

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE PLANIFICATION ET DE
STATISTIQUE DU SECTEUR SANTE,
DEVELOPPEMENT SOCIAL,
PROMOTION DE LA FAMILLE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

EVALUATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

Draft N° 1

9 mai 2011

Table de matières

Abréviations et acronymes	iii
Résumé.....	1
Chapitre I. Introduction	2
Contexte et objectifs de l'évaluation	2
Constats et orientations globales de l'évaluation	3
Chapitre II. Résultats Globaux entre 1998-2010.....	6
Indicateurs d'impact.....	6
Indicateurs de routine	8
Chapitre III. Offre et utilisation des services	11
Situation au début du PDDSS	11
Accessibilité, disponibilité et utilisation du PMA	11
Soins essentiels au niveau communautaire	14
Système de référence.....	15
Les hôpitaux dans le système de santé	16
Secteur privé.....	17
Médicaments.....	18
Chapitre IV. Activités de soutien aux prestations.....	20
Planification au niveau opérationnel	20
Gestion des ressources	20
Système local d'information sanitaire au niveau opérationnel	21
Monitoring et supervision.....	22
Chapitre V. Participation communautaire et renforcement de la solidarité.....	23
Participation communautaire	23
Mise en place des mécanismes de solidarité	24
Décentralisation	27
Chapitre VI. Financement des composantes du PRODESS.....	30
Aperçu.....	30
Ministère de la Santé	30
Ministère du Développement Social	33
Organisation des flux financiers.....	35
Orientations futures.....	37
Chapitre VII. Développement et gestion des ressources humaines	38
Production des personnels de la santé	38
Evolution du nombre de personnels de santé	38
Evolution du marché de travail	40
Développement de la gestion des ressources humaines	41
Chapitre VIII. Maîtrise du PRODESS.....	46
Renforcement de l'approche sectorielle	47

Cadre de concertation du PRODESS.....	47
Chapitre IX. Suggestions et pistes pour le futur	51
Annexes (partielles)	57
Annex 1 : Population du Mali	
Annex 2 : Résultats des EDS pour le Mali et cinq pays voisins	
Annex 3 : Indicateurs du cadre commun / Ministère de la Santé	
Annex 4 : Analyse détaillée des indicateurs clés du cadre commun / Ministère de la Santé.....	
Annex 5 : Indicateurs du cadre commun / Ministère du Développement Social	
Annex 6 : Analyse détaillée des financements du PRODESS / Ministère de la Santé	
Annex 7 : Analyse détaillée des financements du PRODESS / Ministère du Développement Social	
Annex 8 : Tableaux d'analyse des ressources humaines	
Annex 9 : Tableau d'analyse des responsabilités de concertation.....	
 Bibliographie	

Abréviations et acronymes

AB	Aide budgétaire
ABG	Aide budgétaire globale
ABS	Aide budgétaire sectorielle
ACDI	Agence canadienne pour le développement international
ADM	Allègement de la dette multilatérale
AfD	Agence française de développement
AMO	Assurance médical obligatoire
ANAM	Agence nationale d'assistance médicale
ANEH	Agence nationale pour l'évaluation des hôpitaux
ANICT	Agence nationale d'investissement des collectivités territoriales
ANSSA	Agence nationale de la sécurité sanitaire des aliments
ANTIM	Agence nationale de télésanté et d'information médicale
ARV	Antirétroviraux
AS	Approche sectorielle
ASACO	Association de santé communautaire
BM	Banque mondiale
CADD	Cellule d'appui à la décentralisation/déconcentration
CANAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme
CCP	Consultation curative primaire
CCC	Comité de conseil de cercle
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CDRH	Cellule de développement des ressources humaines
CE	Commission européenne
CEPRIS	Cellule d'exécution des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNS	Comptes nationaux de la Santé
CPN+	Consultation prénatale plus
CPS	Cellule de planification et de statistiques
CREDOS	Centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant
CRM	Caisse des retraites du Mali
CROCEP	Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSCR	Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSLP	Cadre stratégique de réduction de la pauvreté
CSREF	Centre de Santé de référence
DAF	Direction administrative et financière
DCI	Dénomination commune internationale
DESAM	Développement sanitaire du Mali (logiciel)

DESR	Division des établissements sanitaires et de la réglementation
DFM	Direction des finances et du matériel (ex DAF)
DGS	Dépenses générales de l'administration en santé
DMT	Département de la médecine traditionnelle
DNCT	Direction Nationale de Collectivités Territoriales
DNS	Direction nationale de la santé
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DPvS	Dépenses du secteur privé en santé
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction régionale de la santé
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTCP3	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite, 3e vaccination
DTS	Dépenses totales en santé
EDS.M	Enquête démographique et de santé – Mali
EIPC	Ecoles des infirmiers de premier cycle
EPA	Établissement public autonome
EPH	Établissement public hospitalier
EPIC	Etablissement public à caractère industriel et commercial
EPST	Etablissement public à caractère scientifique et technologique
ESS	Ecole secondaire de la santé
FAM	Fonds d'Assistance Médicale
FCFA	Francs de la communauté financière d'Afrique
FELASCOM	Fédération local d'associations communautaires de santé
FENASCOM	Fédération nationale des ASACO
FERASCOM	Fédération régionale d'associations communautaires de santé
FED	Fonds européen de développement
FMPOS	Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
FNUAP	Fonds des Nations Unis pour les Activités de Population
GAVI	Global alliance for vaccines and immunisation
GIE	Groupement d'intérêt économique
GRH	Gestion des ressources humaines
GSM	Global system for mobile communications
HACT	Harmonized Approach for Cash Transfers
HCCT	Haut conseil des collectivités territoriales
HHA	Harmonisation of health for Africa (Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide et l'harmonisation pour la santé en Afrique)
HMN	Health Metrics Network, (système d'évaluation)
IDE	Infirmier d'Etat
Inf. PC et OB	Infirmier(e)s de premier cycle et obstétriques
IOTA	Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique
IHP(+)	International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)

