

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

Plan d'action pour le Mali (MAP)

2020 - 2030

La voie à suivre pour
une meilleure santé

100%
100%
50%
PLUS

Mars 2020

Avant-propos

Un mot du Premier ministre

Le MAP est une vision nécessaire d'espoir et de motivation pour notre pays. Il propose une nouvelle façon de coordonner les efforts, les acteurs, les ressources et les initiatives pour réaliser le droit à des services de qualité et accessibles à tous les Maliens, qui s'appuie sur l'important travail développé par le CREDD et le PRODESS.

Son succès viendra de la participation pleine et constructive des parties prenantes à tous les niveaux, dans l'ensemble du gouvernement et dans tout le pays, y compris avec nos partenaires techniques et financiers. Il renforcera les partenariats existants et en créera de nouveaux.

Le MAP fait partie des mesures nécessaires pour assurer la gratuité de certains services et soins de santé, annoncées par le Président de la République, qui doivent être mises en œuvre parallèlement aux efforts visant à renforcer le système de santé.

Il existe un besoin évident de renforcer le système de soins de santé primaires, le système de soins de santé secondaires, les systèmes nationaux de protection sociale, ainsi que les services de base comme les laboratoires, les diagnostics, la chaîne d'approvisionnement médicale. Le MAP définit un ensemble cohérent de priorités qui guideront la voie à suivre, tout en mettant en avant des valeurs telles que l'accès équitable, le leadership communautaire, l'appropriation nationale, l'innovation et les performances.

Le gouvernement ne ménagera aucun effort pour mobiliser les moyens nécessaires à la création de conditions favorables et soutenir la mise en œuvre effective des priorités définies dans le MAP. Je suis convaincu que ces mesures peuvent redresser le système de santé au Mali et sauver d'innombrables vies. J'offre mon plein appui et le soutien de mon bureau à cette initiative et au travail à venir.

Boubou CISSE
Premier ministre

Un mot du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

Tout Malien a le droit à une bonne santé et à une sécurité humaine. Le Plan d'action pour le Mali (MAP) est fortement inspiré par le profond respect de ces droits et de la volonté de protection de la population.

Le MAP est une vision audacieuse pour un changement transformateur. Il vise à accélérer les progrès du Mali vers la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) et vers la santé universelle. Ses objectifs sont alignés sur ceux du CREDD et du PRODESS et s'appuient sur les réformes passées et les efforts en cours dans tous les secteurs.

Les priorités du MAP sont d'améliorer radicalement les indicateurs de santé en mettant les femmes et les enfants au cœur de la démarche, afin d'obtenir rapidement des résultats. Le MAP s'efforce de bâtir un système de santé équitable et inclusif en éliminant les obstacles et en travaillant avec et pour les communautés. Son intervention sera axée sur l'acheminement des services jusqu'au dernier kilomètre et s'assurera que personne ne soit laissé pour compte.

Il fera progresser tous les aspects de la qualité des services - des infrastructures à la formation - afin d'améliorer la demande et la confiance de la population malienne dans son système de santé. En faisant des pas décisifs sur la voie de la couverture maladie universelle, elle protégera les familles de la pauvreté due à des dépenses de santé catastrophiques. Cette intervention doit sauver des vies aujourd'hui et être soutenue pendant des générations à venir.

Le MAP tirera les leçons apprises des autres pays et s'en inspirera tout en restant ancré dans la culture et le contexte du Mali et en tenant compte des besoins particuliers des différentes localités et populations. Il adopte une approche systémique en favorisant l'efficacité, l'intégration, la coordination et le renforcement des capacités dans l'ensemble du système de santé et par le biais de partenariats internationaux solides.

Notre pays est mis à rude épreuve jusqu'à un seuil de rupture par des facteurs tels que des agitations, des migrations, la croissance démographique, le changement climatique et l'urbanisation. Nous devons prendre des mesures décisives et opportunes. Le renforcement du système de santé aidera à proposer des solutions aux problèmes de santé de nos communautés et à réinstaurer leur confiance au système de santé tout en favorisant la paix, la stabilité et l'espoir.

Le MAP est une opportunité de libérer le potentiel de notre pays, de lutter pour la justice sociale, de l'unir autour d'une vision et d'un avenir meilleur.
Il est temps d'agir maintenant. Rejoignez-nous.

Michel SIDIBE
Ministre de la santé et des Affaires Sociales

Signataires au MAP

Banque Mondiale

ONUSIDA

GAVI Alliance

PAM

Global Financing Facility

PNUD

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

UNFPA

OMS

UNICEF

ONU-Femmes

UNITAID

Résumé Exécutif

Les indicateurs de santé de la population du Mali sont alarmants, notamment en ce qui concerne la santé maternelle, sexuelle et reproductive et la survie de l'enfant. Les facteurs régionaux tels que le changement démographique, l'instabilité et le changement climatique, mettent encore plus à rude épreuve le système de santé du pays.

Face à ces défis, le Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS) du Mali a développé une vision ambitieuse pour la transformation du secteur de la santé : Le plan d'action pour le Mali (MAP). Cette initiative s'appuie sur la réforme lancée en février 2019 et est alignée sur le Cadre stratégique pour le développement économique (CREDD) et le Plan stratégique national pour le secteur de la santé (PRODESS). Par le biais du MAP, notre pays vise à devenir le premier pays à nationaliser et à mettre en œuvre le Plan d'action global pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous. Il amorcera également un revirement spectaculaire de la santé de sa population, s'efforçant d'obtenir la plus grande amélioration des indicateurs de santé clés en Afrique d'ici à 2023. C'est ce qu'illustre la vision 100 - 100 - 50 - PLUS : un plan visant à doubler l'accès et à maximiser l'impact à tous les niveaux.

La conception et la mise en œuvre du MAP seront également guidées par les principes de l'équité et de l'inclusion, de l'innovation, de la communauté, de l'intégration, du financement axé sur les résultats, d'un leadership et d'une appropriation nationale solide et d'une responsabilité mutuelle. Il s'efforcera d'utiliser les meilleures pratiques internationales et de les adapter au contexte local, en tirant les leçons de ce qui a fonctionné et n'a pas fonctionné ailleurs.

Au cours des prochaines années, le MAP amorcera la restructuration de cinq grands piliers du secteur socio-sanitaire : le système de soins de santé primaires ; le système de soins de santé secondaires ; les services de diagnostic et de laboratoire ; le système d'approvisionnement et de distribution des pharmacies ; et la solidarité et la protection sociale.

- Le pilier des soins de santé primaires consiste à former un cadre national de professionnels de la santé communautaire d'envergure mondiale, à réhabiliter et à numériser l'ensemble du réseau des centres de santé communautaires (CSCoM), et de sites d'agents de santé communautaires (sites ASC) à mettre en place un Programme modèle de services familiaux et à créer un Centre d'excellence en soins de santé primaires.
- Le pilier des soins de santé secondaires comprend le lancement d'une réforme complète du système d'orientation des hôpitaux, appelé le « 1 plus 7 hôpitaux de référence ». Ce pilier commencera par la réhabilitation en cours de l'hôpital universitaire Gabriel Touré à Bamako. Il prévoit également le lancement d'une nouvelle initiative en matière de compétences chirurgicales afin de renforcer les capacités de chirurgie vitale dans certains hôpitaux.
- L'accent mis sur les services nationaux de laboratoire et de diagnostic constitue le troisième pilier du MAP, qui consiste à réhabiliter l'ensemble des infrastructures et des processus du système, à améliorer les synergies avec l'implication du secteur privé, à explorer la création de la première ligne de fabrication des tests de diagnostic rapide (TDR) dans le district de Bamako et à renforcer le nouvel institut national de santé publique (INSP).
- Les services d'achat et de la chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques et de consommables médicaux constituent le quatrième pilier du MAP. Il s'agit de remanier le

système des marchés publics et de développer de nouvelles solutions logistiques de livraison au dernier kilomètre pour atteindre les ASC, les CSCOM et les centres de référence.

- Le dernier pilier concerne la solidarité et la protection sociale. Il comprend des activités liées à la mise en œuvre de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU), à l'extension du filet de sécurité sociale et à des programmes ciblés de soins gratuits, ainsi qu'au renforcement de la sécurité sociale.

Cette transformation fondamentale du système de socio-sanitaire sera réalisée à l'aide d'approches stratégiques de mise en œuvre du MAP. Premièrement, il s'agit d'un engagement envers la prestation des services jusqu'au dernier kilomètre, c'est-à-dire offrir aux membres de la communauté les services dont ils ont besoin. Deuxièmement, il s'agit d'utiliser des approches différenciées en matière de soins de santé, qui sont adaptées aux caractéristiques géographiques et démographiques. Ces approches doivent répondre à des besoins régionaux spécifiques, tels que l'amélioration de la résilience dans le nord et le centre, et la consolidation du système de santé dans le Sud. Troisièmement, le MAP devra permettre la réalisation des interventions à impact rapide pour les populations prioritaires, en ciblant les facteurs de risque et les maladies prioritaires des mères, des enfants de moins de cinq ans, ainsi que des jeunes dans la deuxième décennie de leur vie. Quatrièmement, le MAP utilisera une gestion fiduciaire intégrée, assurée par une nouvelle Unité Fiduciaire MAP responsable de la transparence de la distribution, de la comptabilité, de l'audit et des rapports financiers des fonds des donateurs. Cela permettra une meilleure coordination, une meilleure intégration et une utilisation plus efficace des fonds existants et contribuera à mobiliser de nouveaux financements. Enfin, la stratégie et les opérations du MAP seront dirigées par une Unité de Mise en Œuvre MAP, habilitée par le ministre de la Santé et des Affaires sociales et relevant directement de lui.

Parmi les autres dimensions essentielles qui permettront la mise en œuvre du MAP figurent : l'élargissement de l'éventail des approches de financement de la santé et de la protection sociale ; la demande d'engagements accrus des partenaires internationaux en faveur du MAP ; l'amélioration de la gouvernance au sein du MSAS et des associations de santé communautaire (ASACO) ; l'engagement stratégique avec le secteur privé ; l'expérimentation et le déploiement de technologies et d'innovations en matière de santé.

Le MAP constitue une occasion sans précédent d'améliorer la santé de la population malienne, d'investir dans son capital humain, sa sécurité et sa résilience, et de transformer fondamentalement le pays pour les générations présentes et futures.

Table des matières

Avant-propos	1
Signataires au MAP	3
Résumé Exécutif	4
Liste d’Abréviations	8
1. Contexte	9
1.1 La situation sanitaire au Mali	9
1.2 Tendances ayant un impact sur le système socio-sanitaire.....	17
1.3 Perspectives futures	19
2. Le Plan d’Action pour le Mali (MAP) : Mission et Vision	21
2.1 Énoncé de Mission du MAP.....	21
2.2 Vision du MAP.....	21
3. Lignes Directrices du MAP	22
4. Les Piliers du MAP	22
4.1 Pilier I : Soins de Santé Primaires	23
4.1.1 Créer un réseau national professionnalisé d’ASC de classe mondiale	23
4.1.2 Réhabiliter et digitaliser l’ensemble du réseau CSCoM.....	23
4.1.3 Mettre en place un programme de Groupes de familles modèles.	24
4.1.4 Établir un Centre d’Excellence en soins de santé primaires.....	24
4.2. Pilier II : Soins de Santé Secondaires	25
4.2.1 Initier une réforme du « 1 plus 7 hôpitaux de référence »	25
4.2.2 Appuyer la réhabilitation en cours de l’hôpital universitaire Gabriel Touré à Bamako	25
4.2.3 Créer un nouveau programme de renforcement des compétences en chirurgie.....	25
4.3. Pilier III : Services de Laboratoire et de Diagnostic	26
4.3.1 Réhabiliter l’ensemble du réseau national de laboratoires et de diagnostic.....	26
4.3.2 Améliorer les synergies entre les services de laboratoire privés	26
4.3.3 Renforcer le réseau RESAOLAB	26
4.3.4 Soutenir l’Institut de santé publique du Mali nouvellement créé	26
4.3.5 Étudier la mise en place d’une nouvelle ligne de fabrication de tests de diagnostic rapides (TDR) à Bamako	27
4.4 Pilier IV : Achats et Distribution de Produits Pharmaceutiques	27
4.4.1 Révision du système PPM	27
4.4.2. Créer de nouvelles solutions pour l’accès au dernier kilomètre	27
4.5. Pilier V : Solidarité et Protection Sociale	28
4.5.1 Soutenir la mise en œuvre de la loi « RAMU ».....	28
4.5.2 Assurer la promotion et la prise en charge des groupes vulnérables	28
4.5.3 Étendre les régimes de sécurité sociale	28
4.5.4 Promouvoir la mobilisation sociale autour des programmes de développement.....	29
5. Approches de Mise en Œuvre du MAP	30
5.1 Prestation de services au dernier kilomètre	30

5.2 Approches différenciées des soins de santé.....	30
5.3 Interventions à effet rapide pour les populations prioritaires	31
5.4 - Gestion fiduciaire intégrée.....	31
5.5 Unité dédiée à la stratégie et aux opérations	32
6. Les Éléments Essentiels du MAP.....	33
6.1. Financement	33
6.1.1 Financement Domestique Durable	33
6.1.2 Mécanismes de financement novateurs	34
6.1.3 Financement basé sur les résultats	34
6.2 Partenariats Internationaux.....	35
6.3 Gouvernance.....	35
6.3.1 Structure et processus du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.....	35
6.3.2 Gouvernance et gestion des Associations Communautaires de la Santé.....	36
6.4. Engagement du Secteur Privé	36
6.4.1 Partenariats stratégiques public-privé	36
6.4.2 Amélioration de l'environnement commercial	37
6.5. Innovation et Santé Numérique	38
6.5.1 Technologies de la santé numérique	38
6.5.2 Technologies de la santé intégrées	38
6.5.3 - Piloter des prototypes de « cliniques de soins de santé primaires dans une boîte » (clinic in a box).	38
7. Les Impacts du MAP	39
Conclusion	41
Liste des références	42

Liste d'Abréviations

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agents de Santé Communautaires
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CBHI	Community Based Health Insurance
CEPHC	Center of Excellence in Primary Health Care
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Économique et le Développement Durable
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHIS-2	Logiciel d'Information Sanitaire de District (District Health Information Software)
EPH	Établissements Publics Hospitaliers
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
GAP	Plan d'Action Global (Global Action Plan)
GFM	Groupes de Familles Modèles
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
INSP	Institut National de Santé Publique
MAP	Plan d'Action pour le Mali (Mali Action Plan)
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
ODD	Objectifs de Développement Durable
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPP	Partenariat publique-privé
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire
RAMED	Régime d'Assurance Médicale
RAMU	Régime D'Assurance Maladie Universelle
RESAOLAB	Réseau d'Afrique de l'Ouest des laboratoires de biologie médicale
RSU	Régime Social Unifié
SSP	Soins de santé primaires
TDR	Tests de Diagnostic Rapides
UFM	Unité Fiduciaire du MAP
UGPDS	Unité de Gestion des Projets de Développement Sanitaire
UMM	Unité de Mise en Œuvre du MAP
UTM	Union Technique de la Mutualité

