infantile », pourraient être créés au niveau régional, sous le leadership du Directeur, incluant des membres de l'équipe de santé de cercle et des Cscm entre autres, des travailleurs des secteurs connexes, du privé et des ONG. Ces groupes se réuniraient périodiquement pour faire le point de l'état d'avancement de l'exécution des Plan opérationnels élaborés conjointement. Des minutes de ces rencontres seraient consignées, distribuées à chaque participant afin de faciliter le suivi des décisions prises au cours de ces réunions.

Un rapport mensuel d'activités standardisé et consolidé est rédigé par la Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé.

Des rapports semestriels devront être préparés par chaque groupe thématique et adressés aux responsables du Ministère et aux partenaires.

Un rapport annuel sera consolidé par le Ministère de la santé pour distribution aux Instances gouvernementales et à toutes les autres parties prenantes y compris les partenaires au développement sanitaire.

Une réunion d'évaluation annuelle sera organisée dans chaque région. Elle rassemblera les acteurs du secteur public et du secteur privé pour faire le bilan des résultats afin de décider des réajustements éventuels nécessaires pour la bonne marche des interventions du PSN/RSS.

Les exercices d'évaluation tiendront compte de tous les aspects tels que : le cadre institutionnel, la coordination, (y compris celle des donateurs), les volets techniques, l'utilisation des ressources etc.

Plusieurs évaluations au cours de la durée de la phase 2009-2014 du PSN/RSS sont à programmer de même que les besoins de leur mise en œuvre identifiés. Il s'agit des **évaluations internes** annuelles produites par et sous la responsabilité du Ministère de la santé, l'évaluation à **mi-parcours** pour les ajustements nécessaires au déroulement du plan, et enfin l'**évaluation externe** réalisée par un organisme externe au Ministère, **six mois avant la fin présumée du PSN/RSS**, afin d'éviter toute interruption des interventions, si une autre phase était approuvée.

**Les besoins en personnel, en logistique, d'édition et de diffusion des rapports de ces différentes opérations devront être budgétisés et intégrés dans le coût global du PSN/RSS.**

CHAPITRE V ANNEXES

i) Cadre logique/Coût du plan (Budget détaillé)

**Plan d'action du Renforcement du Système de Santé**

THEMATIQUE	RESULTATS ATTENDUS	INTERVENTIONS	IOV	SOURCES DE VERIFICATION	RESPONSABLES	COÛTS (Milliers de FCFA)
<b>DISPONIBILITE, QUALITE ET USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE</b>	Le statut actuel de la DPM est révisé	Réviser le statut actuel de la DPM	Disponibilité de la loi	Journal Officiel, SGG	<b>DPM; Inspection de la santé</b>	0
	Le décret d'organisation et définissant le cadre organique des directions régionales de la santé et des Csref est adopté	Adopter les décrets définissant les missions et organisant le cadre organique des directions régionales de la santé et des Csref dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique	Disponibilité des décrets	Journal Officiel, SGG	<b>DPM; Inspection de la santé</b>	0
	Les textes réglementaires existants sont révisés	Réviser les textes sur l'exercice privé des professions sanitaires	Disponibilité de textes révisés	Journal Officiel, SGG	<b>MS, Ordres professionnels</b>	10 000
	Les nouveaux textes relatifs aux nouvelles initiatives sont créés	Créer les nouveaux textes relatifs au contrôle de la promotion de la publicité, le contrôle des essais cliniques, l'inspection pharmaceutique	Disponibilité de nouveaux textes relatifs aux nouvelles initiatives	Journal Officiel, SGG	<b>MS</b>	20 000
	Les textes en vigueur sont appliqués	Faire un plaidoyer auprès des décideurs et responsables politique pour l'application effective des textes réglementaires	Nombre de décideurs sensibilisés Nombre de textes appliqués	Rapport du document de plaidoyer	<b>DPM</b>	30 000
	Le personnel est formé conformément au curriculum révisé	Réviser le curriculum de formation au niveau de la FMPOS	Nombre d'agents formés conformément au curriculum révisé	Modules de formation à la FMPOS	<b>MESRS; FMPOS; MS</b>	8 000

	La stratégie nationale de formation du secteur pharmaceutique est élaboré et mise en œuvre	Elaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de formation du secteur pharmaceutique (Recrutement, formations spécialisées et formations continues, etc.)	Nombre de formation continue réalisé conformément à la stratégie nationale adoptée Nombre de spécialistes formés Nombre de pharmaciens affectés	Rapports de formation	<b>DPM</b>	2 688 000
	Le Plan de communication est disponible	Elaborer un plan de communication	Disponibilité du plan	Document du Plan	<b>DPM</b>	10 000
	Plan de communication est mis en œuvre	Mettre en œuvre le plan de communication sur la base de tranche annuelle	Nombre de séance d'IEC effectuée	Rapport des IEC	<b>DPM</b>	30 000
	Les différentes procédures de gestions de la qualité des médicaments et autres produits de santé sont adoptés les commissions techniques créées et fonctionnelles	Réviser les procédures	Nombre de procédures adoptés Nombre d'Autorisation de Mise sur le Marché délivrées	Document du Manuel de procédures Rapports des commissions techniques	<b>DPM</b>	1600
	La qualité des médicaments et autres produits est suivi de façon formelle	Elaborer et mettre en place un plan de suivi de la qualité après Autorisation de Mise sur le Marché	Nombre de suivi et d'évaluation de qualité réalisée	Rapports de suivi et d'évaluation	<b>DPM</b>	0
<b>DISPONIBILITE, QUALITE ET USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE</b>	Disponibilité des réactifs et autres produits de laboratoire	Elaborer et mettre en place un plan d'approvisionnement en réactifs, consommables et petit matériels de laboratoires	Taux de disponibilité	Rapports d'approvisionnement	<b>DPM</b>	0
	Les substances de références sont disponibles pour le LNS	Doter le LNS de substances de références	Nombre de substances de références acquises	Bordereau de réception	<b>LNS</b>	0
	Les comités de médicaments sont fonctionnels conformément à leur mission	Créer les comités de médicaments dans les établissements publics hospitaliers	Nombre de comité créer et fonctionnel sur le nombre EPH	Compte rendu des comités de médicaments hospitaliers	<b>DPM</b>	0

