

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

**Ministère de la Santé et des
Affaires Sociales**

**Ministère de la Solidarité et
de la Lutte contre la
Pauvreté**

**Ministère de la Promotion
de la Femme, de l'Enfant et
de la Famille**



**DOSSIER D'INVESTISSEMENT DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION,
DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ADOLESCENT ET DE LA
NUTRITION**

(SRMNEA+N 2019 -2023)

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	vi
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
RESUME EXECUTIF	1
INTRODUCTION	3
PROCESSUS D'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	4
I. CONTEXTE	5
1.1 Contexte géographique	5
1.2 Contexte démographique	5
1.3 Contexte socio-économique	6
1.4 Contexte politique, sécuritaire et humanitaire	6
1.5 Contexte sanitaire	7
II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNEA-N	9
2.1 Situation de la santé maternelle	10
a. Niveau des indicateurs de santé maternelle	10
b. Evolution de la mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018	11
c. Causes de mortalité maternelle au Mali	12
d. Evolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD	14
2.2 Situation sanitaire des enfants de moins de 5 ans au Mali	16
a. Tendance de la réduction de la mortalité infanto-juvénile à l'horizon 2030	16
b. Mortalité des enfants de moins de 5 ans : taux et nombre de décès par région	16
c. Evolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali	17
d. Répartition de la mortalité néonatale (taux et valeur absolue) en 2018 par région	17
e. Evolution de la mortalité néonatale vers l'atteinte des ODD en 2030	18
f. Les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans	19
2.3 Analyse de la situation de la Vaccination	19
a. Analyse de la couverture vaccinale à travers l'antigène Penta 3	19
b. Evolution de la couverture vaccinale à travers l'antigène Penta 3 de 2001 à 2018	19
2.4 Situation des faits d'Etat-civil au Mali	22
2.5 Analyse de la situation de la santé des adolescents et des jeunes	24
2.6 Analyse des déterminants de la santé	24
2.6.1 Situation en matière de Violences basées sur le genre (VBG)	24
2.6.2 Analyse de la situation de l'équité au Mali	25
2.6.3 Analyse de la situation de l'éducation	28
2.7 Analyse de la situation de la Nutrition au Mali	30
2.7.1 Analyse des causes de la malnutrition	30
2.7.1.1 Analyse des facteurs socio-économiques de la malnutrition	30

2.7.1.2	Analyse du coût social et économique de la sous-nutrition au Mali	31
2.7.2	Situation de quelques indicateurs anthropométriques de la malnutrition au Mali	32
2.7.3	Situation de la Malnutrition aigüe Globale	32
2.7.4	Situation de la Malnutrition Chronique ou Retard de Croissance	33
2.7.5	Situation de l'Insuffisance Pondérale	33
2.7.6	Evolution des prévalences des trois formes de malnutrition au Mali vers les Objectifs de nutrition de l'Assemblée Mondiale de la Santé, AMS (2025) en vue des ODD (2030)	34
2.7.7	Evolution des trois indicateurs de la malnutrition jusqu'en 2018	35
2.7.8	Progrès vers les Objectifs de l'AMS : L'Insuffisance Pondérale	35
2.7.9	Progrès vers les Objectifs de l'AMS : Retard de Croissance des enfants de moins de 5 ans	36
III.	ANALYSE DES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENTS	37
A-	Les goulots des composantes de la SRMNEA+N	38
3.1	Prestation de services de la SRMNEA+N à hauts impacts	38
3.1.1	Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé maternelle et néonatale	38
3.1.2	Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé néonatale	40
3.1.3	Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé infanto-juvénile	42
3.1.4	Analyse des goulots d'étranglement en matière de planification familiale (PF)	44
3.1.5	Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé reproductive des adolescents	45
3.1.6	Analyse des principaux goulots d'étranglement en matière de nutrition	46
3.1.7	Résumé de l'analyse des goulots des composantes de la SRMNEA+N	47
B-	Analyse des goulots des composantes de l'environnement favorable de la SRMNEA+N	48
3.2	Goulots de l'environnement favorable de la SRMNEA+N	48
3.2.1	Analyse des goulots des médicaments	48
3.2.2	Analyse des goulots en matière de ressources humaines	49
3.2.3	Analyse des goulots en matière de financement	49
3.2.4	Analyse des goulots de la gouvernance	50
3.3	Résumé des goulots de l'environnement favorable	51
IV.	REPOSE AUX GOULOTS D'ETRANGLEMENTS POUR L'AMELIORATION DE LA SRMNEA+N	52
4.1	Vision du dossier d'investissement	53
4.2	Objectif du dossier d'investissement de la SRMNEA+N	53
4.3	Les stratégies de la SRMNEA+N à mettre en œuvre	54
4.4	Mise en œuvre du paquet des services prioritaires de la SRMNEA +N	54
4.4.1.	Le paquet de services de la SRMNEA-N et ceux orientés aux personnes victimes des VBG	54
4.4.2.	Le paquet de service de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	55
4.4.3.	Le paquet de services de la nutrition	55
4.4.4 :	Amélioration des interventions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH)	56
4.5	Modalités de mise en œuvre du paquet de services prioritaires de la SRMNEA+N	60
4.5.1	Renforcement du déploiement et de la qualité des ressources humaines	60

4.5.2. Mise en œuvre de l'approche communautaire _____	61
4.5.3. Amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement _____	61
4.5.4. Renforcement du secteur privé _____	62
4.5.5 Réforme du financement de la santé en vue d'améliorer la qualité des services de la SRMNEA-N : Financement Basé sur les résultats (FBR) _____	62
4.6. Augmentation de la demande et de l'accès équitable aux services de la SRMNEA-N : _____	63
4.7 Amélioration de l'environnement favorable à la mise en œuvre des services de SRMNEA+N _	64
4.7.1: Renforcement de la gouvernance et de l'efficacité des ressources de la santé _____	64
4.7.2: Renforcement du système d'information Sanitaire et Social _____	64
4.7.3.: Renforcement du système d'état-civil et de l'interopérabilité avec le système de santé ____	65
V. OU INVESTIR : DOMAINES ET REGIONS PRIORITAIRES ET CHOIX DES SCENARII _____	68
5.1 Les populations Cibles _____	69
5.2 Processus et sélection des régions prioritaires _____	69
5.3 Définition des scénarii _____	71
VI. IMPACTS _____	72
6.1 Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités par scénario _____	73
6.2 Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario _____	73
6.3 Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées par scénario _____	73
6.3.1 Nombre de vies maternelles sauvées par type d'intervention et par scénario _____	74
6.3.2 Vies néonatales sauvées par type d'intervention et par scénario _____	75
6.3.3 Vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention et par scénario _____	75
6.3.4 Impacts attendus en termes de cas de morbidité évités _____	76
6.3.5 Cas d'anémies évités chez les mères par scénario et par an _____	76
6.3.6 Résumé des impacts en termes de réduction de la mortalité et de nombre de vies sauvées/Scénario _____	76
VII. CADRE STRATEGIQUE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU DI SRMNEA-N _____	77
7.1 Cadre de référence du Suivi-Evaluation _____	78
7.2 Organes de mise en œuvre et de suivi et évaluation _____	79
7.3 Suivi et évaluation du Dossier d'investissement SRMNEA-N _____	79
7.4 Processus de suivi et évaluation du DI/SRMNEA-N _____	80
7.5 Le secteur privé _____	81
7.6 La société civile _____	81
7.7 Les partenaires techniques et financiers _____	82
7.8 Collaboration multisectorielle _____	82
VIII. Budgétisation du dossier d'investissement _____	83
8.1 Les besoins financiers du Dossier d'investissement de la SRMNEA+N _____	84
8.2 Budget additionnel du DI par tête d'habitant et par an _____	84
8.3 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N _____	85
8.4 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par région _____	86

8.5 Répartition du budget du DI par région des districts sans aucun engagement budgétaire de 2019 à 2023	87
8.6 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par scénario	88
IX. ANALYSE DE L'ESPACE FISCAL	89
9.1 Analyse des perspectives macroéconomiques et budgétaires	90
9.2 Redéfinition de la priorité accordée à la santé dans le budget du gouvernement	90
9.3 Evolution de l'allocation budgétaire	92
9.4 Augmentation des ressources pour le secteur de la santé à travers la création de fonds ou comptes spéciaux	92
9.5 Les dons et l'aide étrangère en faveur du secteur de la santé	92
9.6 Amélioration de l'efficience dans les dépenses de santé existantes	93
9.7 La Cartographie des ressources potentiellement disponibles : Engagement budgétaire globaux du secteur public et des bailleurs / partenaires	93
9.8 Ressources potentiellement disponibles : Analyse du gap financier	95
X. ANNEXES	96

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT :	<i>Appartement de Coordination Thérapeutique</i>
AME:	<i>Allaitement Maternel Exclusif</i>
AMS:	<i>Assemblée Mondiale de la Santé</i>
ASC:	<i>Agents de Santé Communautaire</i>
ASACO :	<i>Association de Santé Communautaire</i>
ATPC :	<i>L'assainissement total piloté par la communauté</i>
BCG:	<i>Bacille Calmette-Guérin</i>
BM:	<i>Banque Mondiale</i>
BNS :	<i>Besoin Non satisfait</i>
BR4MNCH:	<i>Birth Registration for Maternal, Newborn and Child Health</i>
C4D :	<i>Communication pour le Développement</i>
CCC:	<i>Communication pour un Changement de Comportement</i>
CCSC :	<i>Communication pour le changement social et communautaire</i>
CFU :	<i>Comités de Femmes Utilisatrices des services de santé</i>
CHU:	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
CIP :	<i>la communication interpersonnelle</i>
CMIE:	<i>Centre Médical Inter ENTREPRISE</i>
CPN:	<i>Consultations Prénatales</i>
CPON :	<i>Consultation Post Natale</i>
CSC :	<i>Changement Social et comportemental</i>
CSCOM:	<i>Centre de Santé Communautaire</i>
CSCR:	<i>Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté</i>
DHIS :	<i>District Health Information Software /Système National d'Information Sanitaire</i>
DI:	<i>Dossier d'Investissement</i>
DNEC:	<i>Direction Nationale de l'Etat Civil</i>
DTC3:	<i>Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche /(Trois doses) (Vaccin)</i>
EDS V:	<i>Cinquième Enquête Démographique et de Santé</i>
EDS VI:	<i>Sixième Enquête Démographique et de Santé</i>
EMOP:	<i>Enquête Modulaire et Permanente</i>
EPH:	<i>Etablissement Public Hospitalier</i>
EQUIST:	<i>Equitable Impact Sensitive Tool</i>
F CFA:	<i>Franc de la Communauté Financière Africaine</i>
FOSA:	<i>Formation Sanitaire</i>
GAR :	<i>Gestion Axée sur les Résultats</i>
GE:	<i>Goulot d'Etranglement</i>
GFF:	<i>Global Financing Facility (Mécanisme de Financement Mondial)</i>
GSAN :	<i>Groupe de Soutien aux activités de nutrition</i>
GVAP :	<i>Plan d'Action Mondial pour les Vaccins</i>
IDH:	<i>Indice de Développement Humain</i>
IP:	<i>Insuffisance Pondérale</i>
IST:	<i>Infections Sexuellement Transmissibles</i>
LNME:	<i>Liste Nationale des Médicaments Essentiels</i>
MAG:	<i>Malnutrition Aigüe Globale</i>
MAS:	<i>Malnutrition Aigüe Sévère</i>

MCEE:	Maternal and Child Epidemiology Estimation (Estimations de l'OMS)
MICS:	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MIJ:	Mortalité Infanto-Juvenile
MILDA:	Moustiquaire Impregnée d'insecticide à longue Durée d'Action
MNN:	Mortalité Néo-Natale
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Social
NV:	Naissances Vivantes
ODD:	Objectifs de Développement Durable
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation non Gouvernementale
P/A:	Poids pour Age
P/T:	Poids pour Taille
PCIMA:	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIMIN:	Prise en Charge Intégrée des Maladies Infantiles
PCIMNI:	Prise en Charge Intégrée des Maladies Néonatales et Infantiles
PCV:	Vaccin Contre le Pneumocoque
PDDSS:	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDI:	Personnes Déplacées Internes
PDSS:	Plan de Développement Sanitaire Sociale du Mali
PEC :	Prise en charge
PEV :	Programme Elargie de Vaccination
PF:	Planification Familiale
PIB:	Produit Intérieur Brut
PMA:	Paquet Minimum d'Activités
PPN:	Politique Pharmaceutique Nationale
PPP :	Partenariat public privé
PRODESS :	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF:	Partenaires Techniques et Financiers
PTME:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant
RC:	Retard de Croissance
RH:	Ressources Humaines
RNN:	Réanimation Néo-Natale
RPM:	Rupture Prématuration de Membrane
SARA:	Service Availability and Readiness Assessment
SIDA:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLIS:	Système Local d'Informations Sanitaires
SMART:	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SMNI:	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SNIS:	Système national d'information sanitaire
SONU:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPE :	Surveillance Préventive des Enfants sains
SR :	Santé de la Reproduction
SRMNEA+N:	Santé de reproduction de la mère du nouveau-né et Adolescent+Nutrition
T/A:	Rapport Taille Age
TDR:	Tests de diagnostic Rapide
TMIJ:	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile

TMNN :	Taux de Mortalité Néonatale
TRAM:	Taux de Réduction Annuelle Moyenne
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
URENAS:	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
VAT :	Vaccin Anti-tétanique
VIH:	Virus Immuno Déficience Humaine
WASH:	Water, Sanitation and Hygiène (Eau, Hygiène et Assainissement)
WHO:	Organisation mondiale de la santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Impacts du DI	2
Tableau 2: Perspectives macroéconomiques du Mali	6
Tableau 3: Tableau de la répartition des CScom médicalisés par région	8
Tableau 4: Indicateurs de santé maternelle	10
Tableau 7: Couverture de base des antigènes	20
Tableau 8: Pourcentage des CScom avec au moins 1 Médecin et pourcentage d'accouchement assistés de personnels qualifiés	49
Tableau 9: Résumé des goulots de l'environnement favorable	51
Tableau 13: La sélection des régions prioritaire	70
Tableau 14: La sélection des régions prioritaire du pays	70
Tableau 15: Groupes des régions prioritaires	70
Tableau 16: Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario	73
Tableau 17: Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario	74
Tableau 18: Nombre de vies maternelles sauvées par type d'intervention et par scénario	74
Tableau 19: Vies néonatales sauvées par type d'intervention et par scénario	75
Tableau 22: Cas d'anémies évités chez les mères par scénario et par an	76
Tableau 23: Résumé des impacts en termes de réduction de la mortalité et de nombre de vies sauvées/Scénario	76
Tableau 24: Processus de suivi et évaluation du DI	80
Tableau 25: Analyse des besoins financiers en fonction du scénario	84
Tableau 26: Répartition budget par Priorités de la SRMNEA+N	85
Tableau 25: Répartition du budget additionnel par priorités de la SRMNEA et par région	86
Tableau 26: Répartition du budget du DI par région des districts sans engagements budgétaire	87
Tableau 27: Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par scénario	88
Tableau 28 : Evolution de l'allocation budgétaire de la santé	92
Tableau 29: Ressources potentiellement disponibles	95
XI. Tableau 30: Cadre de Suivi/Cadre de Performance	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte du Mali	5
Figure 2: Evolution de la mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018	11
Figure 3: Evolution des indicateurs de mortalité maternelles au Mali de de 2001 à 2018	11
Figure 4:Corrélation entre la fécondité des 15-19 ans et leurs besoins non satisfaits	12
Figure 5: Causes de mortalité maternelle au Mali, SLIS 2018	12
Figure 6: Evolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD	14
Figure 7: Tendance de la réduction de la mortalité infanto-juvéniles à l'horizon 2030	16
Figure 8: Mortalité infanto-juvénile, taux vs valeur absolue	16
Figure 9:Mortalité néonatale par région, taux vs Valeur absolue	17
Figure 10:Evolution de la mortalité néonatale vers l'atteinte des ODD	18
Figure 11: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon le lieu de naissance et l'indice de	18
Figure 12: Principales causes de mortalité infanto-juvénile	19
Figure 13: Evolution de la couverture vaccinale en penta 3	19
Figure 14: Situation de l'enregistrement des naissances au niveau national et par région	22
Figure 15: Pourcentage de nouveau-nés avec un extrait d'acte de naissance projet BR4MCH	22
Figure 16: les facteurs socio-économiques de la malnutrition (Sce : Etude FNG)	31
Figure 17 : Prévalence de la malnutrition Aigüe Globale (Taux vs nombre).	32
Figure 18:Malnutrition Chronique Retard Croissance (Taux & Nombre)	33
Figure 19: Insuffisance pondérale (taux & nombre).	33
Figure 20:Evolution de la malnutrition Aigüe, chronique et de l'insuffisance Pondérale au Mali.	35
Figure 21:Progrès vers les objectifs de l'AMS : l'Insuffisance Pondérale	35
Figure 22: Progrès vers les Objectifs de l'AMS : Retard de Croissance des moins de 5 ans	36
Figure 23: Les déterminants de l'Utilisation du MILDA pour femmes enceintes	39
Figure 24:Les déterminants des Soins prénatals.	39
Figure 25:Les déterminants de l'accouchement assisté de personnels qualifiés	40
Figure 26:: Les déterminants de l'utilisation du MILDA pour les enfants	40
Figure 27: Les déterminants de l'allaitement Maternel Exclusif	41
Figure 28:: Les déterminants de la prévention de la Transmission de Mère à l'enfant	41
Figure 29: Les déterminants des soins obstétricaux et néonataux d'urgence	42
Figure 30:Les déterminants du lavage des mains	42
Figure 31:: Les déterminants de la couverture du Penta3	43
Figure 32: Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMNI)	44
Figure 33:Les déterminants de la couverture de la Planification Familial	44
Figure 34:Les déterminants d'utilisation des préservatifs par les adolescents(e)s	45
Figure 35: Les déterminants de la prévention du VIH chez les adolescents(e)s (15-24 ans)	45
Figure 36: Les déterminants de la supplémentation en vitamine A	46
Figure 37:Les déterminants de la prise en charge de la malnutrition Aiguë Sévère (MAS) /Wasting/Emaciation	46
Figure 38: Les déterminants des différentes catégories des médicaments intervenants dans la SRMNEA+N	48
Figure 39: Les déterminants de la répartition des RH, norme National vs Norme OMS	49
Figure 40: Prévision du financement de l'Etat de la SRMNEA+N	50
Figure 41: Evolution du budget alloué à la SRMNEA+N (2015-2018)	50
Figure 42: Réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	73
Figure 43: Dispositif de suivi évaluation	81
Figure 44:Les besoins financiers du Dossier d'investissement de la SRMNEA+N	84
Figure 45:Répartition du budget par région	87
Figure 46: Part du budget de la fonction santé dans le budget de l'Etat	91
Figure 47: Engagements budgétaires du secteur public (FCFA)	94
Figure 48: Engagement budgétaire globaux des bailleurs	94

RESUME EXECUTIF

En dépit de nombreux progrès réalisés par le gouvernement et ses partenaires dans le domaine de la santé et en particulier en matière de la SRMNEA+N, force est de constater que les indicateurs de la SRMNEA+N, ont une évolution préoccupante préjudiciable à l'atteinte des objectifs nationaux et par ricochet ceux des Objectifs de Développement Durable (ODD). Le taux de décès maternel, bien qu'ayant connu une baisse pendant près de deux décennies, passant de 582 pour cent mille Naissances Vivantes (NV) en 2001 à 325 pour cent mille naissances vivantes en 2018, reste tout de même élevé. Le taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans, est plus élevé en 2018 comparativement à 2012, soit près de 164 contre 151 naissances pour 1000 femmes, tranche d'âge à risque et à la base des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La fécondité est l'une des principales causes de décès des jeunes mères soit près de 16% pour la tranche d'âge 15 à 19 ans et 8% pour celles âgées de 20 à 24 ans. Les principales causes de mortalité maternelle au Mali sont les hémorragies de l'ante et du post partum qui représentent à elles seules près de 41,61% des mortalités, suivis des prééclampsies et éclampsies, 25,90%, les autres causes directes 19,32%, les ruptures utérines 8,49% et les infections du post-partum sont à 6,79%,

L'analyse des indicateurs des enfants de moins de 5 ans, présente un tableau peu reluisant. Après une baisse passant de 246 pour mille naissances vivantes (NV) à 95‰ entre 1987 (EDSM I) et 2012 (EDSM V), la mortalité infanto-juvénile connaît une hausse depuis cette période jusqu'à atteindre 101‰ NV en 2018 (EDSM VI). Cette tendance pourrait grimper jusqu'à 114 ‰ et empêcher le Mali d'atteindre l'Objectif du Développement Durable (ODD) en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est de 25 pour 1000 NV d'ici 2030. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est due essentiellement aux causes néonatales (33%), suivi du paludisme (24%), de la pneumonie (11%) et de la diarrhée (8%). Malgré les progrès récents, la malnutrition demeure un problème majeur de santé publique au Mali, avec un taux de retard de croissance de 27% (EDSM VI). Pendant plus de 20 ans, elle a représenté près du quart (25%) de la mortalité des moins de 5 ans au Mali. Les décès néonataux sont principalement dus aux naissances prématurées (30%), l'asphyxie à la naissance (27%) et aux infections graves (24%) et 7% pour les autres causes congénitales. Ce constat, suggère qu'on ne peut réduire la mortalité infanto-juvénile au Mali, sans réduire drastiquement celle liée à la néonatalité.

Ce dossier d'investissement de la SRMNEA+N, de 5 ans s'appuie sur les objectifs du PRODESS IV en lien avec le PDDSS (2014-2023), à savoir réduire le TMM de 325 à 146 pour 100 000 naissances vivantes, le TMIJ de 101 à 95 pour 1 000 naissances vivantes, le TMI de 54 à 50 pour 1 000 naissances vivantes, le TMN de 33 à 16 pour 1 000 naissances vivantes.

Dans la perspective des progrès vers l'atteinte des ODD ainsi que la réalisation de la couverture maladie universelle au Mali, le dossier d'investissement (DI), en priorisant les zones les plus vulnérables et les goulots majeurs du système de santé, tente d'échelonner les interventions à hauts impacts afin d'améliorer les résultats de santé du pays. Ces mesures déclinées en priorités, s'attaquent aux principaux obstacles à l'amélioration des résultats de la SRMNEA+N et se concentrent essentiellement sur les principales questions transversales du secteur de la santé - ressources humaines, qualité des soins, gestion de la chaîne d'approvisionnement et création de la demande. De plus, le DI priorise, la mise en œuvre à base communautaire de ces interventions tout en favorisant l'accès de tous aux services de santé et ce, de façon progressive vers le passage à l'échelle en apprenant de ses erreurs du passé.

Pour limiter la dispersion des efforts et des ressources des différents partenaires et acteurs, le DI, en lien avec la réforme de santé, entamera le déploiement du paquet d'interventions de la SRMNEA+N, de façon progressive, sur les régions les plus défavorisées, ayant les résultats de santé les plus faibles et qui sont sous financées. Cela nécessitera une action concertée, une parfaite et étroite collaboration entre partenaires internes et extérieurs, gage du succès de ce dossier d'investissement.

Une saine émulation de la responsabilité mutuelle sera le vecteur du changement pour l'amélioration des indicateurs de la SRMNEA+N, et cela passe par le renforcement du système d'information sanitaire et le partage d'information afin de permettre un examen minutieux de la traçabilité des ressources de la SRMNEA+N. A cela, il convient d'ajouter le renforcement du système d'état-civil et les statistiques vitales. Le renforcement du secteur privé sanitaire devrait être une priorité afin qu'il puisse jouer un rôle primordial de complémentarité dans l'offre de soins surtout au niveau communautaire. Quant au secteur privé non sanitaire, il contribuera également au financement et à d'autres actions de soutien de la santé et surtout de la SRMNEA+N.

Les ressources additionnelles nécessaires à la réalisation du DI, sur la période 2019-2023 sont évaluées à près de **583,37 milliards de FCFA soit près de 968,85 millions de dollars** pour la mise en œuvre de l'équité et à l'échelle des interventions de la SRMNEA+N. Les ressources disponibles permettront de financer le besoin de financement du DI à hauteur de 92%, soit un déficit de 8%. Le coût des interventions prioritaires de la SRMNEA, représente 75,7 % du budget, suivi par les interventions de la nutrition 16%, du renforcement de la gouvernance du système de santé 7%, du renforcement de l'état-civil 0,3% et du secteur privé de 1%.

Les investissements du DI ciblant les zones géographiques prioritaires tout en maintenant les progrès réalisés, permettront d'avoir les impacts ci-dessous :

Tableau 1: Impacts du DI

<i>Réduction du ratio/taux de mortalité</i>	<i>Nombre de vies sauvées /Scénario</i>
➤ Scénario 1 (7 régions, les plus prioritaires, 86% de la population), 283 386 enfants (< 5 ans) et 5 063 mères	Réduction du ratio de mortalité Maternelle de 34% pour atteindre 230 décès/100 000 Naissances Vivantes (NV)
➤ Scénario 2 (9 régions, 99% de la population), 303 391 enfants (< 5 ans) et 5 329 mères	Réduction du ratio de mortalité néonatale de 28% pour atteindre 21 décès/1000 Naissances Vivantes (NV)
➤ Scénario 3 (11 régions, 100% de la population), 354 387 enfants (< 5 ans) et 5 850 mères	Réduction du ratio de mortalité infanto-juvénile de 44% pour atteindre 56 décès/1000 Naissances Vivantes (NV)

INTRODUCTION

Les engagements des gouvernements de ces deux dernières décennies, en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement, offrent aux pays l'occasion de tirer les leçons des succès et des échecs de l'ère des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) afin d'orienter leurs actions présentes et futures pour améliorer la santé et le bien-être de leurs populations pour l'atteinte des résultats des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Malgré les avancées enregistrées, il est évident que beaucoup reste à faire : plusieurs nouveau-nés, enfants, adolescents et femmes meurent chaque année, par suite de maladies évitables, et la majorité d'entre eux ont un faible accès à des services de santé de qualité. Il ressort qu'en 2015, au bilan des OMD, nous pouvons noter dans le monde près de 307 000 décès maternels, 2,6 millions de mortinatalités, 5,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans – dont 2,7 millions de décès de nouveau-nés et 1,3 million de décès d'adolescents¹.

En plus, sur 99% des décès maternels qui ont eu lieu, près de 66% sont survenus en Afrique Subsaharienne (Stratégies Mondiale 2016-2030). Dans cette sous-région, en 2016, les statistiques montrent que 15000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque jour, dont 46% (7000 nouveau-nés) dans les 28 jours suivant leur naissance. L'on y enregistre les taux de mortalité les plus élevés des enfants de moins de 5 ans, soit une moyenne de 95 pour 1000 naissances vivantes. L'une des principales causes de cette situation est le faible financement des services de la SRMNEA+N, ce qui représente un déficit de près de 34 milliards² de dollars US (pour la seule année de 2015), soit un équivalent de 9,42 US\$ par personne par an.

Des résultats significatifs ont été enregistrés par le Mali, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. Cependant, l'évolution récente des indicateurs de santé reste préoccupante. En effet, la mortalité infantile a augmenté, passant de 95 à 101 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2012 et 2018³, et la mortalité maternelle reste élevée avec 325 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018.⁴ Quant à la mortalité néonatale, elle représente plus du tiers des décès chez les enfants de moins de 5 ans (33 pour 1000). Pour déclencher un changement profond dans ces résultats de santé en matière de procréation, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, l'Etat Malien s'est engagé à travers l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » de faire de la problématique de la SRMNEA+N, une priorité nationale.

Cette volonté s'inscrit en parfaite adéquation avec la politique nationale de santé., Elle s'est traduite de façon opérationnelle par la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), 1998-2007 et ses deux programmes quinquennaux de Développement Sanitaire et Social, le PRODESS I (1998-2002), le PRODESS II (2005-2009), prolongé jusqu'en 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2007-2011). Il convient de noter aussi le Plan pour la Relance Durable du Mali 2013-2014, qui était le document intérimaire de référence des politiques et programmes sectoriels.

Quant au PRODESS III (2014-2018), prolongé jusqu'en 2019, il représente la première tranche quinquennale du PDDSS (2014-2023) qui comporte une composante prenant en charge la femme, l'enfant et la famille.

Le gouvernement, dans sa volonté de conduire le pays vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), a initié une réforme du système de santé avec un accent sur la santé communautaire. Le gouvernement du Mali entend ainsi relever le niveau des résultats de santé du pays, plus particulièrement en ce qui concerne la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent.

C'est dans cette optique que le présent Dossier d'Investissement (DI) de la SRMNEA+N, a été élaboré. C'est une priorisation du plan SR et Nutrition et qui s'inscrit dans l'atteinte des objectifs majeurs du

¹ Stratégie mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030

² GFF executive summary

³ EDSM VI. Enquête Démographique et de Santé au Mali. 2018. INSTAT. CPS/SS-DS-PF. ICF.

⁴ EDSM VI. Enquête Démographique et de Santé au Mali. 2018. INSTAT. CPS/SS-DS-PF. ICF.

PRODESS. C'est un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles, aussi bien aux niveaux interne (public et privé) qu'externe à travers la contribution des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), dans le cadre du Global Financing Facility (GFF) qui est **un partenariat de financement soutenant les initiatives des Nations Unies « Chaque femme, chaque enfant » et le leadership des pays, pour aider à mettre fin d'ici 2030, aux décès évitables au Mali.**

PROCESSUS D'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Le dossier d'investissement (DI) de la SRMNEA+N, se base fondamentalement sur les principaux défis issus du PRODESS IV élaboré par le gouvernement malien avec l'appui de ses partenaires (PTF). Il convient de souligner que le DI est un document inclusif dont l'élaboration a été possible grâce à l'implication d'une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle, sous la coordination de la Cellule de Planification et de Statistiques du secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SSDSPF).

Son élaboration a mobilisé les contributions des cadres du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et des ministères en charge des finances, du plan, de l'officier de liaison du GFF, des organisations de la société civile (notamment la FENASCOM), l'alliance du secteur privé de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers (Banque Mondiale, UNICEF, OMS, UNFPA, USAID, ...) et l'ONG MUSO.

CONTEXTE

1.1 Contexte géographique

Pays continental, le Mali est un pays de l'Afrique de l'ouest d'une superficie de 1 241 238 km². Il s'étend du nord au sud sur 1 500 km et d'Est en Ouest sur 1800 km. Il partage 7 200 km de frontières avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la République de Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest. Avec un climat réparti en 3 zones, une zone sahélienne (50%), une zone saharienne (25%) et une zone soudano-guinéenne (25%) la pluviométrie du Mali, varie entre 1 300 mm à 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. La moyenne annuelle des précipitations est de 1300 mm, toutefois, elle reste globalement faible dans la majorité du pays, avec des périodes de sécheresse très variées.

Carte des régions administratives du Mali

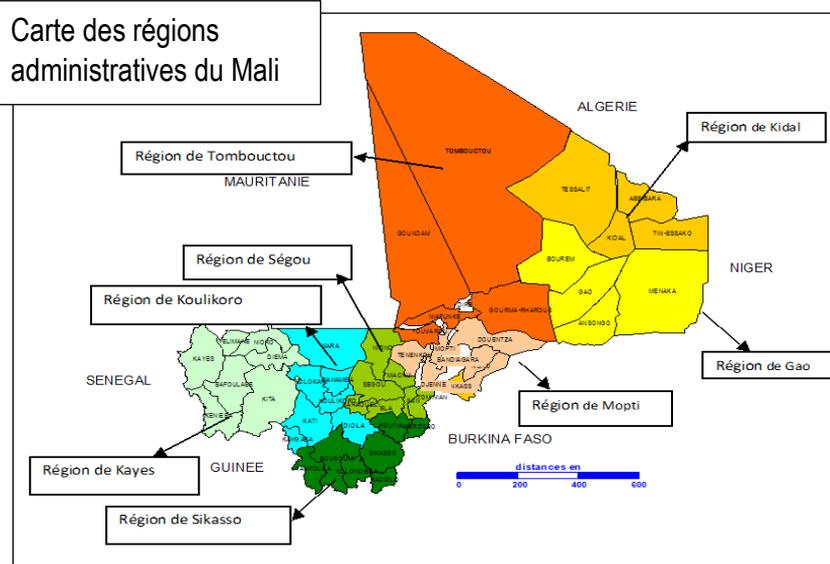


Figure 1: Carte du Mali

1.2 Contexte démographique

Selon le Système Local d'Informations Sanitaires 2018 (SLIS), la population du Mali est estimée de 19 599 288 habitants en 2018 dont 51 % de femmes et 49 % d'hommes et un taux d'accroissement intercensitaire de 3,6 % ; la densité est d'environ 11,7 habitants au kilomètre carré. La répartition spatiale est inégale, la majorité de la population du pays réside en milieu rural (77,5 %) contre seulement 22,5 % en milieu urbain. La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. En effet, les enfants de moins de 18 ans représentent 55 %. Les enfants de moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% tandis que la population de 65 ans et plus est de 5%. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) s'élèvent à 3 189 905 et représentent ainsi 22 % de la population totale.

Les principaux sous-groupes sont constitués de (SLIS 2018) :

- ✚ Enfants de 0-11 mois : 4%
- ✚ Enfants de 12-59 mois : 14 %
- ✚ Enfants de 0-4 ans : 18,1 %
- ✚ Enfants de 0-14 ans : 46,6 %
- ✚ Enfants de 0-18 ans : 55 %
- ✚ Femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 22 %
- ✚ Femmes enceintes : 5%

1.3 Contexte socio-économique

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,427 en 2018, le Mali se classe au 182^{ème} rang sur 188⁵ pays. La principale richesse du Mali est basée sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. En effet, le secteur primaire occupe environ 80% de la population active et représente un peu moins de 40% du Produit Intérieur Brut (PIB) au coût des facteurs. Jusqu'au 31 Janvier 2019, l'activité économique est marquée par un ralentissement de la croissance du PIB réel attendu en 2019 (4,7 % en 2019 contre 5,0 % en 2018) et une inflation prévue de 2,1 % en 2019 contre 1,7 % en 2018. Il convient de préciser que le taux de croissance moyen, depuis une dizaine d'années, est de 5%. Le seuil de pauvreté est passé de 175 000 F CFA en 2016 à 178 000 F CFA en 2017⁶. En ce qui concerne l'ampleur de la pauvreté, qui est mesurée par son incidence c'est-à-dire la proportion d'individus pauvres dans la population, elle est estimée à 44,9% au niveau national en 2017. Ce qui correspond à près de 8 517 323 individus. L'incidence de la pauvreté estimée à 4,7% à Bamako⁷ contre respectivement 32,9% et 53,6% dans les autres villes et en milieu rural. D'après les résultats de l'Enquête EMOP 2018, l'ampleur de la pauvreté est plus élevée à Sikasso, Mopti et Koulikoro avec des incidences respectives de 67,8%, 59,5% et 52,2%. En ce qui concerne la profondeur et la sévérité de la pauvreté, les régions de Sikasso, Mopti, Ségou et Koulikoro, sont également les plus touchées.⁸ Au niveau national la profondeur et la sévérité de la pauvreté sont respectivement de 13,6 et 5,6. Le dernier indice est plus prononcé à Sikasso, Mopti et Ségou. L'indice de Gini⁹ dans l'ensemble est de 0,36 en 2017. L'inégalité est faiblement observée dans les régions de Tombouctou (0,24) suivi de Gao (0,26) et plus élevé à Sikasso (0,35). En résumé les perspectives macroéconomiques, présentés ci-dessous, sont favorables (croissance de 4,9 en moyenne) bien que soumises aux défis de l'insécurité.

Tableau 2: Perspectives macroéconomiques du Mali

Indicateurs	LFR	PLF	Prévisions			
	2019	2020	2021	2022	2023	Moyen-19-23
Taux de croissance du PIB %	5,0	5,0	4,9	4,9	4,8	4,9
Evolution du budget total en %	2,4	13,7	8,0	8,0	8,4	8,1
Evolution du budget de la fonction santé en %	-0,9	15,0	8,2	9,7	9,1	8,2
Evolution du budget du ministère de la santé en %	-4,3	21,6	15,7	10,3	15,9	11,9
Evolution des recettes budgétaire en %	42,4	7,9	11,5	6,7	8,7	15,4

1.4 Contexte politique, sécuritaire et humanitaire

Depuis 2012, le Mali se relève difficilement des conséquences des attaques des groupes terroristes qui se généralisent dans la majeure partie du pays. En effet, ces conséquences sont entre autres, l'absence de l'Etat dans certaines localités, la destruction et le pillage des infrastructures et équipements socio sanitaires, le repli des agents socio-sanitaires des régions occupées vers les régions du sud, l'interruption

⁵ Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En 2013, l'IDH était de 0,36.

⁶ Source : Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP 2018)

⁷ Du fait des opportunités d'emploi ainsi que le niveau de vie élevé dans cette zone.

⁸ La profondeur, mesure le déficit moyen des dépenses par tête des pauvres par rapport au seuil de pauvreté, quant à la sévérité de la pauvreté qui tient compte non seulement de l'écart séparant les pauvres du seuil de pauvreté, mais aussi de l'inégalité entre les pauvres. L'ampleur mesure la proportion d'individus pauvres dans la population

⁹ Le coefficient de Gini, mesure l'analyse de l'inégalité renseigne sur la répartition des dépenses ou des revenus entre les différentes couches de la population. Ses valeurs extrêmes sont 0 et 1. Le 0 traduit une situation d'égalité parfaite alors que le 1 correspond à une situation d'inégalité complète ou maximale. L'inégalité est un concept plus large que celui de la pauvreté, étant donné qu'il porte sur l'ensemble de la population et pas uniquement sur la partie de la population située en-dessous d'un certain seuil de pauvreté

de l'offre de services sociaux de base, le déplacement massif des populations vers le sud du pays et vers certains pays voisins entraînant la dégradation du niveau de santé, malgré la mobilisation de certains acteurs pour continuer à apporter un minimum d'appui. A cela s'ajoute la mauvaise gouvernance qui contribue à la dégradation des conditions de vie des populations en particulier les couches les plus vulnérables (femmes, enfants et adolescents).

La non-fonctionnalité de plusieurs structures de santé communautaires dans les régions affectées a fortement perturbé l'offre des services socio-sanitaires en raison du manque de ressources humaines et de médicaments et autres intrants médicaux.

En plus, les structures de santé des zones limitrophes des régions affectées ont subi une forte demande de services dépassant leurs capacités. Le déplacement massif des populations a entraîné une détérioration de leurs conditions de vie - notamment d'hygiène et d'assainissement et de manque d'accès à l'eau potable-, ainsi que la résurgence des maladies épidémiques (rougeole, choléra, paludisme) et l'augmentation des décès parmi les populations vulnérables et de nombreux cas de violation des droits de l'homme et d'exactions, incluant les violences sexuelles.

Selon le bureau de coordination de l'action humanitaire des Nations-Unies, le bilan de la situation humanitaire au 30 juin 2019 fait état d'une augmentation de plus de 147 861 personnes déplacées internes (PDI). Cette hausse est due à la recrudescence des violences dans les régions de Mopti, Ségou, Tombouctou, Gao, Ménaka, Sikasso et la bande frontalière entre le Mali et le Burkina Faso.