JANS	Joint assessment of national strategies (Évaluation conjointe de stratégies et plans nationaux)
KfW	Banque allemande pour le développement
INFSS	Institut national de formation en sciences de la santé
INPS	Institut national de protection social
INRSP	Institut national de recherches en Santé publique
IS	Inspection de la Santé
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNS	Laboratoire National de Santé
MCS	Mission conjointe de suivi
MDSSPA	Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées
ME	Médicaments essentiels
MICS/ELIM	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples et de Dépenses des Ménages
MS	Ministère de la Santé
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
MPFFE	Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant
NC	Nouveau cas
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social
PDSC	Plan de développement sanitaire de cercle
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PME	Pays moins avancés
PNDRHS	Politique nationale de développement des ressources humaine pour la Santé
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PO	Plan opérationnel
PPM	Pharmacie populaire du Mali
PPTTE	Pays pauvres très endettés
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PSNAN	Plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition
PSPHR	Projet santé, population et hydraulique rurale
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la Santé
RSS	Renforcement du système de Santé

SAE	Page 10
SDADME	Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels
SD-SNISS	schéma directeur du système national d'information sanitaire et social
SEPAUMAT	Service d'entretien du parc automobile et matériels
SF	Sages Femmes
SIH	Système d'information hospitalier
SISo	Système d'information sociale
SLIS	Système local d'information sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONUB	Soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence complets
TPR	P 46
TSS/TS	Techniciens supérieurs de la santé/ techniciens de la santé
UE	Union européenne
UMN	Unité monétaire nominative
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
USAID	Agence de coopération des Etats-Unis
UTM	Union technique de la mutualité malienne
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

Résumé – pas plus de 2 ou 3 pages ?

Chapitre I. Introduction

Contexte et objectifs de l'évaluation

1. **Contexte de l'évaluation.** Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 1998-2007 est issu des politiques de santé et de population (1990) et de solidarité pour la lutte contre l'exclusion et la marginalisation (1993). Le PDDSS a été mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) au cours de trois phases distinctes : (i) le PRODESS I (1998-2002) ; (ii) le PRODESS II (2005-2009) ; et le PRODESS prolongé (2009-2011).

2. Le PRODESS actuel s'inscrit dans un contexte caractérisé par plusieurs initiatives destinées à augmenter l'efficacité de l'aide au développement, telles que: (i) la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA); (ii) le Partenariat International pour la Santé (IHP), dont le but est d'accélérer les progrès relatifs aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé; et (iii) le Compact national « Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD », qui vise à constituer le cadre unique et harmonisé d'augmentation et d'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des résultats.

3. Le PRODESS est basé sur une approche sectorielle et promut un appui budgétaire afin d'aligner le soutien des PTF sur les procédures nationales. Ainsi, le PRODESS constitue le cadre unique de programmation, de mise en œuvre et de suivi des interventions dans le secteur de la santé et du développement social. Le PRODESS est piloté par les structures pérennes au cours d'un processus bien institutionnalisé, et sa gestion quotidienne est assurée par son Secrétariat Permanent, basé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) désormais commune à trois départements (Santé, Développement Social et Promotion de la Femme). Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par le MS et le MDSSPA, et bénéficient d'une participation active de l'ensemble des PTF et de la société civile, en particulier via la Fédération Nationale des ASACO (FENASCOM) et le Groupe PIVOT santé/population.

4. Le PDDSS prenant fin en 2011 ainsi que sa dernière phase opérationnelle, les ministères en charge de la Santé, du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées ont saisi l'occasion pour renforcer le partenariat autour de l'évaluation des résultats du PDDSS et de l'élaboration du nouveau plan décennal pouvant prendre en compte les préoccupations du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille en matière de santé.

5. **Objectifs de l'évaluation.** Selon les termes de référence, l'évaluation du PRODESS avait pour objectifs de:

- décrire et analyser les résultats obtenus, au regard des cibles des indicateurs de suivi, de manière globale et pour chacune des composantes de santé et de développement social ;
- poser un diagnostic du système de santé, selon les six piliers définis par l'OMS ;
- évaluer la mise en œuvre des réformes institutionnelles intervenues et analyser leur influence sur les résultats produits par le PDDSS ;
- identifier les principaux goulots d'étranglement, difficultés et contraintes rencontrés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et social dans la mise en œuvre des composantes du PDDSS ;
- évaluer la cohérence des différents volets du PRODESS et des plans stratégiques qui ont été conçus pour l'accompagner ; et
- analyser l'influence de l'interaction entre les deux départements en charge du PRODESS sur les effets observés.

6. **Organisation et déroulement de l'évaluation.** Initialement prévue pour une durée de quatre mois de janvier à avril 2011, l'évaluation a dû être raccourcie de mars à avril pour des raisons administratives. En outre ni toutes les compétences envisagées ni toute la disponibilité des consultants n'ont pu être réunies. Ces modifications ont eu des effets sur le déroulement et sur l'organisation du rapport d'évaluation.

7. Organisation de l'évaluation. Dans les termes de référence, la CPS avait demandé à ce que l'évaluation respecte certains principes : de participation,

8. Il avait aussi été demandé de tenir compte de certains cadres d'évaluation, notamment les piliers de l'OMS et les rubriques du JANS. Le rapport est organisé ...

9. Déroulement de l'évaluation. Sur le plan du déroulement de l'évaluation, l'équipe s'est mise d'accord avec la CPS et a pu respecter le calendrier suivant :

- Semaine de 7 au 11 mars : Lecture et discussion de l'évaluation avec les autorités ; organisation du rapport et répartition des responsabilités par consultant ; collecte de la documentation de base ;
- Semaines du 14 au 25 mars : Visites des responsables au niveau central ;
- Semaine du 28 mars au 1 avril : Visite du terrain ;
- Semaines du 4 au 15 avril : Rédaction des premières contributions à l'évaluation ; et présentation des résultats ; et
- Semaines du 18 avril au 2 mai : Elaboration du premier brouillon et soumission à la CPS.

Enfin, le mois de mai devrait être consacré à la prise en compte des observations, la finalisation du rapport d'évaluation et la proposition des prochaines étapes dans l'élaboration du nouveau PDDSS.