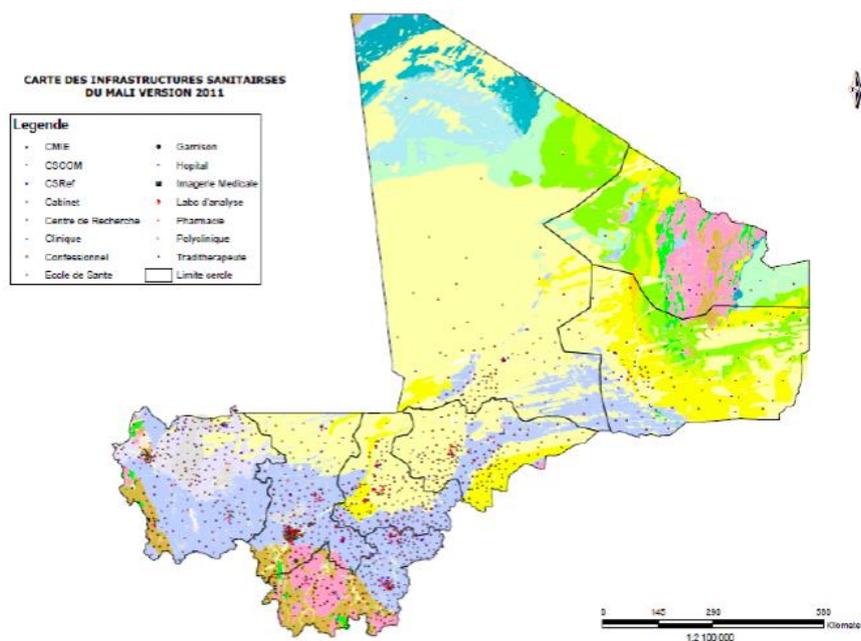
1. Contexte

1.1 La Situation Sanitaire au Mali

Structure du Système de la Santé

Le système de santé au Mali est organisé en trois niveaux sur le plan technique. Au premier niveau se trouve le système de soins de santé primaire, qui comprend 1 346 centres de santé communautaires (CSCoM) et 65 centres de santé de référence (CSRéf). Les CSCoMs sont des entités privées (communautaires) à but non lucratif organisées autour d'un bien ou d'un projet social et financées principalement par des redevances d'utilisation. Ils sont gérés par des usagers organisés en associations de santé communautaire (ASACO). Au second niveau, les CSRéf représentent des districts sanitaires. Un district sanitaire regroupe un ensemble de CSCoM dont le nombre varie en fonction de la taille du district en termes de population et de superficie. Le deuxième niveau (niveau régional) est représenté par les établissements publics hospitaliers (EPH) de deuxième référence au nombre de 08. Ils servent de structures de référence aux CSRéf. Enfin, le niveau le troisième niveau (niveau central) est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) au nombre de 05 et des Établissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) au nombre de 06. C'est le niveau supérieur du système de santé qui offre des soins de pointe. Il s'agit des hôpitaux publics ou hôpitaux universitaires, dont trois sont des hôpitaux généraux (l'Hôpital Point G, le Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré et l'Hôpital du Mali) et deux sont sous-spécialisés (le Centre national d'odontologie et de stomatologie, et l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique).

Figure 1 : Carte sanitaire du Mali, 2011



La carte administrative du Mali est en cours d'être redessinée pour inclure un plus grand nombre de régions et de cercles. La santé du Mali illustrée dans la figure 1 sera donc mise à jour pour refléter les 19 régions et les zones de desserte de leurs cercles respectifs. La planification des activités au niveau des régions et des cercles reflètera cette nouvelle répartition.

Outre le système public, un secteur privé parallèle joue un rôle important dans la prestation des services de santé, mais ce secteur manque actuellement de réglementation et de supervisions adéquates.

Indicateurs de Santé Clés

Les résultats du Mali en matière de santé sont très préoccupants. Bien que des améliorations aient été réalisées au cours des deux dernières décennies, le taux de la mortalité maternelle au Mali est inacceptable et reste parmi les plus élevés de la région, avec un taux de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes.¹ Cette situation persiste malgré les énormes efforts déployés au Mali ces dernières années pour améliorer la santé maternelle, notamment les politiques visant à offrir des césariennes gratuites (2005), des services gratuits de prévention et de traitement du paludisme pour les femmes enceintes (2010) et la déclaration obligatoire des décès maternels (2017). L'enquête démographique et de santé au Mali (EDSM) la plus récente estime que le risque de décès maternel au cours de la vie est de 0,021, ce qui signifie que, compte tenu des conditions nationales actuelles, environ une femme sur cinquante risque de mourir des suites d'un accouchement au cours de sa vie reproductive.¹

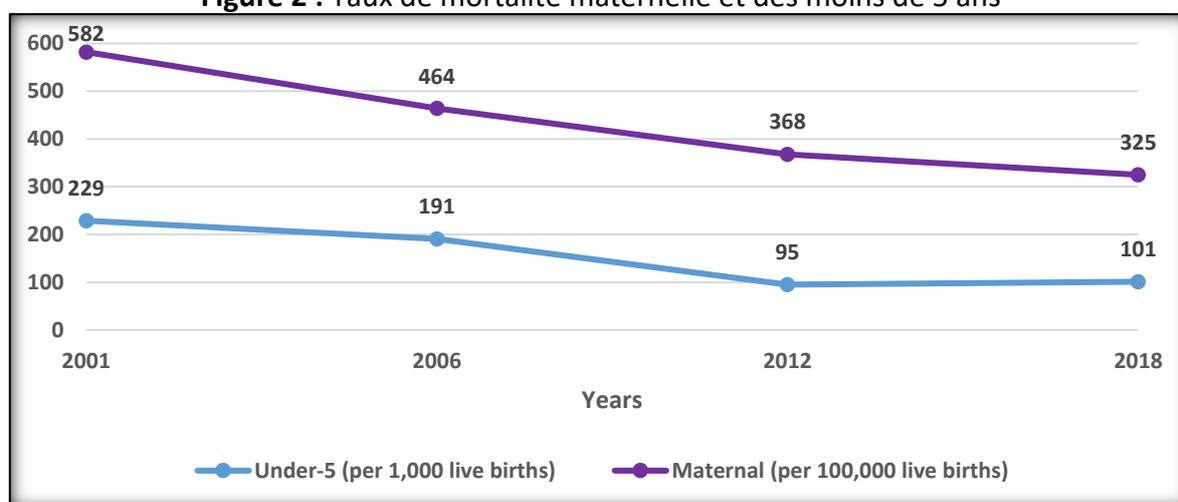
Le Mali enregistre le taux de fécondité par âge des adolescentes le plus élevé au monde, avec 36 % des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà donné naissance en 2018. C'est un facteur de risque important de complications pendant la grossesse et de décès maternels et néonataux, ainsi qu'un indicateur inquiétant du manque de contrôle de ce groupe d'âge vulnérable sur leurs vies reproductives et leurs avenir. Des disparités régionales sont notables, la proportion des filles de cette tranche d'âge ayant un enfant étant la plus élevée à Kayes et Koulikoro (41,5 % et 35,9 % respectivement), contre seulement 20,3 % à Bamako. L'éducation et la pauvreté sont également des facteurs déterminants, avec près de 40 % des filles non scolarisées ayant accouchées avant d'atteindre l'âge de 19 ans, contre 17,3 % chez celles qui ont fait des études secondaires. De même, 28,1 % des filles appartenant aux quintiles les plus pauvres ont commencé leur vie reproductive contre 20,7 % de celles appartenant au quintile le plus riche. Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes est très faible, bien qu'il soit passé de 6 % en 2001 à 16 % au niveau national en 2018. Les mêmes disparités régionales existent, avec Kidal et Gao ayant des taux de couverture contraceptive très faibles (2,6% et 3,3%, respectivement), par rapport à Bamako (22,3%).¹

Après trente ans de baisse régulière, le taux de mortalité infanto-juvénile au Mali reste élevé par rapport aux autres pays de la région et a augmenté entre 2012 et 2018, passant d'un taux de 95 à un taux de 101 décès pour 1 000 naissances vivantes.¹ Cette situation peut être due à une sous-estimation du taux de 2012 en raison des difficultés de collecte de données dans les zones où les conditions de sécurité sont difficiles (Ségou, Kayes, Tombouctou et Mopti). Ces localités sont également des zones où les enfants de moins de cinq ans sont les plus exposés au risque de décès. D'importantes variations nationales du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont été observées entre les quintiles économiques, le risque de mortalité étant le plus élevé dans le quintile

le plus bas (143 ‰) par rapport au quintile le plus élevé (57 ‰) ; ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines (111 ‰ et 61 ‰ respectivement).¹

Les enfants dans leur premier mois de vie sont les plus exposés au risque de mourir, représentant un tiers de tous les décès dans cette tranche d'âge. Le Mali a un risque de mortalité néonatale inquiétant, avec 33 décès pour mille naissances vivantes. Cette situation est due à plusieurs facteurs, dont certains sont liés à la vie reproductive des mères - qui ont tendance à avoir de nombreux enfants, jeunes et rapprochés - et d'autres sont liés à d'importantes lacunes dans la qualité des soins obstétricaux et postnataux. Selon de récentes estimations de l'EDSM, 33 % des naissances ont eu lieu à domicile sans l'aide d'une personne qualifiée et 46 % des nouveau-nés n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal².

Figure 2 : Taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans



Source : EDSM III, IV, V et VI¹

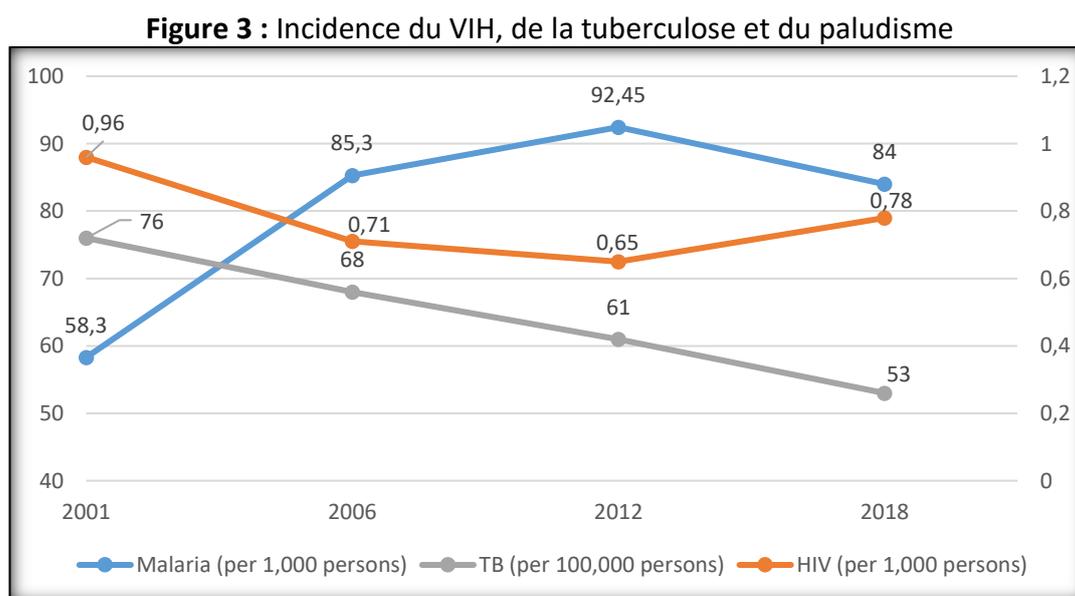
Les indicateurs de malnutrition restent également élevés malgré les améliorations apportées depuis 2001. Le pourcentage d'enfants présentant un retard de croissance au Mali en 2018 était de 27 %, avec une prévalence particulièrement élevée du retard de croissance (plus de 30 %) à Sikasso, Mopti et Gao, ainsi que chez les enfants les plus pauvres (33 % dans le quintile le plus pauvre). Près d'un cinquième des enfants de moins de cinq ans sont malnutris (19 %) et un dixième souffrent d'émaciation (9 %).¹ Selon des données sur le Fardeau Mondial de la Maladie (GBD) ces problèmes sont omniprésents ; la carence alimentaire en fer étant le plus important problème de santé entraînant un handicap dans le pays, non seulement chez les enfants mais aussi chez les personnes de tous âges, et la malnutrition étant le principal facteur de risque de décès et d'invalidité combinés dans le pays.²

La couverture vaccinale des enfants âgés de 12 à 23 mois a été variable mais faible au cours des deux dernières décennies. Le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base est passé de 29% à 48% entre 2001 et 2006, mais a ensuite diminué à 39% en 2012 puis a augmenté à 45% en 2018. Les taux de couverture diffèrent également beaucoup entre les régions en raison probablement des difficultés liées au terrain qui entravent l'accès. Les taux de couverture les plus élevés ont été enregistrés à Ségou (52%) et les plus faibles dans les régions de Gao (22%) et de Kidal (moins de 1%).¹

Avec environ 65 000 années de vie corrigées du facteur d'incapacité (AVCI) perdues pour 100 000 habitants, le Mali fait partie des cinq pays où la charge de morbidité est la plus élevée au monde.³ Si la part des maladies non transmissibles augmente depuis les années 1990 (en particulier les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques ischémiques), les maladies transmissibles, néonatales, maternelles et nutritionnelles représentent encore environ 73 % du fardeau global, ce qui est une part plus élevée que celle qui est observée dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest ou des pays à faible revenu.³

Le paludisme et les maladies diarrhéiques sont les principales causes de décès dus aux maladies infectieuses dans le pays. Le taux d'incidence du paludisme au Mali a augmenté au cours des deux dernières décennies et, avec environ 84 nouveaux cas pour 1 000 en 2018, il est l'un des plus élevés au monde.⁴ Chez les enfants de moins de cinq ans, le paludisme est responsable de près d'un quart des décès, suivi par la pneumonie et les maladies diarrhéiques.