	Le Comité mis en place et fonctionnel	Mettre en place un comité de suivi des médicaments par arrêté ministériel	Nombre de réunion du comité de suivi des médicaments Nombre de supervisions effectuées sur nombre prévu	Journal Officiel, SGG	DPM	15000
	Un système d'approvisionnement fiable en réactifs est mis en place	Evaluer le taux de disponibilité des réactifs selon la gamme d'activités de laboratoire prévues par niveau par Csref et centres hospitaliers	Taux de rupture en réactifs concernés par niveau considéré	Rapports d'évaluation	DPM	4500
	Les lacunes du schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables sont identifiés	Evaluer le schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables	Nombre de goulots identifiés Nombre de recommandation faite	Rapport de l'évaluation du schéma directeur d'approvisionnement de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables	DPM	15 000
	Le schéma directeur de l'approvisionnement de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments est actualisé et fonctionnel	Mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation du schéma d'approvisionnement, de contrôle et de suivi de la gestion des médicaments et consommables	Nombre de recommandations mises en œuvre	Rapport de suivi des recommandations	DPM	0
<b>Sous Total I</b>						<b>2 832 100</b>
<b>FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE</b>	Un cadre de dialogue et de concertation entre les parties prenantes existe et redynamisé	Impliquer activement le MF, le MEIC et les partenaires dans l'élaboration des CDMT	Nombre d'agents du MF, du MEIC et des PTF ayant participé à toutes les étapes du CDMT	Rapport d'élaboration du CDMT et liste de présences des participants	<b>Secrétariat Technique du PRODESS</b>	0

	Le gap du CDMT révisé est financé	Intensifier les rencontres avec le MF, MEIC et les partenaires en faisant le plaidoyer en faveur du financement du gap du CDMT révisé	Nombre de rencontres de plaidoyer pour le financement du gap réalisées; Montant de ressources financières mobilisées sur montant du gap CDMT	Rapport des CT et CS, Rapport de suivi du CDMT	<b>Secrétariat Technique du PRODESS</b>	1500
<b>FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE</b>	2 rencontres annuelles sont tenues	Tenir des rencontres de discussion sur les modalités de mises en œuvre du CDMT	Nombre de rencontre de modalités de mises en œuvre du CDMT réalisées sur prévues	Rapport d'évaluation	<b>Secrétariat Technique du PRODESS</b>	1500
	Les codes économiques des crédits à déconcentrer sont connus	Identifier les codes économiques des crédits à déconcentrer	Nombre de codes économiques des crédits à déconcentrer	Rapport d'identification des codes économiques à déconcentrer	<b>DAF/ Ministère de la santé</b>	1500
	La déconcentration des crédits est effective	Inscrire dans la Loi des finances les codes économiques à déconcentrer sur les unités fonctionnelles des bénéficiaires	Taux de transfert des crédits déconcentrés	Loi des finances Rapports d'exécution du budget DAF	<b>DAF/ Ministère de la santé</b>	0
	Les textes prenant en compte les spécifiés du secteur sont révisés et disséminer	Identifier les textes devant faire l'objet de révision	Nombre de textes obsolètes révisés	DAF Ministère de la santé, Inspection de la santé, SGG	<b>Inspection de la santé, DAF</b>	1500
	Les textes spécifiques au financement des dépenses de santé sont votés à l'assemblée nationale grâce à la sensibilisation de la commission santé AN	Sensibiliser la commission santé de l'Assemblée Nationale sur la nécessité d'une adéquation des textes à la nature urgente de certaines dépenses du secteur socio sanitaire	Nombre de textes spécifiques au financement des dépenses de santé votés	Journal Officiel, SGG	<b>DAF, Inspection de la santé</b>	0
	Les textes prenant en compte les spécifiés du secteur socio sanitaire sont révisés	Réviser les textes en prenant en compte les spécificités du secteur socio sanitaire	Nombre de textes spécifiques au financement des dépenses de santé révisés	Journal Officiel, SGG	<b>DAF, Inspection de la santé</b>	1500

	Les nouveaux textes spécifiques sont disponibles et connus par tous les acteurs du système de santé à tous les niveaux	Disséminer les nouveaux textes en prenant en compte les spécificités du secteur socio sanitaire	Nombre de copies distribuées, Nombre de personnes informées sur les textes	Rapport de distribution et rapport de formation	<b>DAF, Inspection de la santé</b>	3000
	Le niveau de financement de l'Etat dans le cadre de sa contribution au programme national de promotion de la santé est rehaussé	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'augmentation de sa participation financière dans la promotion d'une demande structurée des services de santé	Taux du budget de la santé dans le budget global de l'Etat	Rapport financier de la DAF	<b>DAF</b>	0
	Le programme national de promotion de la demande de santé est mis en œuvre	Elaborer un programme national de promotion de la demande de santé	Taux de consultation curative; Taux d'utilisation des services	Rapport SNIS	<b>CPS, DNS</b>	10 000
	Les ressources prévues sont disponibles au profit des collectivités	Programmer les transferts de ressources au profit des collectivités dans les PO	Taux de transfert des ressources aux collectivités	Rapport DAF	<b>DAF</b>	0
	Une étude sur le transfert des ressources au profit des collectivités est réalisée	Evaluer les transferts de ressources réalisées au profit des collectivités	Nombre de recommandations de l'étude	Rapport d'étude	<b>Ministère</b>	3 000
<b>FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE</b>	Les PO sont intégrés dans les budgets programmes des Collectivités	Tenir un atelier de plaidoyer envers l'AMM et la FENASCOM en vue de l'insertion des PO dans les budget-programmes des collectivités	Part du budget du PO dans le budget total du programme des Collectivités	Rapports des programmes des Collectivités	<b>FENASCOM; AMM; CADD</b>	5 000
	Les ASACO sont renouvelées démocratiquement et conformément aux textes en impliquant davantage les femmes et les jeunes	Renouveler démocratiquement les ASACO impliquant davantage les jeunes et les femmes	Nombre d'ASACO renouvelées conformément aux textes, Nombre de femmes et jeunes dans les ASACO	Rapports de supervision FENASCOM, Collectivités	<b>FENASCOM</b>	0