10. Paragraphe sur une vision stratégique du travail ? Vu les contraintes ci haut citée, le présent rapport.

Constats et orientations globales de l'évaluation

11. Après l'étude des documents, les discussions avec les personnes ressources et les visites du terrain, l'équipe d'évaluation a pu formuler les impressions sur : (i) la situation actuelle ; (ii) la contribution des multiples phases du PRODESS à l'atteinte des objectifs du PDDSS ; et (iii) les orientations futures à prendre en considération pour l'élaboration du prochain plan décennal.

12. **Situation actuelle et contribution des PRODESS.** Sur bon nombre d'indicateurs de suivi et d'évaluation, le Mali a enregistré un progrès notable au cours des trois PRODESS. Mesurés par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 1995/96, 2001 et 2006) et MICS (2010), l'impact du PRODESS par rapport aux indicateurs OMD est globalement positive mais insuffisantes pour les accouchements assistés. Mesurés par les indicateurs de routine, 58% des indicateurs de santé et XX% des indicateurs de développement social ont montré une évolution positive et consistante au cours des PRODESS. Le **Chapitre II** présentera les principaux résultats à partir des EDS et des indicateurs de routine (surtout pour les résultats depuis 2006).

13. Cependant, l'évaluation a également constaté que le Mali se trouve actuellement à un point décisif dans le développement des secteurs socio-sanitaires car le pays doit faire face simultanément à :

- un taux de croissance de la population qui risque non seulement de remettre en cause les indicateurs de réalisation du PRODESS depuis des années mais aussi de mettre en péril les possibilités à l'avenir d'atteindre les nouveaux objectifs ;¹
- un changement dans les modalités fondamentales d'organisation du secteur socio-sanitaire qui met des fois en confrontation les exigences des nouvelles approches requises pour passer à l'échelle et les anciennes habitudes et méthodes de travail qui risque de contribuer à des conflits institutionnels et de réduire de manière significative l'accroissement de l'efficacité essentielle pour les sous-secteurs ; et
- une diminution assez accentuée des ressources (surtout financières) au moment où les structures prévues sont mises en place et le besoin de renforcer leurs opérations (en ressources humaines, coûts de fonctionnement, etc.) se pose, ce qui risque non seulement d'avoir des incidences négative sur la quantité et la qualité des services des ministères mais aussi de nécessiter la mobilisation de nouvelles sources et montants dans un contexte économique peu favorable.

14. Éléments démographiques. Lors du dernier recensement général de la population, le Mali s'attendait à une croissance de la population de l'ordre de 2,6% et un nombre total d'environ 12,96 million d'habitants ; or, le recensement a compté plus de 14 million donc un taux de croissance de 3,4%. Ce résultat ne devait pas être étonnant, étant donné que

- les attitudes des maliens sur le nombre idéal d'enfants n'a pas changé entre 2001 et 2006 ;

¹ Voir surtout Banque Mondiale, Le Mali face au défi démographique (Juin 2009).

Tableau 1: Nombre idéal d'enfants

	2001	2006
Femmes		
Ensemble des femmes	6.2	6.3
Femmes en union	6.5	6.4
Hommes		
Ensemble des hommes		7.7
Hommes en union		8.4

Sources: EDS (2001), Tab. 7.5; EDS (2006), Tab. 7.4

- l'utilisation des services de planification familiale monte très lentement de 2,71% en 2003 à 4,55% en 2009.

Tableau 2 : Utilisation des services de PF

Sources	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux d'utilisation	2.71%	2.36%	3.16%	3.76%	4.17%	4.05%	4.55%

Source: SLIS 2003-2009

Cette dynamique de population devrait influencer toute la discussion sur l'organisation du système de santé, du point de vue de l'offre et l'utilisation des soins en **Chapitre III** et du soutien aux prestations en **Chapitre IV**, car non seulement les résultats du passé sont à revoir (même si cette évaluation n'a pas pu le faire) mais aussi les objectifs du futur et leur faisabilité seront à étudier.

15. Eléments organisationnels. Etant donnée l'augmentation des demandes de services par une population croissante, le secteur socio-sanitaire a cherché à adopter au cours de la période du PDDSS les mesures pouvant accroître l'efficacité des méthodes de travail. Trois aspects évoqués par le CSLP II sont pertinents et seront développés davantage en **Chapitre V** :

- le développement du partenariat entre l'Etat et la communauté pour la promotion de la santé communautaire ;
- le renforcement de la solidarité pour la santé à travers une meilleure couverture de l'ensemble de la population en matière de protection sociale et un meilleur accès des plus démunis aux services socio-sanitaires de base ; et
- la matérialisation de la décentralisation par le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales et le recentrage en conséquence des responsabilités des niveaux central et régional.

16. Eléments ressources. Au cours du déroulement du PDDSS, comme le montre le **Chapitre VI**, le Mali a bénéficié : (i) d'un accroissement des sources de financement ; (ii) d'une augmentation des montants mis à la disposition des secteurs socio- sanitaire ; et (iii) de certaines mesures d'assouplissement dans le décaissement des ressources financières, notamment par l'augmentation des ressources financières passant par le canal de l'appui budgétaire, qui a plus que doublé entre 2007 et 2009.

Tableau 3 : Dépenses réalisées par source de financement (en '000 FCFA)

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	38 754	38 379	43 371	50 155	53 981
ABS		5 036	8 037	7 503	9 260
Recouvrements	4 757	11 106	11 965	14 070	7 141
Communautés	246	193	210	355	624
Collectivités	114	386	311	364	471
Partenaires	17 972	23 193	31 330	19 516	6 827
Total	61 844	78 293	95 225	91 962	78 303

Sources: DAF/MS, Rapports annuels; UE, Evolution des aides budgétaires, Annexes, p. 151.

17. Depuis deux ans, cependant, la situation financière s'est renversée laissant ainsi le pays en 2009 quasiment au même niveau de dépenses qu'en 2006 :

- le montants des recouvrements est tombé de moitié dû peut-être à la généralisation de la gratuité de certains soins et services de santé (césarienne, paludisme pour les populations fragiles, etc) ; et
- la chute dramatique des dépenses des partenaires dû peut-être aux effets des difficultés avec le Fonds Mondial.