Le taux d'incidence de la tuberculose est en baisse constante depuis 2001, mais il reste élevé avec 53 pour 100 000 personnes.⁵ Les taux d'incidence du VIH ont augmenté entre 2012 et 2018, atteignant 0,78 pour 1 000 personnes, une tendance qui fait du Mali une exception dans la région.⁶ (voir la Figure 3)



Source : Paludisme (Ministère de la Santé), TB (OMS), VIH (ONUSIDA)

Ressources du Système de Santé : Financières et Humaines

Alors que les besoins de la population en matière de santé deviennent de plus en plus complexes, le personnel de santé en place pour y répondre est insuffisant. Le Mali compte l'une des plus faibles densités de médecins, d'infirmières et de sages-femmes au monde : 0,52 pour 1 000 habitants, ce qui est bien inférieur à la recommandation de l'OMS de 2,3 pour 1 000 habitants.⁷ Les disparités géographiques en matière de ressources humaines pour les densités de santé sont tout aussi notables dans tout le pays, avec des ratios de travailleurs de la santé de 5 ou moins pour 10 000 dans sept des onze régions, et 45 % des professionnels de la santé sont basés à Bamako.⁸

La réserve en ressources humaines dans le secteur de la santé semble se rétrécir ces dernières années, le nombre de nouvelles recrues ayant fortement diminué, passant de 456 en 2013 à moins de 250 entre 2015 et 2017, tandis que le nombre de professionnels de la santé partant à la retraite a augmenté.⁹

Il existe des preuves solides de la rentabilité du déploiement d'agents de santé communautaire pour améliorer l'accès aux soins et accroître l'utilisation des services, avec des retours sur investissement pouvant atteindre 10:1 selon une analyse de l'OMS.¹⁰ Dans divers contextes, les agents de santé communautaires se sont avérés particulièrement rentables dans la prestation de services visant à relever les défis sanitaires prioritaires, tels que la tuberculose, le paludisme et la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.¹¹ Les ASC constituent une stratégie importante pour surmonter la pénurie de travailleurs de la santé, ainsi que pour fournir un accès équitable aux services de santé dans les zones difficiles à atteindre, accélérant ainsi les progrès vers les ODD de la santé.

La force du personnel de santé communautaire au Mali, appelée ASC (agents de santé communautaire), est actuellement petite et dépend des donateurs. Le pays ne dispose pas de programme national solide d'ASC qui puisse fournir une formation et une supervision harmonisées, des conditions de travail adéquates et un soutien financier durable, et assurer la couverture en ASC dans toutes les régions du pays.

Lorsqu'un patient peut se rendre dans un établissement au Mali, la qualité des soins qu'il recevra risque de faire cruellement défaut en raison de l'insuffisance de personnel, d'infrastructures, de matériel et de services. Des données récentes du système d'information sanitaire (DHIS 2) ont montré que seul un quart (25 %) des CSCCom ont accès à une source d'eau fiable, un problème qui est géographiquement concentré, avec 93 % des CSCCom sans eau desservant les populations rurales.¹⁶ Il semble qu'il n'existe actuellement aucune base de données centrale ni aucun processus pour la collecte régulière de données sur l'électricité et l'assainissement.

Une enquête sur les capacités opérationnelles a révélé que seulement 34 % de tous les établissements de santé du pays (et 31 % de tous les CSCCom) disposaient de tous les équipements essentiels, notamment une balance, un thermomètre, un stéthoscope, un tensiomètre et une source d'éclairage. Les établissements ruraux étant une fois de plus les plus mal lotis (28 % disposant de tous les équipements essentiels).¹⁷

Dans les domaines prioritaires de la santé maternelle et infantile, il a été constaté qu'un établissement de santé moyen au Mali ne possède que 70 % du matériel essentiel pour les soins prénatals, y compris le personnel, les médicaments et les tests de diagnostic, et que 4 % seulement des établissements étudiés possédaient tous les éléments de base pour les soins prénatals. En outre, seulement 74 % des établissements offrent une vaccination de base intermittente des nourrissons, et un seul des établissements de niveau CSCCom étudiés dispose de tous les éléments de base pour les soins de santé des enfants.¹⁷

Le processus de référencement entre les différents niveaux du système de santé est également inapproprié, de nombreuses personnes cherchant à se faire soigner directement aux niveaux supérieurs, entraînant des goulots d'étranglement et des inefficacités dans l'ensemble du système.

Services de laboratoire et de diagnostic

Des services de laboratoire performants constituent l'épine dorsale du système de soins de santé primaires. Ils fournissent aux cliniciens les outils et les informations dont ils ont besoin pour dépister correctement les maladies et optimiser les traitements, en évitant les risques graves d'un diagnostic clinique basé sur les symptômes sans confirmation du laboratoire. ^{18,19} Le renforcement de ces systèmes permettrait d'améliorer le diagnostic et la gestion de six des dix maladies les plus courantes qui se présentent dans les cliniques de soins de santé primaires, ce qui contribuerait à combler des lacunes importantes dans les soins. ²⁰ Les services de laboratoire et les diagnostics ont également une valeur économique liée aux gains d'efficacité ou d'efficacité.

En outre, l'amélioration de ces systèmes renforcera également d'autres fonctions vitales des systèmes de santé. Des données exploitables sont générées par des systèmes de tests diagnostiques qui facilitent une surveillance épidémiologique efficace, la détection des épidémies et de la résistance aux médicaments antimicrobiens, ainsi que la planification et le suivi des activités cliniques, y compris les priorités sanitaires comme la tuberculose. Les registres spécifiques aux maladies (par exemple, le cancer ou le diabète) constituent également une riche source de données sur le système de santé, alimentée par les tests de diagnostic.

Les directives sanitaires internationales actuelles considèrent les services de laboratoire comme une capacité essentielle des systèmes de santé, et il est recommandé que tous les états membres de l'OMS développent et maintiennent ces services, notamment pour soutenir leur objectif de couverture sanitaire universelle (CSU).

L'OMS a établi une liste des services/tests de laboratoire essentiels ²¹, mais la disponibilité et l'utilisation de ces tests et services de diagnostic dans le contexte malien, en particulier dans les centres de santé de première ligne et les CSRéf, sont extrêmement difficiles, ce qui limite l'efficacité de la prestation des soins de santé dans le cadre de l'offre des soins au dernier kilomètre. Les questions de financement, d'approvisionnement en matériel, de maintenance, d'achat de réactifs et de stocks compromettent gravement la capacité du système à servir le secteur national des soins de santé et à répondre à la demande croissante de diagnostics cliniques.

Une enquête nationale sur l'état de préparation opérationnelle des établissements de santé a révélé que les tests de diagnostic étaient l'élément qui faisait le plus souvent défaut, avec seulement 37% des établissements possédant tous les tests de diagnostic recommandés. La disponibilité des tests de diagnostic s'est avérée être un problème à tous les niveaux du système de santé : inadéquat dans 47% des CSCom, 64% des CSRéf et 54% des hôpitaux de référence nationaux. ¹⁷

De nombreuses entreprises de laboratoire privées et de taille inférieure ont vu le jour pour répondre à ce besoin et occupent une part croissante du marché. Leurs tarifs excessifs constituent une dépense importante et souvent catastrophique pour de nombreuses familles maliennes.

Achat et distribution de produits pharmaceutiques et de consommables médicaux

La performance du système de santé est influencée par le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et des processus d'achat nationaux pour les produits pharmaceutiques, les vaccins et autres produits de santé vitaux. Ces éléments représentent une part importante des

dépenses de santé dans les milieux à faibles ressources confrontés à des charges de morbidité complexes, et l'amélioration des systèmes permettant de les fournir offre donc des possibilités d'économies et de gains d'efficacité.

Des systèmes d'achat et de gestion des stocks centralisés et fonctionnels, associés à des processus de commande localisés et décentralisés, peuvent améliorer l'efficacité et réduire les coûts liés aux ruptures de stock, au gaspillage et à la détérioration. Le renforcement des efforts permettra également d'améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques et médicaux essentiels à la prestation de soins de qualité et à l'amélioration des indicateurs de santé.²²

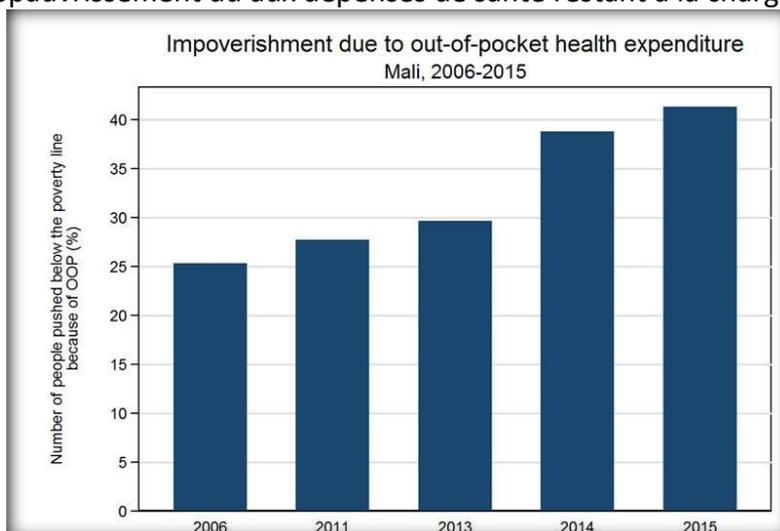
Au Mali, la PPM - pharmacie populaire du Mali - est une entité paraétatique créée pour centraliser la demande des besoins des CSCom et CSRéf, fournir des prix compétitifs et distribuer les produits efficacement à l'échelle nationale. Cependant, la PPM est actuellement confrontée à plusieurs défis, notamment des processus inefficaces d'approvisionnement international et d'achat de stocks médicaux, des schémas de quantification et de planification inadéquats, une inefficacité de la gestion et du stockage, des systèmes de distribution inefficaces et coûteux, des ruptures de stock fréquentes et, très importantes, l'absence de livraison jusqu'au dernier kilomètre et aux CSCom.²³ En raison de ces problèmes de performance, la PPM n'est pas compétitive sur le plan commercial et pratique des tarifs plus élevés que les grossistes privés, et contrôle donc un pourcentage de plus en plus faible du marché, actuellement estimé à environ 25 %.

L'incapacité de la PPM à assurer des prix compétitifs et à travailler de manière constructive avec les CSCom a entraîné la prolifération de pharmacies privées et la domination du marché par une poignée de grossistes privés. L'espace pharmacologique du secteur privé s'étend rapidement sur le plan géographique dans tout le pays, offrant un approvisionnement plus fiable en produits de base, ouvrant des canaux de distribution alternatifs et, de plus en plus, fournissant des soins paramédicaux, tels que des conseils médicaux et l'administration d'injections. Cette évolution s'est produite en dépit d'une législation et des conditions réglementaires sous-optimales, ce qui a suscité des inquiétudes quant à la fiabilité des médicaments, notamment la vente de produits contrefaits, périmés ou mal stockés. Une réglementation supplémentaire est nécessaire pour fournir à la fois un environnement juridique favorable et des contrôles et surveillances appropriés pour la sécurité.

Accès aux soins, à la solidarité et à la protection sociale

Les frais restant à la charge des usagers représentent un obstacle financier majeur à l'accès aux soins de santé au Mali. Près de la moitié (46 %) des Maliens ayant besoin de soins de santé ont déclaré ne pas se rendre dans un centre de santé parce que celui-ci était trop cher.¹² De nombreux Maliens n'ont pas les moyens de payer les soins de santé et peuvent être contraints de choisir entre emprunter, dépenser des ressources rares ou se priver de traitement. Le Mali enregistre l'un des taux de dépenses de santé les plus bas au monde ; un taux qui a diminué de 40 à 30 dollars par habitant entre 2013 et 2016. Plus d'un tiers de ces dépenses (35 %) proviennent de frais restant à la charge des usagers.¹³ Ces coûts peuvent être catastrophiques pour le bien-être financier des familles vulnérables vivant sous le seuil de pauvreté, qui représentent près de la moitié des 19 millions d'habitants au Mali.¹⁴ Pour la seule année 2015, plus de 400 000 personnes se sont appauvries en raison des dépenses de santé restant à leur charge, ce qui correspond à une augmentation de 2,3 % du nombre de pauvres au niveau national.¹⁵

Figure 4 : Appauvrissement dû aux dépenses de santé restant à la charge des usagers



Source : Calculs de la Banque mondiale basés sur l'enquête ELIM (2006) et les enquêtes EMOP (2011, 2013, 2014 et 2015).

Figure 5 : Dépenses de santé par habitant

Dépenses de santé par habitant, USD				
	Dépenses estimées, 2013		Dépenses estimées, 2016	
	En USD	En %, 2013	En USD	En %, 2016
Total	40	100%	30	100%
Dépenses publiques	6	14%	9	32%
Donateurs externes	12	29%	10	32%
Reste à charge	22	53%	11	35%

Source : Base de données sur les dépenses de santé de l'OMS 2016, consultée en 2019

Le gouvernement du Mali s'est fortement désinvesti du secteur des soins de santé primaires à la suite de l'initiative de Bamako, transférant une grande partie de la charge financière aux utilisateurs en les faisant payer les services. Sur la base des dernières estimations budgétaires nationales disponibles, le Mali n'a consacré que 1,2 % de son PIB et 5,1 % de son budget national aux soins de santé en 2019 (LFI 2019), et seulement 0,04 % de son PIB et 0,2 % de son budget national spécifiquement aux soins de santé primaires en 2018. Cette allocation budgétaire est insuffisante par rapport à la norme internationale minimale de 5 % du PIB pour la santé et contribue à la sous-performance du système de santé du pays. Le secteur malien des soins de santé, en particulier le secteur des SSP, a besoin d'investissements urgents.

Les régimes nationaux d'assurance maladie au Mali sont fragmentés et ne couvrent qu'une fraction de la population, laissant 83% de la population sans aucune protection contre les risques financiers. Parmi les régimes contributifs, les employés du secteur formel et les fonctionnaires sont couverts par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (AMO) (qui assure 8% de la population), un régime d'assurance maladie obligatoire géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), une agence gouvernementale semi-autonome sous l'autorité du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Un autre outil important pour accroître la couverture de santé sont les régimes d'assurances maladies communautaires ou les mutuelles, qui s'adressent aux personnes travaillant dans les secteurs informel et agricole. Toutefois, les 193 mutuelles présentement en vigueur dans le pays ne couvrent qu'environ 5% de la population.

Enfin, des régimes d'assurance maladie non contributifs sont en place, notamment le Régime d'assurance médicale (RAMED) pour les indigents, ainsi que d'autres initiatives ciblées de soins gratuits ou subventionnés, telles que celles couvrant les césariennes, certains types de cancer et le paludisme chez les enfants.

En réponse à cette fragmentation et à cette couverture insuffisante, le gouvernement malien a adopté la loi sur le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en 2018. L'objectif de cette loi est d'instituer un régime universel qui couvrira un ensemble de services de santé de base pour tous les résidents du Mali et intégrera les différents régimes existants (AMO, CBHI et RAMED) sous une seule et même couverture. Le RAMU sera administré par la CANAM, qui était auparavant chargée de l'administration de l'AMO. Toutefois, les principaux aspects de la mise en œuvre de la loi RAMU doivent encore être définis et réglementés par des décrets gouvernementaux, notamment le panier des services, les taux de cotisation, et les modalités de paiements.