Les populations adhèrent davantage aux ASACO	Concevoir et diffuser des messages de sensibilisation sur l'adhésion des populations aux ASACO	Nombre de message de sensibilisation diffusés Nombre d'adhérents aux ASACO	Rapports FENASCOM, Collectivités	<b>FENASCOM</b>	10 000
Les quotes parts des ASACO dans les caisses de solidarité sont honorées	Inscrire systématiquement dans le budget des ASACO leur contribution à la caisse de solidarité	Nombre d'ASACO ayant payé leur quote part dans le budget total des caisses de solidarité	Rapports FENASCOM, DNPSES, DNDS	<b>FENASCOM</b>	0
La part du Budget de l'Etat dans le financement de la politique de protection sociale augmente	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale	Taux du budget de la protection sociale dans le budget global de l'Etat	Rapport financier de la DAF du MDSPA	<b>MS/MDSPA</b>	0
La part des subventions des PTF dans le financement de la politique de protection sociale augmente	Faire un plaidoyer auprès des partenaires financiers pour l'augmentation des subventions accordées à la mise en œuvre de la politique d'extension de la protection sociale	Part de la subvention des PTF dans le budget global de la protection sociale	Rapport financier de la DAF/MDSPA et des PTF	<b>MS/MDSPA</b>	0
Les populations adhèrent et cotisent davantage aux mutuelles	Concevoir et diffuser des messages de sensibilisation sur l'adhésion des populations et les paiements réguliers des cotisations aux mutuelles de santé	Nombre de messages diffusés Nombre d'adhérents aux mutuelles	Rapports DNPES, DNDS, UTM	<b>UTM</b>	10 000
Les textes sur les tarifications des services sanitaires sont actualisés conformément au pouvoir d'achat des usagers	Réviser les textes relatifs à la tarification dans les services sanitaires fournis aux usagers	Taux d'utilisation des services par les usagers	Rapports inspection de la santé, EPH, EPST, CSREF, CSCOM	<b>Ministère, Société civile, Communauté</b>	3 000

	Les textes législatifs et réglementaires sur la mutualité sont révisés et diffusés	Réviser et diffuser les textes législatifs et réglementaires sur l'exercice de la mutualité	Nombre de textes diffusés,	Rapports UTM, DNPES, DNDS	<b>UTM, DNPES, DNDS</b>	0
	Les mutuelles sont accompagnées dans leur lancement	Instaurer un fonds d'appui au démarrage des mutuelles	Montant total du fonds d'appui Nombre de mutuelles ayant bénéficié du fonds d'appui	Rapports UTM, DNPES, DNDS	<b>MDSPA</b>	0
<b>FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE</b>	Les mutuelles sont couvertes contre les risques par un fonds de garantie	Instaurer un fonds de garantie des mutuelles	Montant total du fonds de garantie Nombre de mutuelles ayant bénéficié du fonds de garantie	Rapports UTM, DNPES, DNDS	<b>MDSPA</b>	0
	Les textes relatifs à l'intéressement dans les hôpitaux sont connus	Diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les hôpitaux (Loi Hospitalière)	Nombre de textes diffusés	Journal Officiel, SGG, Rapports EPH, ANEH, inspection santé	<b>ANEH</b>	0
	Les textes relatifs à l'intéressement dans les Csref sont disponibles et diffusés	Elaborer et diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les Csref	Taux de diffusion des textes élaborés	Rapports Inspection de la santé, DAF, DNS	<b>DNS</b>	3 000
	Les conséquences de l'intéressement dans les EPH et les Csref sont connues	Evaluer l'application de l'intéressement dans les hôpitaux et les Csref	Nombre d'études sur l'intéressement réalisées	Rapports d'études sur les intéressements	<b>CPS, ANEH, DNS, DAF</b>	6 000
	Les textes relatifs à l'intéressement dans les Cscm sont disponibles et diffusés	Elaborer et diffuser les textes relatifs à l'intéressement dans les Cscm	Nombre de textes élaborés	Rapports Inspection de la santé, FENASCOM	<b>FENASCOM</b>	3 000
	Les conséquences de l'intéressement dans les Cscm sont connues	Evaluer l'application de l'intéressement dans les Cscm	Nombre d'études sur l'intéressement réalisées	Rapports d'études sur les intéressements	<b>FENASCOM</b>	7 000

	Les conséquences des incidences financières de la gratuité sont connues	Evaluer les incidences financières avant toute décision de gratuité	Nombre d'études sur les incidences financières de gratuité réalisés Montant total des incidences financières suite aux gratuités	Rapports d'études sur les incidences des gratuités	<b>Ministère</b>	7 000
	Le montant total des incidences financières de la gratuité sont remboursées aux structures lésées	Budgétiser au compte des ministères, l'estimation du coût des gratuités	Montant total non recouvré suite aux gratuités	Rapports d'évaluation de la gratuité, Rapport financier MS	<b>Ministère de la santé</b>	0
	Les usagers sont informés sur tous les aspects de gratuité	Concevoir et distribuer la bonne information par radio sur les gratuités à l'endroit des usagers	Nombre d'usagers informés	Rapports d'information sur la gratuité	<b>Ministère de la santé</b>	3 000
	Les pertes de recettes liées aux gratuités sont remboursées aux structures sanitaires	Rembourser aux structures sanitaires le manque lié aux gratuités accordées aux usagers	Taux de recouvrement des manques à gagner liés aux gratuités	Rapport Financier DAF	<b>DAF</b>	0
	Le diagnostic de la mise en œuvre de la première phase de l'appui budgétaire est posé	Réaliser une étude diagnostique de mise en œuvre de la première phase de l'appui budgétaire sectoriel	Nombre de recommandations de mise en œuvre de l'appui budgétaire sectoriel faites	Rapport de l'étude de mise en œuvre de l'appui budgétaire sectoriel	<b>DAF</b>	5 000
	La meilleure pratique d'exécution de l'ABS connue	Organiser une rencontre de consensus sur l'identification de la meilleure pratique d'exécution de l'ABS	Nombre de rencontre de consensus sur l'ABS réalisée	Rapports des rencontres	<b>DAF</b>	5 000
<b>FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE</b>	La part des subventions des PTF dans le financement du système de santé augmente	Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour accroître leur contribution au financement des activités du plan	Nombre de plaidoyer organisés Part de la subvention des PTF dans le budget global	Rapports financiers des PTF	<b>PTF</b>	10 000
<b>Sous total partiel I</b>						<b>100 500</b>