18. En outre, l'augmentation constante du montant courant du Budget d'Etat et l'évolution de l'appui budgétaire n'ont pas pu compenser. Par ailleurs, le nombre de pays participant dans l'appui budgétaire a diminué de 4 en 2008 à 2 en 2011 (et à un seul pour 2012). Ce décroissement dans le financement du secteur appelle à la nécessité de : (i) mieux maîtriser les flux financiers du secteur socio-sanitaire ; et (ii) augmenter l'efficacité des allocations budgétaires ; et (iii) développer urgemment des sources alternatives de financement des prestations socio-sanitaires.

19. Quant aux ressources humaines, le **Chapitre VII** fait état des avancés en termes de recrutement des effectifs et des orientations annoncées dans la PNDRH 2009-15, mais ce chapitre note que les mêmes insuffisances (de méthodes gestionnaires, de formation, de plan de carrière et de motivation, etc.) ont été décelées en 1995 (bien avant la période des PRODESS I, II et prolongé) et s'interroge sur les possibilités de maîtrise des ressources humaines.

20. Malgré les difficultés rencontrées, le PRODESS représente une réalisation en soi, que ce soit en tant qu'approche sectorielle, ou bien de cadre de collaboration des partenariats divers, ou bien d'institutions et procédures pour la gestion des opérations des secteurs sanitaire et social. Ces éléments sont développés davantage dans le **Chapitre VIII**.

21. **Orientations futures.** Afin d'orienter les résultats des différents PRODESS depuis 1998 aux orientations du futur PDDSS, le **Chapitre IX** proposera les points essentiels à inclure dans le plan décennale et appréciera les éléments de pertinence, d'efficacité et d'efficacité de l'actuel PRODESS pour la mise en œuvre du nouveau PDDSS. Précisément, il y a lieu :

- d'examiner la pertinence du PRODESS par rapport à son contenu, à ses structures et à ses méthodes de travail pour l'amélioration de la performance des secteurs socio-sanitaires. Cette préoccupation, partagée par tous les intervenants, a eu comme conséquence une telle multiplicité d'initiatives et d'approches que la vision globale et les objectifs ultimes ont été quelque peu occultés ; ainsi bon nombre d'intervenants résume le PRODESS en termes de la contribution de leur institution à la réalisation des activités de leur composante.
- de mettre davantage d'accent sur la responsabilisation de tout un chacun dans la mise en œuvre des programmes, que ce soit sur le plan formel (de définition des rôles et responsabilités) ou de la redevabilité. Bien que la mise en place de l'approche sectorielle regroupant tous les acteurs socio-sanitaires constitue une grande avancée, elle n'est pas comprise de la même manière par tout le monde et a donc au fil du temps contribué à une dilution de la responsabilité des acteurs.
- de mieux maîtriser l'ensemble des éléments pouvant contribuer à l'amélioration de l'état socio-sanitaire des populations. Malgré les efforts déployés au cours des PRODESS, le Ministère de la Santé et ses partenaires (MDSSPA et MPFEF) ne maîtrisent suffisamment (et dès fois pas du tout) ni les inputs (finances, ressources humaines, etc.) ni les processus pouvant contribuer à l'efficacité et à l'efficacité des secteurs socio-sanitaires.

22. Cette évaluation devrait donc apprécier les éléments du PDDSS et des trois variantes du PRODESS en vue : (i) de confirmer et analyser les résultats enregistrés au cours des 13 dernières années ; (ii) d'identifier et de responsabiliser davantage les acteurs aux différents niveaux afin d'améliorer la performance ; (iii) d'analyser les blocages afin d'accroître la maîtrise des facteurs pouvant contribuer à la santé des populations ; et (iv) d'affirmer une vision pouvant guider le secteur dans le choix des orientations à prendre en compte dans l'élaboration du plan pour la prochaine décennie.

Chapitre II. Résultats Globaux entre 1998-2010

Contexte

23. Afin d'apprécier l'atteinte des objectifs du PDDSS au cours de la période 1998-2011, l'évaluation devrait prendre en compte l'évolution des indicateurs: (i) d'impact auprès des populations à travers les EDS et le MICS ; et (ii) de résultats des activités à travers les indicateurs de routine du système national d'informations sanitaires (SNIS).

Indicateurs d'impact

24. Avant et au cours de la période du PDDSS, il y a eu trois enquêtes Enquêtes Démographique et de Santé ou EDS (1996, 2001 et 2006) et une enquête Multi Indicator Cluster Survey ou MICS (2010). Afin d'avoir une appréciation objective des indicateurs du CSCRП pour la réalisation des OMD, l'évaluation s'est basée sur les résultats des EDS et du MICS en attendant les résultats de la prochaine EDS qui ne seront pas disponibles avant 2012. Les principaux indicateurs d'impact sont les suivants :

- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (OMD 1)
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4);
- Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an (OMD 4);
- Taux de mortalité maternelle (OMD 5);
- Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (OMD 5);
- Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (OMD 6);

A partir des différentes enquêtes, l'évaluation examine successivement les résultats du Mali par rapport : (i) aux OMD pour les niveaux national et régional ; (ii) aux objectifs des différents PRODESS ; (iii) aux quintiles de pauvreté ; et (iv) aux pays voisins.

25. **Résultats par rapport aux OMD.** Les résultats pour les OMD retenus dans le CSCRП selon les différentes enquêtes EDS (1996, 2001 et 2006) et MICS (2010) sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4: Résultats du Mali par rapport aux OMD

Indicateur	1996	2001	2006	2010
OMD 1				
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100	40.0%	33.2%	26.7%	18.9%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (Rougeole)	50.8%	48.7	68.4%	73.0%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (DTC3)	37.5%	39.6	61.9%	72.1%
OMD 4				
Tx de mortalité infantile / 1000	122.5	113.4	95.8	
Tx mortalité infanto-juvénile / 1000	237.5	229.1	190.5	
OMD 5				
Tx de mortalité maternelle / 100000	577	582	464	
Tx de soins prénatals	46.9	56.8	70.4	
Tx d'accouchements assistés	40.0%	40.6%	49.0%	56.0%
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)	4.5	5.7	6.9	8.0
OMD 6				
Tx de prévalence du VIH/SIDA/100		1,7%	1,3%	
Sources:	EDS	EDS	EDS	MICS

Globalement, pour tous les indicateurs OMD, un progrès a été constaté entre 1998 et 2006 (EDS 2-4) et pour 2010 (MICS 4). Mais les cibles ont de forte chance de ne pas être atteintes.