D'importants régimes de protection sociale et de solidarité sont également en place dans le pays, tels que des programmes de filet de sociaux qui fournissent des denrées alimentaires et des transferts d'argent aux groupes vulnérables, ainsi que des régimes de sécurité sociale gérés pour les militaires et les fonctionnaires et ceux qui travaillent dans le secteur formel. Malgré la pertinence de ces régimes pour lutter contre la pauvreté et pour promouvoir un développement inclusif et la sécurité humaine, d'importantes lacunes persistent. La sécurité sociale n'offre une protection qu'à 20 % de la population, et les programmes de filets sociaux restent particulièrement sous-financés et fortement dépendants du financement extérieur.

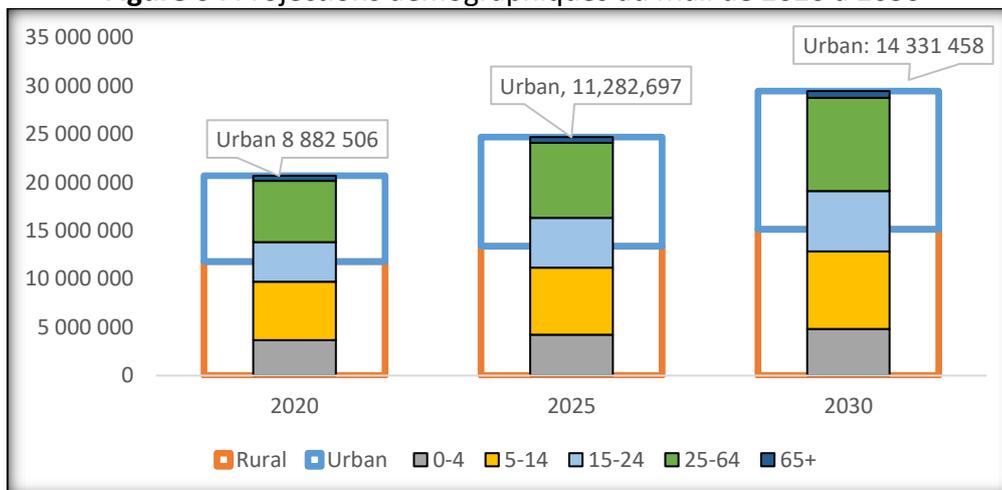
En résumé, le système socio-sanitaire au Mali manque de capital, de personnel et est sous-approvisionné, en particulier au niveau des soins de santé primaires, et est donc incapable d'assurer un niveau minimum de services à sa population. De nombreux éléments fondamentaux du système sont faibles et doivent être renforcés, comme les systèmes de laboratoire, de diagnostic, de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, et la mobilisation sociale. L'ensemble de ces défis indiquent un secteur en crise, et incapable de fournir des services dans un contexte national de plus en plus complexe.

1.2 Tendances ayant un Impact sur le Système Socio-sanitaire

Changements démographiques

Le système de santé malien est soumis à la pression d'un certain nombre de tendances nationales et régionales. La première d'entre elles est la croissance de la population du pays, qui a augmenté à un taux moyen de 3 % entre 2005 et 2015, soit un rythme plus rapide comparé à d'autres pays de niveau de revenu comparable.⁷ Cette tendance devrait se poursuivre au cours de la prochaine décennie (Figure 6). La population du Mali est également jeune (environ 66% a moins de 25 ans) et se déplace de plus en plus vers les centres urbains.

Figure 6 : Projections démographiques au Mali de 2020 à 2030



Gouvernement du Mali, Direction nationale de la population. Estimation du taux d'urbanisation de la Banque mondiale. Perspectives de la population mondiale de l'ONU, 2018.

Le manque de soins de santé de base de qualité entrave le développement économique et social du pays. Le rapport sur le développement mondial de 2019 ²⁴ a souligné la nécessité pour les pays d'investir d'urgence dans le capital humain de leur population - en particulier dans l'éducation et la santé - pour faire face à la nature changeante du travail et pour récolter les bénéfices des innovations technologiques qui modifient les marchés du travail d'aujourd'hui et de demain.

Selon l'indice du capital humain le plus récent, ²⁵ le Mali se classe parmi les derniers avec un indice de 0,32. Cela signifie que les enfants nés aujourd'hui au Mali seront en moyenne 68% moins productifs qu'ils ne pourraient l'être s'ils avaient bénéficié d'une éducation complète et d'une bonne santé durant leur enfance. En d'autres termes, le PIB par travailleur pourrait être trois fois plus élevé si la population malienne pouvait bénéficier à la fois d'un bon niveau d'éducation et de santé.

Bien que le Mali ait entamé sa transition démographique (avec une tendance vers des niveaux de mortalité et de fécondité plus faibles), le rythme de cette transition et la croissance économique du pays sont encore trop lents pour tirer pleinement profit de la jeunesse de sa population. Des efforts supplémentaires en matière de santé et de développement sont nécessaires pour exploiter pleinement le potentiel du dividende démographique du Mali. ²⁶

Insécurité et violence

Des problèmes de sécurité régionale graves et en constante évolution, affectent considérablement la santé des personnes vivant dans tout le pays. L'accès à des services essentiels de qualité reste difficile dans le nord et le centre du pays, où la réponse aux besoins humanitaires l'emporte actuellement sur les objectifs de développement à long terme. Cette crise a entraîné une grave insuffisance de personnel médical, de médicaments et d'autres intrants de base, ce qui a entraîné un déclin des fonctions des services de santé dans les régions touchées, ainsi qu'un déplacement interne important et des pertes tragiques de vies humaines.

Un nombre croissant d'ouvrages a montré que des services sociaux fonctionnels sont essentiels pour assurer la paix et la stabilité. Les sociétés deviennent particulièrement vulnérables aux conflits et aux troubles lorsque les institutions locales s'effondrent ou deviennent inéquitables. ²⁷ Par conséquent, l'investissement dans le renforcement du système de santé est une partie essentielle des efforts de lutte contre le terrorisme et la violence au Mali, et un impératif dans les zones fragiles du nord et du centre.

Facteurs environnementaux

Enfin, la situation du Mali au cœur du Sahel, ainsi que les facteurs de vulnérabilité sociale, économique et environnementale, exposent le pays à plusieurs risques liés au climat, notamment les sécheresses, les inondations et l'invasion de criquets. Les changements climatiques vont exacerber l'impact de ces dangers tout en les intensifiant et en les aggravant. Avec plus de 80 % de la population malienne dépendant d'une agriculture essentiellement irriguée par les pluies pour leur subsistance, et l'agriculture représentant plus de 35 % du PIB, ²⁸ les impacts potentiels de la hausse des températures et des variations des précipitations au Mali sont importants. Parmi ces conséquences, il convient de citer l'augmentation de la pression sur les systèmes alimentaires, ainsi que l'augmentation de la fréquence du paludisme et des maladies diarrhéiques.

La réponse à cette crise nécessitera une approche « Une seule santé » (One Health) qui contribuera à promouvoir la résilience ainsi qu'à favoriser la coopération et la coordination des politiques entre les secteurs humain et animal pour une détection plus précoce et une réponse efficace aux épidémies de maladies infectieuses, tant au Mali qu'au niveau régional.

1.3 Perspectives futures

Continuité avec les initiatives en cours

Lors des dernières années, le gouvernement du Mali a renouvelé ses efforts pour réformer le système de santé et redresser ses indicateurs de santé en difficulté. Cela a commencé par un processus lancé en février 2019 par le Président de la République, l'Honorable Ibrahim Boubacar Keïta, ²⁹ et a évolué vers l'élaboration d'un plan d'Action Global (Global Action Plan (GAP)) pour une vie saine et le bien-être de tous adapté au niveau national : le Plan d'Action du Mali (MAP). Le MAP est aligné sur d'autres stratégies nationales et les renforcera, notamment le prochain programme de développement socio-sanitaire santé (PRODESS IV) et l'actuel cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable (CREDD 2019-2023).

Le MAP sera diffusé avec vigueur au niveau national et international pour galvaniser le soutien et coordonner les actions. Son opérationnalisation sera organisée autour de chacun de ses piliers et de ses axes de travail et sera développée de manière adaptative en s'appuyant sur les efforts passés et actuels, ainsi que sur les partenariats existants et nouveaux.

Le MAP vise à accélérer la réalisation des objectifs de développement durable du pays d'ici 2030, et à mettre le pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle. L'investissement nécessaire aujourd'hui pour mettre en œuvre le MAP est relativement faible par rapport aux fonds qui ont été dépensés au cours de la dernière décennie avec un impact limité. Les avantages d'une action

ambitieuse et opportune en faveur de la santé dépasseront de loin ses coûts et conduiront à un développement social, politique et humain transformateur pour le pays, ainsi qu'à la stabilité et à la résilience.

2. Mission et Vision du MAP

2.1 Énoncé de Mission du MAP

La santé est un **droit humain**, un moyen d'atteindre **la stabilité et la sécurité**, et un investissement dans le **capital humain et la croissance nationale** du Mali.

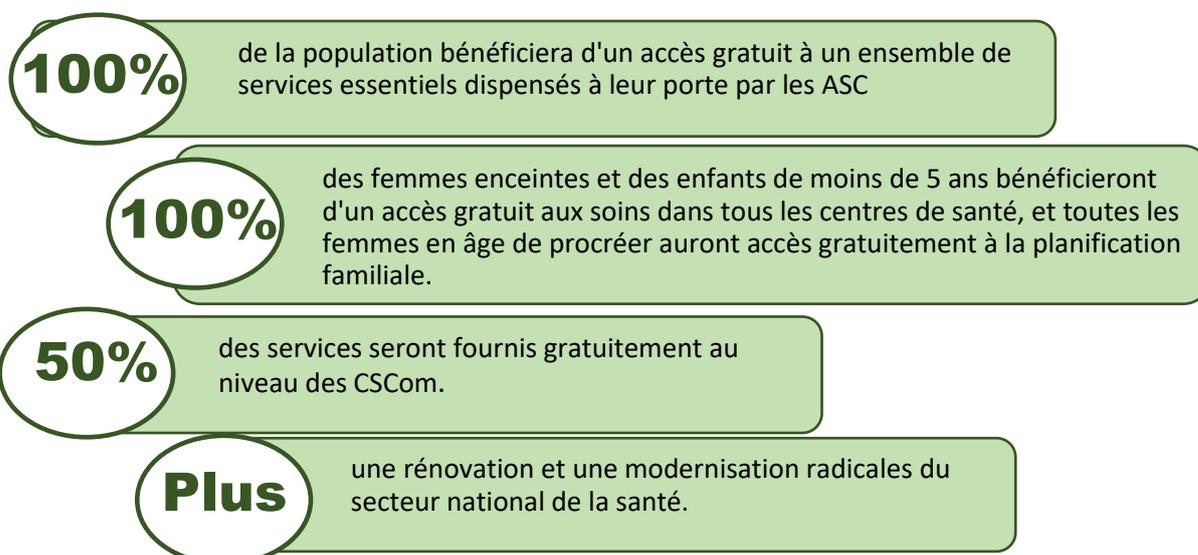
Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, a développé le Plan d'Action pour le Mali(MAP), **dans la continuité** de la réforme annoncée en février 2019 en alignement avec le CREDD et le PRODESS, dans le but d'offrir des services de santé **durables, équitables et de qualité** à l'ensemble de sa population, en **renforçant les principaux piliers** du système de santé et en **mobilisant des ressources** pour maintenir les améliorations pour les générations à venir.

Le MAP, fondé sur le principe de **sécurité humaine**, servira de fondement pour la mise en œuvre de la RAMU et des politiques de santé.

2.2 Vision du MAP

Le Mali deviendra le **premier pays** à mettre en œuvre le **Plan d'Action Global (Global Action Plan - GAP)** pour une vie saine et le bien-être de tous, avec les soins de santé primaire comme point d'entrée.

Le Mali réalisera **les plus importantes améliorations en termes d'indicateurs clés de la santé en Afrique d'ici 2023**.



3. Lignes Directrices du MAP

Le MAP appelle à s'écarter du 'statu quo' tel qu'il est perçu au Mali et dans le contexte africain des dernières décennies. Son approche utilisera les meilleures pratiques internationales, les adaptera à la culture et aux institutions maliennes, et tirera des enseignements judicieux des efforts similaires déployés dans le monde entier. Il mettra l'accent sur l'apprentissage continu, y compris l'identification de cas exemplaires et la promotion des meilleures pratiques au sein du système de santé.

Il est essentiel d'obtenir un impact durable dans cet effort et de s'éloigner d'un héritage d'activités et de programmes verticaux pour se tourner vers des systèmes et des actions intégrés.

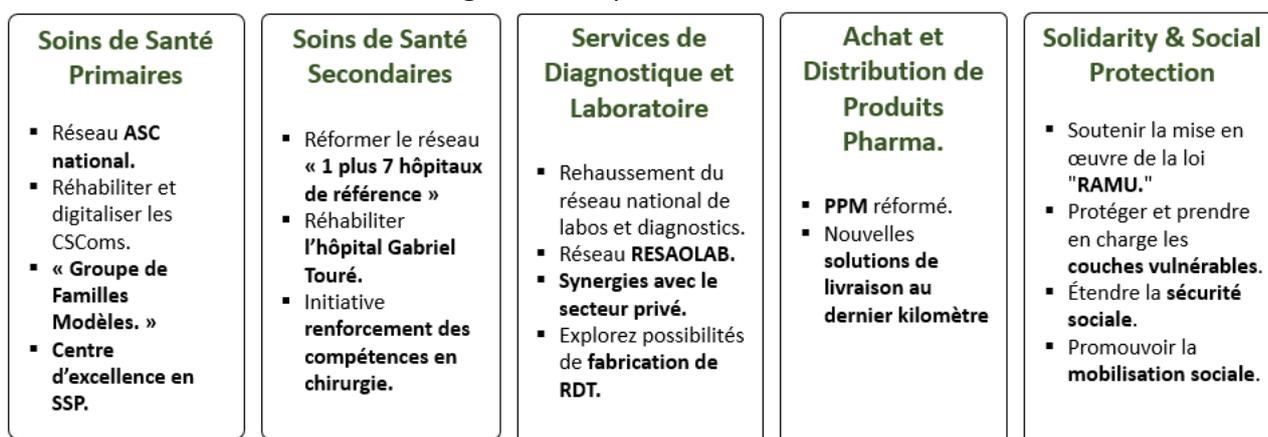
Voici les principes fondamentaux qui guident la conception et la mise en œuvre du MAP à chaque étape :

- Action rapide et accélérée, impact immédiat.
- Accentuer l'accès, élimination des obstacles financiers et géographiques
- Équité et inclusion : genre, origine ethnique, statut socio-économique.
- Innovation et technologie de pointe.
- Actions centrées sur les populations et menés par les communautés et la société civile.
- Intégration, harmonisation et alignement.
- Financement basé sur les résultats.
- Fort leadership et appropriation au niveau du ministère pour une responsabilité partagée.