<b>GESTION DES SERVICES</b>	Les services de l'administration sanitaire et les structures de production des soins fonctionnent conformément aux cadres organiques révisés	Réaliser l'audit organisationnel des pratiques administratives et financières des structures de production de soins et de l'administration sanitaire	Nombre de structures de production de soins fonctionnant conformément au nouveau cadre organique	Rapport d'audit, SNISS	<b>DAF</b>	15 000
			Nombre de services administratifs fonctionnant conformément au nouveau cadre organique	Rapport d'audit, SNISS		10 000
			Nombre de nouveaux textes élaborés pour les structures de production de soins	Journal Officiel Archives SGG, Inspection de la santé	<b>Inspection de la santé DAF</b>	1 500
	Les services de l'administration sanitaire fonctionnent conformément aux cadres organiques révisés	Mettre à jour et diffuser les textes régissant le fonctionnement et le cadre organique des structures de production de soins et des services de l'administration sanitaire	Nombre de nouveaux textes élaborés pour les services de l'administration sanitaire	Journal Officiel Archives SGG, Inspection de la santé	<b>Inspection de la santé DAF</b>	1 500
	La politique de développement des ressources humaines est mise en œuvre et connue de tous	Diffuser et disséminer la politique de développement des ressources en intra et intersectoriel (MF, MEIC, MFP, SSPA)	Nombre de personnes informées sur la politique au sein du département	Rapports des ateliers de diffusion et de dissémination	<b>CPS, CDRH, DAF</b>	15 000
	Le personnel travaillant dans les zones difficiles est motivé et stable	Rehausser le niveau de la prime du personnel sanitaire particulièrement dans les zones difficiles	Nombre total de primes à la motivation Nombre de personne bénéficiant de la prime	Rapport financier DAF	<b>DAF</b>	704880
	Le personnel sanitaire observe les règles de déontologie et respecte le bien public	Former en déontologie, le personnel sanitaire dans l'exercice de sa fonction	Nombre d'agents formés	Rapports financier et d'activité de la DAF	<b>DAF</b>	50 000

	Les Cscm sont financièrement viables	Former les membres des organes de gestion des ASACO à la gestion administrative et financière des Cscm ; Suivre et évaluer régulièrement les organes de gestion des ASACO	Taux de viabilité des Cscm	Rapport de formation	<b>FENASCOM, Collectivité, AMM</b>	30 000
			Nombre d'ASACO, suivie et contrôlée, Nombre d'évaluation des ASACO réalisées	Rapports de suivi et d'évaluation des organes de gestion des ASACO	<b>FENASCOM, Collectivité, AMM</b>	15 000
<b>GESTION DES SERVICES</b>	Les principes de gestion sont appliqués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Réviser les guides de supervision afin de mieux les adapter aux principes de gestion des services par niveau de la pyramide sanitaire	Nombre de guides de supervision révisés	Documents guide de supervision	<b>CPS, DNS, DAF, DPM, ANEH, etc.</b>	7 500
	Les supervisions reçoivent davantage de fonds	Faire le plaidoyer auprès des structures centrales et des cabinets ministériels pour financer davantage les supervisions à tous les niveaux	Part du budget des supervisions dans le budget des structures	Rapports d'activité et financier des structures	<b>Ministère</b>	0
	Les fiches de, procédures harmonisées sur la gestion des ressources humaines sont disponibles	Elaborer les fiches de procédures harmonisées sur la gestion des ressources humaines	Nombre fiches harmonisées réalisées	Document du SD-SNISS	<b>CPS, DAF, DNS, CDRH</b>	0
	Les structures de production de soins et les services administratifs sont mieux gérés	Former les agents en gestion des ressources humaines dans les structures de production de soins et les services de l'administration sanitaire	Nombre d'agents des services de production de soins formés	Rapports formation, attestations de formation	<b>DAF, CDRH</b>	25 000
			Nombre d'agents des services administratifs formés		<b>DAF, CDRH</b>	0
	Les organes de gestion des structures publiques sont efficaces	Former les membres des organes de gestion des structures sanitaires publiques à la gestion financière	Nombre d'administrateurs de crédits formés	Rapports des formations, attestation de formation	<b>DAF</b>	25 000

	Les services publics de production de soins et ceux de l'administration sanitaire sont mieux gérés	Suivre et évaluer régulièrement les organes de gestion des services sanitaires	Nombre d'évaluations réalisées	Rapports de suivi et d'évaluation des organes de gestion des structures publiques	DAF	11 000
			Nombre d'évaluations réalisées		DAF	0
	Les nouvelles procédures de gestion du manuel sont appliquées	Actualiser et disséminer le manuel de procédures et de gestion	Nombre de structures sanitaires utilisant le nouveau manuel de procédure de gestion	Document du manuel de procédures	DAF	0
	Les administrateurs de crédits du district gèrent leurs structures conformément au manuel actualisé	Former les comptables et les administrateurs de crédits du district au manuel de procédures de gestion actualisé	Nombre d'administrateurs de crédits du district formés	Rapports de formation, attestations de formation	DAF	10 000
	L'ensemble des montants exécutés sont justifiés	Sensibiliser les administrateurs de crédits sur l'importance de la justification des fonds pour la continuité du financement	Nombre d'administrateurs de crédits sensibilisés	Rapports de sensibilisation	DAF	20 000
	L'ensemble des montants exécutés sont justifiés	Former les comptables et les gestionnaires sur la nomenclature des pièces justificatives	Nombre de comptables formés Nombre de gestionnaires formés	Rapports de formation Attestations de formation	DAF	10 000
	La collaboration est renforcée	Intensifier les rencontres entre le MS, le MF et le MEIC	Nombre de rencontres réalisées	Rapports des réunions	DAF	1 000
	Les cadres du MF et du MEIC soutiennent les activités stratégiques du MS	Impliquer les cadres du MF et du MEIC dans l'élaboration et le suivi des dossiers stratégiques du financement de la santé	Nombre de dossiers relatifs au financement de la santé résolus par l'implication des cadres du MF et MEIC	Rapports d'activité et financier de la DAF	DAF	2 000
<b>GESTION DES SERVICES</b>	Les PO validés sont disponibles aux MF et MEIC et leurs services déconcentrés	Envoyer systématique les PO validés à la DGB, aux DRB, à la DNTCP, aux DRTCP, DNCF, aux Délégués du Contrôle Financier auprès des	Nombre de copies de PO envoyés	Bordereau de Réception	CPS	0