26. Les résultats par OMD au niveau des régions du Mali sont présentés en Annexe 2. Comme le montre le tableau ci-après, le progrès réalisé au niveau régional pour l'atteinte des OMD est assez variable d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, les régions de Kayes et de Mopti ont fait le plus de progrès sur les OMD alors que Tombouctou n'en a pas fait autant et dans certains cas la région semble avoir regressé².

² Puisque Gao et Kidal ont été combinées avec Tombouctou lors des EDS 2 et 3, il est difficile de désagréger la part des régions.

Tableau 5: Disparités régionales par rapport progrès dans la réalisation des OMD

Indicateurs	Plus de progrès		Moins de progrès	
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100	Kayes	-42.1%	Tombouctou	-20.8%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (Rougeole)	Kayes	108.3%	Tombouctou	-6.0%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (DTC3)	Kayes	280.0%	Tombouctou	-7.7%
Tx de mortalité infantile / 1000	Mopti	-22.2%	Tombouctou	18.6%
Tx mortalité infanto-juvénile / 1000	Mopti	-30.2%	Sikasso	2.0%
Tx de soins prénatals	Mopti	144.8%	Tombouctou	-27.2%
Tx d'accouchements assistés	Mopti	60.5%	Tombouctou	-37.6%
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)	Ségou	144.8%	Mopti	-23.1%

Sources: EDS

27. **Résultats par rapport aux objectifs des PRODESS.** Une comparaison entre les objectifs successifs des PRODESS et les résultats des enquêtes n'est pas aisée parce que les PRODESS I et PRODESS II n'avaient pas établi très clairement les objectifs pour l'ensemble des OMD pour la période. A partir du PRODESS Prolongé, les objectifs ont été mis clairement dans le programme.

28. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant et montre que, pour la plupart, les objectifs du PRODESS I n'ont pas été atteints et ceux du PRODESS Prolongé risquent de ne pas être atteints ; par contre les objectifs du PRODESS II ont été quasiment atteints. Les objectifs du PRODESS Prolongé semblent en particulier très ambitieux, surtout par rapport aux financements disponibles.

Tableau 6: Résultats du Mali par rapport aux objectifs des différents PRODESS

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002	PRODESS II 2005-2009	PRODESS+ 2009-2011	1996	2001	2006	2010
OMD 1							
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100			27.0%	40.0%	33.2%	26.7%	18.9%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (Rougeole)			>90%	50.8%	48.7	68.4%	73.0%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (DTC3)			>90%	37.5%	39.6	61.9%	72.1%
OMD 4							
Tx de mortalité infantile / 1000		93.0	56.0	122.5	113.4	95.8	
Tx mortalité infanto-juvénile / 1000	166.3	211.0	150.0	237.5	229.1	190.5	
OMD 5							
Tx de mortalité maternelle / 100000	404	574	344	577	582	464	
Tx de soins prénatals			86.0%	46.9	56.8	70.4	
Tx d'accouchements assistés			65.0%	40.0%	40.6%	49.0%	56.0%
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)			10.0%	4.5	5.7	6.9	8.0
OMD 6							
Tx de prévalence du VIH/SIDA/100	2.0%	1,3%	1.0%		1,7%	1,3%	
Sources:	p. 3	Annexe 2	pp. 83ff	EDS	EDS	EDS	MICS

29. **Résultats par rapport aux quintiles de pauvreté.** La comparaison des résultats au niveau des quintiles de pauvreté dans le tableau suivant montre une amélioration des indicateurs et pour les plus pauvres et entre les plus pauvres et les plus riches. En effet la baisse de la mortalité infantile est plus remarquable chez les plus pauvres, elle passe de 185 en 1996 à 124 pour mille en 2006 alors qu'elle a baissé de 93.6 à 80 pour mille durant la même période pour les plus riches. C'est surtout le cas pour la vaccination où l'écart du taux de couverture (DTC3) est passé de 50% à 12% ainsi que pour la consultation prénatale où l'écart a été réduit de 55%; c'est nettement moins le cas pour l'accouchement assisté où l'écart n'a diminué que de 64% à 51% ou pour le taux de prévalence contraceptive où il est six fois plus probable qu'une femme riche la pratique. Bien que les disparités entre pauvres et riches sont bien présentes, il est possible de dire que certains écarts de couverture sanitaire et d'impacts ont bien été réduits durant le PDDSS.

Tableau 7: Disparités par quintile de pauvreté par rapport aux OMD

Indicateurs	20% plus pauvre			20% plus riche		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006
OMD 1						
Tx d'insufis. pond. chez les enfants de <5 ans/100			30.8%			17.0%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (DTC3)	17.4%	28.1%	65.1%	67.3%	70.7%	77.4%
Tx de couv. vaccin. des enfants de 12-23m (Rougeole)		58.1	67.5%		77.6	78.1%
OMD 4						
Tx de mortalité infantile / 1000	185.1	141.8	124.0	93.6	94.9	80.0
Tx mortalité infanto-juvénile / 1000	322.4	244.6	233.0	163.9	164.8	124.0
OMD 5						
Tx de soins prénatals	25.5%	38.3%	60.7%	82.5%	89.0%	92.6%
Tx d'accouchements assistés	15.7%	20.8%	35.2%	79.5%	84.6%	86.3%
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)			2.8%			16.4%

Sources: EDS

30. **Résultats par rapport aux pays voisins.** Afin d'apprécier le progrès du Mali par rapport aux pays voisins au cours de la période 1998-2010, les résultats des EDS pour cinq pays (Burkina Faso, Ghana, Guinée, Niger et Sénégal) ont été comparés à ceux du Mali.³ Les résultats se trouvent en Annexe 3. Malheureusement, le nombre d'observations dans les différents pays ne permettent pas des conclusions nettes, sauf éventuellement sur : (i) l'OMD 4 où le Mali (avec le Niger) a fait un progrès significatif dans la réduction de la mortalité ; et (ii) l'OMD 5 où le Mali progresse beaucoup plus lentement que les autres concernant les accouchements assistés. Autrement, le Mali se classe au milieu des pays voisins, après le Ghana et le Sénégal et en général avant la Guinée et le Niger.