1.5 Contexte sanitaire

1.5.1 Organisation du système de santé

L'administration de la santé se subdivise en trois niveaux : Cercle, Régional et National. Le niveau cercle ou district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier les activités sanitaires du premier niveau, de les budgétiser, de les mettre en œuvre et d'en assurer le suivi

Le niveau régional est celui de l'appui technique et le suivi de la mise en œuvre des programmes du premier niveau.

Le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

1) le niveau opérationnel avec ses 2 échelons que sont :

- Les centres de santé communautaires, premier échelon composé de **1368 CScom fonctionnels** en 2018 **prenant en compte les sites ASC et les maternités rurales**, offrent le Paquet Minimum d'Activités (PMA)¹⁰ de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés y compris les ONG.
- Les hôpitaux de district, deuxième échelon au nombre de 65 fonctionnels assurent la prise en charge de la référence venant du premier échelon, y compris les urgences obstétricales, pédiatriques et la chirurgie de base.

2) Le niveau intermédiaire, est composé de 8 Établissements Publics Hospitaliers (EPH).

3) Le niveau central, composé de 5 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), dont 3 à vocation générale et 2 à vocation spécialisée, constituent la 3^{ème} référence.

¹⁰ Le paquet minimum d'activité (PMA), comprend les soins curatifs, préventifs et promotionnels

Offre de services de SRMNEA+N dans le système de santé

- Au niveau national, la responsabilité de la coordination du SRMNEA+N est dévolue à la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP).
- Au niveau de chaque Direction régionale de la santé, il existe un point focal SR et un point focal nutrition pour assurer la continuité de la mise en œuvre et le suivi des interventions de la santé de la reproduction et de la nutrition.
- Au niveau cercle, le médecin chef est responsable de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des interventions de la santé de la reproduction et de la nutrition en collaboration avec le point focal SR et le point focal nutrition.
- Au niveau aire de santé, le DTC est responsable de la mise en œuvre de la SRMNEA+N en collaboration avec la responsable de la maternité.

1.5.2 Répartition des CScom par région en 2018

Selon les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2017, la densité des établissements de soins est estimée à 0,91 établissements de santé pour 10 000 habitants contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants. Les CsCom représentent, le lieu d'opérationnalisation des programmes et activités de santé. La répartition géographique des CsCom au Mali, permet de mieux apprécier les résultats du niveau communautaire, voir le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Tableau de la répartition des CScom médicalisés par région

	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tomboctou	Gao	Kidal	Ménaka	Taoudénit	Bamako	Total
Nbre de CScom	241	221	241	206	174	95	74	18	25	15	58	1368
Nbre de CScom avec au moins 1 Médecin	57	92	60	82	57	22	17	5	4	5	58	459
% de CScom médicalisés (%)	24%	42%	25%	40%	33%	23%	23%	28%	16%	33%	100%	34%

Au Mali, la proportion de CScom médicalisés est de 34% (SNIS 2018). Bamako reste la région avec la plus forte proportion, 100% pendant que Ménaka a la plus faible avec 16%.



I. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNEA-N

2.1 Situation de la santé maternelle

a. Niveau des indicateurs de santé maternelle

Les indicateurs de la santé maternelle, présentés dans le tableau ci-dessous, montrent une évolution préoccupante. En effet, il ressort qu'en dépit des efforts de sensibilisation en matière de planification familiale (PF), l'indice de fécondité, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, reste élevé, voire constant depuis 2012, soit près de 6 enfants en moyenne par femme.

Cet indice est encore plus élevé en milieu rural (6,8) qu'en milieu urbain (4,9) (EDSM 2018). Au regard du niveau élevé des besoins non satisfaits des femmes en union, en matière de contraception (24%) il est aisé de comprendre ce niveau de l'indice.

En ce qui concerne le taux de fécondité des jeunes femmes du groupe d'âge 15-19 ans, groupe à fort risque de mortalité maternelle, force est de constater qu'il est plus élevé en 2018 (164 naissances vivantes pour mille femmes) qu'en 2012 (151). Cela pourrait s'expliquer par la pauvreté, le chômage et l'incertitude consécutive à la crise exposant les jeunes adolescent(e)s à des actes qui pourraient se solder par des grossesses précoces.

La combinaison de ces facteurs susmentionnés associés à l'environnement politico sécuritaire incertain et délétère, sape les efforts du gouvernement depuis plusieurs années, ce qui conduit inexorablement à un taux de mortalité maternelle qui reste élevé soit 325 pour cent mille naissances vivantes (EDSM 2018). Il convient de préciser que ce taux était de 368 décès pour cent mille naissances vivantes en 2012. Les résultats ci-dessus, nécessitent une adaptation des prestations de services de santé pour améliorer ces indicateurs.

Tableau 4: Indicateurs de santé maternelle

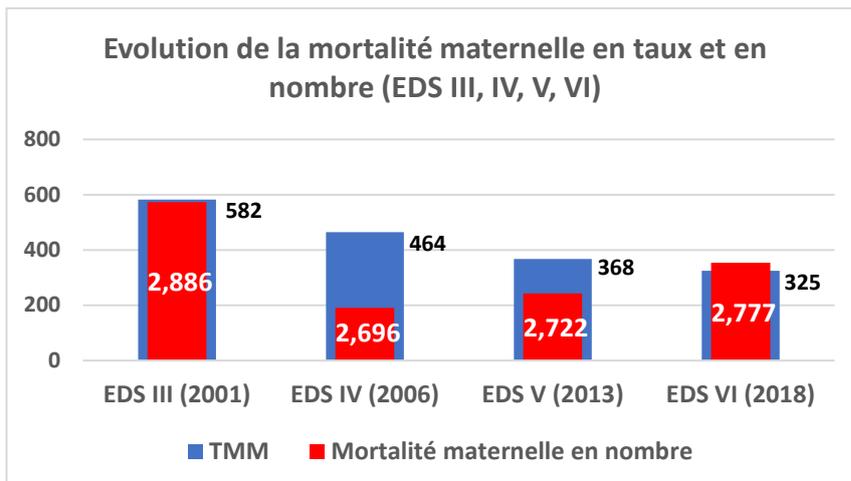
Indicateurs de la santé maternelle	EDSV Mali (EDS2012)	EDS Mali VI (EDS2018)	Sene Gal (EDSc2018)	Burkina Faso (Sce: BM&WHO 2015)	Côte- Ivoire (MICS 2016)
Indice de fécondité (pour 1 femme)	6	6,3	4,6	5,4	5,6
Taux de fécondité chez les femmes jeunes de 15-19 ans (Naissance pour 1000 femmes)	151	164	160	104	124
Femmes de 15-49 ans ayant des besoins non satisfaits en PF (%)	26%	24%	22%	22,8%	30,5%
Accouchements assistés de prestataires formés	59%	67%	67,8%	79,8%	73%
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	368	325	236	371**	645**

** données de 2015 (Sce : WHO 2015)

b. Evolution de la mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018

L'évolution de la mortalité maternelle s'analyse sous deux angles, en termes de taux et de nombre. Sur le graphique ci-contre, nous remarquons que le taux de mortalité maternelle au Mali est encore élevé. Il a connu une réduction passant de 582 pour cent mille Naissances Vivantes (NV) en 2001 à 325 pour cent mille naissances vivantes en 2018, en termes de grandeur, cela correspond respectivement à 2 886 et à 2 777 femmes qui décèdent des complications liées

Figure 2: Evolution de la mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018



à la grossesse et à l'accouchement. En considérant deux périodes de 7 ANS, de 2006 à 2013, ce taux a été réduit de 20,68% alors que sur la période de 2012 à 2019 (EDSM VI 2018), cette baisse du taux de mortalité maternelle est de 11,68%. L'effort de la période précédente serait réduit de moitié, sans doute du fait des conséquences de la crise politico-sécuritaire.

En dépit de la baisse du taux de la mortalité, force est de constater qu'en terme de valeur absolue, le nombre de décès des mères est en hausse passant de 2 696 en 2006 à 2 722 en 2013 puis à 2 777 décès en 2018.

➤ Evolution des indicateurs de mortalité maternelle au Mali de 2001 à 2018

Le graphique suivant pourrait mieux expliquer cette situation de la mortalité maternelle au Mali, au regard des indicateurs. En effet, on observe une nette corrélation entre le taux de mortalité et les taux d'accouchement assistés, à mesure que ce dernier augmente, le taux de mortalité maternelle diminue.

L'évolution du taux d'accouchements assistés passe de 41% en 2001 à 67% en 2018, entraînant une diminution de la mortalité maternelle passant de 582 en 2001 à 325 pour mille Naissances vivantes en 2018. En d'autres termes pour une meilleure contribution à la réduction de la mortalité maternelle au Mali, les aspects à influencer sont : la qualité, le nombre et la répartition équitable des prestataires assistant les accouchements dans les Centres de Santé, prioritairement les CSCOM. En définitive, il ressort l'impérieuse nécessité de former et renforcer la capacité du personnel en soins prénatals et SONUB, au niveau communautaire afin de mieux assister les grossesses, les accouchements ainsi que leurs complications.

Figure 3: Evolution des indicateurs de mortalité maternelles au Mali de de 2001 à 2018

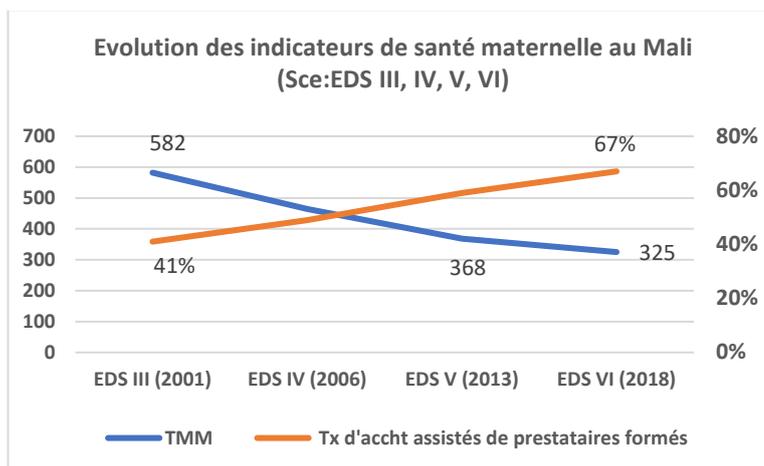
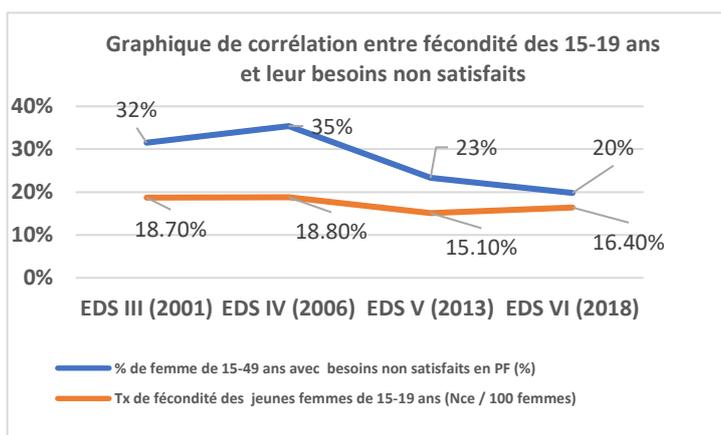


Figure 4: Corrélation entre la fécondité des 15-19 ans et leurs besoins non satisfaits

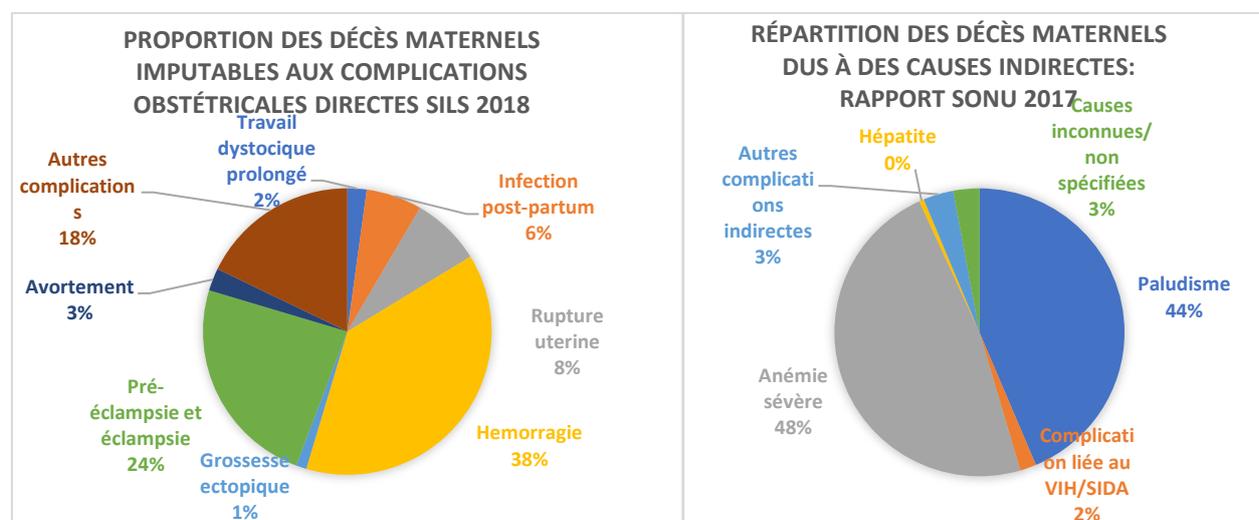
La figure 3 ci-contre, montre que le taux de fécondité des jeunes adolescentes de 15-19 ans, reste très élevé sur la période 2001-2018, soit 18,7 (2001) à 16,4 naissances pour cent femmes en 2018. Cette tranche d'âge avec une précocité de la fécondité, est la plus exposée aux risques d'avortements et des complications et contribue grandement à la mortalité maternelle et aux problèmes de santé durables. Selon l'OMS, les complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement sont les principales causes de décès chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans¹¹.



L'analyse comparée des deux graphiques montre bien une corrélation entre le taux de fécondité des jeunes femmes de 15-19 ans (en orange) et les besoins non satisfaits de ces dernières (en bleu). En effet, quand les besoins non satisfaits baissent ou augmentent, cela entraîne une baisse ou augmentation consécutive de la fécondité des jeunes adolescentes, tel que montré par les données de 2006 et 2013.

c. Causes de mortalité maternelle au Mali

Figure 5: Causes de mortalité maternelle au Mali.



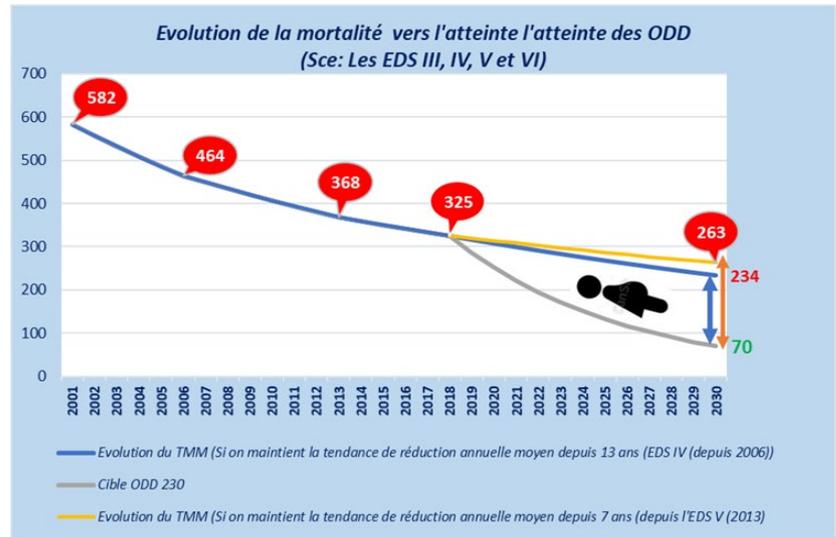
Selon le SLIS 2018, les principales causes directes de mortalité maternelle au Mali sont les hémorragies de l'ante et du post partum qui représentent à elles 38% des mortalités, suivies des prééclampsies et éclampsies (24%). Les autres causes directes sont, les ruptures utérine (8%), les infections du post-partum (6%), les complications de l'avortement (3%), le travail prolongé (2%) et autres (19%). Les causes indirectes représentent 47,54% des cas de mortalité soit près de la moitié. Parmi les causes indirectes, l'anémie et le paludisme sont les principales causes de mortalité avec respectivement 48 et 44%. Les autres complications indirectes connus causes de décès sont les complications du VIH/SIDA (2%) et l'hépatite (0,55%). Il ressort de ce qui précède que les femmes meurent principalement de causes évitables que sont les complications directes (les hémorragies et les éclampsies soit 62%) et les causes indirectes que sont le paludisme et l'anémie (soit 92% des causes indirectes).

¹¹ WHO_FWC_MCA

d. Evolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD

Figure 6: Evolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD

L'évolution du taux de mortalité maternelle, mérite une action forte et concertée au Mali. En effet en 2001, ce taux était de 582 pour cent mille Naissantes Vivantes et a connu une baisse pour atteindre 464 pour cent mille NV en 2006, soit un taux de réduction de 20,27%. Il passe en 2013 à 368 pour cent mille NV, soit un taux de réduction de 20,69% par rapport à 2006. A partir de cette période, le taux de réduction va baisser jusqu'à atteindre 11,68%, ce qui donne un taux de mortalité de 325 pour cent mille NV en 2018. En maintenant le taux de réduction annuelle moyen sur les 13 dernières années (2006-2019), le Mali sera à 234 pour cent mille NV d'ici 2030, loin d'atteindre la cible des Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de mortalité maternelle, qui est de 70 pour cent mille NV. Si le taux de réduction annuelle moyen de la mortalité est maintenu constant sur les 7 dernières années (2013-2019), période post crise et avec un faible coefficient de réduction, le Mali serait à 263 pour cent mille NV en 2030, ce qui reste encore plus loin de la cible. De ce qui précède, Il importe une mise en place de stratégies innovantes et à hauts impacts à l'effet de rapprocher le pays de la cible des ODD, y incluant un environnement favorable et un système de redevabilité des différents acteurs.





Santé des enfants de moins de 5 ans

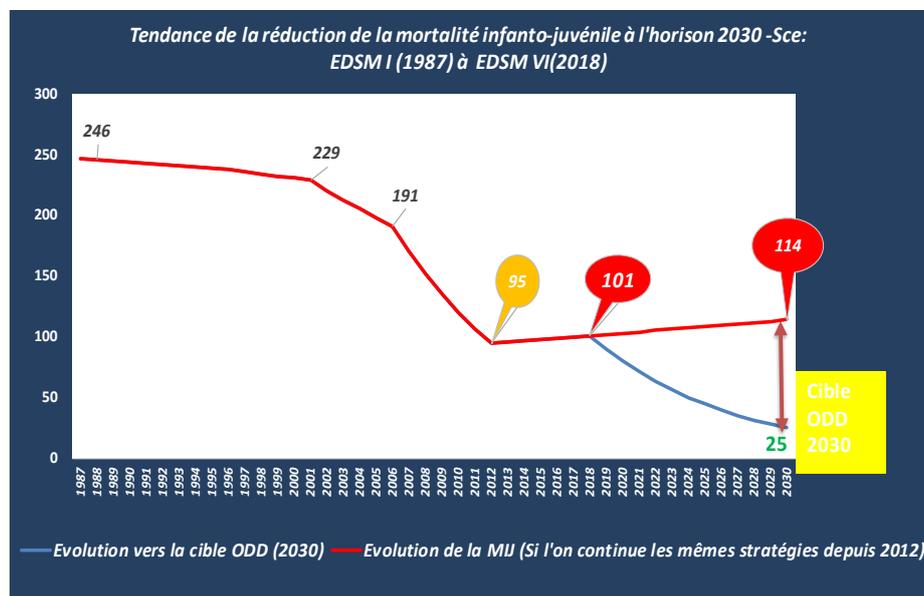
2.2 Situation sanitaire des enfants de moins de 5 ans au Mali

a. Tendence de la réduction de la mortalité infanto-juvénile à l'horizon 2030

Le niveau des indicateurs sanitaires des enfants de moins de 5 ans au Mali, reste préoccupant. En effet, la tendance de la mortalité qui

a connu une baisse passant de 246 pour mille naissances vivantes (NV) à 95 pour mille NV entre 1987 (EDSM I) et 2012 (EDSM V), est en hausse depuis cette période jusqu'à atteindre 101‰ NV en 2018 (EDSM VI). Cette tendance est certainement liée à la situation de crise, marquée par l'insécurité grandissante et la non-fonctionnalité de certaines formations sanitaires. Au regard de cette tendance, si nous

Figure 7: Tendence de la réduction de la mortalité infanto-juvéniles à l'horizon 2030

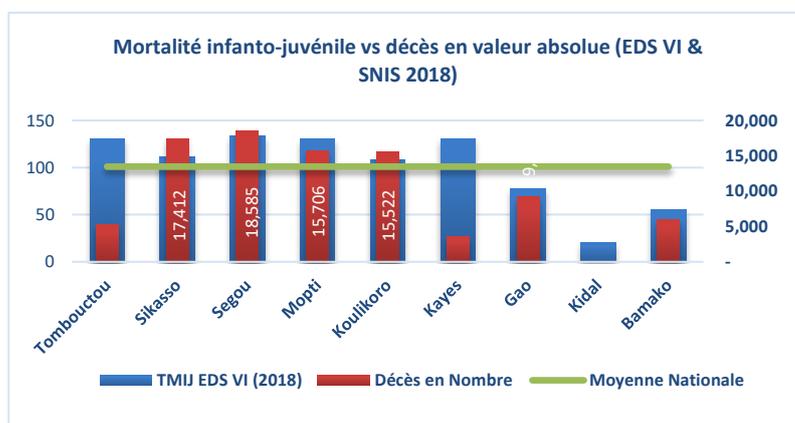


maintenons les mêmes stratégies, en l'absence de celles innovantes et à hauts impacts, toutes choses étant égales par ailleurs, ce taux de mortalité risque de continuer à grimper jusqu'à atteindre 114‰ NV empêchant ainsi le Mali d'atteindre les ODD en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est de 25 pour 1000 NV d'ici 2030.

b. Mortalité des enfants de moins de 5 ans : taux et nombre de décès par région

Une analyse comparée du taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès, met en exergue la réalité occultée par le taux. Par ailleurs, il convient de noter que le taux de mortalité infanto-juvénile des régions du Mali en 2018 (EDSM VI), est en hausse par rapport au résultat de 2015 (MICS 2015) dans près de 6 des 9 régions enquêtées, soit, dans 67% des cas (voir tableau 3). En termes de valeur absolue, quatre régions ont le nombre de décès les plus élevés, ce sont les régions de Ségou (18 585), Sikasso (17 412), Koulikoro (15 522), et Mopti (15 706).

Figure 8: Mortalité infanto-juvénile, taux vs valeur absolue



Le tableau ci-contre, nous permet de remarquer que la situation de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali est cruciale et mérite une attention et une intervention particulières de tous les acteurs. En effet, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, de près de 67% des régions étudiées en 2018 (régions en rouge), sont supérieurs aux taux de 2015 : ce sont les régions de Tombouctou, Mopti, Kayes, Gao, Kidal et Bamako. Six régions sur 9 (67%), ont un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale (en vert) : il s'agit des régions de Tombouctou, Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro et Kayes.

Tableau 5 : Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile par région, Mics 2015 & EDS VI 2018

Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile par région (MICS 2015 & EDS 2018)		
Région	TMIJ (Rapport Mics 2015)	TMIJ EDS VI (2018)
Tombouctou	127	131
Sikasso	124	111
Segou	166	134
Mopti	61	130
Koulikoro	111	108
Kayes	98	131
Gao	69	78
Kidal		20
Bamako	30	55
National	108	101

c. Evolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali

Tableau 6 : Evolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali (Sc : les EDSM)

Le tableau ci-contre, permet d'examiner l'évolution de la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile au Mali. Il ressort que la part du taux de mortalité néonatal (TMNN), qui était de 20% (1/5) en 1987, connaît une progression et atteint 25% (1/4) en 1996 ; cette proportion restera constante jusqu'en 2006 avant d'atteindre les 33% dans la mortalité des moins de 5 ans en 2012 et en 2018. Ce constat, suggère qu'on ne peut pas réduire la mortalité infanto-juvénile au Mali, sans réduire drastiquement celle liée à la néonatalité. Ces décès néonataux sont dus en grande partie à des causes évitables par les interventions des composantes de la SRMNEA+N, dont la vaccination.

	TMIJ (EDS 2018)	TMNN (2018)	Part du TMNN dans la TMIJ
EDSM I (1987)	247	51	1/5
EDSM II (1995-1996)	238	60	1/4
EDSM III (2001)	229	57	1/4
EDSM IV (2006)	191	46	1/4
EDSM V (2012-2013)	95	34	1/3
EDSM VI (2018)	101	33	1/3

d. Répartition de la mortalité néonatale (taux et valeur absolue) en 2018 par région

La figure 9 montre que les taux de mortalités néonatales de 55% des régions sont élevés et supérieurs à la moyenne nationale qui est de 33‰ naissances vivantes. Les régions concernées sont la région de Tombouctou (44‰), Sikasso et Kayes (42‰), Ségou (41‰) et Mopti (33‰). En considérant la mortalité en termes de valeur absolue, les régions de Sikasso, Ségou, Kayes, Mopti et Koulikoro, enregistrent les plus forts nombres de décès d'enfants de moins d'un mois respectivement de 6 529 ; 5 639 ; 4 925 ; 3 951 et 3 561.

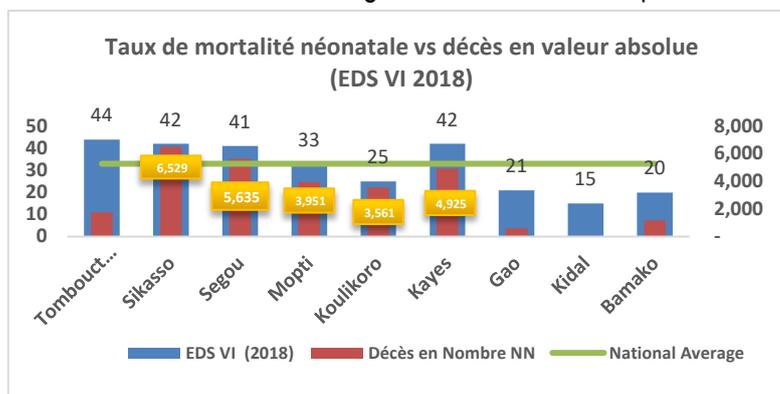


Figure 9: Mortalité néonatale par région, taux vs Valeur absolue

e. Evolution de la mortalité néonatale vers l'atteinte des ODD en 2030

Il ressort qu'après une baisse du taux de mortalité néonatale passant de 57,1‰ en (2001) à 34‰ en 2012 et à 31‰ en 2015 (MICS 2015), ce taux a augmenté jusqu'à 33‰ en 2018 (EDSM VI). Si les mêmes stratégies sont toujours mises en œuvre de la même manière, ce taux atteindra les 42‰ en 2030, soit 3,5 fois loin de la cible ODD (12‰). En maintenant constant le taux de réduction moyen durant les 6 dernières années, le niveau de mortalité néonatale sera de 23‰ en 2030. Les disparités en matière de mortalité des enfants de moins de 5 ans, s'appréhendent aussi bien au niveau socio-économique des populations que selon leur lieu de résidence.

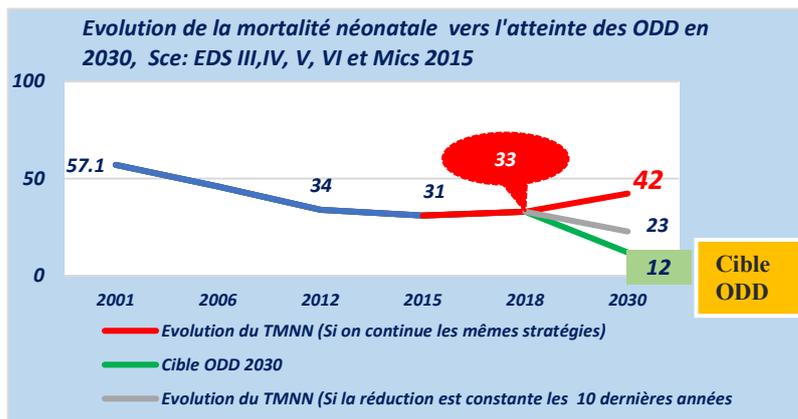


Figure 10: Evolution de la mortalité néonatale vers l'atteinte des ODD

En comparant la situation sur les deux périodes 2015 et 2018, il ressort que la mortalité infanto juvénile, a globalement augmenté chez les ménages ayant le bien-être économique le plus bas (143‰ en 2018 contre 118‰ en 2015) et ceux du second (137‰ en 2018 contre 120‰ en 2015). En ce qui concerne le lieu de résidence, les populations vivant en milieu rural supportent le lourd fardeau de la mortalité sur les deux périodes (111‰ en 2018 et 129‰ en 2015) contre respectivement 61‰ et 54‰ en milieu urbain). En définitive, les populations les plus pauvres voire ceux de la classe moyenne sont les plus touchées par rapport aux populations les plus aisées. La mortalité des enfants de moins

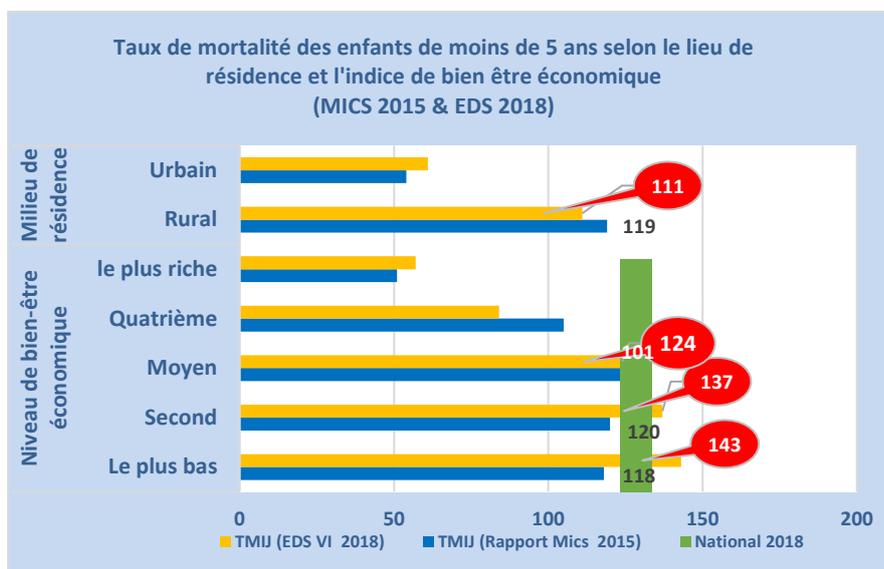


Figure 11: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon le lieu de naissance et l'indice de

de 5 ans enregistrée chez les plus pauvres, est 2 fois plus élevée que chez les plus riches en 2015 et 2,5 fois en 2018. En ce qui concerne le milieu de résidence, les populations vivant en milieu rural connaissent un niveau plus élevé de mortalité que celles vivant dans les zones urbaines. Les interventions visant à contribuer à la réduction de la mortalité infanto-juvénile, devraient prioritairement cibler ces couches de population du niveau communautaire et tenir compte de leur capacité à payer.

f. Les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Selon les estimations de l’OMS (WHO MCEE 2018), les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont liées aux causes néonatales (33%), suivi du paludisme (24%), pneumonie (11%) et de la diarrhée (8%).

Malgré les progrès récents, la malnutrition demeure un problème majeur de santé publique au Mali, avec un taux de retard de croissance de 27%.

A l’analyse, la plupart de ces causes de décès pourraient être évitées par des interventions à haut impact.

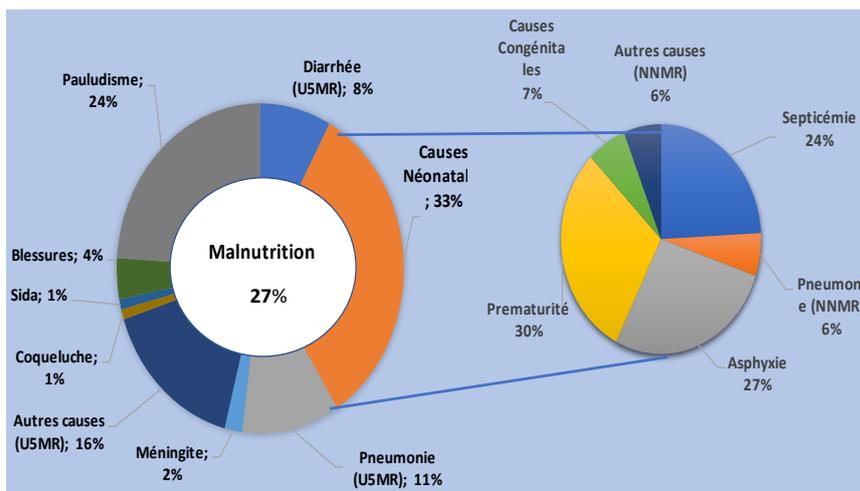


Figure 12: Principales causes de mortalité infantile-juvénile

2.3 Analyse de la situation de la Vaccination

Dans cette analyse, le penta 3 a été choisi comme « intervention traceur ». C’est-à-dire qu’il remplit les critères suivants : i) intervention à haut niveau avec efficacité prouvée, ii) représente l’ensemble des antigènes, iii) recommandée universellement, et ayant des données disponibles.

a. Analyse de la couverture vaccinale à travers l’antigène Penta 3

Selon l’EDSM VI (2018), la couverture vaccinale en Penta 3 des enfants de 12-23 mois est de 70,7%, soit 3 enfants sur 10 n’ayant pas reçu le vaccin Pentavalent 3. Ce faible niveau pourrait être lié à la crise politico sécuritaire qui a paralysé les activités et les interventions de la santé (fermeture de certaines formations sanitaires, inaccessibilité à d’autres, insuffisance de personnel de santé et de matériel). Dans un tel contexte les actions d’urgence qui sont ponctuelles, ne peuvent pas remplacer celles de routine.

b. Evolution de la couverture vaccinale à travers l’antigène Penta 3 de 2001 à 2018

Selon les estimations de l’OMS et de l’Unicef, la couverture vaccinale du Penta 3 a connu des fluctuations sur la période 2001-2018.

Elle est croissante de 2001 à 2006 (Figure 13), période à laquelle elle atteint un pic de 78%. De 2007 à 2012, on note une stagnation et une chute drastique à 55% en 2015 selon le MICS. Cette baisse est certainement due aux effets de la crise de 2012 avec ses retombées néfastes sur la performance du système de santé.

En 2018, les efforts du gouvernement avec ses partenaires, ont permis de relever le niveau de couverture à 70,7%. La couverture en Penta 3 dans les régions témoigne bien de cette hausse, ainsi, d’après l’EDSM VI 2018, nous avons 69,6% contre 63,6% en 2015 à Koulikoro, Sikasso 69,4% contre 52,4%, Ségou 75,8% contre 58,5%, Mopti 77,4% contre 41,8%, Tombouctou 50,6% contre 32,5%, Gao 38,8% contre 21% et Bamako 82% contre 80,5%.

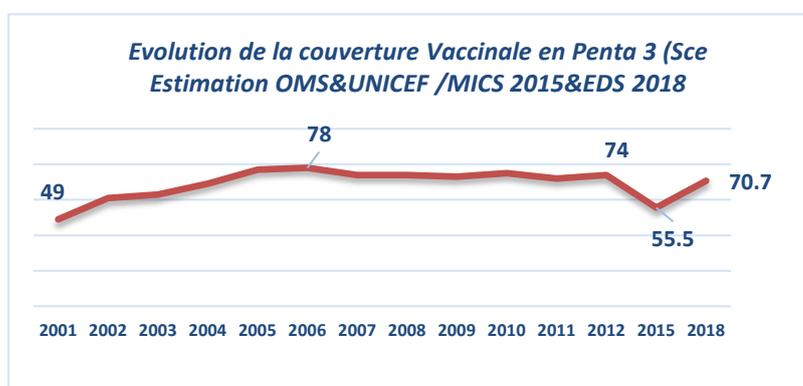


Figure 13: Evolution de la couverture vaccinale en penta 3

Couverture de base d'autres antigènes

Les taux de couverture des antigènes de base ci-dessous, reflètent le niveau de protection des enfants par la vaccination avant l'âge de 12 mois. Il convient de noter que ce niveau de protection contre les maladies demeure très faible, soit une moyenne de 44,60%.

Tableau 5: Couverture de base des antigènes

Vaccins	EDSM VI 2018
Vaccin BCG	83,40%
Vaccin contre la polio (3)	54,30%
Vaccin pentavalent (3)	70,70%
Vaccin contre le pneumocoque (PCV 3ieme dose)	67,70%
Vaccin contre le Rotavirus (ROTATEQ3)	63,10%
Vaccin contre la Fièvre Jaune	66,70%
Vaccin contre la rougeole	69,60%
Enfants complètement vaccinés (tous les vaccins de base)	44,60%
Enfants non vaccinés	14,30%



Situation des faits d'Etat civil

2.4 Situation des faits d'Etat-civil au Mali

Selon l'EDSM VI, la situation de l'enregistrement des naissances au Mali, en 2018 est de 87%. Ce taux est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, soit respectivement de 96% contre 84%. Cette situation ou différence géographique de taux de couverture pourrait s'expliquer par la méconnaissance des procédures d'enregistrement, l'analphabétisme, l'insuffisance de l'offre de soins et services et la fréquence des accouchements à domicile en milieu rural.

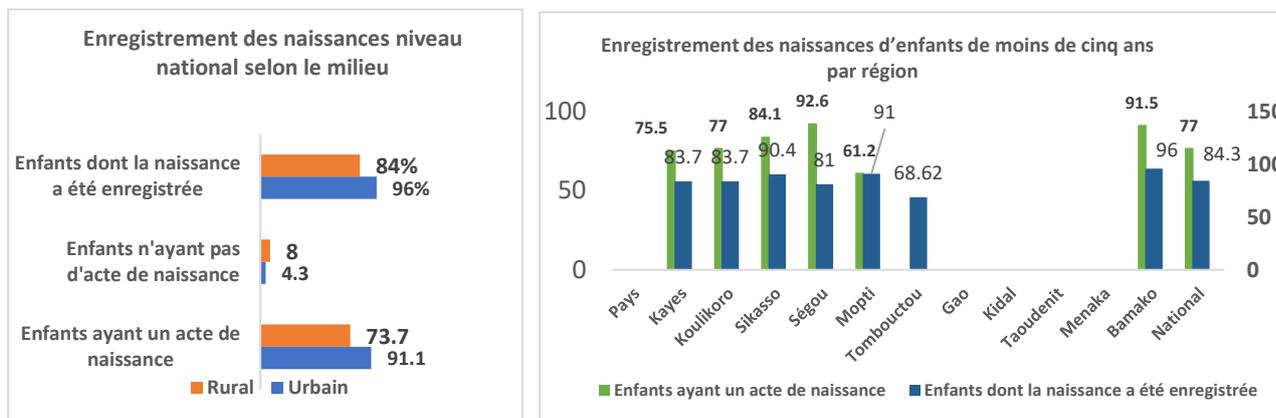


Figure 14: Situation de l'enregistrement des naissances au niveau national et par région

La désagrégation de cette situation des naissances au niveau des régions, montre que c'est dans le district de Bamako (96 %), et dans la région de Sikasso (90 %) que les proportions de naissances déclarées à l'état civil sont les plus élevées. À l'opposé, la région de Mopti se caractérise par la proportion la plus faible (71 %). C'est aussi dans cette région que la proportion d'enfants qui ne possèdent pas d'acte de naissance est la plus élevée (10 %). Les régions de Taoudénit et Ménaka ont été prises en compte respectivement dans les statistiques de Tombouctou et Gao. Cela s'explique probablement par la situation sécuritaire du Nord, l'éloignement du centre d'approvisionnement en registre et imprimé d'état civil (source d'approvisionnement DNEC), la non-motivation des agents qui enregistrent les naissances.