4. Les Piliers du MAP

Les domaines d'intervention et les activités du MAP sont organisés en cinq piliers, qui s'étendent sur toute l'ampleur et l'étendue du système national de santé.

Figure 7 : les piliers du MAP



4.1 Pilier I : Soins de Santé Primaires

4.1.1 *Créer un réseau national professionnalisé d'ASC de classe mondiale*

Le Mali formera un réseau national professionnalisé d'agents de santé communautaire (ASC), le meilleur d'Afrique, qui sera déployé pour fournir des services préventifs et curatifs gratuits à la porte de tous ceux qui en ont besoin. Ces professionnels seront le premier point de contact pour l'éducation à la santé et le traitement, ainsi que le point de départ d'un système de référencement allant d'orientation des agents de santé communautaires vers le CSCCom. Ils seront équipés d'outils modernes et portables de collecte de données et d'aide à la décision, qui serviront de base à un système de santé communautaire numériquement intégré.

Les sites ASC seront également mis à niveau afin de faciliter l'accès au matériel de travail, l'organisation et la qualité des services.

Cette nouvelle main-d'œuvre sera majoritairement composée de femmes et offrira des services adaptés aux besoins des femmes, en collaboration avec d'autres acteurs communautaires tels que les relais communautaires. Leur présence active dans les communautés créera également des avantages sociaux synergiques, tels que la création d'emplois locaux, l'augmentation de la participation des femmes et la mise à disposition de modèles féminins forts.

Une première cohorte sera initialement recrutée, formée et employée pour travailler avec les communautés desservies par approximativement 100 CSCCom. Les leçons apprises par cette expérience informeront un déploiement progressif d'effectifs ASC pour travailler dans tout le pays.

4.1.2 *Réhabiliter et digitaliser l'ensemble du réseau CSCCom*

Un réseau CSCCom entièrement réhabilité et digitalisé sera également être créé, avec des installations rinnovées, un nombre plus important de personnel rééquipé et qualifié, des capacités de gestion améliorées, et des systèmes connectés à Internet et alimentés de manière durable avec un paquet de base des médicaments et des produits définis. Un système d'accréditation des CSCComs sera mis en place afin d'assurer les standards minimums de fonctionnement et de qualité sont atteints lors de ce processus de mise à niveau.

Les travaux commenceront immédiatement, en commençant par approximativement 100 CSCCom, financés par un financement catalytique sur 2020. L'apprentissage, les expériences et les systèmes développés au cours de cette première phase de travail seront utilisés pour informer un déploiement national adapté au reste du réseau CSCCom au cours des années suivantes.

Les systèmes d'information mis en place renforceront le système national DHIS-2 existant, formant un lien entre les ASC, les hôpitaux et le niveau central, pour améliorer la prise de décision basée sur les données et renforcer les systèmes de gestion des soins aux patients. Ces CSCCom modernisés constitueront un point d'entrée plus efficace dans le système de référencement vers des niveaux de soins supérieurs.

4.1.3 Mettre en place un programme de Groupes de familles modèles.

Le Mali mettra en place un programme de Groupes de familles modèles pour renforcer l'engagement de la communauté dans la santé et transmettre plus efficacement des messages d'éducation et de changement de comportement. Son slogan sera « Système de santé pour les communautés, les communautés pour la santé de tous. »

Il s'inspirera des « familles modèles » qui sont au cœur du programme d'extension des services de santé (HEP) en Éthiopie. Pour devenir une famille modèle, un ménage devra adopter les 16 interventions prioritaires du gouvernement, qui vont de dormir sous une moustiquaire à la construction de latrines séparées. Les familles modèles recevront des certificats et sont célébrées lors de cérémonies villageoises - et elles sont à leur tour invitées à aider cinq autres ménages à adopter les interventions prioritaires. Les villages avec une grande couverture de Familles Modèles ciblant seront ensuite certifiés « communautés ou villages modèles ».

Cette approche repose sur la théorie selon laquelle les innovations se répandent progressivement, sous l'impulsion des premiers adoptants qui peuvent partager leur influence positive. Il a été constaté que le modèle éthiopien améliorerait sensiblement la prévalence de la contraception, les taux d'immunisation et la couverture des soins prénataux.^{30,31}

Les groupes de familles modèles à travers le Mali recevront une formation axée sur la famille et portant sur des comportements sains tels que l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux services, la planification familiale, les pratiques d'alimentation des nourrissons et la nutrition. Ce modèle sera adapté au contexte malien et expérimentera différentes interventions pour différents groupes d'âge et des collaborations multisectorielles, dans le but de créer un programme communautaire national innovant et réactif. Les groupes de familles modèles formeront le fondement d'un mouvement pour une meilleure appropriation de la santé et une la transformation des communautés de l'intérieur.

4.1.4 Établir un Centre d'Excellence en soins de santé primaires

Les travaux entrepris dans le cadre de ce pilier généreront un apprentissage riche et original sur le renforcement des systèmes de soins de santé primaires. Cela créera une opportunité d'exploiter ces connaissances et cette expertise, et de les diffuser à la communauté mondiale de la santé au sens large, grâce à la création d'un centre d'excellence en soins de santé primaires (SSP) au Mali. Ce projet sera entrepris en collaboration avec l'organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires internationaux, notamment des institutions universitaires de classe mondiale.

A l'instar d'autres modèles observés dans le monde, un centre d'excellence est un programme spécialisé au sein d'un établissement de santé qui fournit des concentrations exceptionnellement élevées d'expertise et de ressources centrées sur des domaines médicaux particuliers et dispensées de manière globale et interdisciplinaire.³²

Le centre d'excellence en soins de santé primaires du Mali jouera un rôle essentiel dans le développement de systèmes nationaux d'amélioration de la qualité et de la promotion des soins de santé primaires dans d'autres institutions maliennes. Il s'agira notamment de créer un système de normes minimales et d'accréditation de base pour les CSCom, avec des mesures telles que l'infrastructure physique et l'équipement, le respect de la prestation de services de base, la

satisfaction des clients et des employés, la qualité du service, l'accessibilité financière, la participation et la réponse aux besoins des femmes et l'amélioration des indicateurs socio-sanitaires.

4.2. Pilier II : Soins de Santé Secondaires

4.2.1 Initier une réforme du « 1 plus 7 hôpitaux de référence »

Sept hôpitaux de référence seront entièrement rénovés. Ils bénéficieront d'améliorations complètes de leurs infrastructures et équipements physiques, de leurs plateformes de prestation de services, du nombre et de la formation de leurs ressources humaines et de la numérisation et de la connectivité de leurs systèmes de données. Le réseau de référence de ces hôpitaux sera basé sur un examen approfondi de critères, notamment l'état de préparation des services, la situation géographique et démographique de la population desservie.

Ce travail de réforme sera la base du « 1 plus 7 hôpitaux de référence », qui reliera les structures de soins secondaires renforcées à l'hôpital universitaire Gabriel Touré de Bamako pour une prestation de soins spécialisés. Il complétera et amplifiera également la transformation du réseau CCom.

4.2.2 Appuyer la réhabilitation en cours de l'hôpital universitaire Gabriel Touré à Bamako

Le MAP soutiendra l'investissement en cours et la modernisation des infrastructures de l'hôpital universitaire Gabriel Touré ce qui en fera un hôpital national de référence modernisé et performant, particulièrement pour les soins de santé maternels, infantiles et néonataux.

4.2.3 Créer un nouveau programme de renforcement des compétences en chirurgie.

Il a été constaté que six à sept pour cent de tous les décès évitables dans le monde sont dus à une formation et à des compétences inadéquates pour seulement 44 procédures chirurgicales de base. Il a également été constaté que l'investissement des ressources nécessaires à la réalisation de ces interventions chirurgicales est très rentable et pratique, même dans des contextes à faibles ressources.³³

En réponse au besoin non satisfait des interventions chirurgicales vitales au Mali, une nouvelle initiative sur les compétences chirurgicales sera lancée. Il s'agira de concevoir un ensemble d'opérations chirurgicales essentielles et d'équiper les établissements du réseau des 1 plus 7 hôpitaux de référence pour les réaliser. Une fois mis en place, l'ensemble d'opérations chirurgicales et les programmes de formation du déploiement initial seront étendus à l'ensemble du réseau CSRéf.

4.3. Pilier III : Services de Laboratoire et de Diagnostic

4.3.1 Réhabiliter l'ensemble du réseau national de laboratoires et de diagnostic

Le réseau national de laboratoires et de diagnostic du Mali sera entièrement rénové, en commençant par chaque établissement sélectionné au sein des 1 plus 7 hôpitaux de référence et en descendant jusqu'au niveau des CSCom.

Il s'agira essentiellement d'un laboratoire national très performant, doté des capacités techniques et logistiques nécessaires pour fournir une gamme complète de tests de diagnostic et recevoir des demandes de tout le pays.

4.3.2 Améliorer les synergies entre les services de laboratoire privés

Plusieurs laboratoires du secteur privé hautement performants seront identifiés afin d'appuyer la gestion opérationnelle et le soutien des services au secteur public. Ces nouvelles synergies seront guidées par la réglementation et la surveillance gouvernementale et permettront l'introduction des meilleures pratiques en matière de formation, de maintenance des équipements et de systèmes d'approvisionnement.

4.3.3 Renforcer le réseau RESAOLAB

Le Réseau d'Afrique de l'Ouest-des laboratoires (RESAOLAB) est le premier programme régional en Afrique de l'ouest à répondre au besoin des systèmes de biologie clinique qui fournit des services de haute qualité - un domaine de la santé publique traditionnellement sous-financé. Le Mali était un membre fondateur lors de son lancement en 2009, aux côtés d'autres membres de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), qui comprend désormais le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Niger, le Sénégal et le Togo.

RESAOLAB a fait œuvre de pionnier en renforçant les laboratoires nationaux et leur réseau régional, en améliorant la qualité des services biomédicaux et de la science, et en défendant leur place centrale dans les systèmes de santé. Le Mali s'appuiera sur le travail de catalyseur de ce réseau, et dirigera les efforts pour mobiliser des fonds supplémentaires des donateurs afin de soutenir et d'amplifier ses activités.

4.3.4 Soutenir l'Institut de santé publique du Mali nouvellement créé

Les instituts nationaux de santé publique (INSP) sont des organismes gouvernementaux à vocation scientifique qui coordonnent toutes les activités de santé publique dans leur pays d'accueil et à l'échelle internationale. Ils jouent un rôle essentiel dans la centralisation, l'information et la mise en œuvre des interventions du système de santé, telles que les nouvelles épidémies ou les catastrophes naturelles.

Le Mali a récemment créé un institut national de santé publique pour renforcer le leadership et les capacités de ses systèmes nationaux de préparation et d'intervention. Il consolidera et harmonisera les travaux de plusieurs institutions gouvernementales de santé publique existantes, notamment le centre pour le développement des vaccins, le centre national de contrôle des maladies, le centre

national de recherche en santé publique et le centre d'étude de la survie de l'enfant. Il disposera de personnel approprié, d'une infrastructure logistique et d'un mandat clair pour agir en cas d'urgence.

L'INSP au Mali coordonnera le système national de surveillance stratégique, afin de fournir au gouvernement malien des informations opportunes sur les causes des décès et des maladies, ainsi que le déploiement de ressources de santé et d'autres ressources essentielles. Il renforcera également les capacités existantes des laboratoires en microbiologie, en immunologie et en pathologie afin de tester les pathogènes dangereux, de manipuler en toute sécurité le transport des spécimens dans le pays et de se rendre dans les centres internationaux d'orientation.

4.3.5 Étudier la mise en place d'une nouvelle ligne de fabrication de tests de diagnostic rapides (TDR) à Bamako

Il existe une demande croissante de tests de diagnostic rapide (TDR). Près de 280 millions de ces tests sont utilisés chaque année dans le monde, dont environ 66 % dans les pays africains. Les tests de diagnostic du paludisme, qui sont un produit de diagnostic important utilisé dans la région, sont principalement (75%) des TDR.³⁴ Une fabrication de TDR en Afrique est technologiquement, économiquement et industriellement souhaitable pour les tests de routine, les campagnes annuelles et les programmes nationaux, comme pour le paludisme, le VIH et la santé des femmes (par exemple, grossesse et IST), ainsi que pour apporter des réponses plus ponctuelles aux épidémies de maladies infectieuses telles que la fièvre jaune ou le virus Ébola.

Le Mali poursuivra activement l'opportunité de participer à l'initiative émergente de diagnostic PPP parrainée par la banque mondiale et à l'utiliser comme modèle et phare pour d'autres PPP dans le secteur de la santé national.

4.4 Pilier IV : Achats et Distribution de Produits Pharmaceutiques

4.4.1 Révision du système PPM

Les systèmes nationaux de chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et médicaux du Mali, à commencer par la PPM, seront restructurés de manière à être plus efficaces, à jour, mieux informés, compétitifs par rapport aux coûts et mieux adaptés aux besoins du secteur socio-sanitaire, en particulier du réseau CSCoM.

Un système centralisé de gestion des achats et des stocks sera créé et associé à des processus de commande localisés et décentralisés. De plus, une relation plus compétitive et synergique entre la PPM, les grossistes privés et les établissements de santé publique sera également établie pour servir l'intérêt national.

4.4.2. Créer de nouvelles solutions pour l'accès au dernier kilomètre

Des efforts particuliers seront déployés pour s'assurer que les mises à niveau des systèmes nationaux de la chaîne d'approvisionnement peuvent atteindre le niveau des CSCoM. D'autres entrepôts régionaux et des capacités logistiques supplémentaires peuvent également être intégrés dans les hôpitaux, comme l'indiquent les travaux de vérification et de restructuration de la PPM.

4.5. Pilier V : Solidarité et Protection Sociale

4.5.1 Soutenir la mise en œuvre de la loi « RAMU »

L'extension de l'assurance maladie à toutes les couches de la société malienne nécessite la fusion et l'harmonisation des régimes d'assurance actuels comme indiqué dans la loi RAMU, en particulier l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), l'assurance Mutuelles et les différents services gratuits actuellement accordés à certaines catégories de patients.