31. Compte tenu des résultats du dernier recensement, l'évaluation a également comparé le Mali aux pays voisins sur le plan de la démographie. Aucun des pays n'a fait un progrès significatif sur le plan de la maîtrise de la croissance de la population, mais le taux de fécondité du Mali s'est stagné à un niveau élevé tout au long de la période 1998-2010.

Indicateurs de routine

32. Le Ministère de la Santé et le Ministère du Développement Social ont tous les deux des systèmes de collecte des données de routine ; le système du Ministère de la Santé remonte à l'année 1998 avec une bonne partie des mêmes indicateurs actualisée chaque année tandis que le système du Ministère du Développement Sanitaire ne remonte qu'en 2005 et les indicateurs n'adoptent pas toujours la même formulation chaque année.

33. **Ministère de la Santé.** La lecture des indicateurs présentés dans les SLIS, les SIH et (depuis 2008) le SNIS posent certains problèmes dus :

- aux écarts entre les résultats des EDS et les résultats du système local d'information sanitaire (SLIS) pour les taux de couverture vaccinale, de CPN et d'accouchement assisté ;
- à la manière de collecte et d'agrégation qui font que les résultats du SNIS ne sont pas toujours consistant d'une année à l'autre ; et
- aux résultats du dernier recensement qui remettent en cause les indicateurs calculés à partir des estimations de la population.

Malgré ces difficultés, les indicateurs de routine compris dans le canevas commun, tels que réunis au cours de l'évaluation, sont présentés en Annexe 4. Les résultats permettent une appréciation du progrès par rapport aux objectifs des PRODESS et une comparaison des disparités régionales.

34. Appréciation du progrès par rapport aux PRODESS. Selon une analyse des indicateurs de routine, 58% se sont améliorés annuellement au cours des PRODESS II et PRODESS II Prolongé, tandis que 10% se sont améliorés mais de manière irrégulière et 26% ne se sont pas améliorés.

35. Par rapport aux objectifs des PRODESS successifs, le Ministère n'a pas pu réaliser les objectifs prévus lors du PRODESS I, mais pour le PRODESS II, les réalisations dépassent les objectifs établis au

³ Le Ghana a remplacé la Côte d'Ivoire dans les comparaisons à cause des difficultés de ce pays au cours de la période en question.

départ. Pour 2011 les données ne sont pas encore disponibles, mais une partie des objectifs a déjà été réalisé.

Tableau 8: Résultats du Mali par rapport à certains objectifs des différents PRODESS / Santé

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002	PRODESS II 2005-2009	PRODESS+ 2009-2011	2002	2005	2007	2009
Volet 1: Accessibilité							
Tx de couverture de la population <5 km	45.0%	56.0%	64.0%	41.0%	50.4%	57.6%	56.8%
Volet 4: Qualité							
Tx d'accouchement assisté		60.0%	49.0%	40.0%	52.7%	57.9%	63.5%
Tx d'utilisation de la CPN	80%	80%	86%	54.0%	74.7%	78.5%	89.7%
Proportion d'enfants complètement vacciné (DTCP3)	80%	94%	>90%	74.0%	91.0%	69.3%	100.7%
Tx de couverture vaccinale des enfants <1 en (rougeole)		92%	>90%	64.0%	78.0%	89.0%	98.0%
Tx d'utilisation des soins curatifs	0.50	0.35	0.34	0.21	0.26	0.29	0.33
Tx de prévalence contraceptive (femmes en union)	15%	15%					
Tx d'utilisation des services de PF				2.98%	3.16%	4.17%	4.55%
Sources:	p. 3	Annexe 2	pp. 83ff	SLIS	SLIS	SLIS	SLIS

36. Disparités régionales. La présentation des indicateurs de routine en Annexe 5 fait apparaître les disparités entre les Zones 1, 2 et 3⁴. Pour tous les indicateurs (sauf ceux liés aux coûts des prestations), la Zone 3 (District de Bamako) est la zone/région la plus performant du Mali. Entre la Zone 2 et la Zone 3 il y a une anomalie dans la mesure où les indicateurs d'accessibilité (distance, ratio des ressources humaines, etc.) sont en faveur de la Zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), tandis que les indicateurs d'utilisation des services (sauf la consultation curative) sont en faveur de la Zone 1 (Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso). La différence est surtout nette pour les accouchements assistés.

37. **Ministère du Développement Social.** Pendant le PRODESS I, les interventions spécifiques au développement social ont été regroupées dans deux des cinq volets, l'un concernant la lutte contre l'exclusion sociale et l'autre concernant le développement des financements alternatifs de la santé. En 2000, le Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la solidarité (MSPAS) a été scindé en deux ministères : le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA). En 2001, à la suite des premières assises du développement social (tenues à Ségou), le Gouvernement a adopté les grandes orientations qui ont été organisées, lors de la programmation du PRODESS II dans une composante Développement Social comprenant cinq volets.

38. Appréciation du progrès. Tandis que le système d'information sanitaire a rapidement décollé (SLIS, SAE, SIH, etc.), la mise en place d'un système d'informations sociales (SISO) s'est mis en place progressivement avec : (i) la définition des indicateurs sociaux (1999) ; (ii) l'harmonisation des indicateurs et supports de collecte et l'élaboration du manuel (2002) ; et (iii) la validation du manuel (avec les supports de collecte et des canevas de rapports) et le démarrage de la formation des utilisateurs. Les informations sont surtout disponibles depuis 2005 et sont présentées en détail en Annexe 6.