La situation actuelle de l'enregistrement des faits d'état-civil au Mali, porte sur le cas d'une étude pilote du projet BR4MNCH¹² dans les cercles de Gao, Tombouctou, Mopti et Sikasso.

Les résultats de cette étude montrent que 87% des naissances vivantes (33356 /38515) ont été déclarées en 2018 dans les sites couverts par le projet contre 44% en 2017. Les districts de Sikasso, Tombouctou et Niena ont un pourcentage de possession d'actes de naissances les plus élevés. Mopti est le district qui a la plus faible proportion (75%) de nouveau-nés avec un extrait de naissance.

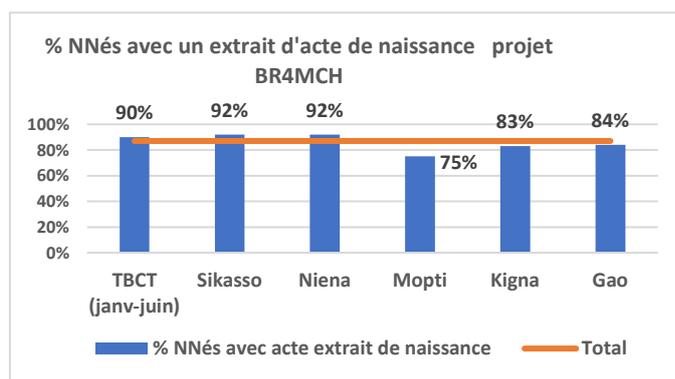


Figure 15: Pourcentage de nouveau-nés avec un extrait d'acte de naissance projet BR4MCH

¹² BR4MNCH: Birth Registration for Maternal, Newborn and Child Health



Santé des adolescents et des jeunes

2.5 Analyse de la situation de la santé des adolescents et des jeunes

La population du Mali est majoritairement jeune avec 55% de moins de 19 ans. Bien que la jeunesse de la population soit une opportunité en termes de force active pour la productivité de l'économie, il n'en demeure pas moins qu'elle ait des inconvénients. Au Mali, selon l'EDSM VI, 36% des jeunes ont commencé leur vie reproductive et cela n'est pas sans conséquence sur le taux de mortalité maternelle. Avec l'un des taux de décès maternel les plus élevés de la sous-région (325 pour cent mille Naissances Vivantes), la proportion de décès maternelle attribuée aux jeunes mères de 15 à 19 ans est de 16% et de 8% pour celles âgées de 20 à 24 ans, soit 24% de charge de mortalité maternelle. De plus, 31,43% de la mortalité adulte¹³ est associée à des comportements ou des conditions qui ont commencé ou se sont produits pendant l'adolescence. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 15-19 ans, est l'un des plus élevés de la sous-région, de l'ordre de 164 pour 1000 femmes et 30% des adolescentes de cette tranche, ont eu une 1ère naissance avec des pics à 18 et 19 ans soit respectivement de 47,2% et 53,2%, proportion nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (40 % contre 25 %). L'âge médian à la première naissance est de 19,1 ans. L'ensemble de ce phénomène aurait pour corollaire une série de complications telles que les avortements dangereux, les fistules obstétricales, l'arrêt du travail et également l'exposition aux comportements irresponsables et aux rapports non protégés.

Les adolescent(e)s et les jeunes ont souvent des pratiques et comportements qui nuisent à leur bien-être immédiat ou futur, entravant ainsi leurs capacités à contribuer au développement et transformant le potentiel qu'ils constituent en un fardeau pour leur famille et pour la communauté entière. Parmi ceux-ci nous avons les comportements sexuels à risque.

Les indicateurs de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes demeurent préoccupants au Mali. Ce groupe qui représente 22,2% de la population est fortement exposé au risque de mortalité. Le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans, est élevé et est passé de 151 en 2012 à 164 pour mille femmes en 2018 dont 106 en milieu urbain et 188 en milieu rural.

Selon l'EDSM VI 2018 :

- i) la fécondité augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 21 % à 16 ans puis à 59 % parmi celles de 19 ans. Cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (40 % contre 25 %). Dans les régions, les pourcentages les plus bas sont enregistrés à Kidal (22 %) et à Bamako (24 %) et les plus élevés sont observés à Tombouctou (46 %) et à Kayes (49 %) ;
- ii) la prévalence des avortements non sécurisés est encore élevée¹⁴ (36%), c'est à dire que près de 1 510 953 adolescentes sont exposées à des complications de grossesse liées à l'avortement et donc au risque de décès ;
- iii) la prévalence des IST des 15-19 ans est de 1,6% ;
- iv) la prévalence des mariages précoces est élevée soit 43 % ;
- v) la prévalence des violences sexuelles est de 12% dont 7% chez les adolescentes ;
- vi) la prévalence de l'anémie est très élevée, soit 63% chez les femmes dont 65,4% chez les adolescentes de 15 à 19 ans.

2.6 Analyse des déterminants de la santé

2.6.1 Situation en matière de Violences basées sur le genre (VBG)

Au Mali, la situation de la violence basée sur le genre reste problématique en dépit des efforts du gouvernement. La constitution du Mali, garantit, depuis le 25 février 1992, la protection des droits des femmes et des enfants. En outre, le pays a ratifié plusieurs conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la procréation, notamment : la Convention relative aux Droits de l'enfant (CDE) en 1990, la Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1985 et son protocole en 2000, le programme d'action du Caire (CIPD) en 1994, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1981 et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.

¹³ Probabilités de décéder entre les âges exacts 15 et 50 (EDSM VI)

¹⁴ Rapport SONU MALI, 2016

En plus, le Mali a promulgué et adopté plusieurs lois et textes contribuant à l'application des conventions internationales. En matière de promotion du genre la Loi N° 2015-052 du 18 décembre 2015 a institué des mesures pour favoriser l'accès des femmes aux fonctions nominatives et électives.

Toutefois, selon l'EDSM VI, force est de constater qu'au Mali près de 45% des femmes de 15-49 ans ont subi des actes de violences physiques ou sexuelles dont 43,6% étaient âgées de 15 à 30 ans. Ces violences ont eu lieu pendant les 12 derniers mois précédant l'enquête dans près de 20% des cas. En ce qui concerne les violences conjugales, près de 49% de femmes 15-49 ans en union ou en rupture d'union ont subi à n'importe quel moment des actes de violences conjugales (émotionnelles, physiques ou sexuelles) et parmi celles-ci, 34% ont eu lieu au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette situation est encore plus grave de à Ségou (58 %), à Koulikoro au et dans le district de Bamako (57 %) comparativement à Mopti (23%) et à Kidal (16%). Les violences sexuelles sont de 19 % à Kayes, 15 % à Koulikoro et Bamako, 14 % à Ségou, 6 % à Mopti, 4 % à Tombouctou et 3 % à Kidal.

Au Mali, les Violence Basées sur le Genre (VBG) se manifestent sous différentes formes. Ainsi, les pratiques sociales, culturelles ancrées dans les traditions comme le lévirat et le sororat, les mariages forcés ou précoces, le rapt, la discrimination dans la succession, la discrimination dans l'accès aux postes de responsabilités administratives ou politiques, le non-accès à la terre peuvent aussi être considérés comme des formes de violence. Ces pratiques contribuent aux actes de VBG, aux rapports sexuels à risque, aux grossesses d'adolescentes et aux avortements à risque, ainsi qu'à la mortalité maternelle, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Les pratiques néfastes telles que les mariages d'enfants et les mutilations génitales féminines qui affectent la santé des filles et des femmes impactent sur les résultats de la SRMNEA+N. C'est fort de cette réalité que les questions du genre sont prises en compte dans le présent DI et participeront aux résultats et objectifs stratégiques 1 et 11 de la composante santé du PRODESS IV.

2.6.2 Analyse de la situation de l'équité au Mali

La prise en compte de la question d'équité au Mali se perçoit dans le volet protection sociale du ministère de la santé et des affaires sociales. La protection sociale se définit comme l'ensemble des structures, des Institutions de Sécurité Sociale (ISS), des organisations, des programmes ou des stratégies qui, dans un dispositif d'interdépendance et d'interaction, protège toutes les catégories de la population du pays contre des risques sociaux bien circonscrits et dans des conditions d'accès bien réglementées. Au Mali, la protection sociale et donc l'équité occupe une place prépondérante dans les politiques et programmes du gouvernement. Le socle de protection sociale repose sur les quatre garanties essentielles ci-après :

- a) **Accès à un ensemble de biens et services** définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité ;
- b) **Sécurité élémentaire de revenu pour les enfants**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;
- c) **Sécurité élémentaire de revenu, pour les personnes d'âge actif**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ;
- d) **Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées**, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

Au Mali, malgré le souci du gouvernement d'améliorer les questions d'équité, force est de constater que seulement 10% de la population est couverte en assurance maladie¹⁵. c'est-à-dire qu'une large partie de la population demeure sans couverture sociale. Cette situation d'iniquité a été exacerbée avec le choc de

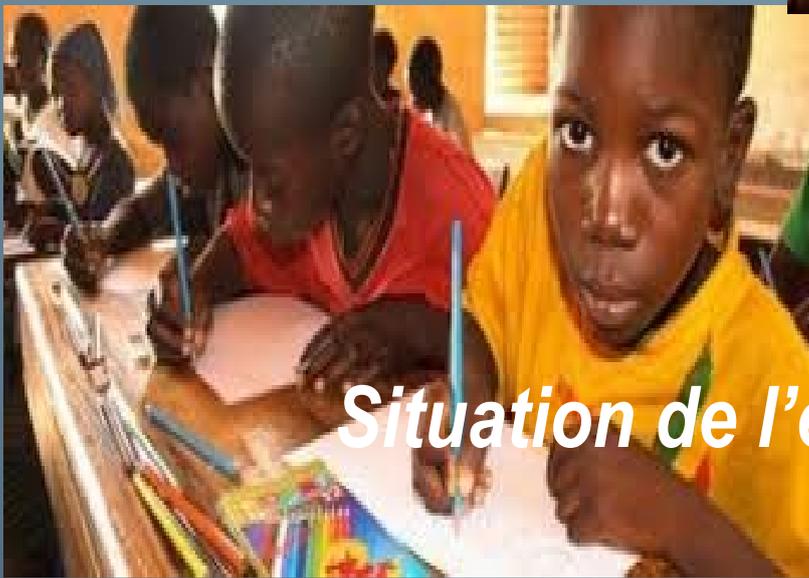
¹⁵ Politique de financement de la CSU au Mali

2012, qui a accentué la pauvreté alors que les 75% de la population vivant en milieu rural sont les plus affectés par la pauvreté. En termes d'inégalité, l'indice de Gini est passé de 0,35 en 2016 à 0,34 en 2017, suggérant que les disparités sont restées stationnaires. Les inégalités ont augmenté : (i) entre les différentes couches de la population (milieu urbain vs rural, hommes vs femmes) ; (ii) au niveau spatial (régions du nord vs régions du sud, grandes villes vs villages) et ; (iii) dans des domaines tels que l'accès à la terre et à l'emploi.

Selon l'EDSM VI 2018, le taux de mortalité maternelle reste l'un des plus élevés de la sous-région pendant que les taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain, soit respectivement de 111‰ et 35‰ au niveau rural contre 61‰ et 23‰. Il ressort clairement que la problématique d'équité entre le milieu urbain et le milieu rural a une influence significative sur les résultats de santé en général et de la SRMNEA+N en particulier. En outre, le risque de mortalité infanto-juvénile est élevé pour les quintiles les plus bas, second et moyen soit respectivement 143‰, 137‰ et 124‰ par rapport au quintile le plus élevé, soit 57 ‰. Les interventions visant à renforcer les zones rurales défavorisées et à autonomiser les couches les plus pauvres permettront d'améliorer les résultats de la santé.

Le gouvernement conscient de cette réalité et dans sa volonté de résoudre la question d'équité au sein de la population, et particulièrement en matière de SRMNEA+N, a entrepris plusieurs mécanismes aussi bien au niveau sanitaire que social. En effet, l'Etat prévoit avec la réforme du système de santé, l'extension des soins essentiels dans la communauté, la gratuité des services de santé pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et des services de planification familiale, l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU), et la mise en œuvre progressive du financement basé sur les résultats.

Le DI, qui se fonde sur la réforme du système de santé ainsi que le PRODESS IV, propose des stratégies et interventions qui contribueront à l'amélioration de la prise en compte de l'équité en vue de l'atteinte des objectifs de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des ODD.



Situation de l'éducation

2.6.3 Analyse de la situation de l'éducation

Au Mali, grâce aux efforts du gouvernement avec ses partenaires, la scolarisation au premier cycle fondamental connaît des progrès. Le taux net de scolarisation (TNS) est passé selon le RGPH, de 29,3% en 1998 à 47,5% en 2009 avec une proportion sensiblement égale pour les filles et les garçons, soit 45,2% et 47,5%. Au niveau du cycle secondaire, les progrès sont encore plus importants. En effet, de 1998 à 2009, le TNS au second cycle fondamental est passé de 4,8% à 19,5% et celui du secondaire de 1,8% à 10%. Toutefois, l'écart entre le milieu urbain et le milieu rural est très important au secondaire, soit respectivement 24% et 4,3%. Il convient de noter qu'au primaire, la scolarisation des filles a pris un envol encourageant. Cependant la pérennisation ou le maintien des filles à l'école jusqu'au niveau secondaire demeure encore un défi pour les autorités nationales. Selon RGPH 2009, le niveau général d'instruction de la population, est très faible avec seulement 35% pour les individus âgés de 6 ans ou plus qui sont allés à l'école et 14,4% pour ceux qui n'ont que le niveau primaire. Par ailleurs, les mêmes analyses montrent d'une part que la proportion de personnes instruites est faible et diminue à mesure que le niveau d'instruction augmente. D'autre part, cette proportion est encore plus faible pour les femmes et l'écart avec les hommes se creuse quand le niveau d'instruction augmente. Il est établi qu'au Mali, les femmes atteignent difficilement le secondaire du fait des pratiques néfastes telles que le mariage d'enfants. L'écart entre le milieu urbain et rural demeure en défaveur du dernier. En effet, le taux d'alphabétisation des individus de 12 ans et plus, est de 39,8% pour les hommes et 22,4% pour les femmes. Ceux de 15 ans et plus est de 59 % en milieu urbain contre 21,6% en milieu rural.

L'accès à l'éducation et à la santé a été perturbé depuis 2012 dans zones du nord et du centre du pays en raison de l'insécurité. Cette situation a perturbé la mise en œuvre des interventions SRMNEA+N dans les zones concernées. Les conséquences du faible niveau de scolarisation en général, et celle des femmes en particulier, se perçoivent à travers les résultats de santé. Des recherches soutiennent que l'éducation a une influence sur la demande de santé. Selon l'EDSM VI 2018, les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction ou avec un niveau primaire ont une faible demande des services de planning familiale, soit respectivement 36,3% et 44,4% contre 62,5% pour celles du niveau secondaire et plus. Il en est de même en matière d'utilisation des méthodes contraceptives, soit respectivement 14,4% et 18,4% contre 29,8% pour celles ayant un niveau secondaire et plus. De plus, 30% des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont leurs mères qui n'ont aucun niveau d'instruction et seulement 13% pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire et plus.

Il ressort que les niveaux d'éducation restent la cause constante de disparités en matière de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans le pays. Ainsi, veiller à ce que les filles et les garçons restent scolarisés au moins jusqu'au niveau secondaire est un investissement primordial pour l'autonomisation des femmes et l'amélioration de leur santé.

Le dossier d'investissement, en s'inspirant des différents objectifs des documents de références que sont le PRODESS IV (OS9), la réforme du système de santé (pour l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de santé), le Financement Basé sur les résultats (FBR, pour l'amélioration de l'accessibilité des services), a proposé des stratégies visant à encourager l'investissement dans l'éducation et en particulier dans celle des jeunes filles en vue de l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de santé.



Situation nutritionnelle

2.7 Analyse de la situation de la Nutrition au Mali

La nutrition se distingue de la malnutrition qui est un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments. L'apport alimentaire anormal peut provenir d'une nourriture en quantité inadaptée au besoin (apport calorique insuffisant ou excessif) ou de mauvaise qualité (carences nutritionnelles ou excès de graisses). La malnutrition, se présente sous trois types : la malnutrition aigüe ou émaciation, le retard de croissance ou malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale.

Il existe une distribution de référence de la taille et du poids des enfants de moins de 5 ans. La sous-alimentation dans une population peut être mesurée en comparant les enfants à une population de référence. La population de référence utilisée dans le présent dossier est basée sur les normes de croissance de l'OMS.

Chacun des trois indicateurs de l'état nutritionnel – poids-pour-âge, taille-pour-âge et poids-pour-taille – peut être exprimé en unités d'écart-type (écart réduit) de la médiane de la population de référence.

Quel qu'en soit le type, la malnutrition représente un fardeau intolérable qui pèse sur les systèmes de santé nationaux, mais aussi sur l'ensemble du tissu culturel, social et économique des nations et constitue le principal obstacle au développement et à la réalisation du potentiel humain.

2.7.1 Analyse des causes de la malnutrition

2.7.1.1 Analyse des facteurs socio-économiques de la malnutrition

Pour parer de façon progressive et durable à la problématique de la malnutrition au Mali il convient de voir ses causes et conséquences sous un angle multisectoriel.

La malnutrition et la sous-nutrition chez la mère et chez l'enfant sont liées à des causes sous-jacentes et fondamentales.

- **Causes sous-jacentes de la sous-nutrition**

Plusieurs facteurs favorisent la sous-nutrition au Mali. Selon l'étude, *combler le déficit en nutriments (FNG)* au Mali, la problématique de la sous-nutrition est principalement causée par des problèmes de disponibilités, d'accessibilités et de saisonnalités des régimes alimentaires couvrant les besoins nutritionnels recommandés. Selon l'analyse multisectorielle de la nutrition de 2018, plus d'un tiers des ménages dans les régions de Mopti (44,7%), Gao (42%) et Sikasso (32,4%) ont une consommation alimentaire pauvre ou limitée. Les régions de Gao et Kidal sont les régions avec plus de 20% des ménages ayant une consommation alimentaire pauvre. Seul, le district de Bamako, a une situation meilleure avec 95% des ménages ayant un niveau de consommation alimentaire acceptable. Le problème de disponibilité est dépendant des zones. Alors que les zones de production sont généralement abondantes en produits, les zones pastorales sont en déficit. A cela il convient d'ajouter l'irrégularité de la pluviométrie et la faible variété de l'alimentation. La production nationale est dominée par les céréales, à hauteur de 52% pendant qu'il est recommandé l'adoption d'un régime alimentaire sain, varié et équilibré (EAT, Lancet 2018). Au Mali, 67% des calories proviennent uniquement des céréales ou des graisses (Voir figure ci-dessous). Ce qui est préjudiciable pour la santé de la mère et de l'enfant.

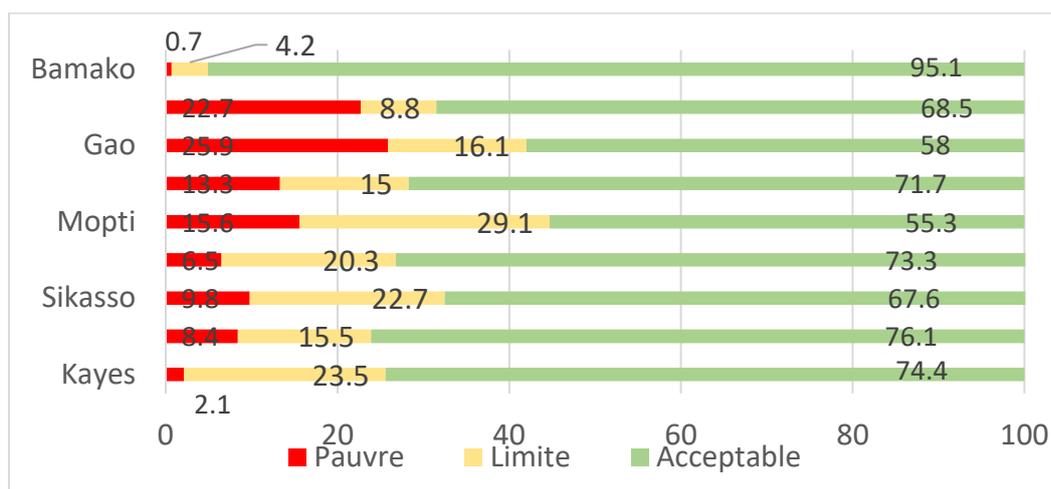


Figure 16: les facteurs socio-économiques de la malnutrition (Scs : Etude FNG)

La saisonnalité des cultures, entraîne une rareté des produits d'alimentations ce qui provoque une difficulté d'accès à cause des prix mais aussi de la situation géographique. Les populations en transhumance sont les plus affectés par les chocs. L'étude FNG, rapporte que le besoin nutritif requis du ménage par jour coûte plus cher, soit près de 1103 FCFA (1,87\$) contre 505 FCFA (soit 0,87\$) pour les besoins énergétiques. De plus les prix, sont souvent 6 fois plus élevés d'une zone à une autre.

- Causes fondamentales de la malnutrition

L'analyse multisectorielle, révèle que le niveau de pauvreté du ménage constitue un facteur déterminant du statut nutritionnel de l'enfant. Dans la même veine, l'étude « *combler le déficit en nutriments* », montre qu'à Bamako, par exemple, le surpoids des femmes ayant un pouvoir d'achat élevé est de 42,4% pendant que 15% des enfants souffrent de retard de croissance. En ce qui concerne l'anémie, l'étude FNG soutient que 8 enfants sur dix souffrent d'anémie au Mali et établit une parfaite corrélation entre l'anémie, le retard de croissance et le niveau de revenu du ménage. En effet, 80 % des enfants malades d'anémie appartiennent aux quintiles de richesses les plus bas (Q1 à Q3). Cette analyse des causes de la malnutrition, interpelle une prise en charge « sur mesure » des femmes, jeunes filles et enfants, afin de relever les différents évoqués.

2.7.1.2 Analyse du coût social et économique de la sous-nutrition au Mali

Selon l'étude sur le coût de la faim en Afrique (COHA), commanditée en 2013, par la commission de l'Union africaine, il ressort que lorsqu'un enfant souffre de sous-nutrition, les conséquences négatives de cette situation le suivent pour le restant de ses jours. Ces conséquences négatives ont également des effets graves sur les économies où l'enfant vit, apprend et travaille. Dans son rapport sur l'incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant au Mali, il est relevé que le coût social et économique de la sous-nutrition est estimé à près de 265,531 milliards de FCFA (soit environ 450,9 millions de dollars) de pertes équivalentes à 4,06% du PIB. Ces incidences sont réparties sur les secteurs de la santé, l'éducation et sur la productivité.

L'incidence de la sous-nutrition sur la santé

La sous-nutrition au Mali, s'est manifestée chez les enfants de moins de 5 ans en termes d'épisodes cliniques associées, soit près de 1 121 996 cas en 2013 soit un coût de 9,921 milliards de FCFA (soit 16,8 millions de dollars). Parmi ces cas, les épisodes de diarrhées, de fièvre, d'infections respiratoires et d'anémies s'élevaient à 256 117 cas et 865 879 cas d'enfants en insuffisance pondérale ou présentant un faible poids à la naissance. Selon cette source, seulement 31,99 % de ces épisodes de maladie auraient reçu une attention médicale. La mortalité des enfants de moins de 5 ans associée à la sous-nutrition, était estimée à 34,3% soit près 161 065 décès en 2013.

L'incidence de la sous-nutrition sur l'éducation

Au niveau de l'éducation, le taux de redoublement lié à la sous-nutrition était de 38,7% contre 15,9% d'enfants n'ayant pas souffert de sous-nutrition, soit un risque de 22,9 points, occasionnant près de 111 539 cas de redoublement dans la seule année de 2013. Ce qui représente un coût pour le système et les ménages, estimé à près de 10,457 milliards de FCFA, soit 17,8 millions de dollars.

L'incidence de la sous-nutrition sur la productivité

Un enfant ayant souffert de retard de croissance, aura à terme, à l'âge adulte, son potentiel humain affecté. L'étude montre qu'au Mali, 47,3% des personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) ont souffert d'un retard de croissance avant l'âge de cinq ans. C'est à dire que près de 6 432 105 personnes n'ont pas été en mesure d'atteindre leur potentiel réel, du fait de la sous-nutrition. Cette situation a représenté une perte de productivité estimée à 23,024 milliards de FCFA (environ 39,1 millions de dollars) pour l'économie malienne.

Par ailleurs, en 2013, pour près de 60,1% des populations vivant d'activités manuelles principalement en zone rurale, la réduction de la capacité physique liée au retard de croissance a été estimée à 22, 699 milliards de FCFA (soit 38,5 millions de dollars) de pertes économiques.

De ce qui précède, il ressort que l'actualisation de ces coûts et pertes à nos jours représenterait, un montant faramineux et un lourd fardeau pour l'économie malienne. Ces pertes auraient pu être évitées si des interventions stratégiques multisectorielles adaptées avaient été mises en œuvre au Mali. Le dossier d'investissement entend contribuer à l'effort du gouvernement dans la lutte contre la sous-nutrition au Mali.

2.7.2 Situation de quelques indicateurs anthropométriques de la malnutrition au Mali

Au Mali, la malnutrition constitue un problème de santé publique. Elle est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit d'un problème de santé à dimension multifactorielle dont les causes sous-jacentes sont : le manque d'accès à une alimentation de qualité, les soins et les pratiques inappropriés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et aux services de santé. Les trois formes de malnutrition au Mali sont : la Malnutrition Aigüe (P/T)¹⁶ ou Emaciation/maigreur, la Malnutrition chronique ou le retard de croissance (T/A) et l'insuffisance pondérale (P/A). Chacune d'entre elles peut avoir sa forme modérée ou sévère.

2.7.3 Situation de la Malnutrition aigüe Globale

Selon l'enquête SMART de 2018, le Mali connaît toutes les formes de malnutrition. La prévalence de la malnutrition aigüe (10%) est considérée comme étant une situation nutritionnelle grave selon la classification de l'OMS.

La situation nutritionnelle est jugée précaire dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Mopti, Kidal et Taoudénit avec des prévalences situées entre 5% et 10% et préoccupante dans les régions de Ségou, Tombouctou, Gao, Ménaka et le district de Bamako dont la prévalence de la malnutrition aigüe globale dépasse le seuil d'alerte de 10%.

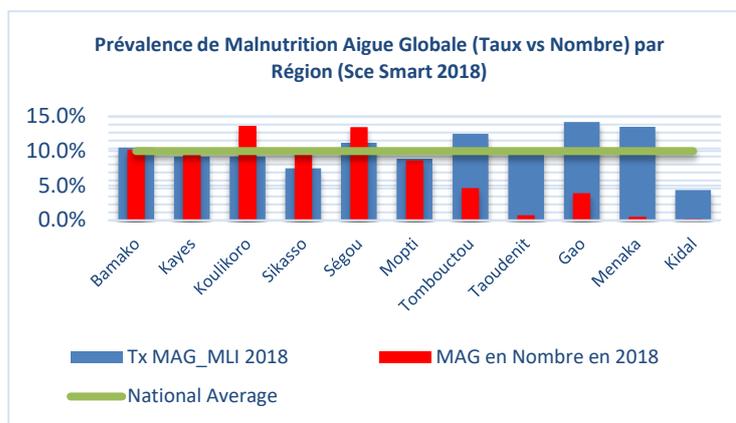


Figure 17 : Prévalence de la malnutrition Aigüe Globale (Taux vs nombre).

¹⁶ P/T, le rapport Poids taille ; T/A, le rapport Taille Age et P/A, le rapport Poids Age (Insuffisance Pondérale)

En termes de nombre, presque toutes les régions au sud du Mali ont un nombre élevé d'enfants souffrant de Malnutrition Aigüe Globale. Ce sont, entre autres, Mopti (79 202), Kayes (81 922), Bamako (88 175), Sikasso (90216) avec des pics à Ségou (116 662) et Koulikoro (118 258 enfants). Dans le nord, ce sont les régions de Gao (34 057) et de Tombouctou (40 227) qui ont les nombres les plus élevés d'enfants souffrant de malnutrition Aigüe.

2.7.4 Situation de la Malnutrition Chronique ou Retard de Croissance

La prévalence nationale actuelle de la malnutrition chronique (retard de croissance) est de 24,1 (SMART 2018). Ce taux est au-dessus de la référence de l'OMS (soit 20%), révélant ainsi le degré de la malnutrition chronique au Mali.

Le district de Bamako et la région de Koulikoro ont une prévalence faible, en dessous de 20%, alors que toutes les autres régions de Kayes (23,60%), Sikasso (28,90%), Ségou (27,80%) et Mopti (27,30%) se trouvent à un niveau proche du seuil critique de 30%.

En termes de nombre, les régions de Gao (65 237), Tombouctou (73 020), Kayes (252 097), Koulikoro (294 702), et Mopti (273 402) ont des chiffres moindres contrairement aux régions de Ségou (335 032) et Sikasso (427 597) où nous trouvons un grand nombre d'enfants souffrant de retard de croissance. Les régions de Gao (24%) et de Tombouctou (20,80%) sont au-dessus de la référence de 20 % de l'OMS.

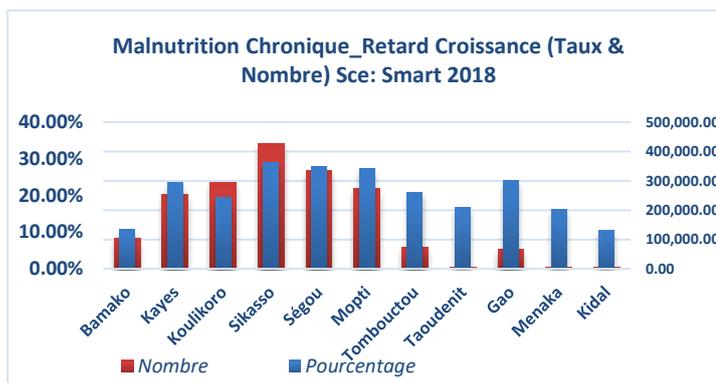


Figure 18: Malnutrition Chronique Retard Croissance (Taux & Nombre)

2.7.5 Situation de l'Insuffisance Pondérale

Pour ce qui est de l'insuffisance pondérale, la prévalence est modérée dans les régions de Kayes (19,30%), Koulikoro (17,50%), Tombouctou (17,30%). Ménaka (16,80%) Sikasso (16,20%), Taoudénit (14,10%), et le district de Bamako (13,30%) tandis qu'elle est plus élevée dans les régions de Gao (23,10%) et Ségou (21,80%).

En termes de nombre d'enfants souffrants d'insuffisance pondérale, les régions de Koulikoro (256 475) Ségou (256 472) Sikasso (233 931), Mopti (190 227) et Kayes (203 196), ont le nombre le plus élevé d'enfants souffrants d'insuffisance pondérale.

Les régions de Kidal, Taoudénit, Ménaka et Tombouctou, ont des prévalences modérées avec une situation relativement précaire soit respectivement 6,7%, 14,10%, 16,80% et 17,30%. La région de Gao a le taux de prévalence le plus élevé soit 23,10%. En termes de valeur absolue, les régions de Gao et de Tombouctou, ont le plus grand nombre d'enfants souffrant d'Insuffisance Pondérale, soit respectivement 61 948 et 64 401 enfants.

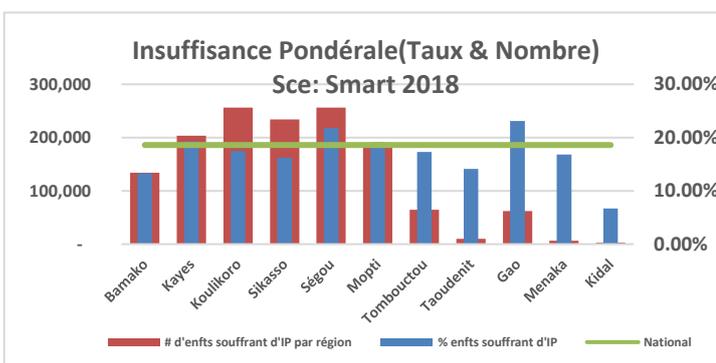


Figure 19: Insuffisance pondérale (taux & nombre).

2.7.6 Evolution des prévalences des trois formes de malnutrition au Mali vers les Objectifs de nutrition de l'Assemblée Mondiale de la Santé, AMS (2025) en vue des ODD (2030)

Une revue de la littérature portant sur les progrès des pays vers l'atteinte des ODD de la nutrition d'ici 2030, révèle qu'aucun pays dans le monde, à l'allure actuelle, ne pourra atteindre l'Objectif de Développement Durable de la nutrition (Rapport mondial de la nutrition de 2014), qui stipule qu'il faut **mettre fin à toute forme de malnutrition ODD d'ici 2030**. Du fait de son caractère trop ambitieux, non réaliste, l'Assemblée Mondiale des Etats membres de l'OMS a défini des cibles mondiales de la nutrition d'ici 2025, cibles qui pourraient être atteintes par certains pays. Qu'en est-il du Mali ?

2.7.7 Evolution des trois indicateurs de la malnutrition jusqu'en 2018

Ce graphique (Figure 20) montre qu'au niveau national, les trois indicateurs MAG¹⁷, RC et l'IP, n'ont pas évolué par rapport à la norme de l'OMS, selon laquelle l'indicateur RC doit être inférieur à 20% (RC<20%) pour qu'il (RC) soit acceptable, le MAG doit être inférieur à 5% (MAG <5%) et l'Insuffisance Pondérale inférieure à 10%. Le graphique montre bien que la situation nutritionnelle du Mali est très critique. Cette tendance augure aisément que le Mali ne pourra probablement pas atteindre les Objectifs de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la nutrition encore moins les ODD.

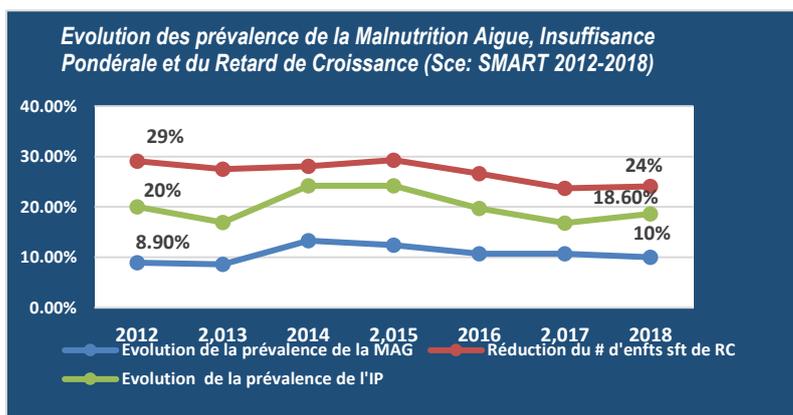


Figure 20: Evolution de la malnutrition Aigüe, chronique et de l'insuffisance Pondérale au Mali.

2.7.8 Progrès vers les Objectifs de l'AMS : L'Insuffisance Pondérale

Le Figure 20 ci-dessous, montre également que l'objectif de l'AMS de réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance d'ici 2025, ne pourra probablement pas être atteint par la Mali. En effet, si rien n'est fait d'ici 2025, la prévalence de l'Insuffisance pondérale au Mali sera de 17%, soit une réduction de 1% contre 30% recommandé par l'AMS. Toutefois, si le scénario 2 serait accepté, ceci pourrait nous amener à une réduction de retard de croissance de 10 % d'ici 2025.

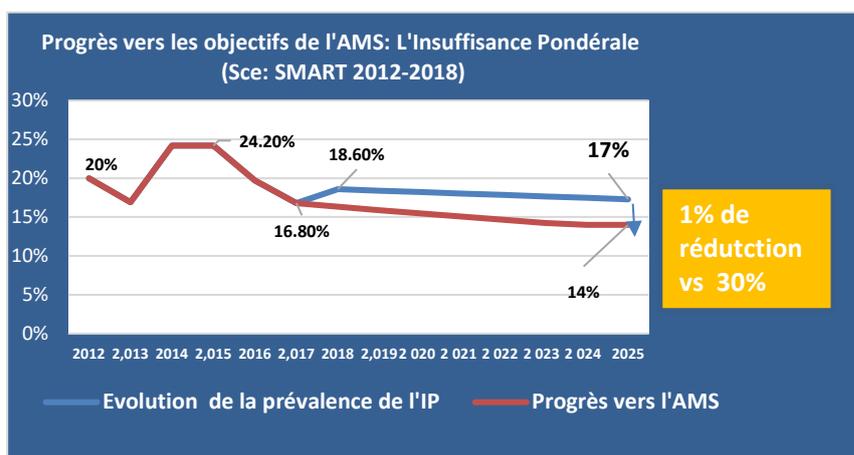


Figure 21: Progrès vers les objectifs de l'AMS : L'Insuffisance Pondérale

¹⁷ MAG : Malnutrition Aigüe Globale ; RC : Retard de Croissance ; IP : Insuffisance Pondérale

2.7.9 Progrès vers les Objectifs de l'AMS : Retard de Croissance des enfants de moins de 5 ans

En ce qui concerne le retard de croissance, atteindre l'objectif de réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance, soit **51 554 enfants** d'ici 2025, est pratiquement non réalisable, si l'allure de réduction actuelle, reste la même.