	Gouverneurs de région				
Les ASACO connaissent le rôle des mutuelles dans le recouvrement des coûts	Former les membres des instances de gestion des ASACO sur la place des mutuelles dans le système de santé et leur rôle dans l'amélioration du recouvrement par les Cscm	Nombre d'instances de gestion des ASACO formés sur le rôle des mutuelles	Rapports de formation	<b>FENASCOM, Collectivités</b>	10 000
Les conseils communaux et de cercle mobilisent davantage les ressources publiques	Former les conseils communaux et de cercle sur les procédures de mobilisation des ressources publiques	Nombre de conseils communaux formés.	Rapports de formation	<b>AMM, Collectivités, Communes</b>	15 000
		Nombre de conseils de cercles formés	Rapports de formation	<b>AMM, Collectivités, Communes</b>	0
Les mutuelles de santé sont suffisamment implantées	Elaborer un programme national de promotion des mutuelles de santé	Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles Nombre d'adhérents aux mutuelles de santé	Rapports financier et d'activité UTM, DNPES, DNDS	<b>MDSSPA</b>	10 000
Les acteurs publics et privés ont recours à la contractualisation pour améliorer la performance du système de santé	Former à la contractualisation des responsables de formations sanitaires publiques, des ASACO et des systèmes d'assurance maladie « Recours à la contractualisation pour l'amélioration de la performance du système socio sanitaire »	Nombre de personnes formées à la contractualisation	Rapports de formation	<b>MS FENASCOM</b>	35 000
Les populations s'assurent davantage pour leur santé	Elaborer et mettre en œuvre un plan national de communication pour l'incitation des	Nombre de souscripteurs d'assurance santé	Registre des assureurs santé	<b>MS MDSSPA</b>	5 000

		populations à la souscription des produits d'assurance maladie				
	Les conventions d'assistance mutuelle sont signées	Diffuser des spots radio, TV sur la nécessité de la signature des conventions d'assistance mutuelle	Nombre de conventions d'assistance mutuelles signées	Documents de convention signée	<b>MS, MDSSPA, FENASCOM, Collectivités</b>	10 000
<b>Sous Total Partiel II</b>						<b>1 039 380</b>
<b>Sous Total II</b>						<b>1 139 880</b>
<b>EQUIPEMENTS, INFRASTRUCTURES ET MAINTENANCE</b>	Les bâtiments sont réhabilités	Réhabiliter les locaux de la DPM	Nombre de bâtiments réhabilités	Bordereau de réception	<b>DPM</b>	9 000
	Acquisition de nouveaux bâtiments par les différentes structures	Construire pour les ordres professionnels de la santé	Nombre de bâtiments construits	Bordereau de réception	<b>Ordres professionnels</b>	50 000
	Les bâtiments du CNTS sont réhabilités	Réhabiliter les locaux du CNTS	Nombre de bâtiments réhabilités	Bordereau de réception	<b>CNTS</b>	9 000
<b>EQUIPEMENTS, INFRASTRUCTURES ET MAINTENANCE</b>	Acquisition de nouveaux bâtiments par les différentes structures	Construire les magasins de stockage de vaccins et consommables à BKO	Nombre de bâtiments construits	Bordereau de réception	<b>CNI</b>	600 000
	Acquisition de nouveaux bâtiments par les différentes structures	Construire les magasins de stockage de vaccins et consommables à Mopti	Nombre de bâtiments construits	Bordereau de réception	<b>CNI</b>	400 000
	L'équipement complémentaire du LNS est disponible	Acquérir l'équipement technique complémentaire pour le LNS	Nombre d'équipements obtenus	Bordereau de réception	<b>LNS</b>	60000
	L'équipement complémentaire du DMT/INRSP est disponible	Acquérir l'équipement technique complémentaire pour le, DMT/INRSP	Nombre d'équipements obtenus	Bordereau de réception	<b>INRSP</b>	50 000
	L'équipement complémentaire du CNTS est disponible	Acquérir l'équipement technique complémentaire pour le CNTS	Nombre d'équipements obtenus	Bordereau de réception	<b>CNTS</b>	80 000



Le matériel de chaîne de froid pour l'immunisation est disponible	Acquérir le matériel de chaîne de froid pour la Section Immunisation,	Nombre d'équipements obtenus	Bordereau de réception	<b>CNI</b>	100 000
Trois camions pour les médicaments de la PPM et les programmes acquis	Acquérir trois camions pour les médicaments de la PPM et les programmes	Nombre de camions acquis	Bordereau de réception	<b>PPM</b>	150 000
La maintenance de l'équipement est assurée conformément au guide de bonnes pratiques	Elaborer un guide de bonnes pratiques de maintenance et de gestion durable des infrastructures sanitaires	Nombre d'équipements entretenus	Rapport d'élaboration du guide	<b>CNIECS</b>	5 000
La maintenance de l'équipement est assurée conformément au guide de bonnes pratiques	Tenir 10 ateliers de dissémination du guide de bonnes pratiques de maintenance et de gestion durable des infrastructures sociales aux niveaux national et régional	Nombre d'ateliers de dissémination réalisé s/ nombre prévu	Rapports des ateliers réalisés	<b>CEPRIS</b>	25 000
La maintenance de l'équipement est assurée conformément au guide de bonnes pratiques	Assurer la formation continue des techniciens chargés de la maintenance des équipements et infrastructures	Nombre de techniciens chargés de la maintenance des équipements et infrastructures	Rapport de formation	<b>CEPRIS</b>	25 000
Les principes de gestion durable des infrastructures et des équipements dans les curricula des professionnels de la santé sont intégrés	Intégrer les principes de gestion durable des infrastructures et des équipements dans les curricula des professionnels de la santé	Nombre d'écoles ayant intégré les principes de gestion durable des infrastructures et des équipements dans les curricula des professionnels de la santé / nombre prévu	Programme de formation des écoles	<b>CEPRIS, DNS, EPH, EPST</b>	0
Une prime incitative est octroyée aux surveillants de chantiers	Octroyer une prime aux surveillants de chantiers	Nombre de surveillants de chantiers ayant une prime/ nombre prévu	Etat de paiement de la prime	<b>CEPRIS-DAF</b>	3 000