39. Comme le montre le tableau suivant, la composante de développement social ne s'est pas fixée beaucoup d'indicateurs chiffrés avant l'adoption du PRODESS Prolongé. Les résultats pour les principaux indicateurs retenus dans le cadre commun sont présentés dans le tableau ci-après.

⁴ Les régions sont classées en termes du niveau de pauvreté selon les critères arrêtés par le PRODESS.

Tableau 9: Résultats du Mali par rapport à certains objectifs des différents PRODESS / Développement Social

Indicateur	Objectifs			Résultats			
	PRODESS 1998-2002	PRODESS II 2005-2009	PRODESS+ 2009-2011	2002	2005	2007	2009
Volet I: Solidarité / Lutte contre l'exclusion sociale							
Tx de promotion sociale des handicapées recensées	70.0%						
Taux de satisfaction en besoin d'appareillage			100.0%		25.4%	51.0%	100.0%
Tx de satisfaction des demandes des personnes âgées			125.0%			64.4%	78.0%
Tx de prise en charge des personnes démunies	>80.0%		90.0%		19.7%	48.0%	56.7%
Tx d'enfants en situation difficile réinsérés			43.1%		35.7%	58.0%	63.1%
Volet II: Lutte contre la pauvreté							
Volet III : Protection sociale							
Tx d'appui aux initiateurs de mutuelles	100%						
Tx de couverture par des systèmes d'assurance maladie		3.00%					
% de la population couverte par les mutuelles			4.8%		1.3%	2.4%	3.5%
% de la population couverte par les mutuelles de santé			4.0%		1.4%	1.7%	3.0%
Volet IV: Renforcement des capacités							
Tx d'ASACO fonctionnelles			94.0%		68.4%	76.7%	90.0%
Tx des sociétés coopératives fonctionnelles			43.5%			19.4%	39.4%

Sources:

pp. 4-5 pp. 53 pp. 14-15 PRODESS II Prolongé, Dév. Soc. pp. 45-47

40. Selon une analyse de l'ensemble des indicateurs de routine, la quasi-totalité s'est améliorée depuis 2005.

41. Disparités régionales. La présentation des indicateurs de routine en Annexe 7 fait apparaître les disparités entre les Zones 1, 2 et 3. Cependant, les informations en provenance des régions sont peu disponibles et méritent une analyse plus fine de leur exactitude.

Chapitre III. Offre et utilisation des services

Situation au début du PDDSS

1. Inspirée de l'Initiative de Bamako, la Politique Sectorielle de Santé, adoptée en 1990, avait orienté une réforme majeure du système de santé au Mali. Le partenariat Etat – communauté y avait constitué un élément clef et novateur pour le développement du concept de centre de santé communautaire (CSCoM) géré par une association de santé communautaire (ASCO) et de l'extension géographique progressive du nouveau modèle à l'ensemble du pays. Le souffle démocratique de la troisième république a porté vers la maturité et l'appropriation les stratégies et les instruments de la mise en œuvre. La politique de décentralisation a, de son côté, façonné le cadre dans lequel devait se déployer la politique sectorielle de santé (1997).

2. Le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) fut l'instrument privilégié de la mise en œuvre de la politique sectorielle. Il impliquait les principaux partenaires du secteur (BM, UNICEF, KFW, CE, CF, USAID) dans le même cadre programmatique, de financement, de suivi et de revues annuelles. Ce faisant, le PSPHR a posé les fondations de l'approche sectorielle du PRODESS I et avait inspiré des approches similaires dans d'autres pays.

3. Parmi les Stratégies et ou instruments développés durant cette période et dont l'utilisation dynamique s'est poursuivie durant le PDDSS, on peut citer :

- Le financement des Plans Socio -Sanitaires de Cercles (Districts) proposant une extension de la couverture sanitaire reposant sur une carte sanitaire découpant le district en aires de santé potentielles à négocier avec les communautés.
- Les premiers CSCoMs tests réussis et faisant rapidement la différence en ce qui concerne les couvertures préventives et curatives
- Le premier modèle de convention entre les ASACO et le MSP pour la gestion des CSCoMs
- Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) est défini et comprend une liste minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles devant être disponible dans un CSCoM. Il sert de référence dans le cadre de la convention Etat /ASACO
- Premiers modèles réussis d'organisation de la référence utilisant les soins obstétricaux urgents comme porte d'entrée (Kolondiéba, Koulikoro, Bla, Djénné)
- Développement du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) pour soutenir l'intégration et la décentralisation des services de santé ainsi que du DESAM qui en est le logiciel de gestion
- Première étapes du processus de la réforme pharmaceutique : la PPM transformée en EPIC (1993), contrat plan Etat / PPM, libéralisation de l'importation des médicaments et création de GIE

4. Des changements majeurs sont survenus, des modèles furent testés et développés durant les années 90s ; toutefois l'impact sur la santé de la population est resté insignifiant et ou limités aux aires de santé ayant bénéficié de la création des CSCoMs. Par l'extension de la couverture géographique du pays par les CSCoMs, le système de référence et la poursuite de la dynamique de réforme dans le secteur, le PDDSS devait concrétiser les bénéfices attendus pour la santé de la population du Mali.

Accessibilité, disponibilité et utilisation du PMA

5. Durant le PDDSS la population vivant à moins de 5 km d'un CSCoM a presque doublé, elle est passée de 29% et 345 CSCoMs en 1998 à 57 % et 993 CSCoMs en 2009.

Tableau 10 : Evolution du nombre de CSCoMs et du pourcentage de la population à <5 km couverte

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de CSCoM	345	438	488	553	615	667	715	796	873	924	962	993
% de la population couverte	29.0%	33.0%	35.8%	38.0%	41.0%	44.8%	47.9%	50.4%	51.4%	57.6%	58.2%	56.8%
Zone 1			30.9%			39.8%	40.5%	44.2%	44.3%	52.9%	53.0%	50.8%
Zone 2			26.3%			32.6%	38.5%	40.9%	44.1%	47.7%	49.0%	52.1%
Zone 3			85.6%			96.8%	106.7%	102.3%	102.4%	99.5%	99.5%	93.7%

Source: SLIS 1998-2009

6. L'accessibilité financière est soutenue par les stratégies et ou subvention suivantes de l'Etat : (i) contribution aux salaires du personnel ; (ii) mise à disposition gratuite des intrants pour les activités préventives ; (iii) mise à disposition gratuite des médicaments et des tests dans le cadre des programmes nationaux (paludisme, VIH/SIDA) ; (iv) la politique pharmaceutique nationale, en particulier la disponibilité de médicaments essentiels générique et l'utilisation rationnelle des médicaments ; et (v) la formation et la supervision du personnel.