En effet en 2018 le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance est de 1 841 619 enfants ; en 2025, leur nombre sera de 1 478 011 soit une réduction de 3% du nombre d'enfants contre 40% recommandée par l'AMS. L'analyse des autres objectifs de l'AMS en matière de malnutrition

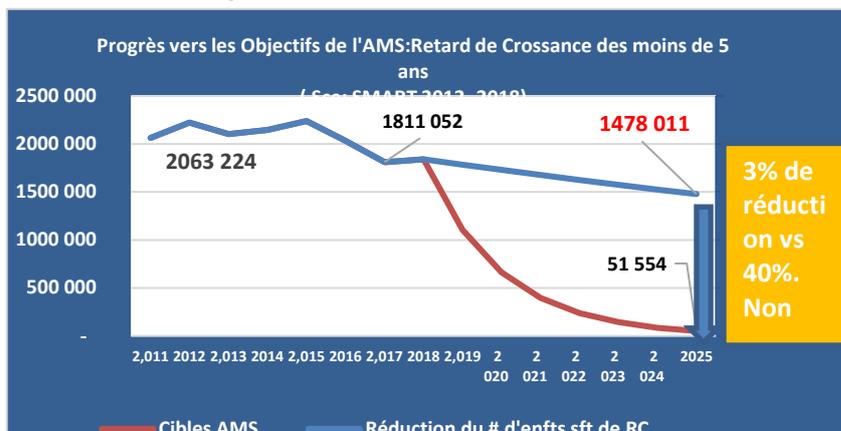


Figure 22: Progrès vers les Objectifs de l'AMS : Retard de Croissance des moins de 5 ans

tels que, la réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (enceintes ou non), l'augmentation du taux d'allaitement exclusif dans les six premiers mois pour atteindre au minimum 50 % et la non-augmentation de la surcharge pondérale chez les enfants, nous permettra de conclure que le Mali est loin d'atteindre les objectifs de l'AMS de 2025 ainsi que ceux des ODD d'ici 2030.

En effet, selon le MICS (2015), seul un enfant sur deux (53%) est mis au sein précocement, et seul un enfant sur trois (33%) bénéficie d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. A peine un peu plus d'un enfant sur 10 (14%) de 6-23 mois bénéficient d'une diversification alimentaire acceptable.

Concernant les carences en micronutriments, seulement un enfant sur trois (34%) a reçu une supplémentation en vitamine A de routine. Une faible adhérence à l'absorption d'acide folique et/ou de fer a été associée à 80% des enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie (MICS 2015, SMART 2017).



II. ANALYSE DES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENTS

Il ressort de l'analyse ci-dessus que la situation sanitaire du Mali, est principalement préoccupante et est liée au faible niveau de couverture effective des interventions à haut impact de la SRMNEA+N. Ces faibles résultats de couverture observés sont attribuables aux goulots d'étranglement identifiés à différents niveaux de prestations des services (niveau de pratiques sanitaires familiales ou communautaires, préventifs et curatifs). Ils portent sur la santé sexuelle et reproductive des mères, des enfants et des adolescents jeunes, la planification familiale et la nutrition. Ces goulots d'étranglements, ont été également identifiés dans les domaines transversaux que sont le financement, les ressources humaines, l'état-civil, la gouvernance, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes ou stratégies et politiques nationales.

Méthodologie d'analyse des goulots d'étranglements

L'analyse des couvertures en interventions essentielles peut se faire de plusieurs manières. Ainsi, en partant d'un idéal de 100% de couverture de tous les individus dans le besoin – femmes, enfants ou adolescents en fonction de l'intervention – la méthode d'analyse des goulots d'étranglement se base sur le modèle qui conditionne cette couverture optimale en intervention efficace par (i) une offre optimale (intrants, ressources humaines et accès au service) et (ii) une demande suffisante grâce à une accessibilité financière et une acceptabilité socio-culturelle. Ainsi, ces différents déterminants (disponibilité des intrants et des ressources humaines, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité socio-culturelle, couverture ou utilisation adéquate) sont exprimés pour chaque intervention à travers des indicateurs qui permettent d'apprécier leur niveau afin de dégager les obstacles à une couverture efficace de qualité qui est la finalité recherchée.

Les données en faveur de l'offre de service sont estimées en fonction des structures communautaires ou formelles devant assurer la prestation alors que les données d'accessibilité financière, d'acceptabilité socio-culturelle ou de couverture (adéquate ou efficace) sont rapportées aux populations dans le besoin ou devant bénéficier des interventions ciblées.

Pour chacun des trois niveaux de prestation des services et soins, il est procédé à l'analyse des paquets d'interventions aux niveaux communautaire, préventif et curatif, susmentionnés à travers des interventions « traceurs » choisis en tenant compte de la représentativité, la disponibilité des données et impact internationalement prouvé rendant le processus moins lourd.

L'analyse des goulots de la SRMNEA + N du Mali, s'est faite suivant la méthode Botton-up. Celle-ci utilise l'hypothèse selon laquelle les problèmes de santé proviennent d'en « bas » c'est à dire du niveau communautaire/famille/ménage. Les cercles en rouge marquent les goulots prioritaires analysés.

A-Les goulots des composantes de la SRMNEA+N

3.1 Prestation de services de la SRMNEA+N à hauts impacts

L'analyse des goulots ci-dessous, prend en compte les différentes composantes de la SRMNEA+N, ses domaines transversaux suivant les trois niveaux de prestation des services et de soins.

3.1.1 Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé maternelle et néonatale

Pour ce qui concerne la santé maternelle, les principaux goulots relevés à l'aide de l'Outil EQUIST, se résument en termes de qualité des services, de couverture adéquate ou continuité, de disponibilité des intrants et d'accessibilité géographique.

➤ *Au niveau des pratiques familiales ou communautaire*

L'intervention traceur de santé maternelle au niveau communautaire retenu est utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILDA) pour les femmes enceintes.

L'indicateur de qualité de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILDA) pour les femmes enceintes, est la proportion des femmes enceintes, dans tous les ménages ayant dormi sous une MILDA la nuit avant l'enquête. Cette couverture est de 76%. Cette couverture serait améliorée, si les goulots liés aux ressources humaines (62%) et celui de l'accessibilité géographique (72%), sont levés.

En améliorant la disponibilité d'ASC ou relais communautaires pour la distribution et la promotion du MILDA dans les CScom ou sites ASC, cela permettrait d'améliorer la couverture effective. Les coûts indirects, liés au transport jusqu'aux sites d'approvisionnement des MILDA serait l'un des freins, à la hausse de la couverture effective.

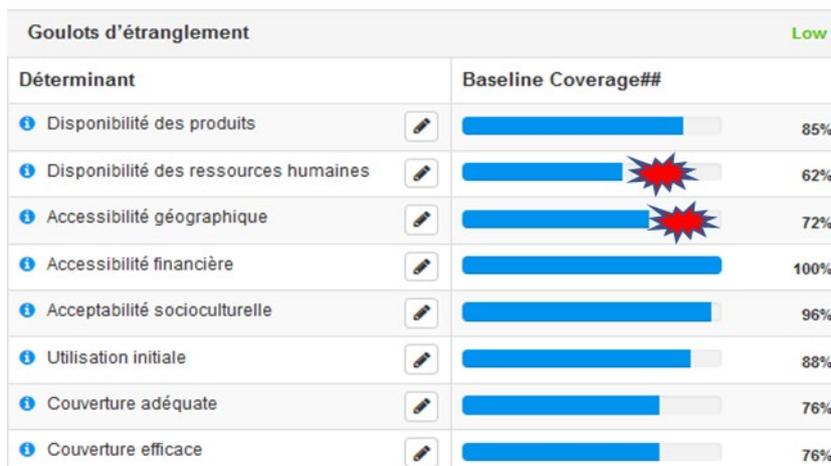


Figure 23: Les déterminants de l'Utilisation du MILDA pour femmes enceintes

➤ Au niveau des services préventifs

Pour ce qui concerne ce niveau, l'intervention traceur retenue est les soins prénatals avec la couverture en consultation Prénatale 4 et la supplémentation en fer acide folique comme indicateur.

Il ressort de cette analyse que la qualité des soins prénatals est de 40% (voir graphique ci-contre), cela signifie que moins de deux femmes sur cinq seulement reçoivent la supplémentation en fer et acide folique lors des séances de la CPN4. Désagrégée par région, l'analyse du déterminant de la qualité de l'indicateur montre que la quasi-totalité des régions est au rouge, c'est à dire, un très faible niveau de CPN4 et de supplémentation en fer. En matière de santé néonatale, les deux goulots prioritaires, identifiés sont la disponibilité des ressources humaines et l'accessibilité géographique. Toute la problématique de l'offre liée à la disponibilité des ressources humaines (64%), l'insuffisance d'agents de santé et des relais communautaires dans les CScom et la faible accessibilité géographique, est ce qui explique la faible couverture effective.

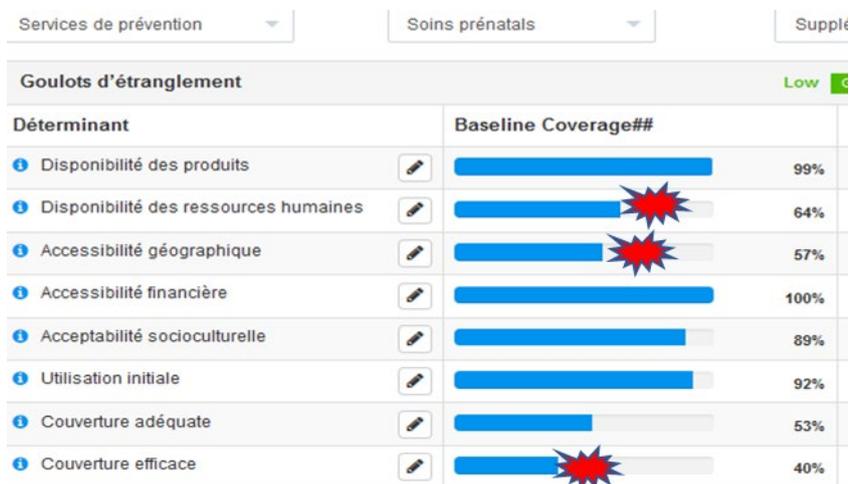


Figure 24: Les déterminants des Soins prénatals.

Nous pouvons noter que la couverture adéquate est au niveau que l'accessibilité géographique, cela signifie qu'en améliorant l'accès à un CSCom de moins de 5 km, la couverture pourrait s'améliorer. De plus, les effets secondaires de la supplémentation du fer entraînant souvent la nausée et le vomissement, pourrait expliquer la baisse de la continuité (couverture adéquate). Il convient également de noter qu'en levant l'obstacle du coût indirect du transport cet indicateur pourrait augmenter.

➤ *Au niveau des services curatifs*

L'intervention traceuse choisie est l'accouchement assisté de personnels de santé qualifié (voir figure ci-dessous).

Il ressort que la qualité des soins essentiels liés aux accouchements assistés est à hauteur de 58%. Ces deux goulots de la qualité, sont imputables à un faible niveau de CSCom disposant du personnels qualifiés offrant des services d'accouchement à même d'assister l'administration des soins essentiels des accouchements (67%) et une accessibilité insuffisante (58%) aux structures de santé offrant des services d'accouchement dans un rayon de 5Km.

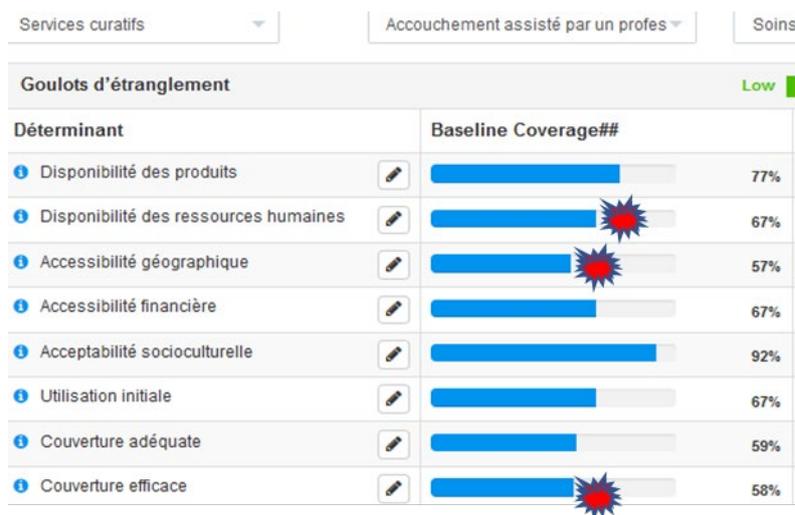


Figure 25: Les déterminants de l'accouchement assisté de personnels qualifiés

3.1.2 Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé néonatale

➤ *Au niveau des pratiques familiales ou communautaire*

A ce stade, les interventions traceurs retenues sont l'utilisation du MILDA pour les enfants et l'Allaitement Maternel Exclusif.

L'intervention traceur de santé néonatale au niveau de la communauté est le MILDA pour enfant. La communauté a un rôle essentiel dans la préservation et la protection de la santé de l'enfant et du nouveau-né. La qualité de l'utilisation du MILDA, se perçoit par la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête. Cet indicateur de mesure de la qualité est à 76% (voir graphique 25), cette couverture pourrait s'améliorer. En

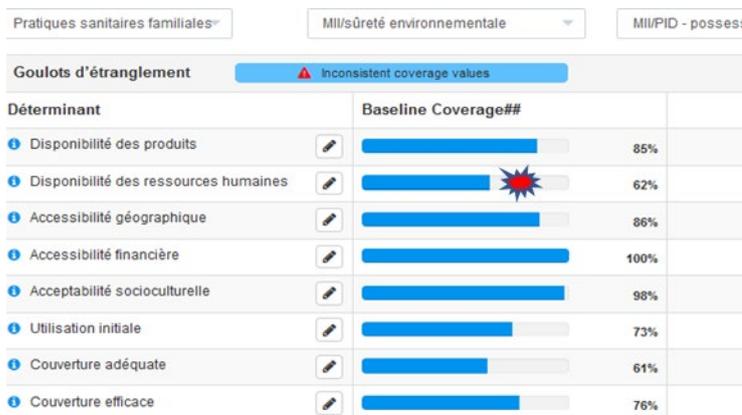


Figure 26: Les déterminants de l'utilisation du MILDA pour les enfants

effet, bien qu'il y ait une disponibilité suffisante des MILDA (86%) et une première utilisation de 73%, le principal goulot, se situe au niveau de la disponibilité des agents formés au diagnostic/traitement du paludisme (62%) à même de faire la promotion de l'utilisation des moustiquaires pour les enfants de

moins de 5 ans. En facilitant la disponibilité des MILDA, dans les CSCom/Cmie¹⁸ et sites ASC, on pourrait davantage augmenter la couverture effective.

S'agissant de la qualité de l'allaitement exclusif (AME) jusqu'à 6 mois (Figure 26), la couverture effective de l'AME de 40% est faible. Cela signifie que 60% des enfants de plus de 6 mois, soit six enfants sur dix, ne bénéficient pas d'un AME jusqu'à 6 mois. Le principal frein est attribuable à l'insuffisance de personnels qualifiés pour la promotion de l'AME (64%) et surtout à l'accessibilité géographique aux structures et ou agents de promotion de cette pratique (57%).



Figure 27: Les déterminants de l'allaitement Maternel Exclusif

➤ Au niveau des services préventifs

L'intervention traceur retenue est le soin prénatal. L'indicateur de ce sous-paquet est la prévention de la Transmission de la mère à l'enfant.

L'analyse de la transmission du VIH montre une faible couverture effective (13%). C'est-à-dire que près de 88 nourrissons sur 100, nés de mères infectées par le VIH, n'ont pas bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance. Les causes de cette qualité sont liées à une faible accessibilité géographique aux CSCom offrant des services de la PTME dans un rayon de 5km. Il importe de rappeler qu'au Mali 86% des ménages sont à 15 km et 11 % vivent dans un rayon dans de plus de 15 km. Les questions de transport et de stratégies adaptées pourront aider à lever ce goulot. Le deuxième goulot est la continuité (38%) qui représente le pourcentage des femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Les CSCom des régions souffrent de la faiblesse de ces deux déterminants respectivement de 48% et 41%.

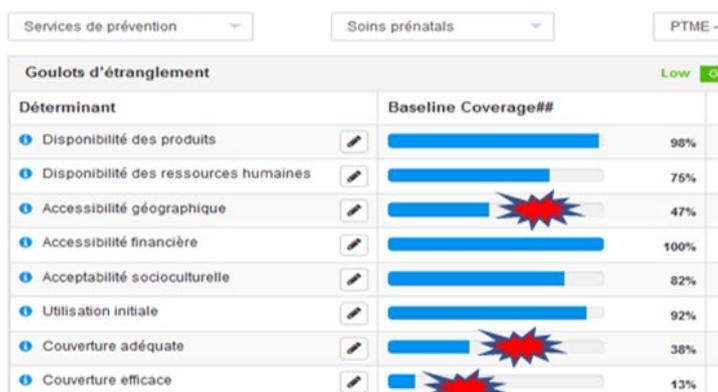


Figure 28: Les déterminants de la prévention de la Transmission de Mère à l'enfant

¹⁸ (Centre médical inter Entreprise) /Inf/Cab médico/autres

➤ *Au niveau des services curatifs*

Les soins obstétricaux d'urgence sont retenus comme indicateur traceur. Il ressort d'après l'analyse des goulots que la couverture effective de la réanimation néonatale est faible de 50%.

Cette situation sera encore plus exacerbée par l'insuffisance des intrants de réanimation (65%) des soins essentiels aux nouveau-nés, tels que les antibiotiques pour les prématurités ou les RPM prolongée/antibiotiques injectables pour la septicémie néonatale/corticostéroïdes en travail prématuré, ainsi qu'une faible proportion de personnels formés (69%) en réanimation maternelle et néonatale. Si nous agissons sur la disponibilité des intrants et les ressources humaines, les deux goulots majeurs, l'utilisation initiale (33,83%) va suivre et partant une couverture effective améliorée. Plus de 4/5 des régions sont touchées par la problématique.



Figure 29: Les déterminants des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

3.1.3 Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé infanto-juvénile

Nonobstant les efforts pour l'amélioration de la qualité de la santé infantile dans la plupart des CScom, il n'en demeure pas moins que les goulots d'étranglements se retrouvent dans les trois niveaux de prestations de services.

➤ *Au niveau des pratiques familiales ou communautaire*

L'intervention traceur de santé maternelle retenue est le lavage des mains. L'indicateur de qualité de cette intervention est la proportion de mères se lavant les mains au savon avant de préparer les repas, de nourrir leur bébé et de manger, après la selle et après avoir lavé leur bébé.

Au Mali la qualité du lavage des mains est à 20% comme l'indique ce graphique 29. C'est-à-dire que seulement une femme sur cinq se lave les mains au savon pendant les moments critiques¹⁹. Ce résultat est la somme des principaux goulots que sont la disponibilité des intrants (37%) et l'accessibilité financière (15%). Si la communauté à accès inondé en savon à près de 90%, l'utilisation initiale va suivre de façon induite. Actuellement, seulement sept sur vingt femmes (37%) ont débuté le lavage des mains au savon et seulement 3 femmes sur dix ont continué (29%) cette pratique.

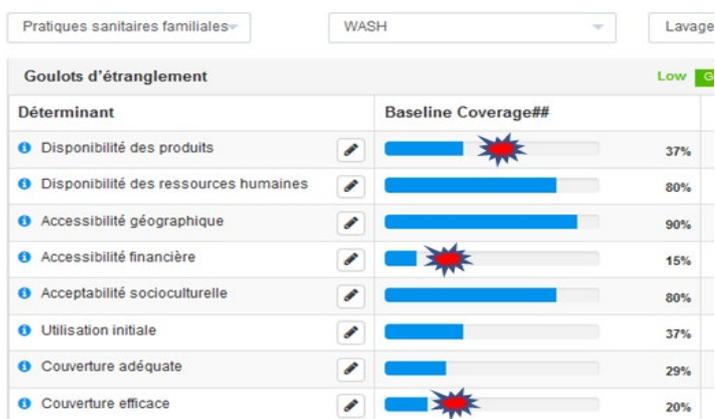


Figure 30: Les déterminants du lavage des mains

L'une des raisons de cet abandon est expliquée par l'accessibilité financière au savon, seulement trois femmes sur vingt (15%) peuvent avoir accès ou acheter le savon plus particulièrement au niveau communautaire. Des activités de promotion de l'autonomisation des femmes et du lavage des mains sont à encourager pour lever ce goulot. L'analyse des données des régions permet de ressortir également la

¹⁹ Moments critique : avant et après le repas, après défécation

faible disponibilité des ressources humaines pour la promotion et le conseil en lavage des mains au savon, c'est à dire, la sévérité du niveau de l'indicateur de lavage des mains au savon pendant les moments critiques.

➤ *Au niveau des services préventifs (Vaccination)*

Les services préventifs de la composante infanto-juvénile, objet de la présente analyse, porteront uniquement sur la vaccination ; le volet supplémentation en vitamine A sera traité au niveau des services préventifs de la composante nutrition.

L'intervention traceur du sous-paquet vaccination retenu, dans le cadre de l'analyse des goulots du préventif, est le Penta 3, représentant du paquet des antigènes. L'indicateur de la qualité de couverture du Penta 3, est le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu trois doses de DTC/Penta, ce taux est de 71%, c'est à dire près de 30%

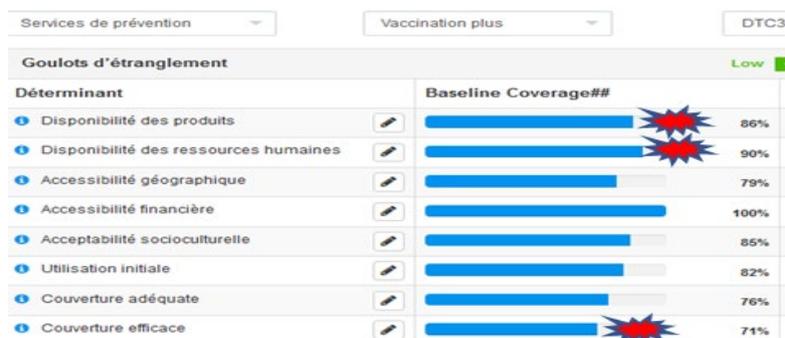


Figure 31:: Les déterminants de la couverture du Penta3

des enfants, soit 3 enfants sur 10, n'ont pas reçu leur troisième dose du vaccin Pentavalent. Ce taux bien qu'élevé, doit être amélioré afin d'atteindre les objectifs du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) qui est de 90% de couverture au niveau national et 80% au niveau district. Les principaux goulots d'étranglement du penta 3 se réfèrent à la disponibilité des intrants et aux ressources humaines, qu'il importe de renforcer, surtout au niveau communautaire. En effet, après une première utilisation à 82%, près du ¼ des bénéficiaires n'ont pas continué l'utilisation, qui a chuté à 76% (EDSM 2018). Cela pourrait s'expliquer par l'éloignement et/ou les barrières financières et socio-culturelles etc. Pour accéder à un CScm ou site ASC le plus proche. Il convient de remarquer qu'au Mali seulement 56% de la population a accès à un CScm dans un rayon de 5km pendant que 86% réside à 15 km d'un centre de santé communautaire (CScm) et 11 % à plus de 15 km. Des stratégies de vaccination adaptées et innovantes devront être définies, pour cette couche de population en vue d'étendre la couverture vaccinale.

➤ Au niveau des services curatifs

L'intervention traceur retenue pour ce niveau de prestation est la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMNI).

Les principaux goulots de la PCIMNI, se rapportent aux déterminants de l'offre et de la demande, représentés par les deux cercles rouges de la figure 32. Le pourcentage d'enfants soignés au moyen d'une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine dans les 48 heures suivant l'accès de fièvre, dans les zones où le paludisme est endémique, représente l'indicateur qui mesure la qualité de cette intervention. Cet indicateur est de 31%. C'est-à-dire que près de 70% des enfants ne sont pas correctement pris en charge en cas de paludisme.

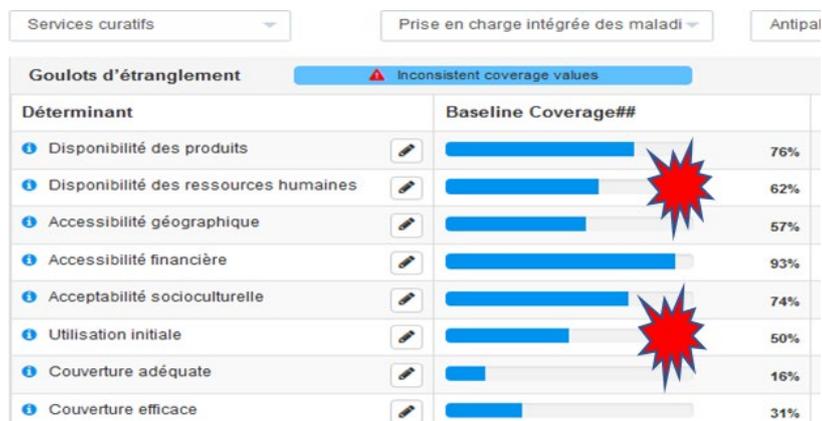


Figure 32: Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMNI)

Les ruptures antérieures en approvisionnement en TDR (Test de Diagnostic Rapide) et en CTA dans les CScom (dans les 30% des cas), associées à l'insuffisance d'Agents de santé et relais communautaire (62%) ainsi que la difficulté d'accès géographique aux CScom offrant une PCIMNI de qualité (57%) justifient cette situation. Ces raisons ont limité une première utilisation (proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et qui ont bénéficié de conseils ou de traitement) qui est seulement à 50%. Le recours aux tradipraticiens et à l'automédication peut expliquer ce niveau insuffisant d'acceptabilité socio-culturelle (moins de 75%). Cela a conduit à la baisse drastique de la seconde utilisation estimée à 16%. Ce déterminant mesure la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon les résultats des TDR. Presque toutes les régions sont touchées par la faible qualité de la PCIMNI, dans 90% des cas. Ce sont entre autres, Gao, Mopti et Ménaka, 15%, Bamako (19%), Tombouctou et Kidal (24%), Kayes (32%) Koulikoro (34%) et Sikasso (50%).

3.1.4 Analyse des goulots d'étranglement en matière de planification familiale (PF)

La planification familiale, permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. Les principaux goulots de la PF, se résument au niveau de la demande des services de PF (voir cercle rouge, de la figure 32).

En effet, la qualité de la PF au Mali est faible. L'indicateur de cette qualité est le pourcentage des femmes de 15-49 ans actuellement en union et ayant une demande satisfaite pour l'utilisation des méthodes modernes. Seulement 16% de femmes ont une demande satisfaite en PF. C'est à dire que plus de 3 femmes sur 20, en union, utilisaient au moment de l'enquête les méthodes modernes de contraception. Ce qui précède conduit à une faible prévalence contraceptive qui est de 17 % (selon l'EDSM VI). Les barrières liées, à la disponibilité des produits dans les CScom (77%) et l'insuffisance de personnels formés en PF (près de 25% des cas), et surtout à l'acceptabilité socio-culturelle (35%), ont directement influencé la demande en première utilisation en PF. Celle-ci a été satisfaite à hauteur de 42% tandis que la deuxième utilisation (la proportion de besoins satisfaits en planification familiale pour toutes les méthodes) est de (17%). Presque toutes les régions sont touchées par la faible prévalence de la PF.

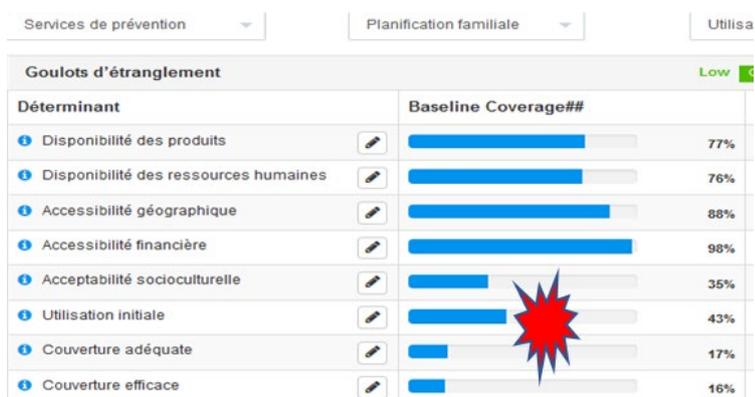


Figure 33: Les déterminants de la couverture de la Planification Familiale

3.1.5 Analyse des goulots d'étranglement en matière de santé reproductive des adolescents

➤ Au niveau des pratiques familiales ou communautaire

L'utilisation du préservatif par les adolescents et les jeunes, a été retenue comme intervention traceur du paquet « pratiques familiales ou communautaires » des adolescents et des jeunes.

Les principaux goulots sont constitués au niveau de l'offre par la disponibilité des intrants et des ressources. Au niveau de la demande, ce sont l'acceptabilité socio-culturelle et l'utilisation adéquate, qui constituent les barrières majeures. Il ressort de cette analyse, que l'attitude des adolescent(e)s et des jeunes de 15 à 24 ans, face aux grossesses à risque, aux IST et au VIH/SIDA, demeure critique. Au Mali, le pourcentage de demandes satisfaites pour l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, est faible (16%). Ce faible taux est lié en partie à l'insuffisance d'agents formés pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive de l'adolescent, soit près de 47%. Bien qu'il y ait une disponibilité de 73%, l'utilisation initiale reste faible (39%). L'acceptabilité socioculturelle ou l'adoption de comportement responsable est pratiquée par les jeunes et les adolescents, dans seulement 39% des cas. Près de 6 femmes sur 10 de 15-24 ans, sont peu informées sur les conséquences du VIH/SIDA par les agents ou relais communautaires ou sont insuffisamment sensibilisées pour le changement social et de comportement (CCSC) du fait de la rareté de programme orienté spécifiquement vers ces derniers.



Figure 34: Les déterminants d'utilisation des préservatifs par les adolescents(e)s

➤ Au niveau des services préventifs

L'intervention traceur retenue dans le cadre de la prévention des adolescents, est le conseil et le dépistage chez les adolescents de 15 à 24 ans. La qualité de la couverture en matière de prévention du VIH est faible, soit 5% (Voir figure ci-dessous). C'est-à-dire que sur 20 jeunes et adolescents de 15-24 ans, seulement 1 a été testé durant les 12 derniers mois et a reçu les résultats de son dernier test. Les raisons principales sont liées à une insuffisance d'offre de services dédiés aux adolescents soit 26,3% et à l'insuffisance de la sensibilisation des adolescents/jeunes et la communauté (seulement dans 53% des cas) pour l'adoption de comportements sexuels responsables.

L'analyse des goulots de la prévention du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 24 ans, met en relief des goulots aussi bien au niveau de tous les déterminants de l'offre comme de la demande. Force est de constater qu'en dépit de la gratuité, l'intrant n'est pas disponible, et ne représente que 34% des besoins. Pour améliorer la qualité de la couverture effective (5%), il conviendra de mettre en œuvre des actions à l'endroit des adolescents, ce qui permettra de réduire la méconnaissance des modes de transmission et partant, d'améliorer les taux d'utilisation (respectivement, 10 et 9%) des services de prévention du VIH / IST.

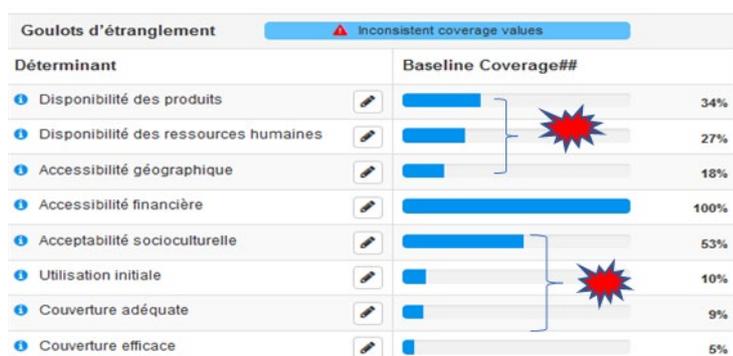


Figure 35: Les déterminants de la prévention du VIH chez les adolescents(e)s (15-24 ans)

3.1.6 Analyse des principaux goulots d'étranglement en matière de nutrition

L'analyse des goulots de la nutrition, s'articulera autour des trois niveaux de prestation à l'instar des autres composantes de la SRMNEA, c'est-à-dire au niveau des pratiques familiales ou communautaires, des services préventifs et curatifs.

➤ *Au niveau des pratiques familiales ou communautaires*

En ce qui concerne ce niveau de prestation, l'analyse des goulots de la nutrition a été prise en compte dans les autres composantes étudiées précédemment (santé maternelle/néonatale et la santé infanto-juvénile). Elle porte sur l'amélioration des conditions d'hygiène (WASH) et l'amélioration des pratiques alimentaires dont les traceurs respectifs sont le lavage des mains au savon et l'allaitement maternel exclusif (AME).

➤ *Au niveau des services préventifs*

La prévention du retard de croissance (Stunting) ou la malnutrition chronique, passe par la prévention de certains micronutriments dont le traceur est la supplémentation en vitamine A.

L'analyse des goulots de cette intervention, met en exergue une couverture effective de 60%. Les raisons de cette qualité passable sont principalement dues à une faible disponibilité de la vitamine A (40%) dans les CScom et une faible accessibilité financière des bénéficiaires. Les problèmes d'approvisionnement et du transport des districts vers les CScom ou sites ASC et la mauvaise quantification et prévision des besoins peuvent expliquer ce fait. La question de la disponibilité de la vitamine A dans les CScom (50%) est le principal goulot dans la quasi-totalité des régions (près de 70% des régions).



Figure 36: Les déterminants de la supplémentation en vitamine A

Sikasso qui a une disponibilité des intrants à 79% n'a que 37% de couverture effective en raison d'une faible accessibilité géographique.

➤ *Au niveau des services curatifs*

Dans cette partie, il est question d'analyser les goulots liés à la prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) ou le Wasting ou l'Emaciation dont le traceur est le plumpy Nut, aliment thérapeutique prêt pour l'emploi (RUTFOOD²⁰). Il ressort de l'analyse du graphique ci-contre, qu'en dépit de la disponibilité au niveau national, du plumpy nut et des ressources humaines à 100% ainsi que l'accessibilité géographique (80%), soit une disponibilité de 93% de l'offre, force est de constater une couverture adéquate qui est seulement à 61%. Soit près de 40% des bénéficiaires (2 enfants sur 5) qui ne sont pas guéris de la MAS. Un tel niveau de couverture cache des goulots dans la désagrégation régionale. Les principaux goulots, ont trait



Figure 37: Les déterminants de la prise en charge de la malnutrition Aiguë Sévère (MAS) /Wasting/Emaciation

²⁰ RUTFOOD : Ready to use Therapeutic Food

à l'accessibilité aux CScom dans un rayon de 5 Km et disposant des services de PCIMA, avec des URENAS²¹ fonctionnels (47%) et la disponibilité des personnels formés (56%).

3.1.7 Résumé de l'analyse des goulots des composantes de la SRMNEA+N

En définitive, au terme de l'analyse des goulots sur les différentes composantes de la SRMNEA+N, il importe de noter que la qualité est sévèrement atteinte (faible qualité) à tous les niveaux de prestations des services.

- *Les principaux goulots portent, aussi bien sur les déterminants de l'offre que sur ceux de la demande ainsi que sur les déterminants de l'utilisation. Au niveau de l'offre, les principaux goulots sont la disponibilité des intrants (approvisionnement et transport des intrants des districts vers les CScom) et les ressources humaines (disponibilité des ASC et relais communautaires formés) et l'accessibilité géographique aux CScom dans un rayon de 5 km.*
- *Quant à la demande, l'accessibilité financière est le principal goulot bien que la plupart des services soient fournies à titre gratuit aux cibles de la SRMNEA+N au niveau communautaire. Les coûts indirects liés aux frais de transports, aux frais des supports (carnets, fiches, etc.) et les coûts d'opportunités supportés par les bénéficiaires en raison des temps ou délais d'attente constituent d'autres contraintes. Bien que l'acceptabilité socio-culturelle soit globalement satisfaisante, il convient de remarquer la persistance des goulots en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et au niveau de la prévention du VIH/IST.*
- *De façon induite les goulots susmentionnés influencent la continuité de l'utilisation de certaines interventions.*

B- Analyse des goulots des composantes de l'environnement favorable de la SRMNEA+N

3.2 Goulots de l'environnement favorable de la SRMNEA+N

3.2.1 Analyse des goulots des médicaments

L'analyse des goulots relatifs aux médicaments révèle au niveau national une faible qualité de couverture de l'approvisionnement des 96 médicaments de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) soit, 55,70%. En ce qui concerne les médicaments du panier, la disponibilité des 13 produits d'importance vitale de la SRMNEA+N, est à 87,96 % ce qui signifie que près de 15 % des CSRef et CScom n'ont pas de disponibilité ou connaissent des ruptures dans ces produits alors que l'objectif de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) est de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels aux populations.

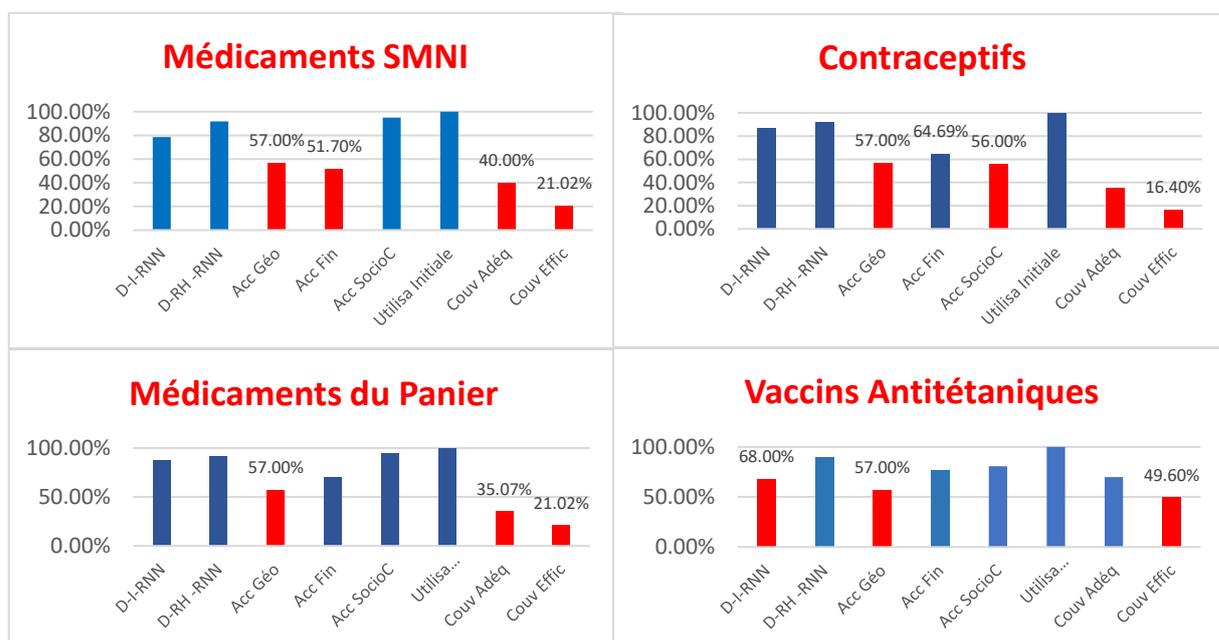


Figure 38: Les déterminants des différentes catégories des médicaments intervenants dans la SRMNEA+N

Il ressort de la figure ci-dessus que la qualité de la couverture correspondant au pourcentage de prescription rationnelle (la proportion d'ordonnance avec au maximum 4 médicaments) est faible dans toutes les catégories de médicaments analysées, soit 16% pour les produits contraceptifs, 21% pour les médicaments de la SMNI et du panier et 49,60% pour les vaccins antitétaniques. Les causes sont liées à l'accessibilité géographique soit 57%. C'est à dire qu'au Mali, près de la moitié des CScom ont des problèmes d'approvisionnement en intrants, pour des raisons de logistique, transports et les lenteurs du cycle d'approvisionnement. A cela, il convient d'ajouter l'accessibilité financière des produits de la SMNI car selon l'EDSM VI, 41% des mères citent les motifs d'accessibilité financière comme un obstacle au recours aux soins qui pourrait être levé par la politique si tous les coûts sont pris en compte.