	Des contrats de prestations de service sont signés	Signer des contrats de prestations de service	Nombre de contrats signés / nombre prévu	Contrats disponibles	DAF	0
	Les Cscm sont équipés	Equiper les CSCOM existants en matériels techniques complémentaires	Nombre de Cscm équipés	PV de réception	DAF- EPH	150 000
<b>EQUIPEMENTS, INFRASTRUCTURES ET MAINTENANCE</b>	Les CSREF sont équipés	Equiper les CSREF en matériels complémentaires	Nombre de CSREF équipés	PV de réception	CEPRIS	400 000
	Les Projets d'Etablissement des 12 EPH sont mis en œuvre	Mettre en œuvre les Projets d'Etablissement des 12 EPH (conception et suivi)	Nombre de projets d'établissements suivis	Document de Projets d'Etablissements validés; Rapports de suivis	CEPRIS	0
	Le plan de maintenance des équipements est mis en œuvre	Suivre et évaluer le plan de maintenance des équipements	Nombre de supervision réalisée Une évaluation annuelle réalisée	Rapport de mission de supervision; Rapport d'évaluation annuelle	EPH	5000
<b>Sous Total III</b>						<b>2 121 000</b>
<b>SYSTEMES D'INFORMATION ET DE SUIVI/ EVALUATION</b>	Les compétences des agents chargés de la gestion de l'information sont renforcées	Former les agents SLIS en: collecte, analyse et interprétation des données, remplissage des supports, utilisation du logiciel, archivage et stockage	Nombre d'agents capables d'utiliser le logiciel et de remplir correctement les supports	Rapports de supervision	CPS, DNS,	60 000
	Les compétences des agents chargés de la gestion de l'information sont renforcées	Former les agents SIH en: collecte, analyse et interprétation des données, remplissage des supports, utilisation du logiciel, archivage et stockage	Nombre d'agents capables d'utiliser le logiciel et de remplir correctement les supports	Rapports de supervision	CPS,	10 957
	Les compétences des agents chargés de la gestion de l'information sont renforcées	Former les agents Siso en: collecte, analyse et interprétation des données, remplissage des supports, utilisation	Nombre d'agents capables d'utiliser le logiciel et de remplir correctement les supports	Rapports de supervision	DNDS, DNPSES	5 000

	du logiciel, archivage et stockage				
Les données du secteur privé sont disponibles et intégrés dans le SNISS	Organiser les sessions de travail périodiques avec les privés et les communautés en vue d'intégrer les données issues de ces secteurs	Part du secteur privé dans les activités du système de santé	SNISS	CPS	20 000
Le SNISS est fonctionnel dans toutes ses composantes	Actualiser le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social	Nombre de sous systèmes fonctionnels dans le SD-SNISS actualisé	Document du SD-SNISS	CPS	7 000
Les outils de collecte sont révisés	Tenir des ateliers de révision des outils	Nombre d'outils révisés	Rapport d'atelier	CPS, DNS	20 000
les structures sont équipées en matériels informatiques/logiciels, supports de collecte, RAC, Téléphone GSM, Accès internet	Equiper les structures en: matériels informatiques/logiciels, supports de collecte, RAC, Téléphone GSM, Accès internet	Nombre de structures équipées et ayant accès à l'internet	Rapports de supervision	Ministère de la Santé	1 000 000
Les services centraux et régionaux sont mis en réseau	Mettre en réseau les services centraux, régionaux et opérationnels	Nombre de services mis en réseau	Sites fonctionnels	Ministère de la Santé	400 000
Les formateurs sont formés à l'utilisation des nouveaux outils	Former les formateurs à l'utilisation des nouveaux outils	nombre de formés	Rapport de formation	Ministère de la Santé	15 000
Les utilisateurs sont formés à l'utilisation des nouveaux outils	Former les utilisateurs aux nouveaux outils	nombre de formés	Rapport de formation	Ministère de la Santé	36 000
La maintenance des équipements est assurée	Contractualiser avec des services de maintenance du matériel informatique	Nombre de contrats signés	Document du contrat	Responsables des structures	50 000

<b>SYSTEMES D'INFORMATION ET DE SUIVI/ EVALUATION</b>	Le SNISS est fonctionnel	Réaliser les missions de supervisions du SNISS	Nombre de supervisions réalisées	Rapports de supervision	<b>responsables de structures</b>	10 000
	Tous les niveaux sont informés	Assurer la retro-information à tous les niveaux par la tenue régulière des réunions trimestrielle entre les différents niveaux	le cadre de collaboration avec les Institutions de sécurité sociale est fonctionnel	Toutes les structures	<b>Responsables des structures</b>	50 000
	les résultats de recherche sont publiés	Faire des publications	Tous les résultats des recherches sont publiés	revues	<b>Institutions de recherche</b>	0
	Le site web de la recherche est mis à jour	Mettre en place un système de mise à jour du site web de la recherche	Nombre de pages mis à jour par mois	site web: <a href="http://www.sante.gov.ml/cps">www.sante.gov.ml/cps</a>	<b>CPS</b>	0
Sous Total IV						<b>1 683 957</b>
<b>NOUVELLES STRATEGIES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE/PPP</b>	Les modules sont élaborés/révisés, validés, multipliés et disséminés	Elaborer/réviser des modules pour renforcer les capacités de gestion de l'approche PPP ;	Nombre de module élaboré/révisé pour le renforcement des capacités	Rapports	<b>MS, Société civile</b>	8 000
		Valider et Multiplier les documents ;		Rapports	<b>MS, Société civile</b>	3 200
		Organiser des ateliers de dissémination des documents à tous les niveaux (central, régional et local)		Rapports	<b>MS, Société civile</b>	4 000
				Rapports	<b>MS, Société civile</b>	52 000
	Le pool de réflexion est créé et est fonctionnel	Constituer un pool de réflexion sur le PPP	Nombre de réunions du pool de réflexion	CR de réunion	<b>MS, Société civile</b>	1 050
Les comités sont mis en place et sont fonctionnels	Mettre en place des comités de gestion PPP au niveau régional	Nombre de comité de gestion régional mis en place	CR des comités régionaux	<b>Comités Régionaux</b>	13 500	