Pour ce faire, le MAP soutiendra les travaux en cours du groupe d'experts sur la RAMU pour synthétiser et planifier la voie à suivre. Cela impliquera la préparation d'un certain nombre de décrets relatifs à la gestion, à la réglementation et au contrôle nécessaires pour promulguer les éléments de la loi RAMU, en soulignant la délégation ou le partage de l'autorité avec d'autres organes de l'État, ainsi qu'en définissant le panier des services et le régime de contributions à mettre en place. Des efforts particuliers seront déployés pour assurer une articulation cohérente avec le FBR, les soins gratuits ciblés et les autres systèmes de protection sociale.

En concert avec ces efforts, la mise en place d'un registre social unifié (RSU) transparent et coordonné sera soutenue. Ce registre sera accessible à tous et permettra aux bénéficiaires potentiels de s'inscrire et de demander des prestations à l'issue d'un processus de vérification.

4.5.2 Assurer la promotion et la prise en charge des groupes vulnérables

Les efforts seront renforcés pour promouvoir activement les droits des personnes handicapées en facilitant l'acquisition d'équipements adaptés et leur accès à l'emploi, afin de garantir l'égalité des chances pour ce groupe. Les programmes fournissant des soins médicaux aux Maliens âgés (60 ans ou plus) seront également renforcés afin de garantir la protection de leur qualité de vie et de leur dignité.

En outre, les programmes de filet de sécurité sociale seront étendus pour couvrir les populations touchées par la crise, avec un accent particulier sur les personnes touchées par la violence, l'insécurité et les déplacements dans le Nord et le Centre. Cela pourrait contribuer de manière significative à la protection de ces groupes vulnérables et à la stabilisation de la région.

4.5.3 Étendre les régimes de sécurité sociale

Les régimes de sécurité sociale actuellement organisés pour les fonctionnaires civils et militaires par la Caisse malienne de sécurité sociale (CMSS) et pour les salariés par l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) sont essentiellement la retraite, les prestations familiales et les accidents du travail et maladies professionnelles. Il est nécessaire d'élargir non seulement le groupe cible des bénéficiaires, mais aussi la quantité et la qualité des prestations.

Il est possible d'élargir la base des bénéficiaires de la mutualité, en particulier dans les zones urbaines en expansion rapide où le secteur informel est de plus en plus dominant. Il est tout autant souhaitable de répondre aux besoins de cette communauté de manière ciblée, car elle dispose d'un revenu disponible légèrement plus élevé et dépense beaucoup sur les soins de santé, et elle peut être

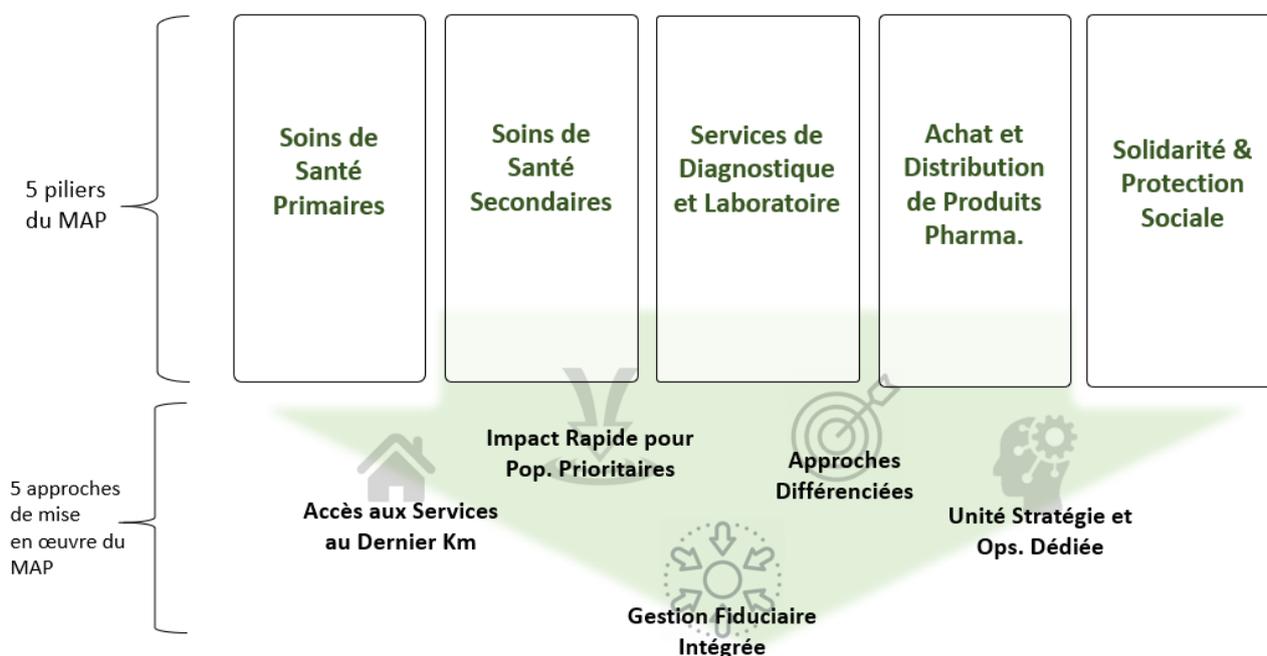
intégrée dans un système de santé et de protection sociale amélioré en renforçant le système des mutuelles et l'Union Technique de la Mutualité.

4.5.4 Promouvoir la mobilisation sociale autour des programmes de développement

La mobilisation des communautés autour de programmes visant à améliorer les conditions de vie de la population est un facteur important de leur impact. De nouveaux moyens d'intégrer les programmes décentralisés de filet de sécurité sociale et de développement à la prestation de services de soins de santé seront expérimentés afin de mieux les relier et d'accroître la confiance de la communauté et les contacts avec les centres de soins primaires.

5. Approches de Mise en Œuvre du MAP

Figure 8 : Les piliers et les approches de mise en œuvre du MAP



5.1 Prestation de services au dernier kilomètre

Les Maliens vivent et tombent malades dans le dernier kilomètre atteint par le système de santé. Par conséquent, le MAP mettra l'accent sur la prestation continue et institutionnalisée de l'accès aux soins au dernier kilomètre. Ces services s'articuleront autour de la communication sur les changements de comportement, des diagnostics, des traitements et de l'orientation des personnes qui en ont besoin. Cela contribuera à surmonter les obstacles géographiques aux soins, en les apportant aux communautés les plus vulnérables, à croissance rapide et dans le besoin.

5.2 Approches différenciées des soins de santé

Le MAP utilisera également des approches de prestation de services différenciées, en mettant l'accent sur les caractéristiques géographiques et de la population et en évitant d'utiliser une « une solution unique ».

Il s'agira de répondre aux besoins régionaux, tels que l'amélioration de la résilience du système de santé dans le nord et le centre du pays avec une action humanitaire d'urgence et la consolidation du système de santé dans le sud. La réponse aux situations humanitaires et le nexus entre l'humanitaire et le développement feront partie intégrante du MAP pour réduire la morbidité et la mortalité parmi les personnes affectées, en particulier les déplacés internes.

L'utilisation d'approches différenciées, permettra de cibler et de prioriser les interventions. Il s'agira d'identifier les communautés difficiles d'accès et les districts avec le plus grand nombre de populations vulnérables non couvertes par les interventions à haut impact., et de lever les goulots d'accès aux services.

Des approches différentes seront également déployées pour répondre aux besoins des zones urbaines et rurales, des différentes tranches d'âge, ainsi que d'appliquer une approche informée par le genre pour assurer que les besoins spécifiques des femmes sont pris en considération.

Figure 9 : Besoins non satisfaits en matière de contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (% par région)

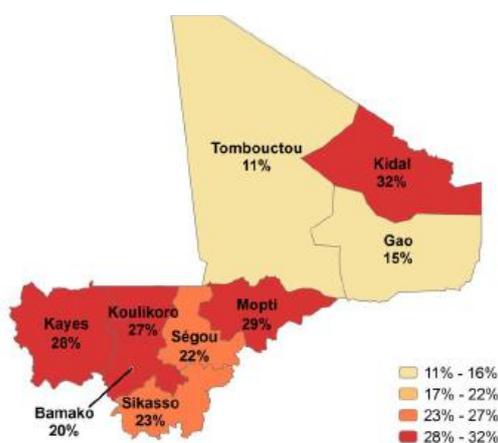
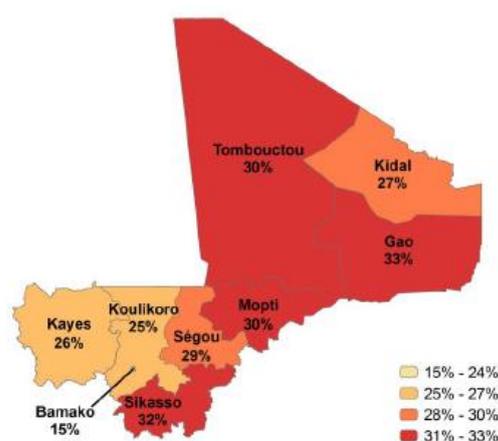


Figure 10 : Taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (% par région)



Source : EDSM IV¹

5.3 Interventions à effet rapide pour les populations prioritaires

Le MAP déploiera des interventions à effet rapide et à fort impact pour les populations prioritaires. Elles seront déterminées en fonction de leur faisabilité et de leur impact sur le poids de la maladie. Elles s'attacheront à répondre aux préoccupations de

- les plus vulnérables : les mères et les enfants de moins de cinq ans.
- les plus sensibles: les jeunes dans leur deuxième décennie de leur vie (10-19 ans) qui sont les plus prédisposés de bénéficier d'interventions préventives en matière de santé et de bien-être, et de messages de promotion des comportements sains et l'autonomisation.

5.4 - Gestion fiduciaire intégrée

Le MAP reconnaît également l'évolution du paysage des partenaires financiers et techniques ainsi que la nécessité d'une utilisation plus efficace et mieux coordonnée des fonds existants.

Une nouvelle unité fiduciaire, l'Unité de Gestion des Projets de Développement Sanitaire (UGPDS), au sein du MSAS, a été décrétée en 2019 et agira comme un mécanisme d'agrégation administrative

et fiduciaire pour une variété de fonds partenaires, dont la BM, le Fonds mondial, l'Alliance GAVI et d'autres. Présentement, tous les fonds des partenaires sont organisés en fonction des différents mandats de projets et gérés par des unités de gestion distincts, chacun disposant de ressources et de personnel dédiés. Au fil du temps, ces unités seront regroupées, gérés et dirigés par une seule unité, l'Unité Fiduciaire du MAP (UFM), avec un personnel, une administration et des coûts intégrés. L'UFM aura un rôle de surveillance fiduciaire et financière uniquement en ce qui concerne l'allocation des fonds et les rapports périodiques sur la distribution des fonds.

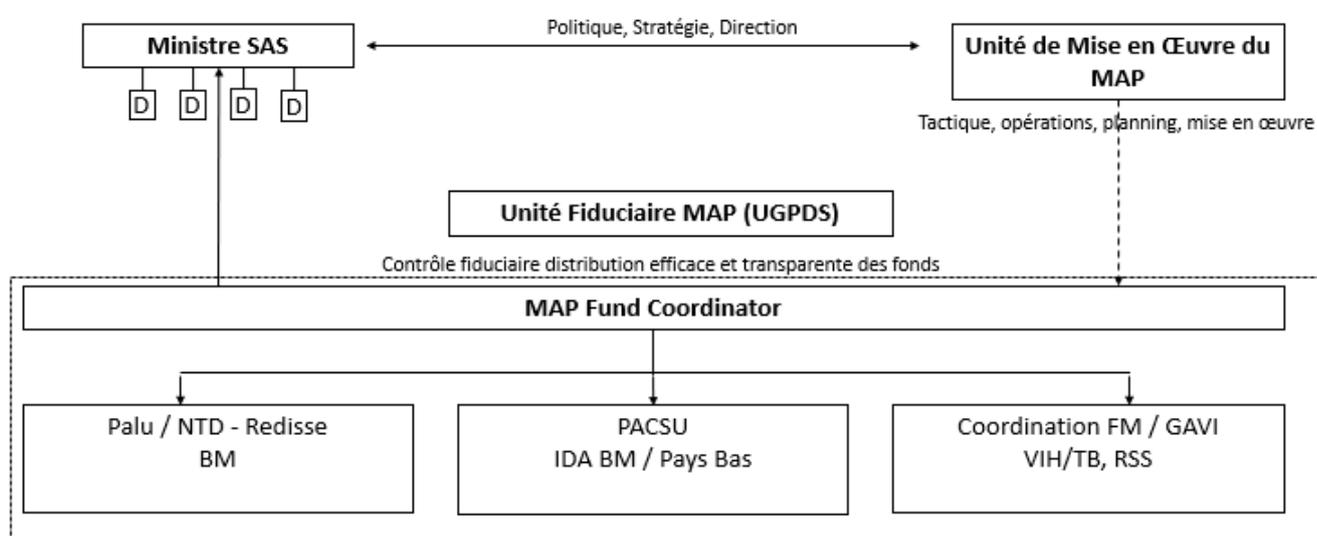
5.5 Unité dédiée à la stratégie et aux opérations

La création d'une capacité de ressources humaines clés au sein du MSAS pour diriger le MAP est essentielle et sera intégrée dans la formation d'une Unité de mise en œuvre du MAP (UMM) pour les opérations spéciales. L'UMM sera un groupe de formulation de stratégie et de gestion opérationnelle de haut niveau, créée et utilisée par le MSAS pour fournir l'expertise et les capacités requises pour étoffer la conception et la mise en œuvre du MAP. Elle sera chargée de diriger les activités de l'Unité Fiduciaire MAP et fonctionnera comme une entité administrative homogène, relevant directement du ministre de la Santé et des Affaires sociales. Une fois formée, l'unité sera de plus en plus composée de Maliens formés dans le cadre de cette initiative nationale unique et deviendra un atout unique et précieux pour la gestion des soins de santé au niveau national.

Un cadre adaptatif de suivi et d'évaluation sera utilisé par l'UGP, structuré autour de réunions hebdomadaires courtes et orientées vers l'action, et de révisions mensuelles des objectifs, du respect des calendriers et des budgets, des taux d'absorption et de dépense, ainsi que d'une analyse des problèmes rencontrés et des leçons tirés en cours de route, afin d'évaluer la nécessité d'une reprogrammation ou d'ajustements.

Des revues stratégiques annuels sur les points énumérés ci-dessus seront également effectués. Une mise à jour plus complète des politiques et des stratégies sera entreprise sur la base des besoins opérationnels identifiés immédiatement et pour l'année suivante.