3.2.2 Analyse des goulots en matière de ressources humaines

Les principaux goulots d'étranglements en matière de ressources humaines résident dans l'insuffisance quantitative et qualitative et la mauvaise répartition entre les villes et le milieu rural et entre les régions. La diversité des statuts des personnels constitue également un sujet de préoccupation dans la gestion des structures de santé. Le Mali est loin de la norme OMS qui est de 23 personnels de santé pour 10 000 Hbts. En outre, la moyenne nationale en personnel de santé n'est pas atteinte dans près de 2/3 des régions, ce qui entravera fortement l'atteinte des objectifs de la SRMNEA+N.

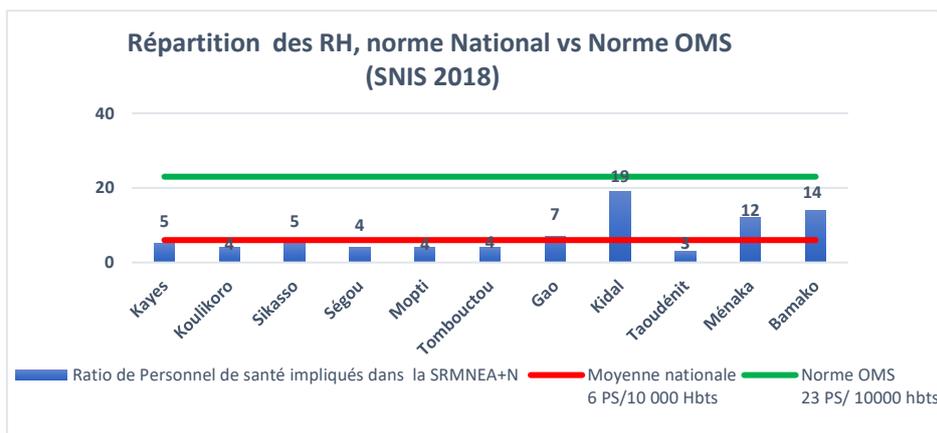


Figure 39: Les déterminants de la répartition des RH, norme National vs Norme OMS

Seul 34% des CSCom dispose d'un médecin avec des variations selon les régions. Le taux d'accouchement par personnel qualifié est en moyenne de 65,66% et seulement trois régions sur onze dépassent cette moyenne. Ce sont les régions de Gao (87,02%), Kidal (75,03%) et Bamako (99,6%). Les régions ayant un taux d'accouchement assisté de personnels qualifiés inférieur à la moyenne, sont celles en jaune. La région de Sikasso est celle qui a le taux d'accouchement assisté de personnels qualifié le plus faible (48,6%).

Il ressort de cette analyse un goulot dû à un sous-effectif de prestataires dans les CSCom et un second goulot lié à une qualification du personnel à même d'assister un accouchement.

3.2.3 Analyse des goulots en matière de financement

L'analyse du goulot d'étranglement du financement de la SRMNEA+N se heurte à la difficulté d'identifier dans le budget d'Etat les lignes y afférentes. Selon les estimations de l'étude sur la cartographie des ressources 9,1% du budget du ministère de la santé en 2018, hors financement extérieur était alloué à la SRMNEA-N. Cette part ne représenterait que 7,4% en moyenne sur la période 2019- 2023. Le deuxième goulot est relatif à la capacité de mobilisation du budget. Au sujet des allocations budgétaires liées à la SRMNEA+N, on constate un rythme moyen d'évolution assez faible comparativement aux allocations globales de santé soit 2,3% contre 5,9% entre 2019-2023. En valeur, le budget prévisionnel de la SRMNEA+N passe de 8,7 Milliards en 2019 à 10,8 Milliards en 2023. Cette tendance aurait pu connaître un meilleur sort n'eut été la persistance de la crise sécuritaire qui affecte la croissance économique et donc les recettes publiques.

Tableau 6: Pourcentage des CSCom avec au moins 1 Médecin et pourcentage d'accouchement assistés de personnels qualifiés

Régions	% CSCom avec au moins 1 Medecin	% Accht assist de Personnels Qualifiés
Kayes	24	61,5
Koulikoro	42	60,52
Sikasso	25	48,6
Ségou	40	61,13
Mopti	33	54,19
Tombouctou	23	64,27
Gao	23	87,02
Kidal	28	75,03
Taoudénit	33	51,68
Ménaka	16	54,86
Bamako	100	99,6
Moyenne	34	65,66

La fonction santé est une classification des dépenses des administrations publiques destinées à prendre en charge les différentes catégories de dépenses de santé.

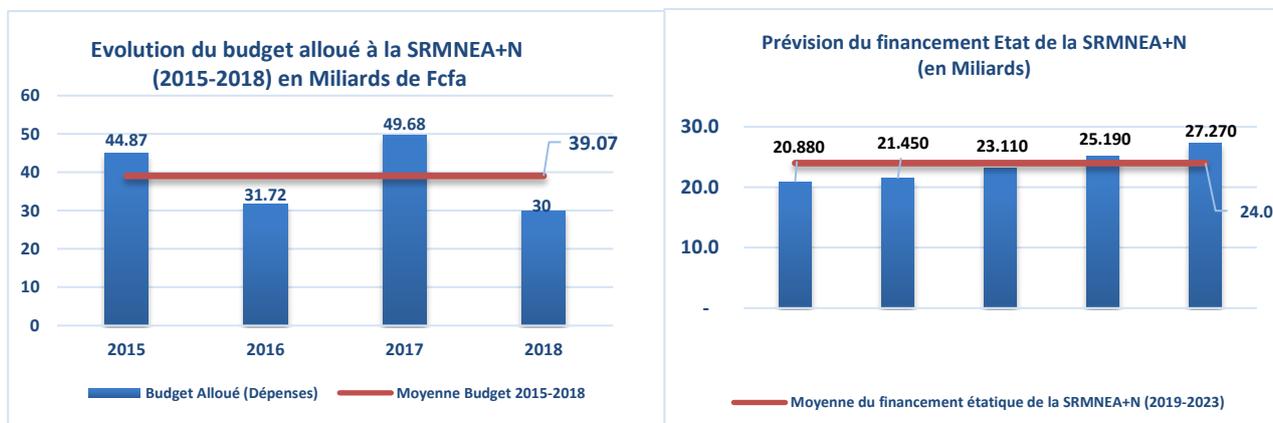


Figure 41: Evolution du budget alloué à la SRMNEA+N (2015-2018) Figure 40: Prévision du financement de l'Etat de la SRMNEA+N

Ces dépenses peuvent être gérées soit par le ministère de la santé ou d'autres ministères sectoriels. Pour le cas du Mali, la part des dépenses de santé reste largement en deçà de l'engagement d'Abuja qui préconise l'allocation de 15% du budget d'Etat à la fonction santé. La part de la fonction santé dans le budget de l'Etat entre 2017-2018 se situe en dessous de 6% et cette proportion ne s'améliore pas significativement selon les perspectives 2019-2023. Ceci constitue un défi de financement de la SRMNEA+N. A ces goulots, nous pouvons ajouter l'insuffisance du système de routine au niveau des régions et le non alignement des financements des partenaires.

3.2.4 Analyse des goulots de la gouvernance

L'un des goulots identifiés pour cette composante, est l'insuffisance de la coordination et de la gestion des programmes de la SRMNEA+N. Ce qui entraîne une faible collaboration intra et intersectorielle qui est préjudiciable à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de la nutrition. Cela impacte l'équité dans l'offre de service sur toute l'étendue du territoire. Le second goulot est l'insuffisance de la gouvernance dans la gestion des programmes de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la nutrition. En effet, beaucoup de ressources ont été injectées par l'Etat et ses partenaires dans la SRMNEA+N, et au regard de la faible qualité des indicateurs de la SRMNEA+N, il importe de mettre en place des mécanismes de redevabilité en lien avec les résultats de santé, d'où l'importance de la Gestion axée sur les résultats (GAR). A ces goulots, nous pouvons également ajouter la faible priorité et l'insuffisance de ressources accordées pour le système de suivi et évaluation, nécessaire pour le suivi des progrès vers l'atteinte des objectifs.

3.3 Résumé des goulots de l'environnement favorable

En définitive nous pouvons retenir que l'analyse de l'environnement favorable fait ressortir plusieurs goulots pouvant entraver l'atteinte ou l'amélioration des résultats escomptés de la SRMNEA+N. Ce sont entre autres :

- Un faible taux d'approvisionnement des intrants au niveau communautaire ;
- Une insuffisance de personnels aussi bien en quantité qu'en qualité au niveau communautaire ;
- La faible part du budget alloué à la SRMNEA+N ;
- Le faible taux d'exécution du budget ;
- La non-maitrise des flux financiers du secteur de la santé par le ministère en charge de la santé La faiblesse de la coordination et de la collaboration intersectorielle ;
- L'insuffisance voire le manque de mécanisme de redevabilité ;
- L'insuffisance du système de suivi et évaluation

De façon plus détaillée, il ressort que la qualité des services de la SRMNEA+N, est sévèrement atteinte, les couleurs rouge clair et foncé, indiquent la profondeur de la gravité pendant que les couleurs vert clair et foncé font allusion à une faible gravité, un niveau acceptable des indicateurs (voir tableau ci-dessous).

Tableau 7: Résumé des goulots de l'environnement favorable

	WASH : Lavage des mains	MII/Sureté Envntal	Allait Soins (AME) aux Nouveau-Nés & Nourri	Plan Familiale	Soins Périnatales (Suppl Fer Aci fo)	PTME	Vacc +	Accouch Assisté Prof Qlité (Soins essentiels)	Prise charge intégrée des maladies néonatales et infantiles : Antipaludique	SONU (Réanimation Néonatal)	Nutrition MAS	Nutrition stunting
Disp Int	41%									59%		43%
Disp RH	53%	49%	58%	51%	54%	52%			57%		44%	
Acc Gé	43%	55%	38%			42%	52%	42%	51%		53%	
Acc Fin	59%							57%				
Accepta Socio-cult	46%			37%	55%	45%		45%			52%	
Uti Ini	53%			34%				48%		57%		
Uti Cont	36%	51%		22%	33%	38%	57%	34%	53%	57%		
Couver Effective Qualité	25%	52%	35%	24%	21%	21%	47%	27%	31%	43%	54%	49%
Gravité du Goulot												
Forte Faible												



IV. REPONSE AUX GOULOTS D'ETRANGLEMENTS POUR L'AMELIORATION DE LA SRMNEA+N

4.1 Vision du dossier d'investissement

La vision du dossier d'investissement du Mali, s'inscrit dans celle du gouvernement décliné dans le PDDSS 2014-2023, qui est l'atteinte d'un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population malienne, en général, et pour les femmes et les enfants, en particulier, à travers un accès universel à des soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette vision est également reprise dans la réforme du système de santé, à savoir, assurer le bien-être de la population par un système performant offrant des soins et services de santé de qualité avec une équité d'accès universel, dans des conditions de sécurité sanitaire optimales. En cela, le gouvernement affiche sa volonté, de tout mettre en œuvre pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030 et réduire la pauvreté conformément aux orientations du Cadre pour la relance économique et le développement durable (CREDD). Il convient de rappeler que le DI découle du PRODESS IV et constitue la phase d'opérationnalisation de sa composante santé de la reproduction et la nutrition. Le présent dossier, projette de contribuer à l'atteinte de ces différents objectifs.

4.2 Objectifs du dossier d'investissement de la SRMNEA+N

OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du dossier d'investissement de la SRMNEA-N est d'accélérer les efforts déployés pour la réduction des décès évitables des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents, et l'amélioration de la santé et la qualité de vie des femmes, des enfants et des adolescents.

RESULTATS ATTENDUS

Le dossier d'investissement de la SRMNEA+N, s'inscrit en parfaite adéquation avec la réforme de la santé et s'aligne avec le PRODESS IV et le MAP afin de permettre à la population malienne d'avoir accès à un service de santé de qualité, équitable. Ses objectifs cadrent aussi avec ceux des ODD.

Les résultats attendus du Dossier d'investissement (DI), s'inscrivent dans ceux du plan SRMNEA+N qui s'énoncent comme suit :

1. le taux de mortalité maternelle est réduit de 325 à 146 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2023;
2. le taux de mortalité néonatale est réduit de 33 à 16 pour 1 000 naissances vivantes, d'ici 2023 ;
3. le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit de 101 à au moins 95 pour 1000 naissances vivantes, ;
4. la malnutrition est réduite chez les enfants de 0 à 5 ans, d'âge scolaire (6 à 14 ans) et les femmes en âge de procréer ;
5. l'indice de fécondité est réduite par l'augmentation de la prévalence contraceptive de 16 % à 20% ;
6. la proportion de femme 15-49 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles est réduite de 10,8% en 2018 à 2% en 2023.
7. le pourcentage d'enfant disposant d'un acte de naissance est accru à 20%.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

L'atteinte des résultats ci-dessus définis dépend de la réalisation des objectifs spécifiques suivants :

- Accroître l'utilisation des services de qualité de la SRMNEA-N ;
- Réduire les cas de violence basée sur le genre et assurer la prise en charge holistique des survivants ;
- Accroître la disponibilité des soins continus et services de qualité y compris au niveau communautaire
- Améliorer l'accès aux soins par un mécanisme de financement adapté
- Améliorer la planification, le suivi évaluation et la coordination
- Assurer une meilleure protection juridique de l'enfant, de l'adolescent et de la mère ;

4.3 Les stratégies de la SRMNEA+N à mettre en œuvre

Les stratégies proposées pour lever les goulots d'étranglements et atteindre les résultats ainsi identifiés au paragraphe précédent sont résumées ci-dessous par groupe de déterminants et selon le niveau de prestation :

- ✓ Les déterminants de l'offre de service pour tout ce qui concerne la disponibilité des intrants, la disponibilité des ressources humaines qualifiées et l'accessibilité géographique ;
- ✓ Les déterminants de la demande de services avec en particulier l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle et comportementale ;
- ✓ Les déterminants directement liés à la première et seconde utilisation (utilisation adéquate) ou effective (de qualité) des services.
- ✓ Les déterminants liés à l'environnement favorable du système de santé (leadership, gouvernance, coordination, organisation des services, suivi et communication (le système d'information), l'enregistrement des naissances et le secteur privé.

L'organisation de la réponse aux goulots susmentionnés, se fera à travers la détermination des principaux domaines prioritaires sur lesquels le MSAS devrait orienter son action. Elle concerne

1. La mise en œuvre du paquet de services essentiels de la SRMNEA-N, incluant les prestations de services (i) de santé maternelle, néonatale, infantile et ceux adressés aux survivantes des VBG (ii) de nutrition (iii) de santé de la reproduction des adolescents et jeunes, et (iv) les interventions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH).

La mise en œuvre de ces services, requière un renforcement des piliers du système de santé que sont : (i) les infrastructures et équipements nécessaires, (ii) les ressources humaines, (iii) les médicaments et la chaîne d'approvisionnement, (iv) la réforme du financement de la santé (sous-Priorité 1.3), et (v) le secteur privé.

2. L'augmentation de la demande et de l'accès équitable aux services de santé grâce à (i) la sensibilisation pour le changement social de comportement en faveur de la santé, (ii) l'accès gratuit pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans aux prestations de service de SRMNEA y compris la planification familiale et (iii) l'extension de la couverture maladie universelle.
3. L'amélioration de l'environnement favorable du système de santé en l'occurrence (i) la gouvernance, (ii) l'efficacité des ressources financières, (iii) le système d'information sanitaire, (iv) l'enregistrement des naissances et (v) l'état-civil.

4.4 Mise en œuvre du paquet des services prioritaires de la SRMNEA +N

4.4.1. Le paquet de services de la SRMNEA-N et ceux orientés aux personnes victimes des VBG

Au regard de l'évolution lente des résultats de santé au Mali en général et plus particulièrement au Nord et au Centre du pays, en dépit des efforts du gouvernement et ce, à la faveur de la situation post-crise, il convient de mettre à échelle des interventions à hauts impacts permettant de contribuer efficacement à la réduction drastique des mortalités maternelle, néonatale et infantile et celle des adolescentes. Force est de constater, une tendance à l'augmentation de la couverture des interventions dans le continuum des soins, et cette tendance doit se poursuivre en vue de la réalisation des objectifs nationaux. Cependant, certaines interventions à fort impact ont encore une très faible couverture et nécessitent par conséquent des efforts supplémentaires pour réduire le grand nombre de femmes, de nouveau-nés, enfants ainsi que les adolescents qui meurent tout en maintenant les acquis. Il apparaît indispensable donc d'investir davantage pour accélérer la couverture et la qualité de certaines interventions à haut impact au cours des cinq prochaines années et réduire les disparités dans la couverture des interventions tout au long du continuum de soins.

Le Dossier d'investissement propose ces interventions ci-dessous à hauts impacts à même de réduire les principales causes de mortalités maternelles et infanto-juvénile. Elles sont réparties en trois paquets, le paquet

communautaire (pratiques sanitaires familiales), le paquet préventif et le paquet curatif. D'après LIST, les interventions comme l'utilisation des latrines ou des toilettes, le raccordement d'eau à la maison, le lavage des mains au savon, ont respectivement une efficacité de 29%, 63% et 27% sur la réduction de la mortalité liée à la diarrhée. Dans le curatif les antibiotiques oraux, injectables néonatales et les soins complets pour la septicémie néonatale contribuent respectivement à 42%, 75% et de 90%.

Pour réduire la mortalité maternelle, les interventions telles que le TPI (le traitement préventif Intermittent), l'anatoxine tétanique, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et la prise en charge du paludisme ont respectivement une efficacité de 35%, 98%, 72,5% et 80% et en général les soins Obstétricaux d'urgence de Base et complets (SONUB et SONUC) sont un véritable levier de la réduction de la mortalité maternelle.

A celles-ci, il faut ajouter les interventions pouvant aider à réduire la violence basée sur le genre ainsi que la prise en charge de qualité des filles, femmes et hommes qui sont à risque ou survivants des VBG/AES. Ces interventions peuvent être entre autres (i) la lutte pour l'abandon des pratiques néfastes comme l'excision, le mariage d'enfants, (ii) la protection et l'assistance juridique pour les victimes, (iii) la promotion de la scolarisation des filles, (iv) la couverture des besoins de santé de la reproduction des femmes.

4.4.2. Le paquet de services de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes

La mise en œuvre d'interventions orientées vers les adolescents, par le ministère de la santé, pourrait contribuer à réduire la mortalité des adolescents. Le dossier d'investissement propose des interventions qui portent sur la sensibilisation à la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ), la formation des Agents de santé communautaire sur la SRAJ, le dépistage des jeunes à travers des campagnes de sensibilisation dans les CDV fixes et mobiles, le renforcement de la communication de masse par la mise en œuvre d'une campagne de communication sur la SRAJ à travers les médias avec l'implication des religieux et des communicateurs traditionnels et autres leaders d'opinion et la sensibilisation dans les établissements scolaires et dans la communauté.

Dans la même veine, des interventions multisectorielles seront mises en œuvre et elles concerneront la prévention des comportements sexuels à risque à travers le renforcement de l'éducation sexuelle ou l'éducation à la santé de la reproduction et la prévention des IST / VIH / Sida, la prévention des conduites addictives en mettant l'accent sur les groupes d'adolescent(e)s / jeunes à risque (déscolarisés, enfants de la rue, sans qualification et sans emploi, en établissement pénitentiaire, etc.) via l'intégration des modules SRAJ dans les curricula scolaire et universitaires.

4.4.3. Le paquet de services de la nutrition

La situation nutritionnelle du Mali est très préoccupante et nécessite une forte implication institutionnelle ainsi que la mise en œuvre d'interventions à haut impacts pour réduire les effets et impacts de la malnutrition et de la sous-nutrition.

Les interventions du présent dossier d'investissement, s'inscrivent dans la politique nationale de nutrition et dans la réforme du système de santé. Elles cherchent à réduire les impacts socio-économiques et sanitaires de la malnutrition/sous-nutrition. Elles portent sur le soutien aux ménages à la création des Activités Génératrices de Revenus (AGR). Dans cette mesure, les revenus issus de ces activités faciliteront l'accès des ménages/familles à un régime alimentaire adéquat. La lutte contre la malnutrition passera aussi par la sensibilisation communautaire à la production et à la consommation de produits locaux notamment pendant la période de soudure.

En ce qui concerne la réforme du système de santé, il s'agira de :

- Renforcer les capacités des agents de la plateforme communautaire (ASC, des relais et les groupes de soutien aux activités de nutrition...) dans l'ensemble des aires de santé sur la PCIMA révisée,
- Réaliser la prise en charge de près de 256 100 enfants souffrant de malnutrition aigüe en stratégie avancée et en équipe mobile,
- Accélérer la mise en œuvre du plan d'action multisectoriel de la nutrition 2020-2024, incluant un plan d'enrichissement des aliments locaux pour les populations urbaines et rurales.

Dans le cadre de la protection sociale des personnes vulnérables, le dossier d'investissement prévoit des filets sociaux ou aide humanitaire dont l'alimentation nutritive (ratio hybride) et autres appuis aux personnes déplacées dans certaines zones vulnérables.

4.4.4 : Amélioration des interventions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH)

Le succès de la mise en œuvre de la SRMNEA+N, ne sera possible que lorsque des questions liées à l'environnement familial et communautaire, sont prises concomitamment avec les autres interventions. En s'alignant sur les objectifs stratégiques 4 du PRODESS IV portant sur la promotion d'un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé, sur l'objectif 3 du pilier I du Plan d'Action du Mali (MAP) relative à la mise en œuvre d'un programme de familles modèles ayant des comportements sains tels que l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux services, le DI a formulé des interventions ou activités pour contribuer à ces objectifs. Ces interventions mettent en exergue l'importance quasi primordiale de l'eau et de l'assainissement dans l'atteinte des résultats de la SRMNEA+N, ce sont entre autres :

- La motivation des ASC et relais communautaires pour la mise en œuvre du programme de lavage des mains au savon ;
- La sensibilisation sur la mise en place et la dynamisation des comités villageois de gestion de l'eau ;
- La réparation et création des latrines ou points d'eau communautaires,
- La dotation de certains CSCom en Kit de lavage des mains ;
- L'installation des dispositifs de lavage des mains dans des lieux publics et au niveau communautaires ;
- L'organisation d'un concours communautaire du « **village sain** » et de « **l'école ou l'établissement sain** », concours dont les conditions de sélection pour la participation seront basées sur les critères WASH et dont les organes seront consensuellement constitués. Cela pourrait entraîner une saine émulation en matière d'assainissement entre les communautés et établissements scolaires en milieu rural et urbain. A terme, cela entraînera un changement de comportement vis-à-vis du WASH ;
- La réalisation de pompe à motricité humaine, facile à maintenir et relativement accessible est également nécessaire.

Tableau 11 : Paquets de services de SRMNEA-N

Domaines	Pratiques sanitaires familiales	Services préventifs	Services curatifs
Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Possession de MII ou PID ; Prévention des accidents chez les enfants ; Soins de protection thermique ; Pratiques de soins postnatals propres Les ménages font enregistrer les enfants à l'état civil dès la naissance ;	Utilisation de contraceptifs ; Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique) ; TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du paludisme ou dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ; Dépistage et traitement de la syphilis ; Supplémentation en calcium ; Supplémentation en fer et en acide folique ; Prise en charge des cas d'hypertension ; Prise en charge des cas de diabète ;	SRO - sels de réhydratation orale ; Antibiotiques oraux destinés aux nouveau-nés ; Antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale Antibiotiques - traitement de la dysenterie ; Zinc - traitement de la diarrhée ; Antibiotiques oraux - prise en charge des cas de pneumonie aiguë chez l'enfant Vitamine A - traitement de la rougeole Antipaludiques - combinaison thérapeutique

Domaines	Pratiques sanitaires familiales	Services préventifs	Services curatifs
		<p>Prise en charge des cas de paludisme ;</p> <p>MgSO₄- prise en charge de la pré éclampsie ;</p> <p>RCIU - détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin ;</p> <p>PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;</p> <p>Vaccin BCG ;</p> <p>Vaccin antipoliomyélitique ;</p> <p>DTC3</p> <p>Vaccin contre le Hib</p> <p>Vaccin contre l'hépatite B</p> <p>Vaccin antipneumococcique</p> <p>Vaccin contre les rotavirus</p> <p>Rougeole ;</p> <p>Blessures dues à la violence exercée par un partenaire intime : agression physique</p> <p>Organiser 300 dialogues communautaires sur l'importance de la CPN dans l'ensemble des districts sanitaires</p> <p>Organiser des séances de Dialogue Communautaire dans toutes les aires de santé dans le cadre de recours aux soins</p> <p>Réaliser une rencontre par an à l'endroit des populations (Hommes et Femmes) par village en utilisant l'approche C4D sur l'autonomisation de la femme sur leur santé</p>	<p>à base d'artémisinine pour traiter le paludisme ;</p> <p>Co-trimoxazole ;</p> <p>TARV (chez les enfants) ;</p> <p>Soins essentiels ;</p> <p>Bonnes pratiques d'hygiène à la naissance ;</p> <p>Examen et stimulation immédiats ;</p> <p>AMTSL - prise en charge active de la délivrance ;</p> <p>MMK - méthode « mère kangourou » ;</p> <p>Chlorhexidine ;</p> <p>Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement</p> <p>Réanimation néonatale</p> <p>Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement</p> <p>Prise en charge des patientes après avortement</p> <p>Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine</p> <p>Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré</p> <p>Administration d'antibiotiques en cas de RPM</p> <p>MgSO₄ - prise en charge de l'éclampsie</p> <p>Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines</p>

Domaines	Pratiques sanitaires familiales	Services préventifs	Services curatifs
			<p>Prise en charge des cas de septicémie maternelle</p> <p>Prise en charge des prématurés</p> <p>Administration de soins de soutien complets aux prématurés</p> <p>Prise en charge des cas de grave infection néonatale</p> <p>Administration de soins de soutien complets en cas de septicémie/pneumonie</p> <p>Soins des blessures dues à la violence exercée par un partenaire intime : agression sexuelle ;</p> <p>Accès aux soins après avortement.</p>

Domaines	Pratiques sanitaires familiales	Services préventifs	Services curatifs
Santé de l'adolescent et des jeunes		Distribution des préservatifs ; Planification familiale (contraceptifs) ; Sensibilisation des ados jeunes / jeunes pour l'adoption de comportement sexuel responsable ; Vaccin contre l'hépatite B ; Sensibilisation à la santé de la reproduction, Dépistage des adolescents et jeunes à travers des campagnes de sensibilisation dans les CDV fixes et mobiles Communication de masse sur la SRAJ Prévention des conduites addictives Réaliser 500 dialogues communautaires à travers l'approche C4D axé sur la prévention du paludisme	Antipaludiques - combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour traiter le paludisme ; Co-trimoxazole ; Soins des blessures dues à la violence exercée par un partenaire intime : agression sexuelle Accès aux soins après avortement
Nutrition	Allaitement maternel exclusif ; Allaitement maternel (12-23 mois) ; Alimentation complémentaire - éducation et supplémentation ; Allaitement maternel (6-11 mois) Le ménage consomme le sel iodé	Supplémentation en micronutriments multiples ; Fortification/supplémentation en acide folique ; Supplémentation énergétique équilibrée ; Supplémentation en vitamine A ; Supplémentation en zinc Renforcer les capacités des agents de la plateforme communautaire Enrichissement des aliments locaux et sensibilisation des populations pour leur utilisation	Alimentation thérapeutique en cas d'émaciation grave [malnutrition aiguë sévère (MAS)] Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) Prise en charge de la malnutrition aiguë en stratégie avancée et en équipe mobile

Domaines	Pratiques sanitaires familiales	Services préventifs	Services curatifs
WASH	Sources d'eau améliorée ; Assainissement amélioré ; Evacuation hygiénique des selles ; Lavage des mains au savon ; Dynamisation des comités villageois de gestion de l'eau Organisation d'un concours communautaire du « village sain » et de « l'école ou l'établissement sain »	Organiser une fois par mois des focus groupe sur le WASH au cours d'IEC dans chaque CSCOM ; Sensibiliser les ménages sur la pratique du lavage des mains lors des visites à domicile par les ASC et les relais communautaires Réaliser 52 émissions radiophoniques par mois pour l'ensemble des districts sanitaires Sensibiliser 50 villages/fractions par les relais sur l'importance du lavage des mains au savon	

4.5 Modalités de mise en œuvre du paquet de services prioritaires de la SRMNEA+N

La section qui suit, décrit un ensemble d'interventions clés qui seront introduits ou mis à l'échelle afin de relever les principaux défis dans des domaines tels que les ressources humaines pour la santé, la qualité des soins, la chaîne d'approvisionnement, la disponibilité des services et l'utilisation des services. Ces mécanismes s'attaquent généralement à de multiples goulots d'étranglement de la mise en œuvre des services de la SRMNEA+N dans la perspective de la couverture maladie universelle.

4.5.1 Renforcement du déploiement et de la qualité des ressources humaines

Les ressources humaines constituent la pierre angulaire de l'amélioration de la couverture et de la qualité des services. En d'autres termes, lorsque toutes les conditions financières et structurelles sont réunies, le succès envisagé de la réforme du système de santé dépendra de la disponibilité des ressources humaines en qualité et en nombre suffisant. Elles devraient être déployées principalement dans les zones les plus défavorisées et à faibles résultats sanitaires. En s'alignant au document de la réforme, au premier pilier du plan d'action du Mali ainsi qu'à l'objectif stratégique 8 du PRODESS IV portant sur l'amélioration de la qualité des ressources ainsi que la mobilisation des ASC, le Dossier d'investissement prévoit des activités pour le renforcement de ce pilier :

- Tenir un atelier de mise à niveau des prestataires sur la gestion des intrants dans chaque district ;
- Organiser trois sessions de formation SONU de 14 jours avec 15 participants (une session chaque 2 ans) ;
- Rendre disponible les ressources humaines de SRMNEA-N en quantité et qualité dans les CSCOM et dans les hôpitaux de district ;
- Former 538 prestataires établissements de santé et 500 ASC sur le paquet révisé de la santé communautaire ;
- Former 50 nouveaux prestataires dans tous les districts sanitaires en technologie contraceptive moderne en session ;
- Faire la mise à niveau de 200 prestataires des anciens sites PTME de certains districts sanitaires ;
- Contribuer à rendre fonctionnels certains CScom dans le cadre de la réforme ;
- Former 150 prestataires en PTME/Option B+ par an ;
- Former 200 prestataires de santé sur la CPN recentrée/ Accouchement de qualité chaque deux ans ;

- Former les ressources humaines du secteur en fonction des besoins ;
- Former le personnel qualifié en délégation de tâches ;
- Renforcer l'implication des tradipraticiens dans l'amélioration des bonnes pratiques familiales (AME, WASH) et dans la référence des complications dues au palu, aux IRA, à l'anémie ...
- Former 150 prestataires sur le dépistage VIH à l'initiative du prestataire ;
- Assurer la formation initiale de 26 nouveaux sites PTME (52 prestataires.) ;
- Organiser des sessions de formation des agents de santé et les ATR sur le counseling en PF chez les FAP ;
- Créer des mesures incitatives pour le déploiement du personnel dans les zones défavorisées ;
- Poursuivre la médicalisation des CSCom.

4.5.2. Mise en œuvre de l'approche communautaire

La mise en œuvre de la SRMNEA+N, se fera également par la voie communautaire dans le cadre de la restructuration de la santé communautaire. Cette réforme a pour objectif la rénovation et restructuration du réseau CSCom, gratuité ciblée des frais d'utilisation pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans les personnes âgées de plus de 70 ans et les services de planification familiale et la disponibilité des agents de santé communautaire.

De façon immédiate, cette réforme entend éliminer les obstacles à l'accès et accroître l'utilisation des services, cela permettra de susciter la demande des services de la SRMNEA+N à travers le réseau national d'ASC. Ces Agents de santé communautaires, sont les principaux prestataires de services généraux de première ligne à toute la communauté et jouent également le rôle d'aiguillage des patients et membres de la communauté vers les CSCom selon les cas et selon les besoins médicaux, et auront la charge de la référence/évacuation médicale du village jusqu'au CSCom.

Cette approche passe dans un premier temps par le renforcement des capacités institutionnelles des CSCom et leurs déploiements sur la période afin d'accroître leur influence et leur impact et à améliorer l'offre du paquet essentiel de la SRMNEA+N. La seconde est l'amélioration de la demande de soin qui passe par la mobilisation et la sensibilisation communautaire à l'utilisation des services de santé. Ces différentes orientations de la réforme suggèrent le renforcement des capacités des ASC et leurs déploiements dans tous les CSCom. Le DI a proposé ci-dessous quelques principales activités en soutien à la mise œuvre à base communautaires des services de la SRMNEA+N :

- Contribuer à la modernisation/déploiement des Cscm dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme, soit respectivement 5%, 14% ; 27% et 54% de la première à la dernière année de la réforme
- Soutenir le déploiement des ASC au niveau communautaire soit respectivement 6% ;15% ; 34% et 44% ;
- Orienter 200 leaders communautaires (chefs de village, chefs coutumiers...) et 100 autorités administratives sur les avantages de la planification familiale moderne par région
- Organiser 2 sessions de sensibilisation par an avec 216 groupements féminins dans chaque district sanitaire de la région
- Elaborer un plan de communication sur la PTME adapté au contexte socioculturel de la région
- Opérationnaliser le plan de communication sur la PTME adapté au contexte socioculturel de la région
- Organiser les sessions de micro-planification et de monitoring dans les aires de santé
- Organiser des séances de Dialogue Communautaire dans toutes les aires de santé dans le cadre de recours aux soins
- Intensifier les séances de sensibilisation dans les CSCom et au niveau des équipes mobiles
- Réaliser 500 dialogues communautaires à travers l'approche C4D axé sur la prévention du paludisme.

4.5.3. Amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement

Au Mali le gouvernement s'est engagé, à disposer d'une politique pharmaceutique nationale révisée et adoptée en janvier 2012. L'objectif de cette politique est de « garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel ». De plus, il existe un schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME) et une liste Nationale des médicaments essentiels de

laquelle est extraite celle des médicaments du panier au nombre de 10. La révision de cette dernière a permis de prendre en compte 2 autres médicaments, ramenant à 12 le nombre de médicaments du panier ; à cela il faut ajouter la révision du plan de sécurisation des produits de la santé de la reproduction.

Toutefois, l'insuffisance dans le respect du circuit de distribution et des procédures d'approvisionnement occasionne des ruptures fréquentes des intrants et médicaments essentiels au niveau des structures de santé, préjudiciables à la qualité des services SR. Les activités suivantes permettront de lever ces différents goulots :

- Evaluer le besoin en équipement SONUB et doter au moins 5 structures de santé par an et par région en équipement SONUB
- Contractualiser avec une structure privée pour le transport et la logistique des produits PF des districts vers les CSCom
- Rendre fonctionnel les chaînes de froids existants depuis 2018
- Doter les structures de santé qui n'ont pas de chaîne de froid
- Distribuer gratuitement les carnets de vaccination par les ASC au niveau communautaire
- Mettre en place et accompagner l'unité logistique
- Renforcer les capacités de la PPM
- Réviser le schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels.

4.5.4. Renforcement du secteur privé

Le secteur privé joue un rôle primordial dans l'offre de soins et le financement de la santé et dans divers partenariats contribuant ainsi à l'atteinte des résultats de la SRMNEA-N au Mali. Au regard du rôle du privé dans l'atteinte des objectifs de la santé, le DI prévoit plusieurs activités de mobilisation du secteur privé en faveur de la SRMNEA-N :

- Mener un plaidoyer auprès des opérateurs privés sur leur responsabilité sociale dans l'amélioration des résultats de la SRMNEA-N ;
- Renforcer le partenariat public-privé en faveur de la SRMNEA-N
- Encourager les structures sanitaires privées dans les activités de revues des données ;
- Renforcer la contractualisation du secteur privé pour des missions de service public ;
- Limiter l'ouverture des écoles privées de formation en santé aux professionnels de la santé et sous l'autorisation du Ministère de la santé ;
- Former et sensibiliser des prestataires de la médecine traditionnelle.

4.5.5 Réforme du financement de la santé en vue d'améliorer la qualité des services de la SRMNEA-N : Financement Basé sur les résultats (FBR)

Le FBR aura un fort impact sur la qualité des services de la SRMNEA-N. grâce à l'achat de services à travers une contractualisation avec les structures sanitaires.

Encadré 1 : Financement basé sur les résultats et son impact dans la mise en œuvre de la SRMNEA+N

Le FBR est une réforme en cours dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dans des contextes de fragilité, conflit et violence (FCV), qui vise à renforcer le système de santé. Son principe repose sur la relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il permettra dans sa mise en œuvre, d'éliminer les obstacles critiques à la prestation de services de soins dans les établissements de santé. Ces défis incluent (i) l'insuffisance de fonds pour faire face aux dépenses de fonctionnement, (ii) l'insuffisance d'autonomie pour trouver les solutions locales et adaptées aux problèmes que rencontrent les prestataires de soins et gérer les ressources nécessaires à l'achat de médicaments et à attirer et motiver des ressources humaines qualifiées dans les hôpitaux secondaires et tertiaires ;

(iii) l'insuffisance de focalisation sur les résultats et l'utilisation limitée des données de performance à tous les niveaux. (iv) l'insuffisance de responsabilisation des acteurs et de transparence dans la gestion du système de santé ; et v) la faible capacité de gestion à tous les niveaux, (vi) l'insuffisance de ressources au niveau opérationnel. Au lieu d'allouer les ressources matérielles et humaines (intrants physiques) par le canal d'une planification centralisée, Le FBR, accorde directement des ressources financières aux établissements de santé en fonction des résultats obtenus et en leur donnant plus d'autonomie pour une gestion participative et transparentes des

ressources au niveau des structures sanitaires afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité de l'offre de services essentiels. Cette autonomie, sous-tend par la même occasion la responsabilité de toutes les parties prenantes.

Le principe de contractualisation des formations sanitaires avec des agences d'achats, ou structures publiques, sera utilisé dans le cadre de la mise en œuvre des services de la SRMNEA+N et aura pour corollaire l'amélioration quantitative et qualitative de la prestation des services ce qui entrainera à terme une augmentation de la couverture des interventions de la SRMNEA+N.