	Les comités de districts sont mis en place et fonctionnels	Mettre en place des comités de gestion du PPP de district	Nombre de comité de gestion de cercle mis en place	CR des Réunions	<b>Comités du District</b>	57 750
	Les comités au niveau du district sont fonctionnels	Assurer le fonctionnement du Comité de gestion du PPP au niveau district	Nombre de comité de gestion de commune mis en place	CR des Réunions	<b>Comités du District</b>	98 000
	Voyages d'étude réalisés	Réaliser des voyages d'étude dans le cadre du renforcement des stratégies novatrices/PPP	Nombre de voyage d'étude réalisé	Rapports	<b>MS, Société civile</b>	100 000
	Les modules de formations sur les PPP sont disponibles	Recruter un consultant pour la formation des formateurs sur le PPP	Disponibilité du consultant	Rapports de formation		9 750
	Les formateurs sont formés au niveau national	Former les formateurs niveau national	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	2 500
	Les formateurs sont formés au niveau régional	Former les acteurs au niveau régional	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	14 400
	Les formateurs sont formés au niveau district	Former les acteurs de terrain au niveau district	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	35 000
<b>NOUVELLES STRATEGIES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE</b>	La Recherche opérationnelle sur le PPP est réalisée	Initier et réaliser des activités de recherches opérationnelles sur le PPP	Nombre de recherches opérationnelles réalisées	Rapports de recherche	<b>MS, Société civile</b>	40 000
	Résultats de recherche sont restitués aux acteurs	Restituer les résultats des recherches opérationnelles	Nombre de réunions de restitution	Rapports de recherche	<b>MS, Société civile</b>	20 000
	Contrats types disponibles	Elaborer des accords avec les prestataires privés de soins et services de santé	Nombre de contrat type élaborés	Rapports de convention	<b>MS, Société civile</b>	0
	Les contrats sont signés	Développer des contrats de performance avec toutes les parties prenantes à l'action sanitaire	Nombre de contrats passés avec le secteur privé	Rapports de convention	<b>MS, Société civile</b>	0

Engagements des différents décideurs	Tenir des journées de plaidoyer à l'endroit des : -Services techniques de ministères de la santé, du développement social et des finances, -PTF, -Des élus -Des syndicats, -De la société civile, -De la presse -Des ordres professionnels	Nombre de plaidoyers réalisés	Rapports des journées de plaidoyers	<b>MS, Société civile</b>	13 500
Les communautés sont informées	Réaliser des émissions Radio, télé sur le PPP	Nombre de émissions Radio, télé, sur le PPP	Rapports de diffusion des émissions	<b>MS, Société civile</b>	10 000
Les outils sont disponibles	Développer des outils de communication (Site Web, supports visuel et audiovisuel)	Nombre de types d'outils développés	Site Web	<b>MS, Société civile</b>	12 000
Les privés sont financés	Mettre en place un système (entre autre fonds de garantie) pour faciliter aux privés l'accès au financement	Nombre de prestataires privés financés	Rapports financiers PPP	<b>MS, Société civile</b>	0
Les contrats de performance par le secteur public avec le secteur privé au niveau district sont signés	Financer des contrats de performance par le secteur public avec le secteur privé au niveau district	Nombre de contrat de performance financés entre le secteur public et privé	Documents de contrat	<b>MS, Société civile</b>	339 578
Les enfants de 0 à 5 ans sont mutualisés	Mutualiser les groupes cibles à risque (prise en charge des cotisations des enfants de 0 à 5 ans en milieu rural	Nombre d'enfants mutualisés	Rapports des mutuelles	<b>MS, Société civile</b>	59000

	Le pool est mis en place et est fonctionnel	Mettre en place un Pool de rédaction et suivi /évaluation de la qualité des soins et services de santé	Nombre de réunions réalisées	PV de réunions	<b>MS, Société civile</b>	0
	Le comité est mis en place et est fonctionnel	Créer un comité technique national d'évaluation de la qualité pour les structures publique et privées du 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>eme</sup> niveau.	Nombre de réunions réalisées	PV de réunions	<b>MS, Société civile</b>	0
<b>NOUVELLES STRATEGIES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE /PPP</b>	Les équipes qualité sont mises en place et fonctionnelles en région et district sanitaire	Mettre en place une équipe qualité au niveau régional et de district sanitaire ;  Assurer le fonctionnement des équipes qualité au niveau région et district	Nombre de réunions réalisées	PV de réunions	<b>MS, Société civile</b>	0
	75 médecins sont recrutés pour les services de santé en zone rurale	Recruter 75 médecins par an pour les services de santé de premier contact en zone rurale	Nombre de médecins recrutés sur nombre prévu	Rapports d'activités	<b>MS, Société civile</b>	787 505
	Le groupe de dialogue est mis en place et est fonctionnel	Mettre en place deux groupes de dialogue qualité : groupe de prestataires de soins, groupe communauté  Assurer le fonctionnement de deux groupes de dialogue qualité : groupe de prestataires de soins, groupe communauté	Nombre de groupe de dialogue mis en place	PV des groupes de dialogue	<b>MS, Société civile</b>	3 000