Figure 11 : L'Unité Fiduciaire et l'Unité de Mise en Œuvre du MAP

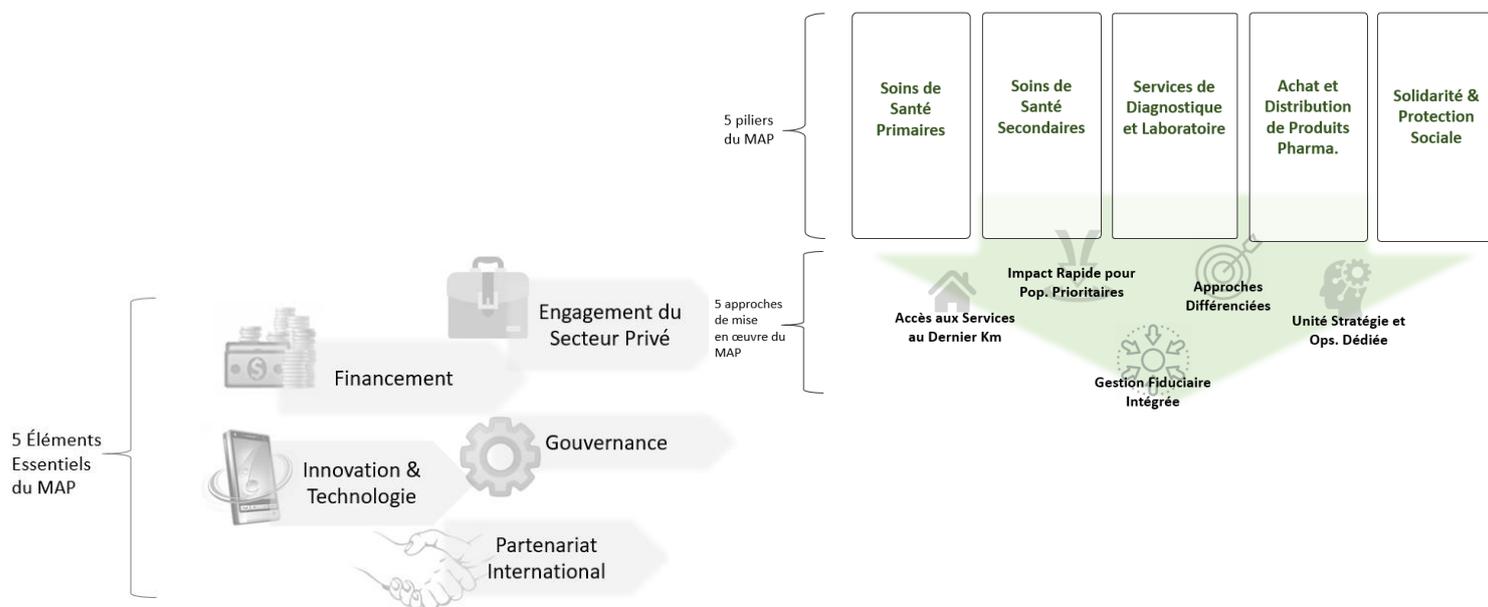


Source : Analyse interne du MSAS

6. Les Éléments Essentiels du MAP

Pour renforcer les piliers et les approches de mise en œuvre du MAP, plusieurs « facilitateurs » ont été identifiés - qui seront mis à profit pour améliorer sa conception et faciliter sa mise en œuvre.

Figure 12 : Les piliers du MAP, approches de mise en œuvre et éléments essentiels



6.1. Financement

L'ampleur, l'uniformité et la fiabilité du financement de la santé constituent une préoccupation fondamentale pour maintenir le rythme et la durabilité souhaités de la réforme du MAP, en particulier dans les domaines qui nécessitent des dépenses en capital, des effectifs et des apports technologiques importants. L'évolution vers une couverture sanitaire universelle, qui est au cœur de la mission du MAP et des activités du 5e pilier, est une partie essentielle du financement de la santé.

6.1.1 Financement Domestique Durable

La croissance économique devrait se poursuivre malgré les troubles, avec une croissance du PIB réel estimée à environ 4,7 % en 2019, soit une légère baisse par rapport aux années précédentes..³⁵ Le gouvernement s'efforcera d'augmenter sa contribution au PIB dans le domaine de la santé, malgré les demandes concurrentes qui pèsent sur les budgets nationaux en raison de l'instabilité dans le nord et le centre.

Les ressources disponibles seront concentrées en début de période afin d'atteindre les premiers objectifs et de créer une dynamique nationale autour du MAP. Des mécanismes visant à améliorer l'utilisation des ressources existantes devraient également être déployés à tous les niveaux, tels qu'une meilleure hiérarchisation des activités et des audits techniques, ainsi que des collaborations intersectorielles.

6.1.2 Mécanismes de financement novateurs

En outre, l'énorme potentiel des mécanismes alternatifs de financement des systèmes de santé sera exploré en lien proche avec le Ministère de l'Économie et des Finances et utilisé avec l'aide de la Banque mondiale, de la Global Financing Facility, de la Banque islamique de développement, de la Banque française de développement, de l'Union européenne et d'autres agences internationales.

Plus précisément, une analyse concrète de l'espace fiscal supplémentaire disponible au Mali est une priorité importante, notamment en ce qui concerne les taxes ciblées sur des secteurs spécifiques et l'amélioration des mécanismes de collecte - par exemple le secteur minier, le secteur de la téléphonie, les aspects des secteurs des boissons et du plastique qui ont des conséquences négatives sur la santé.

En outre, étant donné que le poids de la dette du Mali s'alourdit et devrait continuer à s'alourdir dans un avenir proche, il est possible d'organiser financièrement des échanges de créances contre des actions dans le domaine de la santé et des rachats, sous la supervision d'une tierce partie appropriée, en s'inspirant de l'expérience d'autres pays.

Enfin, l'exploitation de la bonne volonté et des ressources financières de la diaspora est également vitale. De nombreux Maliens vivant actuellement à l'étranger sont déjà impliqués dans des initiatives personnelles ou villageoises ou sont intéressés à aider leurs communautés d'une manière ou d'une autre. Des obligations d'État pourraient être commercialisées auprès de la diaspora, qui acceptera probablement un taux d'intérêt plus faible et une échéance plus longue que les investisseurs privés. Un engagement et une communication stratégiques avec la diaspora malienne pourraient déboucher sur une modalité d'agrégation de leurs préoccupations et de leur potentiel de participation à des initiatives susceptibles d'améliorer directement le bien-être social de leurs familles et de leurs communautés. La santé et les services communautaires sont une intervention évidente avec un impact immédiat. Une entité d'investissement tierce, une fondation de santé ou des obligations de la diaspora pourraient être créées pour absorber et déployer de manière transparente cette bonne volonté financière.

6.1.3 Financement basé sur les résultats

Le gouvernement du Mali, avec le soutien de la Banque mondiale, s'efforce d'étendre le financement basé sur les résultats (FBR) à l'ensemble du système de santé. L'objectif du FBR au niveau des soins primaires est d'augmenter la couverture et la qualité d'un ensemble de services essentiels.

Le FBR est un système de paiement fondé sur l'amélioration des performances et de la qualité des soins. Au lieu d'allouer des moyens tels que des ressources physiques et humaines par la seule planification centrale, il alloue des ressources financières aux établissements de santé de première ligne en fonction des résultats obtenus pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services essentiels. Le FBR est mis en œuvre pour s'attaquer aux obstacles majeurs qui entravent la prestation des services dans les établissements de santé de première ligne. Ces obstacles sont notamment : le manque de fonds pour faire face aux dépenses de fonctionnement ; le manque d'autonomie pour gérer les ressources permettant d'acheter des médicaments et d'attirer et de motiver des ressources humaines qualifiées ; le manque d'accent sur les résultats et l'utilisation limitée des données de performance à tous les niveaux ; et le manque de responsabilité et de

transparence dans le système de santé. Le FBR a été associé à des améliorations de la quantité et de la qualité des services fournis et offre donc une opportunité au système de santé malien de gagner en efficacité et en rentabilité.^{36,37,38}

6.2 Partenariats Internationaux

En 2012, le financement des donateurs externes représentait 69 % des dépenses totales de santé au Mali, avec un montant estimé à 432 millions de dollars (USD) dépensés par les donateurs externes.³⁹ Une cartographie préliminaire des principales contributions des donateurs au secteur de la santé entre 2017 et 2020 montre que les dépenses des donateurs restent importantes bien qu'elles aient plafonné ces dernières années.

Après plusieurs années de baisse des financements des donateurs pour la santé, les prévisions de leur financement pour 2019 devraient augmenter de 20 % par rapport à l'année précédente, passant de 234,2 millions de dollars (USD) en 2018 à 281,8 millions de dollars en 2019. Cette hausse est principalement due à une augmentation des financements du fonds mondial, de l'Alliance GAVI et de l'UNICEF. D'autres partenariats stratégiques seront mis en place avec les donateurs traditionnels et non traditionnels, les fondations, les Banques et autres composantes du secteur privé et les communautés.

La MHSA travaillera en étroite collaboration avec la communauté des donateurs pour aligner leurs activités et accroître leurs engagements envers le MAP afin d'assurer sa mise en œuvre robuste. Elle encouragera également leur participation active à un groupe de coordination des donateurs, sous la direction du ministre de la santé, afin de faciliter une meilleure intégration des activités, le partage des informations et la collaboration entre toutes les plateformes de coordination existantes (par exemple, la plateforme de coordination du partenariat de la facilité de financement mondial).

Le Mali travaillera également activement avec les organisations régionales, telles que l'OOAS et l'Union africaine, pour renforcer ou lancer des initiatives autour de la surveillance des maladies, de la réglementation en matière de santé et de protection des consommateurs, de la configuration du marché des produits de santé et de la diplomatie de la santé.

6.3 Gouvernance

6.3.1 Structure et processus du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

Le Ministère de la santé et des affaires sociales manque actuellement de ressources et de compétences clés. Les nombreuses inefficacités structurelles rendent l'institution moins apte à répondre aux besoins actuels d'amélioration du système de santé et à anticiper les problèmes futurs.

Par exemple, de nombreuses heures et de nombreux fonds sont consacrés à un processus de planification élaboré à tous les niveaux du ministère, mais une grande partie de ce processus n'est pas indispensable à la mission, n'est pas opportun ou n'est pas pertinent en tant que contribution aux processus de planification et de décision au sein du ministère et du secteur de la santé en général.

En outre, les processus de planification actuels ne tiennent pas suffisamment compte de l'accélération de la croissance démographique, de la répartition de la population et de l'urbanisation rapide. En conséquence, les communautés en croissance rapide et les communautés de passage dans les zones urbaines et à la périphérie de celles-ci sont privées d'eau et d'assainissement adéquats et sont fortement encombrées.

Une restructuration générale du MSAS devrait être entreprise, en s'appuyant sur les travaux antérieurs du ministère à travers la réforme du système de santé engagée en 2018, sur une cartographie actualisée des ressources, des structures et des processus actuels du MSAS, et sur une hiérarchisation des ressources et des besoins.

6.3.2 Gouvernance et gestion des Associations Communautaires de la Santé

De nombreuses Associations Communautaires de la Santé (ASACO) ne remplissent pas l'une de leurs fonctions fondamentales : engager, impliquer et représenter la communauté qu'elles servent, notamment en ce qui concerne la participation proportionnelle des femmes, comme le recommande la charte de la Fédération Nationale des Associations Communautaires de la Santé (FENASCOM). Seulement 35 % des ASACO respectent l'implication féminine recommandée dans le conseil d'administration et seulement 2 % sont présidées par une femme. Sans une pression constante et systématique pour satisfaire les attentes de la communauté en matière de soins de santé de qualité et abordables, la gouvernance est faible. Vingt-quatre pour cent des ASACO sont considérées comme non fonctionnelles car elles ne tiennent pas des réunions régulières de leur conseil d'administration. De nombreux organes de gouvernance des ASACO ont peu ou pas de formation et sont mal préparés pour la gestion, la croissance et la stabilisation d'une prestation de soins de santé de plus en plus complexe. Ces limites de la gouvernance, de la gestion générale et financière entravent ou limitent la capacité des CSCoM à fournir des soins de santé de qualité à un prix abordable. De nombreuses ASACO n'effectuent pas non plus de contrôle financier efficace et/ou ne publient pas de documents de vote, de gestion ou financiers et de l'états de comptes transparents.

Enfin, l'association nationale, la FENASCOM, ne semble pas tenir de comptes consolidés ni pratiquer d'audits financiers ou d'assurance qualité réguliers sur les ASACO, ni appliquer et/ou contrôler les normes minimales ou les audits de capitalisation et de stabilité. La surveillance est limitée et il n'y a pas de responsabilité finale, ce qui fait qu'une proportion importante des ASACO n'est pas fonctionnelle.

Une réforme complète de la gouvernance et de la gestion du réseau national des ASACO et de la FENASCOM doit être impérativement réalisée et être une condition pour faire avancer les travaux de rénovation des CSCoM. Cela pourrait inclure des modules de formation pour les membres d'ASACOs et un processus de certification pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins des citoyens et qu'ils sont redevables envers les communautés qu'ils représentent. Les considérations relatives à l'équilibre entre les sexes et à l'inclusion sociale doivent être au premier plan de ces efforts.

6.4. Engagement du Secteur Privé

6.4.1 Partenariats stratégiques public-privé

Le secteur privé a traditionnellement été considéré de manière limitée, comme une source de financement de la recherche et de la commercialisation pour la santé, ou de manière négative, comme un thème devant rester à la marge pendant la formulation des politiques et la planification de la prestation des services. Néanmoins, la prestation de services par le secteur privé n'a cessé de s'étendre dans les pays africains, malgré l'absence de soutien et de facilitation officiels de la part des gouvernements, en réponse aux lacunes du secteur public.

Même dans les pays qui ont créé un environnement législatif favorable, il est rare de trouver des initiatives coordonnées entre le secteur public et le secteur privé qui s'appuient sur une stratégie à long terme visant à accroître la rentabilité et le caractère abordable de la couverture des services. De nombreux gouvernements commencent maintenant à comprendre que la délivrance de soins de santé primaires abordables et, à terme, de soins hospitaliers universels imposera des exigences en matière de capital, de gestion et de fonctionnement que les ressources et les capacités du gouvernement ne peuvent pas satisfaire de manière réaliste à elles seules.

Le Mali a une histoire unique d'engagement du secteur privé dans des domaines traditionnellement réservés exclusivement au secteur public, notamment les soins de santé primaires, les hôpitaux de district et la gestion des pharmacies. Il est donc idéalement placé pour montrer la voie dans les partenariats public-privé (PPP) du secteur de la santé, et le MAP devrait soutenir les efforts multisectoriels pour s'engager de manière constructive avec le secteur privé.