Dans ces contrats, les formations sanitaires seront rémunérées en fonction de l'atteinte des résultats en termes de services de qualité de SRMNEA-N fournis. Pour le moment le FBR est prévu d'être mis en œuvre dans 17 districts sanitaires qui représentent environ 4,5 millions d'habitants sur 20 millions soit 22,5 % de la population, dont 731 000 enfants âgés de moins de 5 ans et environ 1 million de femmes âgées de 15 à 49 ans. Ainsi le DI, propose l'extension progressive du financement basé sur les résultats à l'ensemble des formations sanitaires de premier niveau grâce à la mobilisation/réorientation des ressources du budget de l'Etat qui financeront dorénavant les achats de service à la place des intrants. Des activités en soutien à la mise en œuvre de ce mécanisme dans le cadre de la mise en œuvre de la SRMNEA-N pourraient être :

- La réorientation voire l'augmentation des crédits actuellement délégués aux CSCOM pour des acquisitions d'intrants en faveur de l'achat des services de SRMNEA-N;
- La formation et le renforcement des capacités techniques de tous les acteurs (Structures de santé, prestataires de la société civile, les vérificateurs, la communauté, etc.) ;
- La sensibilisation des associations locales pour une meilleure gestion de leur rôle de vérification de la satisfaction de l'utilisateur ;
- L'instauration d'un mécanisme de redevabilité des structures de prestations à travers la contractualisation d'une agence d'audit externe dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR) ;
- Le renforcement de l'autonomie de gestion des structures sanitaires (hôpitaux de district) par la mise en place et l'animation des organes chargés de l'administration et de la gestion.

4.6. Augmentation de la demande et de l'accès équitable aux services de la SRMNEA-N :

Afin d'accroître la demande de services de SRMNEA les activités porteront essentiellement sur la sensibilisation et la communication pour le changement de comportement.

L'accès équitable sera réalisé à travers :

- L'application des gratuités décidées par la réforme du système de santé soit :
 - 100% de la population bénéficieront d'un accès gratuit à un ensemble de services essentiels dispensés à leur porte par les ASC ;
 - 100% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans bénéficieront d'un accès gratuit aux soins dans tous les centres de santé ;
 - toutes les femmes en âge de procréer auront accès gratuitement à la planification familiale.
- L'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU).

Afin de résorber les problèmes liés à l'accessibilité financière aux soins de santé, le Mali a instauré un système de couverture maladie universelle. Ainsi, l'Etat envisage de mettre en place un régime unique de gestion du risque et définir un paquet de soins selon les priorités concernant la santé publique et en fonction des ressources disponibles. Le gouvernement, à travers l'Assurance maladie universelle (RAMU) vise à assurer la prise en charge financière à hauteur de 100% pour les démunies et 80% du paquet de soins pour les populations du secteur informel. Selon les prévisions établies, la couverture maladie universelle atteindra en 2023 45% de la population soit la totalité du secteur formel, plus de 1 million de démunies et plus de 5 millions d'assurés du secteur informel non pauvre.

4.7 Amélioration de l'environnement favorable à la mise en œuvre des services de SRMNEA+N

4.7.1: Renforcement de la gouvernance et de l'efficacité des ressources de la santé

La gouvernance de la SRMNEA+N souffre de plusieurs maux dont l'insuffisance de la coordination et de la gestion des programmes de la SRMNEA+N au niveau national et aussi au niveau des PTF. A cela, il faut ajouter une faible collaboration intersectorielle et des PTF ainsi qu'une insuffisance de la gouvernance dans la gestion efficace des fonds alloués. Pour apporter une réponse à ces insuffisances, le DI envisage les activités ci-dessous :

- Création d'un mécanisme de redevabilité à travers la production de rapports trimestriels sur les progrès réalisés et des échecs par rapport aux indicateurs de processus et de résultats de la SRMNEA+N
- Assurer le suivi-évaluation régulier des activités de communication des ASC par les différents niveaux ;
- Réaliser une supervision trimestrielle CSCom/ASC, CSRef/CSCom et semestrielle DRS/CSRef des activités de la SRMNEA+N ;

- Une session annuelle de plaidoyer auprès du MEF et la Primature pour l'augmentation du budget alloué à la santé ;
- Augmenter les ressources du budget d'Etat allouées à la SRMNEA-N ;
- Améliorer la coordination des interventions SRMNEA-N, y compris celles des partenaires ;
- Réaliser deux sessions de plaidoyer à l'endroit de l'Assemblée Nationale, du Conseil Economique, Social et Culturel, du Haut Conseil des Collectivités et des PTF en vue de la mobilisation des ressources en faveur de la SRMNEA+N ;
- Réaliser 1 session de plaidoyer auprès des gouverneurs, les conseillers régionaux, conseillers de cercles et les maires en vue de leurs soutiens aux activités de la SRMNEA+N ;
- Introduire les indicateurs de suivi et d'évaluation du DI dans les cadres de suivi et d'évaluation du PRODESS ;
- Renforcer les capacités des associations de la société civile pour une meilleure implication et pour mieux jouer leur rôle de contre-pouvoir pour la négociation de tarif adéquat et la qualité des prestations des structures sanitaires.

4.7.2: Renforcement du système d'information Sanitaire et Social

Au Mali, le système national d'information sanitaire (SNIS), qui fonctionne à l'aide de la version 2 du logiciel d'information sur la santé du district (DHIS2), est suffisamment robuste pour sélectionner des indicateurs pour la SRMNEA+N. La collecte et la communication de données de routine par les établissements publics sont satisfaisantes globalement. Cependant, les données du secteur privé ne sont pas toutes collectées ni rapportées régulièrement. Le paramétrage, dans ce nouveau logiciel, des différents outils du SLIS, du Système d'Information Hospitalier (SIH), du Système d'Alerte Épidémiologique (SAE), des programmes (tuberculose, VIH, paludisme.), du Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL) a permis l'interopérabilité du DHIS2 avec l'outil de suivi des produits de santé (OSP SANTE). Ainsi à ce jour, selon PRODESS IV, la mise en œuvre de la feuille de route de développement du DHIS2 a permis de couvrir 100% des districts sanitaires, 100% des hôpitaux et 96% des CSCom. Il est évident que ce logiciel DHIS2 a amélioré non seulement la disponibilité de l'information sanitaire aux différents niveaux de la pyramide mais aussi la qualité des données. Toutefois, les difficultés d'accès à la connexion internet au niveau de certains CSCom limitent la promptitude et la complétude des données²².

Par ailleurs les conclusions de l'évaluation PRISM de 2018 (Aminata Traoré et al.) sur l'évaluation de la performance du système d'information hospitalier (SIH) a relevé principalement les difficultés liées à l'archivage des outils SIH et des documents produits par le système ce qui affecte sérieusement la qualité des données et également le niveau d'utilisation de ces données analysées dans les structures de base.

Dans la perspective de renforcement du système d'information sanitaire en général et plus particulièrement dans les CSCom du niveau communautaire, le DI propose des activités à même de relever ces différents goulots. Ce sont entre autres :

²² PRODESS IV

Renforcer à tous les niveaux, la capacité technique des acteurs dans la collecte, l'analyse, la diffusion et de l'utilisation des données sanitaires, (Appui à la production de tous les annuaires statistiques, SNISS, SLIS, SIH, SISO, SIFEF, SI-GRH) ;

Assurer la fourniture de la connexion haut débit à tous les CSCOM, paramétrer les données du secteur privé dans le DHIS 2 ;

Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel du système national d'information sanitaire et social.

4.7.3.: Renforcement du système d'état-civil et de l'interopérabilité avec le système de santé

L'amélioration du système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement de données statistiques liées à l'état civil peut être une source durable de données pour le système national d'information sanitaire et servir à d'autres structures utilisant les statistiques vitales. Les faiblesses liées au système d'état civil relevées ont permis à l'état d'instaurer depuis 2009, un programme de modernisation du système d'état-civil à travers son informatisation afin de produire des statistiques fiables et accélérer la délivrance d'acte de naissance mais aussi favoriser et sécuriser les échanges d'informations entre les acteurs. Ainsi une enquête sur l'état civil a été réalisée en 2015, permettant de disposer d'un état des lieux exhaustif et complet sur le fonctionnement du système d'état-civil tant sur le plan matériel qu'humain.

Le système d'état-civil représente une plateforme importante pour l'amélioration de la gouvernance et un moyen d'améliorer les résultats de développement du pays. Pour atteindre les objectifs liés à la performance de système, le DI propose un ensemble d'activités prioritaires à mettre en œuvre présentées ci-dessous :

- Elaborer la carte d'état civil de chaque région
- Estimer les besoins en documents d'état civil par région
- Créer et doter les centres d'approvisionnement régionaux en ressources humaines et en documents d'état civil (3 agents par centre)
- Etayer les conditions et le circuit administratif de paraphe des documents d'état civil,
- Equiper les greffiers chargés des questions de paraphe au niveau des tribunaux
- Recruter les agents et affecter par région les ressources humaines chargées des questions de paraphe
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation aux niveaux communautaires sur l'importance de l'acte de naissance
- Mettre à échelle la nomination des ASC en Agents de Déclaration Villageois (ADV)
- Doter en registres de déclaration les ASC nommés ADV
- Réaliser des campagnes de sensibilisation à tous les niveaux pour l'acceptation du statut de l'ADV
- Organiser des sessions de formations initiales pour les agents de déclaration
- Organiser des sessions de recyclage à l'endroit des agents de déclaration

Tableau 12 : Résumé des interventions pour la mise en œuvre du paquet de services de la SRMNEA-N

Interventions	Moyens à mettre en œuvre
Mise en place de paquets de services de SRMNEA-N	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer progressivement les infrastructures et équipements des CSCOM et HD -redéployer et améliorer la qualité des ressources humaines -mettre en œuvre l'approche communautaire -améliorer l'offre de ME et la chaîne d'approvisionnement

	<ul style="list-style-type: none"> -mettre en œuvre progressivement la réforme du financement de la sante - renforcer le partenariat avec le secteur privé
Augmentation de la demande et amélioration de l'accès équitable aux services de la SRMNEA-N	<ul style="list-style-type: none"> - accroître la sensibilisation pour changement de comportement vis-à-vis de la SRMNEA-N -mettre en œuvre progressivement les gratuites annoncées - opérationnaliser le régime de l'assurance maladie universelle
Amélioration de l'environnement favorable à la SRMNEA-N	<ul style="list-style-type: none"> -améliorer la gouvernance et l'efficacité des ressources financières de la sante -améliorer le système d'informations sanitaires et sociales -améliorer l'enregistrement des naissances et l'état civil

4.8. CHAINE DE RESULTATS ET THEORIE DU CHANGEMENT :

Les changements souhaités à savoir une réduction significative de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescent (e)s seront réalisés si :

L'utilisation des services de SRMNEA-N à haut impact et de qualité augmente ;

Les cas de violence basée sur les genres sont réduits et les survivants et personnes à risques sont correctement pris en charge ;

Les paiements directs des soins sont réduits et le nombre d'assurés de la CMU augmente ;

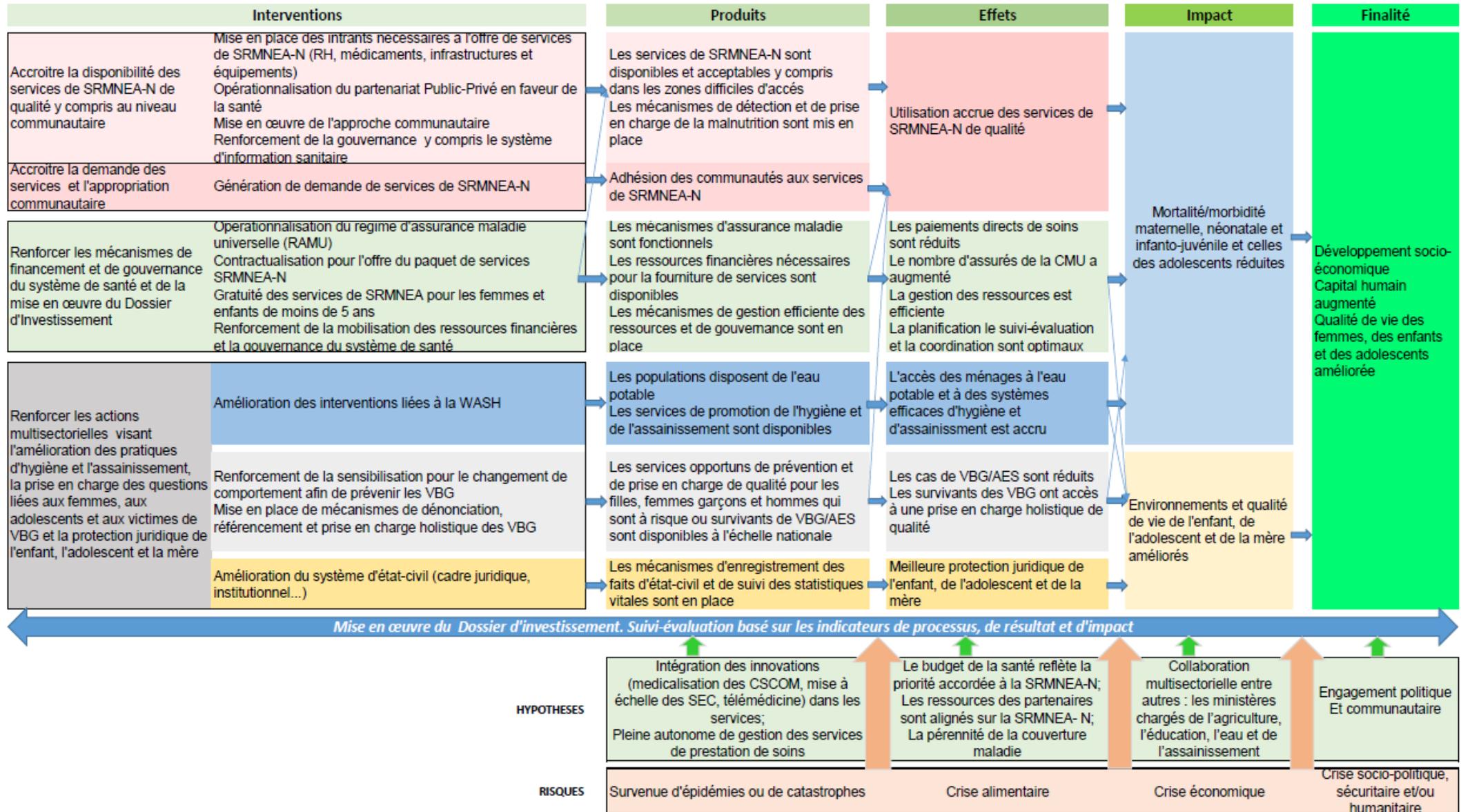
La planification, la gestion des ressources et la coordination sont améliorées

L'accès des ménages à l'eau potable et a des systèmes efficaces d'hygiène et d'assainissement augmente ;

La protection juridique de l'enfant, de l'adolescent et de la mère est assurée ;

Pour y parvenir les interventions décrites ci-dessus ainsi que les moyens requis devront être mises en œuvre :

THEORIE DU CHANGEMENT – DOSSIER D'INVESTISSEMENT SRMNEA-N





V. OU INVESTIR : DOMAINES ET REGIONS PRIORITAIRES ET CHOIX DES SCENARII

5.1 Les populations Cibles

Les cibles prioritaires en matière de SRMNEA+N sont (i) les Femmes en âge de Reproduction (FAR de 15 à 49 ans), (ii) les Femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et les jeunes.

5.2 Processus et sélection des régions prioritaires

Le choix des régions prioritaires permet de planifier la mise en œuvre progressive des interventions retenues. Vu la situation critique et particulière de certaines régions, il nous apparaît utile de répartir le pays en deux zones de régions qui ont sensiblement les mêmes caractéristiques et réalités, avant de faire la sélection. Plusieurs indicateurs ont été choisis pour constituer un indicateur composite de sélection et permettant de mesurer le niveau d'accès des populations à une structure médicalisée de santé, à un agent de santé, le niveau de couverture vaccinale, le niveau de l'état de santé des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des femmes en âge de procréer, les aspects du système de santé de la nutrition ainsi que le niveau de sécurité de chaque région.

Critère de sélection des régions prioritaires

❖ Zone du sud

1. *La proportion de population vivant dans un rayon de 5km d'un centre de santé : il reflète la capacité de la communauté à accéder rapidement à une structure de santé pour une prise en charge. Cet indicateur, informe sur l'état de santé de la communauté, la proportion de décès et leurs causes. Une région est sélectionnée, si son taux de population dans un rayon de 5 km, est inférieur au taux moyen de 60% ;*
2. *Le ratio de professionnels de santé : une région est sélectionnée si son ratio est inférieur à la moyenne nationale qui est de 6 ;*
3. *Proportion de Cscoms médicalisée : il renseigne sur la capacité des Cscom fonctionnels à prendre en charge les cibles de la SRMNEA+N au sein de la communauté. Une région est sélectionnée si la proportion de CSComs médicalisés est inférieure à 50% ;*
4. *Le taux de Besoins non satisfait (BNS) en planification familiale, permet de mesurer la proportion des femmes de 15-49, sexuellement actives désireuses d'utiliser les méthodes contraceptives dont les besoins en PF ne sont pas satisfaits. Cet indicateur, informe sur de la sensibilisation de la communauté sur les PF et sur la volonté d'espacement des naissances. Au sud, la région est sélectionnée si le taux de BNS est supérieur à la moyenne de 24% au Sud contre 10% au Nord du pays.*
5. *Le taux d'accouchement assisté, permet de mesurer la proportion de femmes enceintes ayant été assistés par un professionnel de santé. Cet indicateur renseigne sur le niveau de prise en charge des grossesses et de leurs complications ; une région est sélectionnée, si ce taux est inférieur à la moyenne de 70% au sud et 50% au nord.*
6. *Le taux de mortalité Infanto-juvénile, mesure la proportion de décès des enfants de moins de 5 ans dans la région ; Si, une région a un taux de mortalité infanto-juvénile supérieure à 101 au sud contre 65 pour mille naissances vivantes au nord ;*
7. *Le taux de mortalité néonatale, permet d'apprécier la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires ainsi que de l'état de santé général de la mère. Avec un TMNN supérieur à 33 au sud contre 20 au Nord, la région est sélectionnée.*
8. *Le taux de couverture en penta 3, met en exergue le niveau de couverture des enfants de la communauté sur les vaccins de base ainsi que leur état de santé. Une couverture en Penta3 inférieur à 70% entraine le choix automatique de la région.*
9. *Le taux de retard de croissance (RC), renseigne sur le niveau de malnutrition chronique (retard de croissance) des enfants de la région, Toute région qui a un niveau de retard de croissance supérieur à la norme OMS de 20% en dessous du seuil de - 3ET est sélectionnée.*

❖ Zone du Nord

Les critères de sélection des régions du Nord sont les mêmes que celles du sud à l'exception du ratio de professionnels de santé par rapport à la moyenne nationale que nous avons remplacé par le score d'insécurité résiduelle. Le niveau de sécurité résiduelle mesure l'instabilité (terrorisme, affrontement ethnique, banditisme, d'appuyer les pays pour accélérer les efforts pour mettre fin aux décès évitables et améliorer la qualité de vie) de la région, situation qui a eu et continue de dégrader les conditions de vie et l'état de santé des communautés ainsi qu'aux disfonctionnement des structures sanitaire. Si une région a un niveau d'insécurité résiduelle supérieure au score de 5, il est considéré comme critique et cette région est sélectionnée.

❖ La sélection des régions prioritaires

Tableau 83 : La sélection des régions prioritaire

Zone	Région	La proportion de population vivant dans un rayon de 5km d'un centre de	Le ratio de professionnels de santé par rapport à la norme	Proportion de Cscom médicalisés par région	Le taux de BNS en planification familiale par région	Le taux d'accouchement assisté par région	Le taux de mortalité Infanto-juvénile par région	Le taux de mortalité Néonatale par région	Le taux de couverture en penta 3 par région	Le taux de Retard de Croissance (Stunting) par région	Régions prioritaires
SUD	Sikasso	52	5	25	23	67	111	42	69	32	Sikasso
	Segou	55	4	40	22	53	134	41	76	29	Segou
	Mopti	49	4	33	29	38	130	33	71	30	Mopti
	Koulikoro	50	4	42	27	68	108	25	70	25	Koulikoro
	Kayes	60	5	24	28	52	131	42	69	26	Kayes
	Bamako	94	14	100	20	87	55	20	82	15	
	Moyenne	60	6	50	24	70	101	33	70	20	

Les régions ont été sélectionnées automatiquement à l'aide d'une commande de l'outil Excel. Ainsi, les régions de **Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro et Kayes**. Elles constituent pour les régions prioritaires de la zone.

❖ La sélection des régions prioritaires

Tableau 94 : La sélection des régions prioritaire du pays

Zone	Région	La proportion de population vivant dans un rayon de 5km d'un centre de santé (CsCom) (Sce: SNIS 2018)	Proportion de Cscom médicalisés par région (Sce: SNIS 2018)	Le taux de besoins non satisfait en planification familiale par région	Le Taux d'accouchement assisté par région	Le taux de mortalité Infanto-juvénile par région	Le taux de mortalité Néonatale par région	Le taux de couverture en penta 3 par région	Le taux de Retard de Croissance (Stunting) par région	Score d'insécurité résiduelle	Régions prioritaires
Nord	Kidal	39	28	32	16	20	15	3	27	5	
	Taoudeni	15	33	11	2	20	15	3	16	5	
	Menaka	17	16	15	17	78	21	39	17	5	
	Tombouctou	45	23	11	30	130	44	51	30	5	Tombouctou
	Gao	32	23	15	39	78	21	39	33	5	Gao
	Moyenne	60	50	10	50	65	20	82	20	5	

La combinaison des critères a permis de sélectionner deux régions : **Gao et Tombouctou**.

Il ressort de cette sélection trois (03) groupes de région en termes de priorités :

Tableau 105 : Groupes des régions prioritaires

Groupes des régions	Régions prioritaires
1 ^{er} groupe prioritaire	Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro, Kayes, Gao et Tombouctou
2 ^{ème} groupe prioritaire	Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro, Kayes, Gao, Tombouctou, Bamako et Kidal
3 ^{ème} groupe : Niveau National	Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro, Kayes, Gao, Tombouctou, Bamako, Kidal, Taoudéni et Ménaka

- ❖ Le 1^{er} groupe : représente le premier groupe prioritaire et est constitué de 7 régions dont 5 au Sud et 2 Nord du pays.
- ❖ Le 2^{ème} groupe : est constitué des 7 premières régions auxquelles s'ajoutent la région de Bamako et Kidal
- ❖ Le 3^{ème} groupe : Constitué de l'ensemble des régions du pays

5.3 Définition des scénarii

Le processus du GFF, vise à appuyer les pays pour accélérer les efforts pour mettre fin aux décès évitables et améliorer la qualité de vie. L'atteinte de cet objectif, demande une priorisation des interventions avec pour cible les communautés défavorisées et difficiles d'accès. Ces dernières, sont à la base des faibles résultats de santé.

Au Mali, la recherche de l'atteinte du double objectif de l'équité ainsi que de l'accélération des couvertures des indicateurs du pays, nécessite le choix de scénarii, basé sur la couverture géographique et en adéquation avec le paquet d'interventions prioritaires à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, issu de l'analyse situationnelle avec l'outil EQUIST.

L'adoption du choix de scénarii sur la base géographique, permet entre autres de :

- ❖ Garantir l'équité en commençant par les zones les plus vulnérables en leur offrant un paquet assez complet et en progressant de proche en proche ;
- ❖ Assurer un réel continuum de soins à toutes les cibles de la SRMNEA-N ;
- ❖ Tirer profit des leçons apprises lors des mises à l'échelle progressive ;
- ❖ In fine, de renforcer le système de santé dans sa globalité.

Ainsi, trois types de scénarii s'offrent à notre analyse :

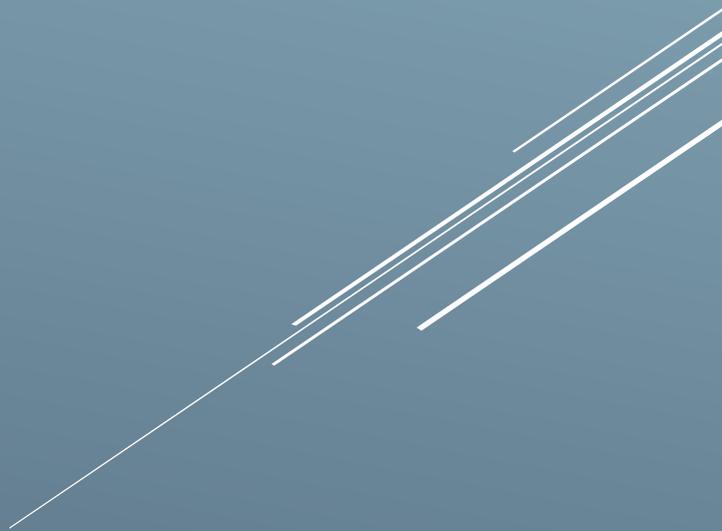
Le Scénario 1 : Couverture des 7 régions les plus prioritaires que sont : **Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro, Kayes, Gao et Tombouctou** qui représentent une population estimée à 16 907 855 d'habitants soit près de 86% de la population totale et environ 98,4% des enfants de moins de 5 ans du Mali. Ces régions enregistrent le fardeau de mortalité le plus lourd et comptent près de 75% des districts sanitaires du Mali qui seront couverts. Elles enregistrent la charge de mortalité la plus lourde soit 82% des décès infanto juvénile, 77% des cas de grossesses précoces et plus de 86% des adolescents (15-24 ans) infectés par le VIH/SIDA. Dans ces régions, le retard de croissance (malnutrition chronique) représente près de 90% des cas de malnutrition chronique du pays.

Le Scénario 2 : Couverture des régions du scénario 1 auxquelles il est rajouté le District de Bamako et la région de Kidal. Dans ce scénario, ce sont près de 82% des 75 districts sanitaires du pays qui seront couverts pour 99% de la population totale et le même taux pour les enfants de moins de 5 ans. Ce second scénario enregistre 90% des décès chez les enfants de moins de 5 ans, 89% des décès néonatal et couvrira 97% d'enfants souffrant de malnutrition chronique.

Le Scénario 3 : concerne le niveau national c'est à dire l'ensemble du Pays. En plus des zones du scénario 2, il intègre toutes les autres régions et districts sanitaires pour la réduction de la mortalité néonatale, infanto juvénile, maternelle et des adolescents et l'amélioration de la couverture de la malnutrition.

Dans cette analyse, sur la base des impacts attendus et des ressources disponibles ou mobilisables, il sera question de choisir le scénario le plus optimal au regard de la situation du Pays.

VI. IMPACTS



Les impacts attendus de la SRMNEA-N, se perçoivent tant au niveau de la mère, de l'enfant, du nouveau-né ainsi que de la nutrition

6.1 Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités par scénario

La mise en œuvre des interventions de la SRMNEA-N, permettra d'avoir une réduction de la mortalité maternelle passant de 325 à 230 pour cent mille naissances vivantes en 2023, soit une réduction de 34, 97%.

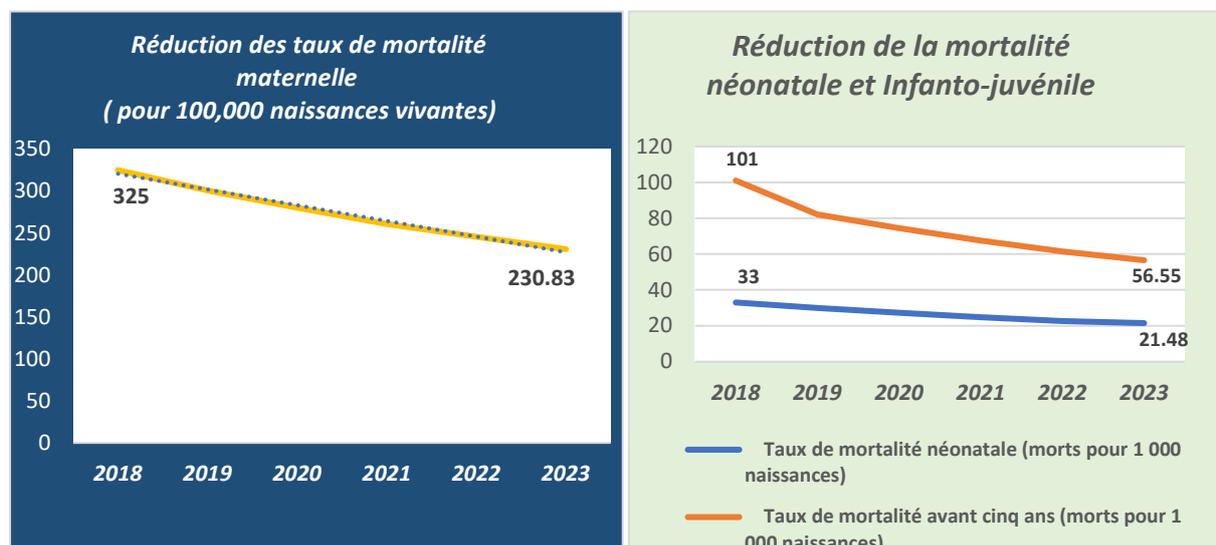


Figure 42: Réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Quant aux de taux mortalité infanto-juvénile et néonatale, ils passeront respectivement de 101 à 56,55 pour mille naissances vivantes et de 33 à 21,48 pour mille naissances vivantes. Soit des baisses respectives de 44% et de 28,4%.

La tendance de réduction de la mortalité maternelle est la même pour les trois scénarii car les enquêtes ne présentent pas le ratio de mortalité maternelle par région du pays.

6.2 Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario

Tableau 116: Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario

	2019	2020	2021	2022	2023
Scénario 1	98	96	95	93	92
Scénario 2	89	88	87	85	84
Scénario 3	82	75	68	62	56,57

Il convient de remarquer que les trois scénarii permettent au Pays d'amorcer une évolution favorable de la MIJ vers l'atteinte des ODD en 2030.

6.3 Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées par scénario

En cinq années de mise en œuvre des orientations du dossier d'investissement (DI), l'action gouvernementale appuyée par les autres acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers, permettrait d'éviter le décès de 5 063 mères, 59 042 nouveau-nés et de 283 386 enfants de moins de 5 ans dans les 7 régions les plus prioritaires du scénario 1. Mise à échelle sur le niveau national, ce chiffre va augmenter d'environ 25% atteignant un total de plus de 354 387 vies sauvées d'enfants de moins de 5 ans d'ici à 2023.

Tableau 127 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile par scénario

Scénario 1_7 Régions les plus prioritaires	2019	2020	2021	2022	2023
Total (0-59 mois)	116 805	169 101	218 767	257 686	283 386
<1 mois	10 795	27 185	44 242	54 647	58 023
1-59 mois	106 010	141 916	174 525	203 039	225 363
Vie maternelles additionnelles sauvées	1 662	3 072	4 379	5 236	5 928
Total de vies sauvées	118 467	172 173	223 146	262 922	289 314
Scénario 2					
Total (0-59 mois)	125 568	180 362	234 110	276 202	303 679
<1 mois	13 306	30 010	49 191	61 065	64 917
1-59 mois	112 262	150 352	184 919	215 137	238 762
Vie maternelles additionnelles sauvées	1 749	3 234	4 610	5 512	6 240
Totales de vies Sauvées	127 317	183 596	238 720	281 714	309 919
Scénario National					
Total (0-59 mois)	146 622	210 220	272 905	322 074	354 387
<1 mois	14 889	32 973	54 339	67 724	72 066
1-59 mois	129 813	173 697	213 506	248 300	275 471
Vie maternelles additionnelles sauvées	1 920	3 550	5 060	6 050	6 850
Totales de vies Sauvées	148 542	213 770	277 965	328 124	361 237

L'analyse des parts relatives des interventions retenues – tenant compte de leurs couvertures cibles après levée des goulots d'étranglement – en termes de nombre de vies sauvées permet de classer ces interventions par ordre d'efficacité dans la mise en œuvre du Dossier d'investissement.

6.3.1 Nombre de vies maternelles sauvées par type d'intervention et par scénario

Tableau 138 : Nombre de vies maternelles sauvées par type d'intervention et par scénario

Intervention	Proportion de vie maternelle sauvées	Nombre de vies maternelles sauvées en 2023_Scénario 1	Nombre de vies maternelles sauvées en 2023_Scénario 2	Nombre de vies maternelles sauvées en 2023_Scénario National
1-Avortement sans risque et PEC Post-avortement	10%	519	547	600
2-PEC de l'HTA au cours de la grossesse	12%	589	619	680
3-PEC du Paludisme	8%	415	437	480
4-PEC de la pré-éclampsie avec Sulfate de Magn	18%	909	957	1050
5-PEC du travail et accouchement propre	13%	675	711	780
6-Antibiotiques pour RPM avant terme	4%	216	228	250
7-PEC du travail et accouchement propre	17%	839	884	970
8-PEC de la 3e phase du travail	13%	666	701	770
9-PEC de l'infection maternelle	3%	147	155	170
Autres	2%	87	91	100
Total	100%	5 063	5 329	5 850

Il ressort de ce tableau que plus de quatre-vingt-dix-huit pourcent (98%), des vies maternelles seraient sauvées à la suite de la mise à l'échelle des neuf (9) interventions à haut impacts dans le cadre de la SRMNEA-N.

Au Mali, 67%²³ des accouchements sont assistés par un personnel formé. Dans le cadre de cette initiative, il sera question de renforcer la qualité de cette assistance à l'accouchement avec (i) recours aux outils de surveillance (ex : partogramme), en particulier lors du 3e stade (GAPTA), (ii) suppléments en sulfate de magnésium ou en

²³ Source EDSMVI 2018

fer et acide folique (en prévention, respectivement, de l'éclampsie ou de l'anémie) et (iii) prise en charge des pathologies associées à la grossesse en particulier, les infections, le paludisme et l'hypertension artérielle (HTA).

6.3.2 Vies néonatales sauvées par type d'intervention et par scénario

Tableau 149 : Vies néonatales sauvées par type d'intervention et par scénario

Intervention	Proportion de Vies néonatales additionnelles sauvées	Nombre de Vies néonatales additionnelles sauvées en 2023_Scénario 1	Nombre de Vies néonatales additionnelles sauvées en 2023_Scénario 2	Nombre de Vies néonatales additionnelles sauvées en 2023_Scénario
1-PEC du travail et accouchement propre	7%	4 223	4 446	4 880
2-Soins essentiels du N&Né	17%	10 507	11 060	12 140
3-Réanimation néonatale	15%	10 277	10 221	11 220
4-PEC de la prématurité	4%	2 402	2 529	2 776
5-PEC de l'infection et pneumonie	46%	24 512	30 154	33 100
Autres	12%	7 120	7 495	9 350
Total	100%	59 042	65 905	73 466

Quatre-vingt-neuf pourcent (89%) des vies néonatales sauvées, le seraient grâce à la mise à échelle de ces cinq interventions à haut impact.

Grâce à un accouchement propre et une assistance efficace de l'accouchement, les morts néonatales peuvent être évitées par (i) un suivi post-partum avec AME et soins propres, (ii) une réanimation néonatale adaptée en cas de besoin, et (iii) une prise en charge efficace des principales causes de cette mortalité que sont la prématurité et l'infection néonatale.

6.3.3 Vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention et par scénario

Tableau 20 : Vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention et par scénario

Intervention	Proportion de vies infanto-juvénile additionnelles sauvées	Nombre de vies maternelles sauvées en 2023_Scénario 1	Nombre de vies infanto-juvénile additionnelles sauvées en 2023_Scénario 2	Nombre de vies infanto-juvénile additionnelles sauvées en 2023_Scénario National
1- PEC des cas de paludisme	34%	104 010	109 484	120 180
2-Vaccination	15%	44 363	46 698	51 260
3-PEC de l'infection et de la pneumonie néonatale	10%	29 503	31 056	34 090
4-PEC des IRA	4%	16 450	17 315	19 007
5-SRO en cas de diarrhée	2%	6 188	6 514	7 150
6-Zinc en préventif et curatif de la diarrhée	3%	7 227	7 607	8 350
7-PEC de la malnutrition aigue	3%	8 429	8 873	9 740
8-PEC de la prématurité	1%	3 349	3 526	3 870
9-Soins essentiels du NNé	6%	16 521	17 391	19 090
10-Lavage des mains	4%	9 857	10 376	11 390
11-Vitamine A en supplémentation	3%	9 961	10 486	11 510
Autres	16%	32 363	34 066	58 750
Total	100%	283 386	303 391	354 387

Plus de deux tiers (72%) des vies infanto-juvéniles seraient sauvées grâce à la mise à échelle des sept premières interventions à haut impact dans le tableau ci-dessus. La mise à échelle des quatre autres interventions ramènerait ce taux à 85%.

Pour réduire efficacement la mortalité infanto-juvénile, il s'agira de mettre à échelle (i) la prise en charge des cas simples de paludisme grâce à un accès adapté aux CTA, y compris au niveau communautaire, mais aussi (ii) la

vaccination des moins d'un an contre les maladies évitables par le PEV, (iii) la prise en charge efficace des IRA, particulièrement chez les Nouveau-Nés et les enfants en bas âge, (iv) la prise en charge des cas de diarrhée grâce à l'accès aux SRO et au Zinc et (v) la prise en charge de la malnutrition en particulier la forme aigue sévère et les carences en micronutriments.

6.3.4 Impacts attendus en termes de cas de morbidité évités

Tableau 21 : Cas de malnutrition chronique évités chez les moins de 5 ans par scénario et par an

	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
SC1	53 358	227 777	441 703	697 671	927 277
Sc2	70 268	275 023	536 916	847 637	1 130 328
Scénario Nat	77 237	305 869	596 974	941 084	1 256 284

Le scénario national permet d'éviter d'ici 2023 près de 1 256 284 cas de malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans, soit environ 251 257 cas évités en moyenne par an, si le paquet d'interventions à haut impact est mis en œuvre sur l'ensemble du Pays. Le scénario avec les régions prioritaires permet d'en éviter 927 277 cas avant le passage à l'échelle. Cette option est préconisée puisqu'elle permet de prendre en compte les aspects d'équité (la priorisation des régions à problème) et tout en adaptant les leçons apprises lors de la mise à l'échelle.

6.3.5 Cas d'anémies évités chez les mères par scénario et par an

Tableau 152 : Cas d'anémies évités chez les mères par scénario et par an

	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
<i>Scénario 1</i>	190 508	389 530	588 051	758 539	904 750
Scénario 2	200 535	410 032	619 001	798 462	952 369
<i>Scénario National</i>	220 126	450 090	679 474	876 468	1 045 410

La mise en œuvre des interventions de la SRMNEA-N, à partir des régions prioritaires, permettrait d'éviter 904 750 cas d'anémie chez les femmes, soit près de 87% du nombre de cas d'anémie à éviter dans la mise à échelle sur l'ensemble du pays, ce qui corrobore, l'option de l'équité dans le processus de mise en œuvre de la SRMNEA-N avec près de 1 045 410 cas évités.