					8 400
Engagement politique de décideurs	Organiser des campagnes de plaidoyer à l'endroit de la communauté	Nombre de campagne de plaidoyer organisé	Rapports	<b>MS, Société civile</b>	20 000
Les outils d'évaluation pour l'accréditation sont appropriés	Organiser un atelier d'appropriation des outils d'évaluation pour l'accréditation au niveau national	Nombre d'ateliers d'appropriation organisés	Rapports d'ateliers	<b>MS, Société civile</b>	5 000
Les outils d'évaluation pour l'accréditation sont appropriés	Organiser des ateliers d'appropriation des outils d'évaluation pour l'accréditation au niveau régional	Nombre d'ateliers d'appropriation organisés	Rapports d'ateliers	<b>MS, Société civile</b>	68 400
Les outils d'évaluation pour l'accréditation sont appropriés	Organiser des ateliers d'appropriation des outils d'évaluation pour l'accréditation au niveau district	Nombre d'ateliers d'appropriation organisés	Rapports d'ateliers	<b>MS, Société civile</b>	0
L'accréditation est mise à échelle par niveau de la pyramide sanitaire	Impliquer les communautés dans la mise à échelle du système d'accréditation par niveau de la pyramide sanitaire	Nombre d'accréditations mises à échelle	Rapports d'accréditations	<b>MS, Société civile</b>	0
Les cérémonies de certification/accréditation sont organisées	Organiser des cérémonies de certification/accréditation	Nombre de cérémonies organisées	Rapports de cérémonies	<b>MS, Société civile</b>	0
Nombre de modules élaborés/révisés pour le	Elaborer un document de synthèse des différentes	Les modules sont élaborés/révisés, validés,	Rapports des documents	<b>MS, Société civile</b>	3 000



	renforcement des capacités	approches qualités	multipliés et disséminés	Rapports des documents	<b>MS, Société civile</b>	3 000
		Elaborer un document de politique d'intégration et d'assurance qualité pour les différents niveaux		Rapports des documents	<b>MS, Société civile</b>	3 000
		Elaborer des modules de formation pour la mise en œuvre de la stratégie d'intégration et d'assurance qualité des soins		Rapports des documents	<b>MS, Société civile</b>	3 000
	Elaborer les guides et les outils de diagnostic qualité	Rapports des documents	<b>MS, Société civile</b>	3 000		
	Les formateurs sont formés	Former les formateurs sur les modules au niveau national à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	2 500
<b>NOUVELLES STRATEGIES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE/PPP</b>	Les formateurs sont formés	Former les formateurs sur les modules au niveau national région à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	14 400
	Les formateurs sont formés	Former les formateurs sur les modules au niveau national district à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation	Nombre de formateurs formés par différent niveau	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	28 500

La capacité des acteurs est améliorée	Former les équipes qualité au niveau communautaire à l'appropriation des outils qualité et à l'évaluation	Nombre d'équipes formées à l'approche	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	0
La capacité des acteurs est améliorée	Former des équipes pluridisciplinaires de districts à l'auto évaluation et aux techniques d'identification et de résolution des problèmes	Nombre de districts sanitaires ayant des équipes pluridisciplinaires formées	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	28 500
La capacité des acteurs est améliorée	Former en PNP selon le besoin, les équipes publiques, communautaires et privées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre d'équipes sanitaires ayant été formées en PNP	Rapports de formation	<b>MS, Société civile</b>	0
La capacité des acteurs est améliorée	Organiser des rencontres d'échange entre les différents acteurs et par niveau.	Le nombre de personnel ayant bénéficié d'une expérience d'échange	Rapport de rencontre d'échange	<b>MS, Société civile</b>	0
Les réunions de concertation nationales, régionales et locales sont tenues	Organiser des réunions de concertation nationales (semestrielles) , régionales (trimestrielles) locales (mensuelle) entre les acteurs publiques et privées	Nombre de réunions organisées par niveau	Rapports de réunion	<b>MS, Société civile</b>	0
Nombre de supervisions réalisées	Effectuer les supervisions semestrielles et trimestrielles par niveaux de structure y compris les relais communautaires Assurer des supervisions	Nombre de supervisions réalisées sur prévues	Rapports de supervision	<b>MS, Société civile</b>	0
					0

		par les équipes régionales et le comité technique en vue de la sélection pour l'accréditation				0
		Intégrer le volet PPP dans le guide de monitoring micro planification et supervision intégrée				
	Les forces et faiblesse sont capitalisées	Elaborer le plan de suivi /évaluation du PPP	Nombre de suivi et d'évaluation réalisés	Rapports de suivi évaluation	MS, Société civile	5 000
		Procéder à une évaluation à mi parcours du plan				7 000
		Procéder à une évaluation finale du plan				10 000
		Mesurer l'effet des contrats de performance à travers les PPP				10 000
<b>NOUVELLES STRATEGIES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE/PPP</b>		Mesurer l'effet des conventions d'assistance mutuelle entre les collectivités et les Asaco sur la performance des Cscm	Nombre de recommandations sur les conventions d'assistance mises en œuvre			48 042
<b>Sous Total V</b>						<b>1 951 475</b>
<b>TOTAL PLAN D'ACTION RSS</b>						<b>8 145 135</b>

## **ii) Références sélectionnées**

1. OMS (2000) : *Rapport sur la santé dans le monde* ;
2. OMS (2007) : *Renforcement des systèmes de santé : Quelles perspectives pour les initiatives mondiales pour la santé. Document de travail No 4* ;
3. OMS (2003): *Methodological guidelines for sectoral analysis in health*;
4. *Présidence de la République du Mali (2007) : Programme de développement économique et social* ;
5. *République du Mali (2006) : Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCRFP)* ;
6. AFD (2005) : *L'aide au développement. Evolutions récentes et grands débats* ;
7. MPAT/DNPD-DNSI (2007) : *Rapport sur la situation économique et sociale du Mali en 2006 et les perspectives pour 2007*;
8. MS /SG/DNS (2007) : *Annuaire SLIS (système local d'information sanitaire)*;
9. MS /SG/DNS : *Plan stratégique de la santé de la reproduction au Mali 2004-2008*;
10. CPS/MS, DNSI et al. (2006) : *Enquête démographique et de santé (EDS IV)* ;
11. PNUD (2006): *Analyse de la situation économique et sociale au Mali* ;
12. MS/SG (2004) : *Programme de développement socio-sanitaire II, composante santé* ;
13. OMS(2006) : *Rapport sur la santé dans le monde* ;
14. PNUD (2007) : *Programme national de lutte contre la tuberculose* ;
15. HCNLS/SE (2008) : *Rapport national UNGASS* ;
16. MS (2008) : *Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé Document provisoire* ;
17. MS/SG/DNS (2007) : *Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali.*