6.4.2 Amélioration de l'environnement commercial

Un meilleur environnement commercial devrait être créé au Mali, y compris des lois, des règlements et des mesures d'incitation appropriés, qui faciliteront la croissance contrôlée du secteur privé de la santé. Il est important de noter que l'objectif de cet engagement renouvelé avec le secteur privé n'est pas de privatiser le système de santé, mais plutôt de renforcer son segment privé afin de l'utiliser comme levier pour réhabiliter et améliorer les services publics, en introduisant une plus grande efficacité, de nouvelles pratiques, une technologie avancée et des améliorations de la qualité, en particulier dans les domaines prioritaires du MAP

Des réglementations ciblées devraient être introduites pour garantir que la qualité des services fournis dans le secteur privé respecte les normes de base, par exemple en ce qui concerne la qualité des médicaments et les systèmes de notification. Un processus d'octroi de licences simplifié et appliqué garantirait également que les entreprises du secteur de la santé ne fonctionnent pas sans licence appropriée.

6.5. Innovation et Santé Numérique

6.5.1 Technologies de la santé numérique

Un cadre national de numérisation harmonisée et non fragmentée du système de santé sera élaboré et mis en œuvre. Une analyse situationnelle permettra d'actualiser la stratégie existant en matière de santé numérique (stratégie de cybersanté 2013-2020) et de mettre en place un modèle unifié de numérisation fondé sur le DHIS2 qui comprendra tous les indicateurs clés.

Dans ce cadre, des plateformes numériques de santé en ligne ou de santé mobile soigneusement sélectionnées et conçues devraient être intégrées, le cas échéant, dans l'ensemble du système de santé, depuis les appareils portables de collecte de données pour les travailleurs sociaux, jusqu'aux dossiers médicaux électroniques des CSRéf, en passant par les tableaux de bord des décideurs de district. Ces systèmes fourniront une grande quantité de données de routine pour éclairer la prise de décision et la surveillance. Leur bonne utilisation aidera également les travailleurs de la santé à être plus efficaces et à fournir des soins de meilleure qualité avec moins d'erreurs et de gaspillage. L'utilisation des technologies pour sauver des vies et de l'argent devrait être explorée à chaque occasion.

6.5.2 Technologies de la santé intégrées

En plus des améliorations technologiques au niveau des systèmes, certains CSCom pourraient être équipés de technologies telles que la télémédecine, l'intelligence artificielle et les logiciels d'aide à la décision clinique et à la distribution automatisée, afin de tester soigneusement la convivialité et la rentabilité de ces systèmes, en vue de les déployer éventuellement à grande échelle.

6.5.3 - *Piloter des prototypes de « cliniques de soins de santé primaires dans une boîte » (clinic in a box).*

Enfin, le MAP étudiera également comment des prototypes de « cliniques dans une boîte » pourraient être utilisés au Mali. De tels modèles impliquent soit la construction soit la rénovation d'un établissement de soins de santé primaires, généralement au sein d'une communauté mal desservie.

Les cliniques modulaires peuvent être fabriquées à partir de matériaux bon marché et rapidement ajustables (généralement des conteneurs d'expédition convertis), et offrent un moyen peu coûteux d'étendre rapidement le réseau d'établissements de santé. Plusieurs versions différentes pourraient être comparées pour en évaluer la faisabilité et la convivialité, et pour estimer le coût des infrastructures, des équipements et des opérations.

7. Les Impacts du MAP

Le Mali vise à s'attaquer directement et immédiatement à la crise sanitaire et à accélérer l'atteinte par le pays de l'ODD n° 3, « bonne santé et bien-être ». Les principaux objectifs du MAP en matière d'impact à atteindre d'ici 2030 sont les suivants ⁴⁰:

- Réduire le taux de mortalité maternelle à 234 pour 100 000 naissances vivantes.
- Prévenir 208 000 cas d'anémie chez les femmes en âge de procréer.
- Sauver la vie de 209 000 enfants de moins de 5 ans
- Sauver la vie de 58 000 enfants de moins de 5 ans en raison du paludisme.
- Éviter 12 000 cas de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.
- Réduire à moins de 1 % les besoins non satisfaits en matière de contraception.

Un ensemble plus complet d'objectifs d'impact du MAP est structuré autour des composantes de l'ODD n°3 sur deux horizons temporels différents (dans la Figure 8 ci-dessous).

Figure 8 : Objectifs d'impact du MAP par sous-composante de l'ODD n°3

Objectif du Mali pour 2023	Objectif du Mali pour 2030
<p>3.1.1 : D'ici 2023, réduire le taux global de mortalité maternelle à 299 pour 100 000 naissances vivantes.</p> <p>3.1.2 : D'ici 2023, augmenter la proportion de naissances assistées par du personnel médical qualifié à 73,4 %.</p>	<p>3.1.1 : D'ici 2030, réduire le taux global de mortalité maternelle à 234 pour 100 000 naissances vivantes.</p> <p>3.1.2 : D'ici 2030, augmenter la proportion de naissances assistées par du personnel médical qualifié à 85 %.</p>
<p>3.2.1 : D'ici 2023, réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au moins 87 pour 1 000 naissances vivantes.</p> <p>3.2.2 : D'ici 2023, réduire la mortalité néonatale à au moins 31 pour 1 000 naissances vivantes.</p>	<p>3.2.1 : D'ici 2030, réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au moins 65 pour 1 000 naissances vivantes.</p> <p>3.2.2 : D'ici 2030, réduire la mortalité néonatale à au moins 26 pour 1 000 naissances vivantes.</p>
<p>3.3.1 : D'ici 2023, réduire l'incidence du SIDA à 0,65 pour 1 000 habitants.</p> <p>3.3.2 : D'ici 2023, réduire l'incidence de la tuberculose à 41 pour 1 000 habitants.</p> <p>3.3.3 : D'ici 2023, réduire l'incidence du paludisme à 67 pour 1 000 habitants.</p> <p>D'ici 2023, réduire le nombre de cas de VIH à XX.</p> <p>D'ici 2023, réduire la mortalité due au sida à XX.</p>	<p>3.3.1 : D'ici 2030, réduire l'incidence du SIDA à XX pour 1 000 habitants.</p> <p>3.3.2 : D'ici 2030, réduire l'incidence de la tuberculose à XX pour 1 000 habitants.</p> <p>3.3.3 : D'ici 2030, réduire l'incidence du paludisme à XX pour 1 000 habitants.</p> <p>D'ici 2030, réduire le nombre de cas de VIH à XX.</p> <p>D'ici 2030, réduire la mortalité due au sida à XX.</p>
<p>3.7.1 : D'ici 2023, faire en sorte que jusqu'à 30 % des femmes âgées de 15 à 49 ans aient accès à une méthode moderne de contraception.</p> <p>D'ici 2023, réduire à 10 % les besoins non satisfaits en matière de contraception.</p>	<p>3.7.1 : D'ici 2030, faire en sorte que jusqu'à 41 % des femmes âgées de 15 à 49 ans aient accès à une méthode moderne de contraception.</p> <p>D'ici 2030, réduire les besoins non satisfaits de contraception à moins de 1 %.</p>

3.8.1. D'ici 2023, réduire de X % à Y % la proportion de la population ayant d'importantes dépenses de santé par rapport à la consommation ou au revenu total des ménages.

D'ici 2023, augmenter le taux de couverture par le RAMU de XX% à YY % de la population Malienne.

9.9.b1 : D'ici 2023, faire en sorte que jusqu'à 65 % des enfants âgés de 12 à 23 mois reçoivent tous les vaccins de base.

3.8.1. D'ici 2030, réduire de X % à Y % la proportion de la population ayant d'importantes dépenses de santé par rapport à la consommation ou au revenu total des ménages.

D'ici 2030, augmenter le taux de couverture par le RAMU de XX% à YY % de la population Malienne.

9.9.b1 : D'ici 2030, faire en sorte que jusqu'à XX % des enfants âgés de 12 à 23 mois reçoivent tous les vaccins de base.

À long terme, la mise en œuvre du MAP contribuera également à répondre à la demande de la population en matière d'accès à des soins de santé et à des services de qualité, à rétablir la confiance de la population dans les services de santé nationaux, à éliminer les obstacles et à accroître l'utilisation des services, et à améliorer les résultats en matière de santé dans l'ensemble du pays.

Conclusion

Le MAP est guidé par une vision d'un avenir meilleur pour le peuple malien, un avenir qui respecte son droit à la santé, protège sa sécurité humaine et développe son plein potentiel. Il vise à placer le pays à l'avant-garde du progrès équitable et de l'innovation communautaire, et à obtenir un renversement spectaculaire des indicateurs de santé du pays. Il est au centre d'un effort vigoureux pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030 et pour œuvrer en faveur d'une couverture sanitaire universelle avec l'objectif 100 - 100 - 50 - PLUS.

Le MAP aidera le système de santé à mieux répondre à l'évolution rapide du contexte national et fournira des solutions à effet rapide qui répondent aux différences de populations et d'endroits et qui atteignent le dernier kilomètre. Il permettra une gestion efficace, intégrée et stratégique des fonds et des opérations, afin de maximiser les avantages de chaque FCFA dépensé.

Il appartient maintenant à tous les acteurs concernés de saisir l'occasion qui nous est offerte, de tirer parti de la direction politique forte et d'appliquer les enseignements tirés de par le monde à cet effort. La mise en œuvre du MAP exigera l'engagement indéfectible de tous ceux qui participent à la santé et au développement social, et assurera une meilleure qualité de vie à nos familles et à nos concitoyens.

Liste des références

1. INSTAT. *Enquête Démographique et de Santé VI - 2018*. (2018).
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Mali Country Profile. *Health Data* (2019).
3. IHME. Mali Country Profile. *Health Data* (2019). Disponible à l'adresse: <http://www.healthdata.org/mali>.
4. MHTSA. *Internal Malaria Surveillance Data*. (2019).
5. WHO. WHO TB data. *WHO* (2018). Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/tb/country/data/download/en/>.
6. UNAIDS. *Global AIDS Update - Communities at the Center. Global AIDS Update* (2019). doi:10.2307/j.ctt1t898kc.12
7. WHO. World Development Indicators. *WHO Global Health Observatory* (2016).
8. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali. *Annuaire Statistique 2017 des Ressources Humaines du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille*. **2**, (2018).
9. MSHP. *Évolution des recrutements et des départs à la retraite*. (2018).
10. Dahn, B., Tamire Woldemariam, A., Perry, H., Akiko, M. & Al, E. *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers : Investment Case and Financing Recommendations*. (2015).
11. Vaughan, K., Kok, M. C., Witter, S. & Dieleman, M. Costs and cost-effectiveness of community health workers: Evidence from a literature review. *Hum. Resour. Health* **13**, (2015).
12. INSTAT. *Mali - Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages 2015*. (2016).
13. WHO. Global Health Expenditure Database. (2017). Disponible à l'adresse: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Tables/en#FSxHF>.
14. World Bank Group. Country Profile Mali. *Data Bank* (2019). Disponible à l'adresse: https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=MLI.
15. Wagstaff, A. *et al.* Articles Progress on impoverishing health spending in 122 countries : a retrospective observational study. 5–10 (2018). doi:10.1016/S2214-109X(17)30486-2
16. DHIS. Mali DHIS 2 Data. *SISM* (2019). Disponible à l'adresse: <https://mali.dhis2.org/dhis/dhis-web-commons/security/login.action>. (Consulté le 4 janvier 2020)
17. SARA. *Evaluation de la disponibilité, de la capacité opérationnelle des services de santé et la revue de la qualité des données*. (2018).
18. Carter, J. Y. *et al.* Laboratory testing improves diagnosis and treatment outcomes in primary health care facilities. *Afr. J. Lab. Med.* **1**, 6–11 (2011).
19. Tadeu, B. T. M. & Geelhoed, D. 'This thing of testing our blood is really very important': A qualitative study of primary care laboratory services in Tete Province, Mozambique. *Int. J. Equity Health* **15**, 1–11 (2016).
20. Sá, L. *et al.* Diagnostic and laboratory test ordering in Northern Portuguese Primary Health Care: A cross-sectional study. *BMJ Open* **7**, 1–10 (2017).
21. WHO. *World Health Organization Model List of Essential In Vitro Diagnostics*. (2018).
22. Seidman, G. & Atun, R. Do changes to supply chains and procurement processes yield cost savings and improve availability of pharmaceuticals, vaccines or health products? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *BMJ Glob. Heal.* **2**, (2017).
23. Maiga, M. D. *Mali : diagnostic de la chaîne d'approvisionnement*. (2018).
24. World Bank. *World Development Report: The Changing Nature of Work*. (2019).

25. The World Bank. The Human Capital Index (HCI) database. *Data Catalog* (2019). Disponible à l'adresse: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/human-capital-index>.
26. World Bank. Development goals in an era of demographic change. *Glob. Monit. Rep. 2015/2016* **53**, 1689–1699 (2016).
27. McCandless, E. & Rogan, J. Bringing Peace Closer to The People: The Role of Social Services in Peacebuilding. *J. Peacebuilding Dev.* **8**, 1–6 (2013).
28. FAO. *Mali Country fact sheet on food and agriculture policy trends.* **3**, (2017).
29. Adepoju, P. Mali announces far-reaching health reform. *Lancet (London, England)* **393**, 1192 (2019).
30. Provost, C. Ethiopia's model families hailed as agents of social transformation. *The Guardian* (2014).
31. Aalen, L. The Ethiopian 'model family': Primary Health Care Provision in the Developmental state. *CMI* (2016). Disponible à l'adresse: <https://www.cmi.no/projects/1867-the-ethiopian-model-family>.
32. Elrod, J. K. & Fortenberry, J. L. Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them. *BMC Health Serv. Res.* **17**, (2017).
33. Meara, J. G. *et al.* Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* **386**, 569–624 (2015).
34. World Health Organization. *The World malaria report 2018.* *Who* (2018).
35. IMF. Mali Profile. *World Economic Outlook Database* (2020). Disponible à l'adresse: <https://www.imf.org/en/Countries/MLI>.
36. Bertone, M. P., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghibe, N. & Witter, S. Performance-based financing in three humanitarian settings: principles and pragmatism. *Confl. Health* **12**, 28 (2018).
37. Zang, O., Djenouassi, S., Sorgho, G. & Taptue, C. Impact of performance-based financing on health-care quality and utilization in urban areas of Cameroon. *African Heal. Monit.* 10–14 (2015).
38. Steenland, M. *et al.* Performance-based financing to increase utilization of maternal health services: Evidence from Burkina Faso. *SSM - Popul. Heal.* **3**, 179–184 (2017).
39. WHO. *WHO Global Health Expenditure Atlas.* (2014).
40. Spectrum. LiST: Lives Saved Tool. (2019).