6.3.6 Résumé des impacts en termes de réduction de la mortalité et de nombre de vies sauvées/Scénario

Tableau 163 : Résumé des impacts en termes de réduction de la mortalité et de nombre de vies sauvées/Scénario

Réduction du ratio/taux de mortalité	Nombre de vies sauvées /Scénario
➤ Scénario 1 (7 régions, les plus prioritaires, 86% de la population), 283 386 enfants (< 5 ans) et 5 063 mères	Réduction du ratio de mortalité Maternelle de 34% pour atteindre 230 décès/100 000 Naissances Vivantes (NV)
➤ Scénario 2 (9 régions, 99% de la population), 303 391 enfants (< 5 ans) et 5 329 mères	Réduction du ratio de mortalité néonatale de 28% pour atteindre 21 décès/1000 Naissances Vivantes (NV)
➤ Scénario 3 (11 régions, 100% de la population), 354 387 enfants (< 5 ans) et 5 850 mères	Réduction du ratio de mortalité infanto-juvénile de 44% pour atteindre 56 décès/1000 Naissances Vivantes (NV)

VII. CADRE STRATEGIQUE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU DI SRMNEA- N



Le Dossier d'investissement (DI) est un document stratégique de mobilisation des acteurs de la santé autour des priorités de la SMNEA-N. Son opérationnalisation passera nécessairement par des outils de planification opérationnelle à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Ainsi, le cadre de résultats servira de base pour développer des cadres nationaux et régionaux de performance servant de base au consensus entre le Gouvernement, les PTF et les autres acteurs intervenant dans ladite région. Des organisations/ Comités régionaux – impliquant ces différents acteurs – se chargeront d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme régional et de l'atteinte des différents résultats. Les rapports trimestriels de supervision alimenteront les échanges au sein de ces comités régionaux et permettront à ces derniers de compléter l'analyse des indicateurs régionaux et des avancées dégagées.

Les cadres régionaux de performance seront intégrés dans les plans opérationnels par districts et appuyés par un plan opérationnel de la région sanitaire. Ces différents plans de chaque région feront l'objet de validations lors des CROCEP.

7. CADRE DE SUIVI-EVALUATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Le système de suivi et évaluation du DI/SRMNEA-N aura comme base le système d'information sanitaire, les supervisions périodiques, les évaluations et rencontres périodiques des instances de coordination et de suivi du PRODESS. Le plan de suivi et évaluation prendra en compte les résultats, les indicateurs de performance et les outils du processus de collecte de données.

7.1 Cadre de référence du Suivi-Evaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du DI/SRMNEA-N a comme cadre de référence :

- Le Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Social (SD-SNISS 2017-2019) qui devra être mis à jour ;
- Le plan stratégique de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et la nutrition (SRMNIA-N) 2020–2024 qui vise les objectifs spécifiques suivants : (i) réduire la mortalité maternelle de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes, (ii) réduire le taux de mortalité néonatale de 33 à 16 pour 1000 naissances vivantes, (iii) réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 101 à 95 pour 1000 naissances vivantes, (iv) accroître de 15 à 30% la prévalence contraceptive moderne d'ici 2023, (v) rendre accessibles les services conviviaux à 40% des jeunes et adolescents.es (PF, IST/VIH/Hépatites, santé mentale, prévention et prise en charge des accidents de la voie publique, et de la consommation de substances nocives ...), (vi) améliorer les capacités de coordination, de gouvernance et leadership, et de suivi évaluation des services de SRMNEA-N.
- Le Dossier d'investissement SRMNEA-N : Dans la perspective des progrès vers l'atteinte des ODD ainsi que la réalisation de la couverture maladie universelle au Mali, le dossier d'investissement (DI), en priorisant les zones les plus vulnérables et les goulots majeurs du système de santé, tente d'échelonner les interventions à hauts impacts afin d'améliorer les résultats de santé du pays. Ces mesures déclinées en priorités, s'attaquent aux principaux obstacles à l'amélioration des résultats de la SRMNEA-N et se concentrent essentiellement sur les principales questions transversales du secteur de la santé - ressources humaines, qualité des soins, gestion de la chaîne d'approvisionnement et création de la demande. De plus, le DI priorise-t'il, la mise en œuvre à base communautaire de ces interventions tout en favorisant l'accès de tous aux services de santé et ce, de façon progressive vers le passage à l'échelle en apprenant de ses erreurs du passé.

Pour limiter la dispersion des efforts et des ressources des différents partenaires et acteurs, le DI, en lien avec la réforme de santé, entamera le déploiement du paquet d'interventions de la SRMNEA-N, dans un premier temps sur les régions les plus défavorisées et ayant les résultats de santé les plus faibles et disposant de moins de financement que les autres régions. Cela nécessitera une action concertée, une parfaite et étroite collaboration entre partenaire, gage du succès de ce dossier d'investissement.

- Le cadre de performance du Dossier d'investissement SRMNEA-N :

Le cadre de performance du Dossier d'investissement SRMNEA-N définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance est un élément contractuel entre les partenaires impliqués dans le financement du Dossier d'investissement. A ce titre, il servira de guide et de réglage, si nécessaire tout au long de la mise en œuvre.

7.2 Organes de mise en œuvre et de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation du DI/SRMNEA-N s'appuiera sur les organes du PRODESS :

- Conseil d'administration au niveau CScom ;
- Conseil de gestion au niveau service de santé et d'hygiène publique de cercle ;
- CROCEP au niveau régional ;
- Comité Technique au niveau central ;
- Groupe thématique SRMNEA-Nutrition ;
- Mise en place d'un groupe thématique financement de la santé ;
- Comité de Suivi.

7.3 Suivi et évaluation du Dossier d'investissement SRMNEA-N

Le suivi et l'évaluation du DI/SRMNEA-N intègre le dispositif global de suivi et évaluation du PRODESS. L'accent est mis sur les supervisions qui se feront à un rythme mensuel des services de santé et d'hygiène publique de cercle vers les CScom, trimestriel des directions régionales de la santé et de l'hygiène publique vers les services de santé et d'hygiène publique de cercle et semestriel du niveau central vers le niveau régional en incluant un échantillon de services de santé et d'hygiène publique de cercle et de CScom.

Une restitution des conclusions des différentes supervisions réalisées sera faite chaque semestre au niveau du service de santé et d'hygiène publique de cercle.

En vue d'améliorer la qualité des services SRMNEA-N offerts, il sera procédé à un contrôle et à une vérification de l'application des normes et procédures en matière de SRMNEA et des directives en matière de nutrition.

Le groupe thématique SRMNEA-Nutrition se penchera sur l'ensemble des conclusions et recommandations issues des différentes supervisions et évaluations afin d'approfondir les analyses sur les problématiques prioritaires de la SRMNEA-N.

La revue annuelle technique du DI/SRMNEA-N sera faite lors des sessions du CROCEP au niveau régional et du Comité Technique au niveau central. Quant à la revue politique, elle sera faite au cours des assises du Comité de Suivi du PRODESS.

Le suivi de la mise en œuvre des différentes recommandations relatives au DI/SRMNEA-N sera réalisé par les groupes thématiques.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2022 par des évaluateurs externes. Les recommandations issues de cette évaluation permettront d'opérer de nouvelles stratégies pour booster davantage les résultats.

Une évaluation finale externe sera également réalisée en 2024 pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats assignés à la mise en œuvre du DI/SRMNEA-N.

7.4 Processus de suivi et évaluation du DI/SRMNEA-N

Tableau 174: Processus de suivi et évaluation du DI

N°	Activités de SE	Niveau	Fréquence	Responsables
1	Supervisions	CScm	Mensuelle	Chef service de santé et d'hygiène publique de cercle
		Service de santé et d'hygiène publique de cercle	Trimestrielle	Directeur Régional de la Santé et de l'Hygiène publique
		Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène publique	Semestrielle	DG/ONASER
2	Contrôle et vérification de l'application des normes et procédures en matière de SRMNEA et des directives en matière de nutrition	DGSHP	Annuelle	Inspecteur en chef de la Santé
3	Restitution des conclusions des différentes supervisions	Service de santé et d'hygiène publique de cercle	Semestrielle	Chef du Service de santé et d'hygiène publique de cercle
4	Réunions groupes thématiques SRMNEA-N	Niveau central	Trimestrielle	Présidents des Groupes Thématiques
5	Revue annuelle technique	Niveau régional	Annuelle	Gouverneurs de régions
6	Revue annuelle technique	Niveau central	Annuelle	Secrétaires Généraux
7	Revue annuelle politique	Niveau central	Annuelle	Ministres en charge du secteur socio-sanitaire
8	Evaluation à mi-parcours	Tous niveaux de la pyramide socio-sanitaire	Biennale	CPS/SSDSPF
9	Evaluation finale externe	Tous niveaux de la pyramide socio-sanitaire	Quinquennale	CPS/SSDSPF

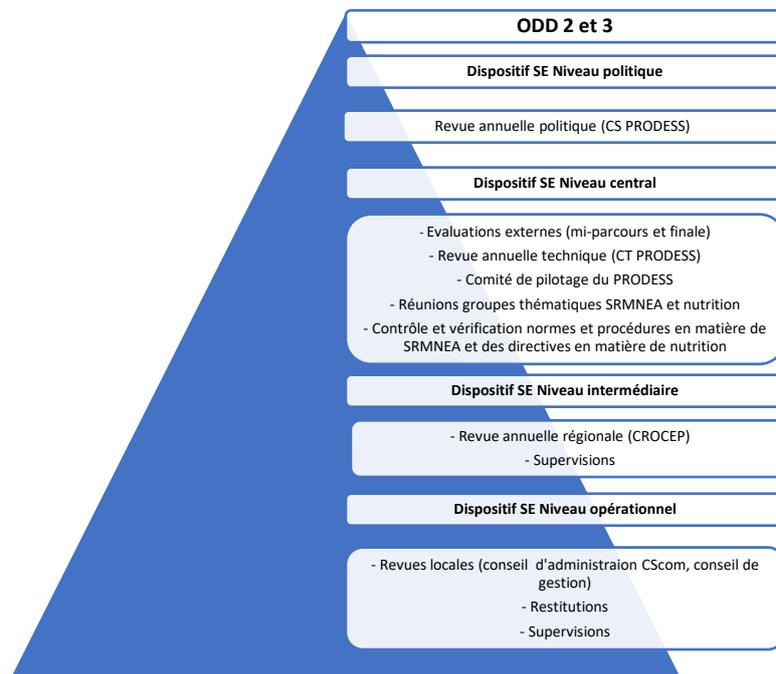


Figure 433: Dispositif de suivi évaluation

7.5 Le secteur privé

Le secteur privé est principalement chargé d'accompagner les structures gouvernementales dans la mise en œuvre du dossier d'investissement. Il intervient aussi directement dans l'offre de santé. Par ailleurs, il peut contribuer à la fourniture de services publics en partenariat avec l'État, par le biais de la passation de contrats.

7.6 La société civile

La société civile doit jouer un rôle important dans ce dossier stratégique, par le biais du renforcement des activités liées à la prévention des maladies, à la promotion des CPN et de la PF, à l'utilisation des services de santé, ainsi qu'au changement de comportement de la population en vue de l'adoption de bonnes pratiques au niveau communautaire. Elle doit continuer à appuyer les collectivités locales dans l'enregistrement des naissances et des décès à l'état civil. En résumé, le rôle de la société civile dans ce processus, est d'assurer :

- Le renforcement de l'offre de services au niveau des zones défavorisées, inaccessibles à travers les stratégies avancées et mobiles, et les cliniques mobiles ;
- La création de la demande, afin d'augmenter l'utilisation des services de SRMNEA+N, ainsi que la levée des pesanteurs socioculturelles ;
- Le plaidoyer pour la création d'un environnement favorable à la SRMNEA+N, ainsi que le respect des droits des populations pauvres ;
- La veille citoyenne pour le suivi et le contrôle de l'effectivité des engagements pris par le gouvernement, les partenaires techniques et financiers, et du niveau de satisfaction des populations, en particulier les pauvres ;
- La mobilisation des ressources domestiques et externes pour appuyer l'État du Mali dans la mise en œuvre du dossier d'investissement.

7.7 Les partenaires techniques et financiers

Ce Dossier d'Investissement viendra faciliter les efforts des PTF pour s'aligner sur les priorités nationales grâce au consensus qui sera obtenu autour de ces priorités, et au financement conjoint de ce DI par le Gouvernement, ses PTF et les autres acteurs nationaux et internationaux.

L'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) est nécessaire dans les domaines suivants :

- Le renforcement de la coordination et des capacités des acteurs ;
- La mise à disposition d'instruments de planification et d'analyse situationnelle
- L'amélioration des données statistiques sanitaires ;
- La mobilisation des ressources ;
- L'accompagnement dans le plaidoyer ;
- L'instauration d'un cadre harmonisé des finances publiques (les budgets-programmes).

7.8 Collaboration multisectorielle

La mise en œuvre du DI nécessite une implication multisectorielle notamment les secteurs de l'hydraulique, de l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'environnement.... Une collaboration multisectorielle devrait se mettre en place au sein du dispositif de pilotage et de suivi du PRODESS du niveau communautaire au niveau national à travers la participation des services techniques de l'hydraulique, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et de l'environnement à toutes les instances du PRODESS.

VIII. Budgétisation du dossier d'investissement

Le financement total au dossier d'investissement sur cinq ans (2019–2023) calculé sur la base du scénario national se chiffre à **583 milliards de francs CFA** soit près de 968 millions de dollars²⁴ US sur une période de 5 ans soit un coût moyen annuel de **116 milliards de francs CFA** soit **193 millions de dollars US**. L'analyse des ressources disponibles permettra de dégager le gap effectivement nécessaire à rechercher.

8.1 Les besoins financiers du Dossier d'investissement de la SRMNEA+N

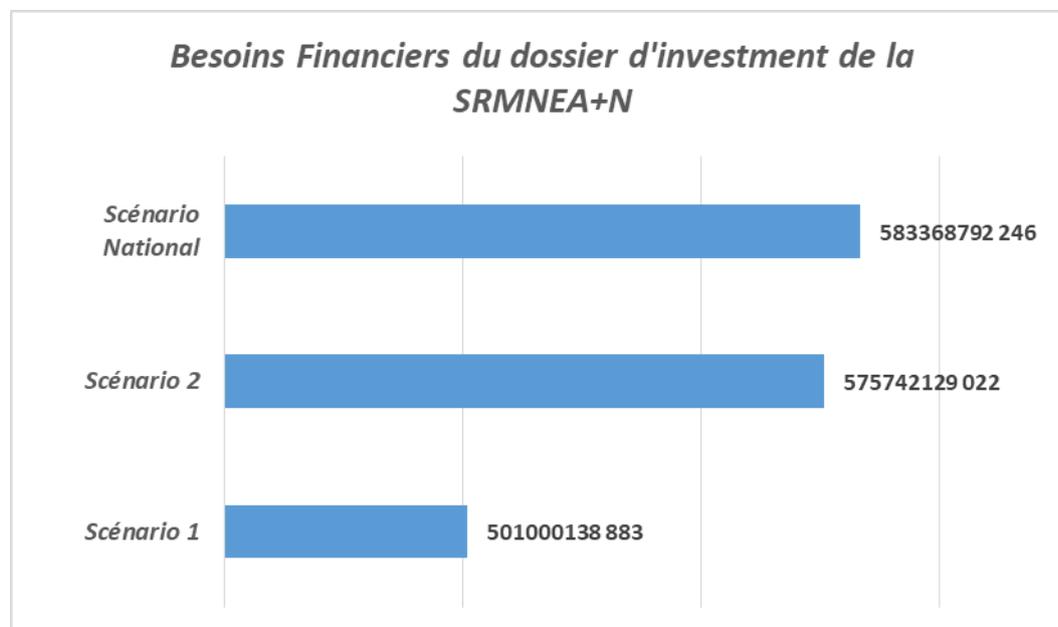


Figure 444 : Les besoins financiers du Dossier d'investissement de la SRMNEA+N

La situation sanitaire au Mali et plus particulièrement dans les régions à lourd fardeau de mortalité, nécessite un besoin supplémentaire de financement de la santé. Il ressort que le niveau de ressources additionnelles nécessaires à la mise en œuvre du scénario 1 (zones les plus prioritaires) représente 86% des ressources additionnelles nécessaires pour la mise en œuvre du scénario national. Compte tenu du faible écart entre les trois scénarii, on pourrait choisir le scénario national qui tout en permettant de renforcer les acquis priorise aussi les zones défavorisées.

8.2 Budget additionnel du DI par tête d'habitant et par an

Tableau 185: Analyse des besoins financiers en fonction du scénario

	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Moyenne/an
Coût additionnels (en milliard de F CFA)	47,35	72,85	109,51	137,27	216,38	583,36	116,67
Coût additionnels (en million de \$ US*)	78,64	121,00	181,87	227,98	359,36	968,85	193,77
Coût additionnels par tête d'habitant en F CFA	2 416	3 717	5 587	7 004	11 040	29 765	5 593
Coût additionnels par tête d'habitant en \$ US**	4	6	9	12	18	49	10
Coût additionnels par vie sauvées en USD	537	571	659	699	1 000		
(*) : 1\$US: 602,12686 au 25 Mai 2020							

²⁴ Le taux du dollar au 25 Mai 2020 (1\$ US : 602, 12686 F CFA)

Le budget additionnel nécessaire du DI croît avec la mise à l'échelle des interventions à hauts impacts tout en priorisant les zones géographiques les plus vulnérables et en maintenant les progrès réalisés est de **583,36 milliards de F CFA** équivalent à **968,85 millions \$US** sur une période de 5 ans soit, en moyenne un investissement annuel supplémentaire de **116,67 milliards de F CFA** (environ **193,77 millions de \$ US**), représentant **une dépense moyenne par tête 10\$** par an, comme le montre le tableau ci-dessus.

8.3 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N

La désagrégation de ce budget par priorité (tableau ci-dessous), montre que les principaux postes budgétaires concernent la mise en place du paquet de services de la SRMNEA+N et les services fournis aux victimes des VBG (54%), l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de la nutrition (14%), 7% pour la mise en œuvre du paquet SRMNEA+N par l'approche communautaire et l'amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement. L'amélioration de l'offre des services à travers la contractualisation pour l'offre des services SRMNEA+N et le renforcement, de la gouvernance, de l'efficacité des ressources et de l'accès financier des plus pauvres aux services de la SRMNEA+N, sont à 6%. Il ressort que l'offre du paquet de soins de la SRMNEA+N, regroupe à elle seule près de 98% du budget, avec 1% dédié au renforcement du partenariat public-privé de la santé et près 1% renforcement du système d'état-civil.

Tableau 196 : Répartition budget par Priorités de la SRMNEA+N

	2019	2020	2021	2022	2023	Total 2019-2020	%
Mise en place du paquet des services de la SRMNEA-N et ceux orientés aux personnes victimes de VBG	27,21	39,54	66,45	75,79	103,27	312,25	54%
Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes	0,42	1,09	2,26	2,35	2,65	8,77	2%
Amélioration de la couverture et qualité des services de la nutrition	8,38	14,54	13,18	13,82	31,93	81,85	14%
Amélioration l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement (WASH)	0,77	0,95	0,8	0,76	0,71	3,99	1%
Financement Basé sur les résultats (FBR) : Contractualisation des services pour l'offre du paquet de services SRMNEA	6,98	6,98	6,98	6,98	6,98	34,90	6%
Mise en œuvre du paquet de SRMNEA+N par truchement de l'approche communautaire en lien avec la réforme sanitaire	0,48	3,09	6,25	11,74	21,43	42,98	7%
Amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement	0,76	2,00	5,12	11,24	23,29	42,40	7%
Renforcement de la qualité et du déploiement des ressources humaines	0,15	1,09	1,97	2,12	2,51	7,84	1%
Renforcement de la gouvernance, de l'efficacité des ressources de la santé et de l'accès financier des plus pauvres à des services SRMNEA+N	0,16	1,19	4,01	9,57	20,56	35,48	6%
Renforcement du système d'information Sanitaire (SNIS)	0,5	1,75	1,67	1,74	1,62	7,28	1%
Renforcement du système d'état civil	0,13	0,26	0,31	0,48	0,84	2,37	0%
Renforcement du secteur privé	1,34	0,33	0,44	0,63	0,53	3,26	1%
TOTAL	47,35	72,86	109,51	137,27	216,38	583,37	100%

8.4 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par région

Il convient de souligner que cette répartition des deux tableaux ci-dessous, a été possible en tenant compte du poids démographique de chaque région et cette répartition est faite en prenant le scénario national comme l'option optimal.

Tableau 20: Répartition du budget additionnel par priorités de la SRMNEA et par région

Région	Mise en place du paquet des services de la SRMNEA-N et ceux orientés aux personnes victimes de VBG	Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes	Amélioration de la couverture et qualité des services de la nutrition	Amélioration l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement (WASH)	Financement Basé sur les résultats (FBR) : Contractualisation des services pour l'offre du paquet de services SRMNEA	Mise en œuvre du paquet de SRMNEA+N par truchement de l'approche communautaire en lien avec la réforme sanitaire	Amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement	Renforcement de la qualité et du déploiement des ressources humaines	Renforcement de la gouvernance, de l'efficacité des ressources de la santé et de l'accès financier des plus pauvres à des services SRMNEA+N	Renforcement du système d'information Sanitaire (SNIS)	Renforcement du système d'état civil	Renforcement du secteur privé	Total en milliards de FCFA	Total en Dollar US
Sikasso	56,3	1,6	14,75	0,719	6,29	7,75	7,6	1,41	640%	1,31	0,43	0,59	105,2	0,175
Ségou	49,77	1,4	13,04	0,636	5,56	6,85	6,8	1,25	566%	1,16	0,38	0,52	92,98	0,154
Mopti	43,35	1,2	11,36	0,554	4,85	5,97	5,9	1,09	493%	1,01	0,33	0,45	80,99	0,135
Koulikoro	51,57	1,4	13,52	0,659	5,76	7,10	7,0	1,29	586%	1,20	0,39	0,54	96,35	0,160
Kayes	42,46	1,2	11,13	0,542	4,75	5,84	5,8	1,07	482%	0,99	0,32	0,44	79,32	0,132
Bamako	38,55	1,1	10,11	0,492	4,31	5,31	5,2	0,97	438%	0,90	0,29	0,4	72,03	0,120
Kidal	1,45	0,0	0,38	0,019	0,16	0,20	0,2	0,04	16%	0,03	0,01	0,02	2,71	0,005
Taoudéni	2,89	0,1	0,76	0,037	0,32	0,40	0,4	0,07	33%	0,07	0,02	0,03	5,40	0,009
Ménaka	1,19	0,0	0,31	0,015	0,13	0,16	0,2	0,03	14%	0,03	0,01	0,01	2,23	0,004
Tombouctou	14,37	0,4	3,77	0,184	1,61	1,98	2,0	0,36	163%	0,34	0,11	0,15	26,85	0,045
Gao	10,36	0,3	2,72	0,132	1,16	1,43	1,4	0,26	118%	0,24	0,08	0,11	19,35	0,035
Mali	312,25	8,8	81,85	3,988	34,90	42,98	42,4	7,84	3548%	7,28	2,37	3,26	583,37	0,969

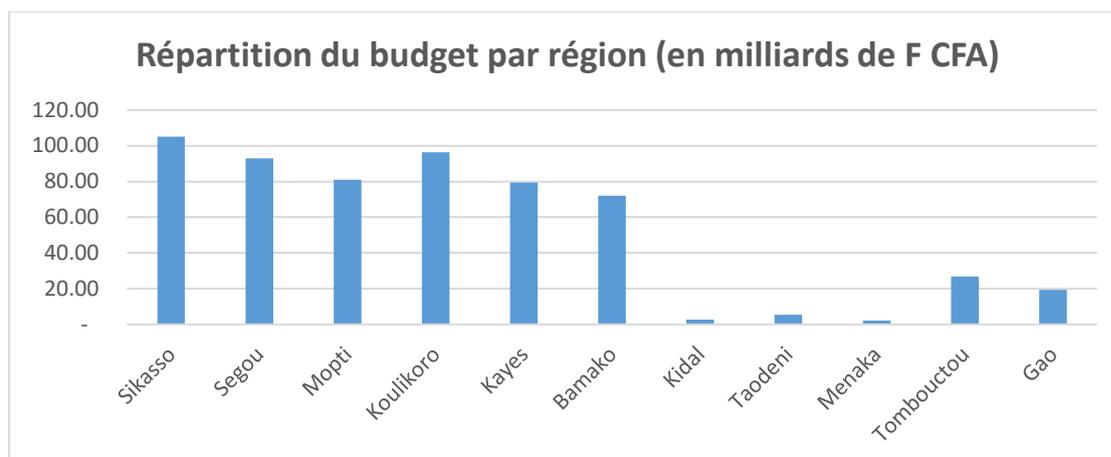


Figure 455: Répartition du budget par région

8.5 Répartition du budget du DI par région des districts sans aucun engagement budgétaire de 2019 à 2023

La répartition du budget du DI par région avec et sans engagement financier, permettrait de renforcer le système de santé en priorisant les régions défavorisées tout en maintenant les acquis eu égard à la baisse progressif des apports des PTF, conformément à l'analyse de la cartographie des ressources.

Ainsi, selon le rapport de la cartographie, sur les 74 districts, 37 sont sans financement des bailleurs (soit 50% des districts), dans cette mesure, en allouant respectivement 50% du budget du DI à ces deux types de districts, cela permettrait de respecter à la fois les critères d'équité et de pérennité du financement de la SRMNEA+N sur la période. Ce qui donne près de 292 milliards de F CFA pour les deux catégories de districts.

Tableau 21: Répartition du budget du DI par région des districts sans engagements budgétaire

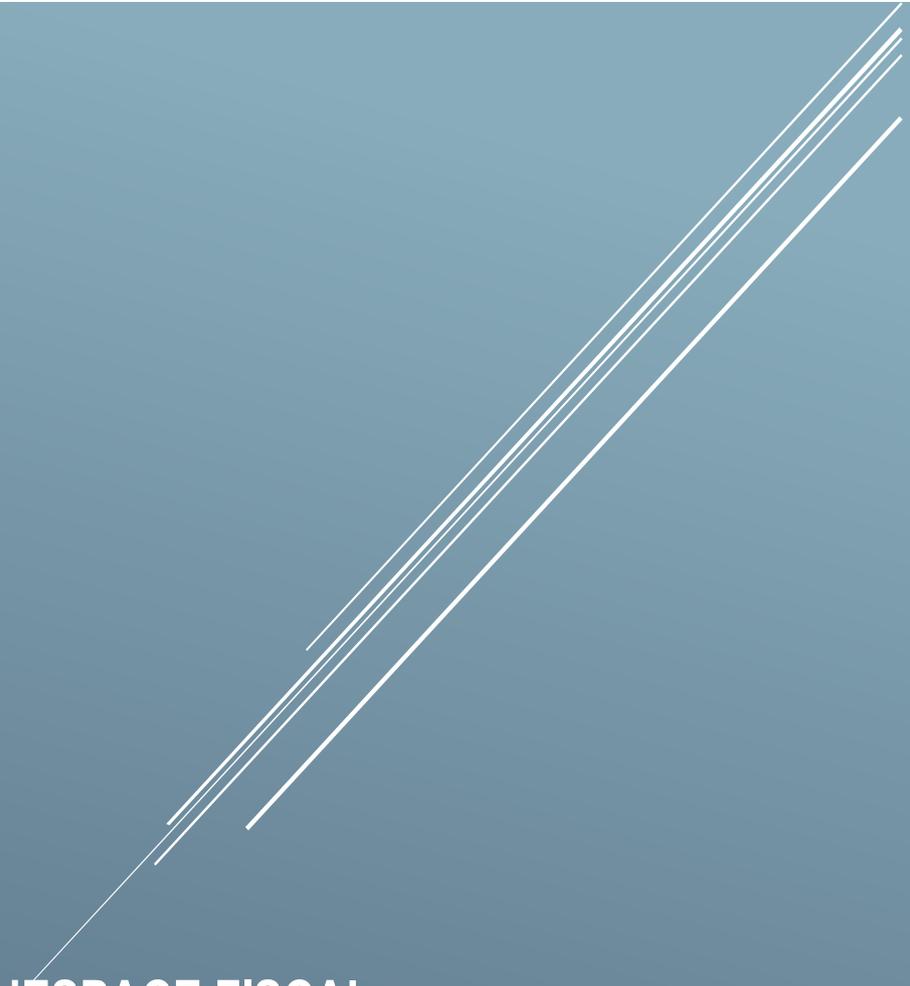
Régions	Montant du Budget du DI à allouer aux districts sans financement	Montant du Budget du DI à allouer aux districts avec financement	Total 2019-2023 (en milliards de F CFA)	Total 2019-2023 (en milliards de \$ US)
Kayes	47,30	31,53	78,83	0,131
Koulikoro	39,42	39,42	78,83	0,131
Sikasso	70,95	7,88	78,83	0,131
Ségou	23,65	39,42	63,07	0,105
Mopti	-	63,07	63,07	0,105
Tombouctou	7,88	31,53	39,42	0,065
Gao	7,88	15,77	23,65	0,039
Taoudeni	23,65	23,65	47,30	0,079
Menaka	23,65	7,88	31,53	0,052
Kidal	-	31,53	31,53	0,052
District de Bamako	47,30		47,30	0,079
Total	291,69	291,69	583,37	0,969

8.6 Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par scénario

Dans le tableau ci-dessous, la mise en place du paquet SRMNEA+N, coûtera 268,16 ; 308,16 et 312,25 milliards respectivement pour le scénario 1, 2 et le scénario national.

Tableau 22: Répartition du budget additionnel par priorité de la SRMNEA+N et par scénario

	Scenario 1 (en milliard de FCFA)	Scenario 2 (en milliard de FCFA)	Scenario National (en milliard de FCFA)
Mise en place du paquet des services de la SRMNEA-N et ceux orientés aux personnes victimes de VBG	268,16	308,16	312,25
Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes	7,53	8,65	8,77
Amélioration de la couverture et qualité des services de la nutrition	70,29	80,78	81,85
Amélioration l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement (WASH)	3,43	3,94	3,99
Financement Basé sur les résultats (FBR) : Contractualisation des services pour l'offre du paquet de services SRMNEA	29,97	34,44	34,90
Mise en œuvre du paquet de SRMNEA+N par truchement de l'approche communautaire en lien avec la reforme sanitaire	36,91	42,41	42,98
Amélioration de l'offre des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement	36,41	41,85	42,40
Renforcement de la qualité et du déploiement des ressources humaines	6,73	7,74	7,84
Renforcement de la gouvernance, de l'efficacité des ressources de la santé et de l'accès financier des plus pauvres à des services SRMNEA+N	30,47	35,02	35,48
Renforcement du système d'information Sanitaire (SNIS)	6,25	7,19	7,28
Renforcement du système d'état civil	2,04	2,34	2,37
Renforcement du secteur privé	2,8	3,22	3,26
TOTAL	501,00	575,74	583,37



IX. ANALYSE DE L'ESPACE FISCAL

L'espace budgétaire peut être défini comme la marge qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif sans mettre en péril la viabilité de sa position financière ou la stabilité de l'économie, (Peter Heller, 2005). De manière générale, il est admis que lorsqu'un espace budgétaire a été aménagé, des ressources sont libérées et peuvent être affectées à des programmes de dépenses publiques particulièrement dignes d'intérêt (ou à la réduction des impôts).

Il est possible d'élargir l'espace budgétaire par des sources et circuits divers, notamment : **i)** des conditions macroéconomiques favorables ; **ii)** la redéfinition de la priorité accordée à la santé dans le budget du gouvernement ; **iii)** l'augmentation des ressources propres au secteur de la santé (les fonds à objet désigné, par exemple) ; **iv)** les subventions et l'aide étrangère en faveur du secteur de la santé ; et **v)** une rationalisation ou une meilleure efficacité dans les dépenses de santé existantes.

Dans le cadre de l'analyse des goulots, les principaux goulots du financement de la SRMNEA-N portent **sur la faible part du budget alloué à la santé, le faible capacité d'exécution du budget, une faible mobilisation des ressources liée à la faible capacité de prévision des recettes et le non alignement du financement des Partenaires**. De ce qui précède, l'analyse de l'espace fiscal de la SRMNEA-N, dans le contexte du Mali, se focalisera sur les principales sources sus identifiées.

9.1 Analyse des perspectives macroéconomiques et budgétaires

Dans une situation normale où la croissance économique est au rendez-vous, l'on peut s'attendre à des gains escomptés d'espace budgétaire alloué à la santé surtout quand celle-ci requiert l'attention des autorités politiques comme cela semble être le cas du Mali dans le contexte actuel.

L'analyse de la situation macroéconomique entre 2017 et 2018 du Mali, montre une croissance économique de l'ordre de 5,0% en moyenne. Elle baisserait de rythme tout en restant robuste autour de 4,2% en moyenne sur la période 2019-2023 et serait soumise à des aléas tels que la crise sanitaire liée au COVID 19 et l'insécurité.

Selon les projections de la Direction Générale du Budget sur la période 2019-2023, le budget de l'Etat connaîtrait une augmentation en moyenne de 4,9% contre 6,9% entre 2017 et 2018. Au même moment, les dépenses publiques de santé vont enregistrer une augmentation significative de l'ordre de 9,4% en moyenne. L'on note cependant qu'elles ont connu une baisse de 7,6% entre 2017 et 2018. Les dépenses publiques de santé ont été affectées par la crise sanitaire liée à la COVID -19, ce qui explique l'augmentation exceptionnelle du budget de 2020. La part des dépenses publiques de santé resterait relativement stable autour de 5,9% entre 2019 et 2023, soit 0,8 point de plus qu'en 2018 mais nettement inférieur au niveau atteint en 2017 soit 6,2%.

Il ressort de cette analyse que, et ce au regard des perspectives macroéconomiques, le gouvernement Malien a encore la possibilité d'améliorer l'espace fiscal de la Santé et partant celui de la SRMNEA+N.

9.2 Redéfinition de la priorité accordée à la santé dans le budget du gouvernement

La redéfinition de la priorité accordée à la santé est une action volontariste des autorités politiques et administratives. Elle s'appuie sur un engagement dans le sens d'allouer plus de ressources au secteur de la santé et particulièrement à la lutte contre certaines maladies. La redéfinition des priorités s'appuie aussi sur des engagements pris au niveau international notamment dans le cadre des ODD.

Dans le cadre de la réforme en cours du système de santé, l'occasion est propice pour opérer un réajustement des priorités intra sectorielles en orientant plus de ressources vers la lutte contre certaines maladies et au profit de certaines couches de la population défavorisées.

En effet, la réforme du système de santé met l'accent sur la gratuité de certaines prestations notamment : la prise en charge des soins de santé primaire, curative et préventive, la planification familiale, la dialyse et les premiers soins en cas d'urgence (accidents et catastrophes).

Le ministère de la santé peut saisir cette opportunité de réforme pour réallouer davantage de ressources en faveur de la SRMNEA+N.

A la lumière du tableau 28, plusieurs indicateurs mettent en évidence, la possibilité qu'a le gouvernement de renforcer le financement de la santé au Mali. En plus, sur la période 2017-2023, les projections d'allocation budgétaire de la santé en pourcentage du PIB, reste en moyenne en deçà des 1,5%. En conséquence, nous notons également une faible part du budget alloué à la fonction santé, soit en moyenne 5,9%, un taux bien loin des 15% d'Abuja (Voir Figure 45). Par ricochet, il est aisé de comprendre que la part de la SRMNEA+N dans le budget du ministère de la santé, soit bas jusqu'en 2023, soit 7,4%. Alors que celle-ci, représente près de 70% des interventions de santé.

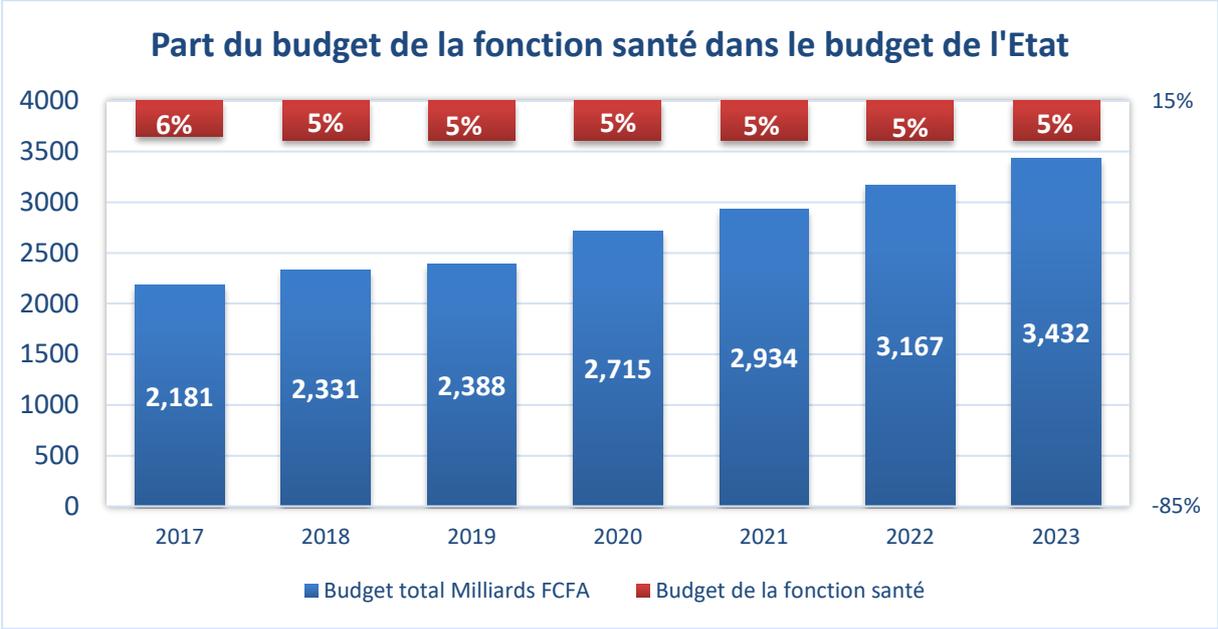


Figure 46: Part du budget de la fonction santé dans le budget de l'Etat

9.3 Evolution de l'allocation budgétaire

Tableau 23 : Evolution de l'allocation budgétaire de la santé

Indicateurs		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Moyenne 2019 -2023
Budget de la Santé en % du PIB	%	1,5	1,3	1,2	1,9	1,3	1,3	1,3	1,4
Budget de la fonction Santé en % du budget total	%	6,2	5,3	5,1	6,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Budget de la fonction Santé en % des recettes budgétaires	%	9,1	10,5	7,3	13,1	9,1	8,9	8,5	9,4
Taux de pression fiscale	%	15,2	11,9	15,0	13,2	13,8	14,3	14,8	14,2
Part de la santé de reproduction dans le budget du ministère de la santé	%	ND	9,1%	8,4%	6,6%	7,2%	7,4%	7,3%	9,1%

Source : Budget d'Etat, TOFE

De ce qui précède, une réorientation des priorités s'impose à l'Etat, et s'articulera autour de la revue à la hausse de la part du budget alloué à la santé en pourcentage du PIB, soit 3 à 5%, permettra au gouvernement d'honorer durablement sa contribution dans le financement au dossier d'investissement. Bien que, les nombreux engagements du gouvernement en faveur de la défense, la sécurité, l'agriculture, les infrastructures, sont à encourager, un effort supplémentaire doit être consenti par l'Etat pour mieux supporter les interventions de SRMNEA-N dans les zones vulnérables et prioritaires afin de maintenir le pays dans le processus de l'atteinte des ODD.

9.4 Augmentation des ressources pour le secteur de la santé à travers la création de fonds ou comptes spéciaux

L'étude sur le financement de la couverture sanitaire universelle au Mali à travers les sources de financement innovantes a proposé différents mécanismes de financement innovant à savoir une taxe additionnelle sur : (i) les billets d'avions ; (ii) la téléphonie et (iii) l'alcool.

Ces sources potentielles de financement additionnel vont être explorées, cependant, il est indispensable d'étudier au préalable la faisabilité politique et technique. En effet, l'instauration de taxes supplémentaires indexées sur ces ressources déjà taxées contribuera à améliorer les ressources destinées à la SRMNEA+N.

9.5 Les dons et l'aide étrangère en faveur du secteur de la santé

De façon générale, le secteur de la santé bénéficie de financements extérieurs qui peuvent prendre différentes formes à savoir :

- l'appui budgétaire général et sectoriel ;
- l'appui projets ;
- l'appui programmes ;
- l'appui via les ONG ou les organisations internationales ;
- l'appui dans le cadre des jumelages ;

Dans le cadre de la recherche d'un espace budgétaire de la SRMNEA+N, sur la base des appuis extérieurs, il s'agit de plaider pour un renforcement des interventions des partenaires traditionnels tout en faisant le plaidoyer pour attirer d'autres investisseurs potentiels et pour l'alignement du financement des PTF.

9.6 Amélioration de l'efficacité dans les dépenses de santé existantes

En théorie économique, l'efficacité se rapporte à tout processus de production, en particulier à la relation entre les intrants (moyens ou ressources) et les extrants (produits). On peut distinguer plusieurs types d'efficacité (technique, économique et allocative). Dans le contexte de la santé, celles-ci peuvent être décrites comme suit :

- **L'efficacité technique** est réalisée lorsque des résultats (ou réalisations) de santé maximale sont obtenus pour un niveau donné d'intrants ou de ressources utilisés. En d'autres termes, aucune autre combinaison d'intrants ne peut parvenir à un résultat de santé plus élevé. Le transfert de tâches est un exemple d'amélioration de l'efficacité technique, en veillant à ce que la ressource comparativement plus coûteuse par ex. un médecin n'exécute pas les tâches qui pourraient être accomplies par la ressource relativement moins coûteuse par ex. une infirmière.
- **L'efficacité économique (ou productive)** est atteinte lorsque le coût des intrants est minimisé pour un niveau donné de résultats de santé. Des gains importants en efficacité économique peuvent être obtenus en améliorant la passation de marchés des médicaments, en faisant baisser les prix médians grâce à des procédures d'appel d'offres ouvertes et équitables, en veillant à ce que les médicaments génériques soient prescrits dans la mesure du possible ou en améliorant le circuit de distribution des médicaments.
- **L'efficacité allocative** est réalisée lorsque la bonne combinaison des programmes de santé, par exemple, trouver un équilibre optimal entre les soins préventifs et curatifs, ou entre les soins primaires et hospitaliers maximise la santé de la population. L'efficacité allocative concerne aussi, la bonne affectation des ressources budgétaires aux activités de santé prioritaires ainsi qu'à leur utilisation judicieuse sur le terrain.

Une analyse de l'efficacité des ressources dans le domaine de la santé suppose de recueillir des données sur les différentes dimensions qui rentrent en jeu dans la conception de l'efficacité. Il s'agit des données sur les intrants ou ressources, leur affectation et leur transformation pour obtenir les produits.

Cependant, à défaut de mener une étude formelle sur la question, il peut être envisagé d'intégrer dans le processus budgétaire, une analyse systématique de certains comptes budgétaires à l'effet d'améliorer leur utilisation.

Dans le contexte du Mali, l'efficacité de la SRMNEA+N passera par le renforcement du système d'information sur les ressources de routine au niveau de toutes les régions.

9.7 La Cartographie des ressources potentiellement disponibles : Engagement budgétaire globaux du secteur public et des bailleurs / partenaires

❖ Engagement budgétaire globaux du secteur public

Pour la période 2019-2023, le montant total des engagements budgétaires prévisionnels du secteur public dans le cadre de la SRMNEA-N s'élève à 48 500 651 452 F CFA. Le graphique ci-dessous en présente la répartition annuelle.

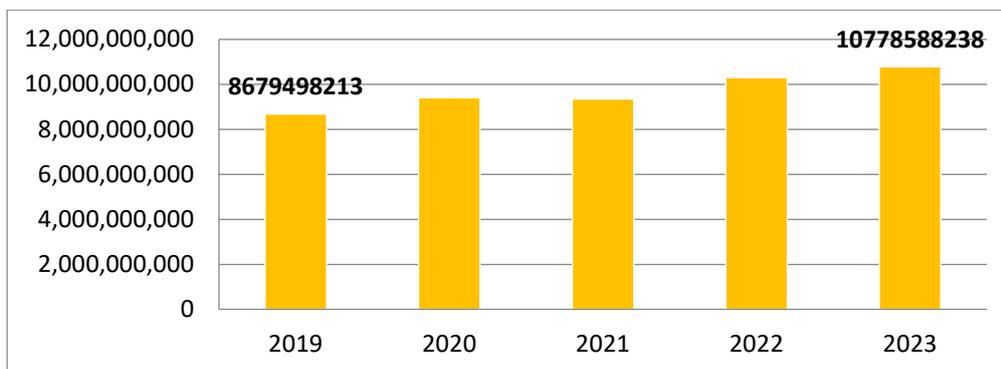


Figure 477: Engagements budgétaires du secteur public (FCFA)

Source : Rapport de la cartographie

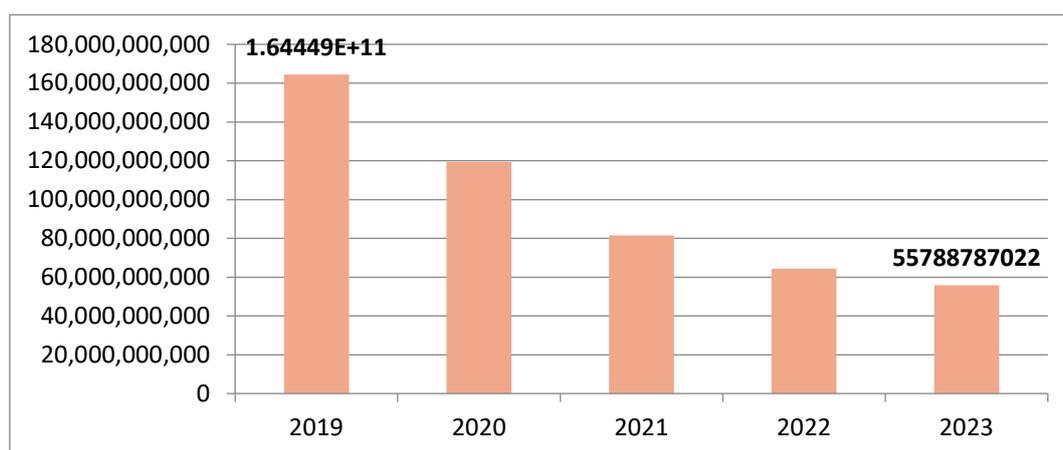
Il ressort de l'analyse du graphique ci-dessus une augmentation progressive du niveau des engagements budgétaires du secteur public dans le cadre de la SRMNEA-N, avec un pic des engagements pour 2023 à hauteur de 10 778 588 238 FCFA.

Par ailleurs, il est à noter que le contributeur principal du secteur public à la SRMNEA-N au Mali reste l'État avec 94% du total des engagements du secteur public suivi des collectivités (3,6%), puis des ASACO (2,4%) comme le montre le graphique ci-dessous.

❖ Engagement budgétaire globaux des bailleurs / partenaires

Il ressort de l'analyse de la cartographie des ressources disponibles, que sur la période 2019-2023, le total des engagements budgétaires prévisionnels des bailleurs dans le cadre de la SRMNEA-N s'élève à **485 360 446 125 FCFA**, soit près de **806 246 588 de dollars US**.²⁵ Force est de constater une diminution progressive de la contribution des partenaires allant de 164 milliards en 2019 à près de 56 milliards en 2023. Ce qui justifie la nécessité d'un plaidoyer pour la mobilisation des ressources de la SRMNEA-N pour assurer la pérennité. Le graphique ci-dessous en présente la répartition annuelle.

Figure 488: Engagement budgétaire globaux des bailleurs

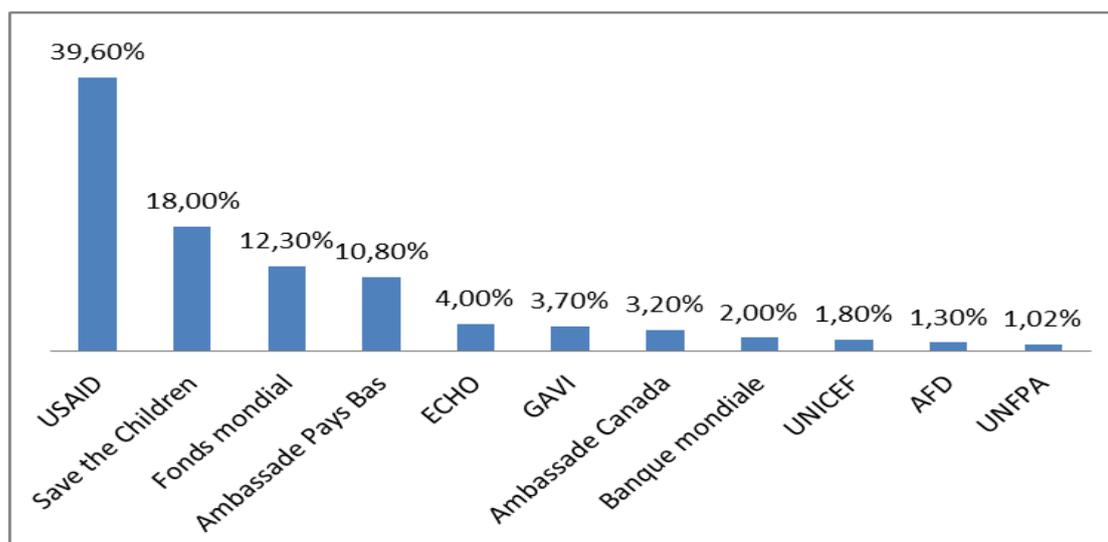


Source : Rapport de cartographie des ressources du Mali

La désagrégation de la contribution des bailleurs, montre que les plus grands contributeurs à la SRMNEA-N au Mali sont : USAID (39,6% du total des engagements des bailleurs), Save the Children (18%), le Fonds Mondial (12,3%), l'Ambassade des Pays Bas (10,8%), ECHO (4%), GAVI (3,7%), l'Ambassade du Canada (3,2%), la Banque Mondiale (2%), UNICEF (1,8%), AFD (1,3%) et UNFPA (1,02%).

²⁵ Le taux du dollar considéré est le même que celui du calcul du budget (1\$US : 602,12686 au 25 Mai 2020, période d'élaboration)

Figure49: Principaux contributeurs à la SRMNEA-N au Mali



Source : Rapport de cartographie des ressources du Mali

9.8 Ressources potentiellement disponibles : Analyse du gap financier

Tableau 24: Ressources potentiellement disponibles

Total engagement Budgetaire	Engagt 2019	Engagt 2020	Engagt 2021	Engagt 2022	Engagt 2023	Total Engagt 2019-2023
Gouvernement	8 679 498 213	9 399 169 623	9 347 284 604	10 296 110 774	10 778 588 238	48 500 651 452
USAID	65 121 931 050	47 276 576 732	32 247 303 477	25 464 565 745	22 092 359 661	192 202 736 666
Save the Children	29 600 877 750	21 489 353 060	14 657 865 217	11 574 802 611	10 041 981 664	87 364 880 303
Fonds Mondial	20 227 266 463	14 684 391 258	10 016 207 898	7 909 448 451	6 862 020 804	59 699 334 873
Ambassade des pays bas	17 760 526 650	12 893 611 836	8 794 719 130	6 944 881 567	6 025 188 998	52 418 928 182
ECHO	6 577 972 833	4 775 411 791	3 257 303 382	2 572 178 358	2 231 551 481	19 414 417 845
GAVI	6 084 624 871	4 417 255 907	3 013 005 628	2 379 264 981	2 064 185 120	17 958 336 507
Ambassade du Canada	5 262 378 267	3 820 329 433	2 605 842 705	2 057 742 686	1 785 241 185	15 531 534 276
Banque Mondiale	3 288 986 417	2 387 705 896	1 628 651 691	1 286 089 179	1 115 775 740	9 707 208 923
UNICEF	2 960 087 775	2 148 935 306	1 465 786 522	1 157 480 261	1 004 198 166	8 736 488 030
AFD	2 137 841 171	1 552 008 832	1 058 623 599	835 957 966	725 254 231	6 309 685 800
UNFPA	1 677 383 073	1 217 730 007	830 612 362	655 905 481	569 045 628	4 950 676 550
Autres	3 749 444 515	2 721 984 721	1 856 662 927	1 466 141 664	1 271 984 344	11 066 218 172
Total Bailleurs	164 449 320 834	119 385 294 779	81 432 584 538	64 304 458 952	55 788 787 022	485 360 446 125
Total financement disponible (Milliards de	173 128 819 047	128 784 464 402	90 779 869 142	74 600 569 726	66 567 375 260	533 861 097 577
Besoin: Budget du DI (Scénario National)	47 352 042 586	72 857 644 213	109 505 737 987	137 273 050 653	216 380 316 807	583 368 792 246
Gap Financier	125 776 776 461	55 926 820 189	- 18 725 868 845	- 62 672 480 927	- 149 812 941 547	- 49 507 694 669
% du déficit de financement du DI						-8,5%

Le montant total des ressources financières disponibles (bailleurs + secteur public) sur la période 2019-2023 est évalué à **533 861 097 577 FCFA** à l'issue de la cartographie des ressources (soit un apport de 90,9% pour les bailleurs et 9,1% pour le secteur public), contre **583,37 milliards de FCFA soit près de 968,85 millions de dollars** pour les besoins financiers du Dossier d'investissement sur les 5 ans. En conséquence, les engagements budgétaires sont inférieurs aux besoins financiers du DI **d'où un déficit de financement global de près de 50 milliards de FCFA soit environ 83 millions de dollars** sur l'ensemble de la période. Ce déficit représente **8,50%** des besoins financiers du DI sur la période 2019-2023.

ANNEXES

Tableau 25: Cadre de Suivi/Cadre de Performance

NIVEAU D'OBJECTIF/OBJECTIFS / RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS	MODE DE CALCUL	VALEUR DE BASE		CIBLES PROJETEES PAR ANNEE					SOURCES DES DONNEES/ INFORMATIONS	
			Valeur	Source	2019	2020	2021	2022	2023		
OBJECTIF GENERAL : Accélérer les efforts déployés pour mettre fin aux décès évitables des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents, et d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des enfants et des adolescents	Taux de mortalité néonatale	Nombre de nouveau-nés décédés dans les 28 jours/Nombre total de naissances vivantes pour 1000	33 ‰	EDSM VI						21,48 ‰	EDSM
	Taux mortalité infanto-juvénile	Nombre d'enfants décédés avant leur cinquième anniversaire/ Nombre de naissances vivantes pour 1000	101‰	EDSM VI						56,55 ‰	EDSM
	Taux de mortalité maternelle	Nombre de cas de décès maternels/Nombre de naissances vivantes pour 100 000	3,25‰	EDSM VI						2,3‰	EDSM
	Taux de mortalité infantile	Nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire/Nomb	54‰	EDSM VI						50‰	EDSM

		re de naissances vivantes pour 1000									
	Taux de malnutrition aigüe globale	Nombre de cas de malnutrition aigüe parmi les enfants de moins de 5 ans X 100/Nombre d'enfant de moins de 5 ans	9,4%	SMART 2019						6%	SMART
	Prevalence de l'infection par le VIH dans la population	Nombre total de personnes infectées par le VIH/Population totale X 100	1,10%	EDSM V						<1%	PDDSS/EDSM
OBJECTIFS SPECIFIQUES :											
Objectif spécifique 1 : Accroître l'utilisation des services de qualité de la SRMNEA-N											
RESULTAT 1.1: Les nouveau-nés reçoivent des soins de qualités											
OS1 R1.1	Indicateur 1.1.1: % de cas de septicémie/pneumonie néonatale (incidence de l'asphyxie néonatale) prise en charge	Nombre de nouveaux cas de septicémie/pneumonie néonatale pris en charge X100/ nombre total de cas de septicémie dépistés	34,90%	SIH 2018	40%	50%	60%	70%	80%	SIH	

Indicateur 1.1.2: Proportion de nouveaux nés de poids de naissance inférieur à 2500grs ayant bénéficié des soins mère kangourou (SMK)	Nombre de nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500grs ayant bénéficié des soins mère kangourou X100/ nombre total de nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500grs	52,00%	DHIS2 2018	55%	60%	70%	75%	80%	DHIS2
Indicateur 1.1.3: proportion de petit poids de naissances (moins de 2500 grammes)	Nombre de nouveau-nés de Faible Poids à la Naissance dans les formations sanitaires / nombre total de naissances vivantes X 100	6,20%	DHIS2 2018	5%	5%	5%	4%	4%	DHIS2
Indicateur 1.1.4: % de nouveau-nés ayant bénéficié de CPON dans les 48h suivant la naissance (au moins 2 actes/conseils au cours des 2 premiers jours après la naissance)	Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de CPON dans les 48H suivant la naissance x 100/ nombre total de naissances vivantes	40,10%	EDSM VI					60%	EDSM
Indicateur 1.1.5: Proportion de consultation post natale du nouveau-	Nombre de nouveau-nés vus en consultation post natale 3 – 7	ND	SLIS 2018					70%	A paramétrer

né 3 à 7 jours (au moins 2 actes/conseils au cours des 2 premiers jours après la naissance)	jours X100/ Nombre de naissances vivantes								
Indicateur 1.1.6: % de nouveau-nés bénéficiant du traitement à la Chlorhexidine 7,1%	nombre de nouveau-nés dont la Chlorhexidine 7,1% a été utilisée pour le traitement ombilical X100/ nombre total de naissances vivantes	22,60%	DHIS2 2018	27%	55%	70%	80%	90%	DHIS2
Indicateur 1.1.7: Pourcentage de nouveau-nés réanimés à la naissance	nombre de nouveau-nés réanimés à la naissance X100/ nombre total de naissance	3,49%	DHIS2 2018					2%	DHIS2
Indicateur 1.1.8: Pourcentage de Nné présumés atteints d'une septicémie/ pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques oraux	Nombre de Nné présumés atteints d'une septicémie ou pneumonie et soignés au moyen d'antibiotiques oraux x 100/ nombre total de Nnés vus en consultation pendant la période	17,80%	SLIS 2018					36%	SLIS

	Indicateur 1.1.9: Proportion de nouveau-né mis au sein dans la demi-heure suivant l'accouchement	Nombre de nouveau-né mis au sein dans la demi-heure suivant l'accouchement X100/ Nombre de naissances vivantes effectuées	63,70%	EDSM VI					90%	EDSM
RESULTAT 1.2: Les enfants de moins de 5 ans reçoivent des soins de qualité										
OS1 R1.2	Indicateur 1.2.1: Proportion des enfants d'un an vacciné contre la rougeole	<u>Proxy</u> Nombre d'enfants d'un an vacciné contre la rougeole X 100/ Nombre d'enfants d'un an	92,00%	DHIS2 2018	93%	94%	95%	95%	95%	DHIS2
		<u>Enquête</u> Nombre d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une dose de vaccin contre la rougeole X100/Total d'enfants vivants de 12-23 mois enquêtés	70,00%	EDSM VI					95%	EDSM
	Indicateur 1.2.2: % d'enfants ayant reçu le PENTA 3 (taux de couverture vaccinale des enfants de moins	<u>Proxy</u> Nombre d'enfants ayant reçu le PENTA3 / Nombre total d'enfants de 0-11 mois X 100	95,19%	SLIS 2018	97%	97%	97%	98%	98%	PDDSS/SLIS

d'un an en PENTA 3)	<u>Enquête</u> Nombre d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu 3 doses de vaccin DTC-HepB-Hib (qui protège contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) $\frac{X100}{\text{Total d'enfants vivants de 12-23 mois enquêtés}}$	71,00%	EDSM VI		98%	EDSM
Indicateur 1.2.3: Proportion d'enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants complètement vaccinés avant leur premier anniversaire / Nombre d'enfants de 6 à 59 mois X 100	45%	EDSM VI		95%	EDSM
Indicateur 1.2.4: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement le même jour ou le jour suivant pour les IRA	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un conseil ou un traitement le même jour ou le jour suivant pour les IRA / nombre de cas dépistés x 100	31,40%	EDSM VI		60%	EDSM

Indicateur 1.2.5: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant pris un CTA (CTA - Polythérapies à base d'artémisinine pour traiter le paludisme)	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé traité avec CTA x 100/ nombre total des enfants de moins 5 ans vus en consultation pour cause de paludisme pendant la période	31%	DHIS 2 2019		45%	50%	60%	70%	DHIS2
Indicateur 1.2.6: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé ayant été traité avec CTA par les ASC	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé traité avec CTA par les ASC au niveau communautaire / nombre total des enfants de moins 5 ans vus en consultation pour cause de paludisme pendant la période x 100	97,40%	DHIS2 2018	100%	100 %	100%	100 %	100%	DHIS2
Indicateur 1.2.7: Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD dans les ménages la veille de l'enquête / Nombre total	79,10%	EDSM VI					90%	EDSM

	d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête								
Indicateur 1.2.8: Proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant bénéficié de 4 doses de SP/AQ/an	Nombre d'enfants de 3 à 59 mois ayant reçu 4 doses Spou AQ au cours de l'année/ Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones cibles	106,00 %	SLIS 2018	100%	100 %	100%	100 %	100%	SLIS
Indicateur 1.2.9: Pourcentage de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au Paludisme	Nombre de cas de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme X100 / nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans	49,93%	SLIS 2018	40%	35%	30%	25%	20%	SLIS
Indicateur 1.2.10: Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois	Nombre d'enfants de 6-59 mois classés comme étant infectés par le paludisme selon les résultats Test de Diagnostic Rapide (TDR) X100/Total d'enfants de 6-59 mois enquêtés	19,00%	EDSM VI						10% EDSM
Indicateur 1.2.11: Pourcentage d'enfants VHI+ ayant initié les	Nombre d'enfants ayant initié les ARV dans la structure / nombre	73,56% (615/836)	SLIS 2018	65,00 %	73%	80%	85%	90%	SILS

ARV dans les structures (Traitement des enfants avec ARV)	total d'enfants dépistés séropositifs								
Indicateur 1.2.12: Pourcentage d'enfants de 6-59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les 6 derniers mois précédant l'enquête	Nombre d'enfants de 6 -59 mois ayant reçu des suppléments de vitamine A dans les 6 derniers mois précédant l'enquête / nombre total d'enfants de 6-59 mois	67,90%	EDSM VI					95%	EDSM
Indicateur 1.2.13: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines avant l'enquête dont la SRO et le ZINC ont été administrés	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines avant l'enquête dont SRO et ZINC ont été administrés / nombre total d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée	9%	EDSM VI					40%	EDSM
Indicateur 1.2.14: Pourcentage de la population en insécurité alimentaire (phase 2)	Population en insécurité alimentaire phase 2/Population totale	14,30%	SMART 2019 MALI		1,71 %	2%	1,30 %	1%	SMART

Indicateur 1.2.15: Taux de malnutrition chronique ou retard de croissance	Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique ou retard de croissance/Nombre d'enfants de moins de 5 ans enquêtés X 100	27%	SMART 2019 MALI		26%	25%	22%	21%	SMART
Indicateur 1.2.16: La prévalence de l'émaciation	Nombre d'enfants de 6 - 59 ans mois dépistés Malnutrition aigu global/Population cible d'enfants de 6 - 59 mois,	9%	SMART 2019 MALI		9,00 %	8%	7%	6%	SMART
Indicateur 1.2.17: Proportion d'enfants de 0-5 mois ayant été allaités exclusivement au sein	Nombre d'enfants de 0- 5 mois ayant été allaités exclusivement au sein /Nombre total d'enfant de 0-5 mois	40%	SMART 2019 MALI		42%	44%	46%	47%	SMART
Indicateur 1.2.18: Proportion d'enfants de 6- 8 mois chez qui une alimentation adéquate a été introduite	Nombre de nourrissons de 6 à 8 mois qui a une alimentation adéquate complémentaire / nombre total de nourrissons de 6 à 8 mois	39%	SMART 2019 MALI		42%	43%	44%	45%	SMART

	Indicateur 1.2.19: Proportion de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique	Nombre de femme enceinte ayant reçu du fer et l'acide folique sur une période/Nombre total de femme vu en CPN pour la même période	82,92%	SLIS 2018	85,50 %	87%	89%	91%	93%	SLIS
RESULTAT 1.3: Les mères reçoivent des soins de qualité										
OS1 R1.3	Indicateur 1.3.1: Taux de CPN 4+	<u>Proxy</u> Nbre Total CPN 4 et plus X 100/ Nombre de grossesses attendues	21,88%	SLIS 2018	15,10 %	14%	35%	45%	60%	SLIS
		<u>Enquête</u> Nombre de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête, qui ont eu au moins 4 visites prénatales X 100/ Nombre de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête	43,00%	EDSM VI					60%	EDSM

Indicateur 1.3.2: Proportion d'accouchement assisté par un Personnel Qualifié	<u>Proxy</u> Nombre d'accouchement assisté par personnel qualifié x100/ nombre total de grossesses attendues	59,30%	SLIS 2018	60,20 %	62%	68%	70%	75%	SLIS	
	<u>Enquête</u> Nombre de naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de prestataires formés X100/Total des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête	67,00%	EDSM VI						75%	EDSM
Indicateur 1.3.3: Taux de césarienne	Nombre d'accouchement par césarienne X 100/ Nombre de grossesses attendues	3,00%	SLIS 2018	3,10%	3%	4%	4%	5%	SLIS	
Indicateur 1.3.4: Proportion de décès maternel après césarienne	Nombre de décès maternel après césarienne X 100/Nombre de césarienne effectué	0,20%	SLIS 2018	0,21%	0,18 %	0,15%	0,10 %	0,05%	SLIS	

Indicateur 1.3.5: Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI/SP durant leur dernière grossesse	<u>Proxy</u> Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI selon les directives nationales X100/Nombre de femmes enceintes ayant fait une visite prénatale			43,40 %	41%	55%	70%		DHIS2
	<u>Enquête</u> Femmes qui ont pris, au moins, trois doses de SP/Fansidar au cours de leur dernière grossesse/Femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	28,00%	EDSM VI					80%	EDSM
Indicateur 1.3.6: Proportion de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié du traitement ARV pour réduire la transmission de la maman à l'enfant	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu ARV X 100/ Nombre total de femmes enceintes séropositives	93,55%	DHIS2 2018	95,04 %	96%	98%	99%	100%	DHIS2

		<u>Proxy</u> Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI selon les directives nationales X100/Nombre de femmes enceintes attendues			55%	60%	65%	70%		DHIS2
	Indicateur 1.3.7: Pourcentage de femmes de 15-49 ans avec au moins 2 doses de vaccins antitétanique	<u>Enquête</u> Nombre de femmes de 15-49 ans dont la naissance vivante la plus récente était protégée contre le tétanos néonatal X100/Total de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête	49,6%	EDSM VI					75%	EDSM
	Indicateur 1.3.8: Taux de prévalence contraceptive : méthode moderne	<u>Proxy</u> Nombre d'utilisatrice d'une méthode moderne de planification à une période donnée/ nombre de	15%	EDSM VI	14,32 %	15%	22,50 %	25%	28%	DHIS2

		femme en âge de procréer X100					
		<u>Enquête</u> Nombre de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, et femmes de 15-49 ans non en union sexuellement actives utilisant une méthode moderne de contraception X100/Total de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, et femmes de 15-49 ans non en union sexuellement actives enquêtées					EDSM
	Indicateur 1.3.9: Proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale	Nombre de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale X 100/Total de	24%	EDSM VI		14%	EDSM

		femmes en union enquêtées					
Objectif spécifique 2 : Réduire les cas de violence basée sur le genre et assurer la prise en charge holistique des survivants							
RESULTAT 2.1: Les violences Basées sur le Genre sont réduites							
OS2 R1.1	Indicateur 2.1.1: taux de prévalence de l'excision chez les filles de 0-14 ans	Nombre de filles de 0-14 ans qui ont été excisées/Total des filles de 0-14 ans	73%	EDSM VI		66%	Stratégie VBG/EDSM
	Indicateur 2.1.2: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques ou sexuelles	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans, ayant subi des actes de violence physique ou sexuelle X 100/Total de femmes de 15 à 49 ans enquêtées	45,50%	EDSM VI		38%	Stratégie VBG/EDSM
	Indicateur 2.1.3: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques et sexuelles et qui	Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques et sexuelles et qui n'ont jamais	68%	EDSM VI		60%	EDSM

	n'ont jamais recherché d'aide et n'en ont jamais parlé à personne,	recherché d'aide et n'en ont jamais parlé à personne X 100/Nombre total de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques et sexuelles					
	Indicateur 2.1.4: Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont recherché de l'aide pour mettre fin à la violence	Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques et sexuelles et qui ont recherché de l'aide pour y mettre fin X 100/Nombre total de femmes de 15-49 ans qui ont subi des Violences physiques et sexuelles	19%	EDSM VI		30%	EDSM
	Indicateur 2.1.5: Proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (15-19 ans)		59%	EDSM VI		55%	EDSM
Objectif spécifique 3 : Accroître la disponibilité des soins continus et services de qualité y							

compris au niveau communautaire											
RESULTAT 3.1 La disponibilité des infrastructures, équipements essentiels, intrants, médicaments, consommables prioritaires et de la logistique est accrue											
OS3 R3.1	Indicateur 3.1.1: Proportion de la population vivant dans un rayon de 5km d'un CSCOM fonctionnel	Population dans un rayon de 5km /Population totale X 100	57%	SLIS	57%	60%	70%	75%	80%	SLIS	
	Indicateur 3.1.2: Taux moyen de disponibilité des produits SRMNEA-N	Somme des jours de disponibilité de chaque produit SRMNEA-N au cours de la période X 100/ Nombre total de produits SRMNEA-N sur de la liste X nombre de jours de la période	93%	OSPSANTE	95%	95%	96%	97%	98%	PDDSS/OSPSANTE	
	Indicateur 3.1.3: Proportion de structure ayant connu une rupture de stock en médicament SRMNEA-N	Nombre structure ayant connu une rupture en médicament SRMNEA-N/ Nombre total de structure X 100	25%	OSPSANTE	21%	19%	17%	13%	9%	OSPSANTE	

	Indicateur 3.1.4: Pourcentage des établissements ayant les équipements essentiels (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, balance pour adulte, source de lumière, balance pour enfant)	Nombre d'établissements de santé disposant des équipements essentiels/ Nombre total d'établissement de santé	34,00%	Enquête SARA	50%	55%	65%	75%	80%	SARA
	Indicateur 3.1.5: Pourcentage d'établissements SONUC disposant d'une mini banque de sang fonctionnelle	nombre d'établissements SONUC disposant d'une mini-banque de sang fonctionnelle x 100/ nombre total d'établissements de santé	ND	Rapport SONUC					100%	Rapport SONUC
RESULTAT 3.2 Les ressources humaines essentielles sont disponibles										
OS3 R3.2	Indicateur 3.2.1: Ratios personnels soignants /habitants (personnel pour 10000 hbts)	Nombre de personnels soignants x 10 000/population totale	6	CS PRODESS	6	6	7	7	7 CS PRODESS	

	Indicateur 3.2.2: Pourcentage de CSCOM de santé disposant d'une infirmière obstétricienne ou d'une sagefemme	Nombre de CSCOM disposant d'une infirmière obstétricienne ou une sagefemme /Nombre totale de CSCOM X 100							60%	A paramettrer
	Indicateur 3.2.3: Pourcentage de CSCOM médicalisé	Nombre total de CSCOM médicalisé/nombre total de CSCOM X 100	34%	SILS 2018	34%	36%	38%	40%	42%	SILS
	Indicateur 3.2.4: Pourcentage de Village couvert par des ASC	Nombre de village disposant d'au moins un ASC/Nombre total de village				6%	15%	34%	44%	A paramettrer Outils PRODESS
RESULTAT 3.3: L'accès à l'eau potable et à des systèmes efficaces d'hygiène et d'assainissement est accrue										
OS3 R3.3	Indicateur 3.3.1: Pourcentage d'établissements sanitaires disposant de points d'eau potable	Nombre d'établissements sanitaires disposant de points d'eau potable/ Total des établissements sanitaires	ND	DHIS2	ND	ND	60%	70%	75%	A paramettrer
	Indicateur 3.3.2: Proportion de menages disposant	Nombre ménages disposant de latrines améliorées	19%	DHIS2	ND	ND	25%	27%	30%	DHIS2

	de latrines améliorées	/ Nombre total de ménages x 100									
Objectif spécifique 4 : Améliorer l'accès aux soins par un mécanisme de financement adapté											
RESULTAT 4.1: Partenariat renforcé											
OS4 R4.1	Indicateur 4.1.1: Part du financement du secteur privé dans la santé de la reproduction (affection maternelle, affection périnatale, planification familiale et autres)	Enquête	0,44%	Résultat provisoire CNS 2018			1,44%	2%	2,50%	CNS	
	Indicateur 4.1.2: Part du financement extérieur dans la SRMNEA-N	Total financement extérieur/Total financement de la SRMNEA-N	ND						60,00%	CS PRODESS	
RESULTAT 4.2: Le financement de la SRMNEA-N dans le budget de la santé est adéquat											
OS4 R4.2	Indicateur 4.2.1: Part du Budget SRMNEA-N dans	Montant alloué à la SRMNEA-N au secteur	5,34%	Calcul Proxy sur la base Loi de	7%	8%	9,84%	11%	12,84%	Loi des finances	

le budget de la santé	santé/Montant total du budget annuel du ministère de la santé X 100		finances 2019						
Indicateur 4.2.2: Taux d'exécution du budget SRMNEA-N	A prendre en compte lors de la révision des outils du PRODESS		CS PRODESS		0,95	95,00 %	95%	95,00%	CS PRODESS
Indicateur 4.2.3: Proportion des établissements de santé ayant une convention avec la CANAM	Nombre d'établissements de santé ayant signé une convention avec la CANAM/Nombre total d'établissement de santé	53,03%	CANAM	54,8	54%	55,53 %	57%	57,98%	CANAM
Indicateur 4.2.4: Pourcentage de la population couverte par le RAMU	Populations couvertes par un des régimes du RAMU (AMO, RAMED, Mutuelles) / Population totale X 100	16,28%	Rapport CS/PRODESS	17,98				45,00%	CS PRODESS
Indicateur 4.2.5: Part des paiements directs dans le financement de la santé	Total paiements direct/coûts total des frais de santé	32,00%	CNS 2018					30,00%	CNS
RESULTAT 4.3: Le FBR est mis à échelle									

OS4 R4.3

Indicateur 4.3.1: Proportion de contrats PMA/PCA signés avec les ACV (Agence de contractualisation et de vérification)	Nombre de contrats PMA/PCA signés avec les ACV/Nombre total d'établissements de santé offrant le PMA/PCA	ND	CTN/FBR	10%	20%	30%	40%	50%	CTN/FBR
Indicateur 4.3.2: Part du FBR dans le financement public de la santé	Total financement du FBR/Total financement de la santé		CTN/FBR					20%	CTN/FBR

Objectif spécifique 5 : Renforcer les mécanismes de planification, de suivi- évaluation et de coordination du système de santé										
RESULTAT 5.1: Le système d'information sanitaire est amélioré										
OS5 R5.1	Indicateur 5.1.1: Taux de promptitude des annuaires statistiques	Nombre d'annuaires statistiques produits à temps/nombre prévu X 101	100,00 %	SNISS	0	0	20,00 %	30%	40,00%	
RESULTAT 5.2 La planification et le suivi- évaluation sont assurés										
OS5 R5.2	Indicateur 5.2.1: Pourcentage d'instance du PRODESS (CROCEP, Comité	Nombre d'instances tenues à bonne date/Nombre	ND	CS PRODESS	1	1	100%	100 %	100,00 %	CS PRODESS

	Technique, Comité de Suivi) tenue à bonne date	d'instances prévues sur la période									
	Indicateur 5.2.2: Taux de réalisation des audits de décès maternels	Nombre de décès maternel audits X 100/Nombre de décès maternels	56,10%	DHIS2 2018	72,60 %	54%	60%	70%	80%	DHIS2	
Objectif spécifique 6 : Assurer une meilleure protection juridique de l'enfant, de l'adolescent et de la mère											
RESULTAT 6.1: Le système d'état civil est amélioré											
OS6 R6.1	Indicateur 6.1.1: Pourcentage d'enfants dont la naissance a été enregistrée à l'état civil	<u>Proxy</u> Nombre de naissances enregistrées X 100/nombre de naissances attendues	87,00%	EDSM VI	89%	91%	93%	94%	95%	DHIS2	
		<u>Enquête</u> Nombre d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été déclarée/Nombre total d'enfants de moins de 5 ans enquêtés								EDSM	

	Indicateur 6.1.2: Pourcentage de mariages enregistrés	Nombre de femmes et hommes actuellement en couple ayant enregistré leur union/de femmes et hommes actuellement en couple	50,90%	Rapport DNEC		65%		80%	Rapport DNEC
--	--	--	--------	--------------	---	-----	---	-----	--------------

Références bibliographiques

2. Enquête Démographique de la Santé du Mali, 2018 ;
3. Programme de développement sanitaire et social ;(PRODESS IV)
4. Rapport de revue de la SRMNEA+N du Mali ;
5. Manuel du financement basé sur les résultats (FBR) validé ;
6. Politique du financement de la santé du Mali ;
7. Document de réforme du système de santé du Mali ;
8. Mali action plan (MAP) ;
9. Rapport d'évaluation de la santé communautaire ;
10. L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté ;
11. Coût de la faim en Afrique, incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant au Mali ;
12. Analyse multisectorielle de la nutrition au Mali, 2018
13. Ministère de la Santé et de la population, Enquête SMART, Rapport final, 2017, 2018
14. Dossier d'investissement du Sénégal ;
15. Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023
16. Annuaire statistique 2017, 2018 ;
17. MICS 2015 ;
18. Projet de réforme du secteur de la santé ;
19. PRODESS III
20. Investment case du Kenya ;
21. Investment case du Sénégal ;
22. Investment case de la RDC ;
23. Investment case de la Tanzanie ;
24. Investment case de la Centrafrique ;
25. Investment Case du Liberia ;
26. Rapport synthèse SARA Mali ;
27. Cadre stratégique de croissance Mali ;
28. Conseil national de développement de la nutrition ;
29. Comblent le déficit en nutrition au Mali (FNG)