7. La disponibilité du PMA dans les CSComs est fortement liée à la disponibilité de personnel qualifié. Elle fut nettement améliorée durant le PRODESS II avec plus de 97% de CSComs comptant au moins un infirmier qualifié en 2009. Durant la période du PRODESS I le développement des infrastructures avait précédé celui des ressources humaines avec des conséquences négatives sur la disponibilité effective du PMA.

8. Un nombre croissant de CSComs est dirigé techniquement par un médecin. A Bamako tous les CSComs sont médicalisés. La proportion de CSComs avec médecin est importante dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Sikasso (entre 19 et 28% en 2010) mais reste basse à Tombouctou et insignifiante à Gao et Kidal. La médicalisation des CSComs a entraîné une évolution du contenu du PMA et parfois du niveau d'équipement du CSComs plus en relation avec les appuis des PTFs plutôt qu'avec des normes agréées.

9. Le PMA a évolué au cas par cas en fonction de l'évolution des stratégies des programmes nationaux. Il n'y a pas eu une procédure formelle et agréée de mise à jour. Le PMA reste adapté aux problèmes de santé au Mali tel que reflétés par les motifs de consultations. En 2009 le paludisme représentait la première cause de consultation avec 55.8% suivi de de loin par les épisodes de toux simple de moins de 15 jours (12.2%) et des diarrhées (7%). Toutefois des maladies chroniques occupent une proportion grandissante. Tel est le cas de hypertensions artérielles (3.8%). Par ailleurs, les maladies cancéreuses dont la prise en charge en milieu hospitalier spécialisé dans le pays et en dehors du pays. Bien que encore dominée par les maladies infectieuses, la morbidité au Mali se caractérise par un poids grandissant des maladies chroniques en relation avec l'augmentation de l'espérance de vie de la population.

10. Durant le plan décennal le contenu du PMA a évolué avec de nouvelles stratégies et ou protocoles de prise en charge (PECIME, Paludisme, CPN+..). D'autres activités devaient obéir à des critères techniques (dépistage du VIH et counselling, PTME) pour leur extension. Le tableau ci après en montre la progression :

Tableau 11 : Progression de la mise en oeuvre de nouvelles stratégies

Activité	2001	2004	2008	2009
Dépistage VIH	1	23	178	243
PTME	1	34	172	243

Source : SNIS

11. L'augmentation importante de l'accessibilité géographique et de la disponibilité du PMA a sans aucun doute contribué à :

- l'amélioration à des degrés divers mais soutenue des couvertures préventives (vaccination des enfants, consultation prénatales, accouchements assistés, utilisation des moustiquaires imprégnées, cf tableaux) ;
- L'augmentation de la fréquentation de la consultation curative primaire (CCP) qui est passée de 0.18 nouveau cas par habitant et par an (NC/hab/an) en 1998 à 0.33 NC/hab/an en 2009.

Tableau 12 : Evolution du taux de la fréquentation de la consultation curative primaire (CCP)

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de CCP			0.17	0.19	0.21	0.23	0.25	0.26	0.26	0.29	0.29	0.33
Zone 1			0.15			0.20	0.23	0.23	0.24	0.26	0.27	0.32
Zone 2			0.15			0.23	0.24	0.26	0.28	0.30	0.31	0.32
Zone 3			0.26			0.39	0.35	0.37	0.35	0.38	0.38	0.44

Source: SLIS 1998-2009

12. Une analyse plus approfondie montre que les améliorations importantes ci haut mentionnées durant le plan décennal recèlent des disparités et des insuffisances importantes d'une part et butent contre des obstacles structurels d'autre part :

- Les régions qui avaient l'accessibilité géographique (Kayes, Kidal, Koulikoro, Gao, Mopti, Tombouctou) des services de santé la plus basse au début du plan décennal avaient bénéficié d'un appui particulier durant le PRODESS II (cf Tableau disparités régionales). Toutefois cette progression a rencontré des obstacles inhérents à la dispersion, à la mobilité des populations et à l'enclavement saisonnier. Ces facteurs ont nécessité et justifient des approches spécifiques pour assurer une couverture sanitaire adéquate (stratégie avancée renforcée, équipe mobile, Agents de Santé Communautaire qualifiés).
- L'accessibilité financière reste un des problèmes pour accéder aux soins. Il est mentionnée par 52.2% des femmes et respectivement chez 32.2% dans le quintile des plus riches et 59.6% dans celui des plus pauvres (EDS IV). Pour ceux qui ont eu recours aux soins dans un CSCom , dans 20,5% des cas s'en est suivi un achat partiel ou non achat des médicament prescrits . D'autre part le prix moyen de l'ordonnance prescrite dans un CSCom montre une tendance haussière passant de 1218 FCFA en 2005 à 1430 FCFA en 2009 (SLIS). L'observation de terrain a montré que les ordonnances excessivement chères sont fréquentes (4 à 6 mille FCFA) et ne sont souvent pas justifiées sur le plan médical.
- Les disparités régionales affectent la disponibilité effective du PMA. En effet dans les régions de Kayes et de Tombouctou, respectivement 16.15% et 25.5% des CSComs sont encore dirigés par des auxiliaires de la santé (cf tableau sur disparité régionales personnel qualifié/CSComs).
- Les disparités régionales affectent aussi la fréquentation de la consultation curative primaire avec 0.24 NC/hab/an à Mopti et 0.61 NC/hab/an à Bamako en 2009 (voir Annexe 5). Mais la disparité la plus importante est cachée derrière la moyenne des chiffres disponibles qui ne distinguent pas les fréquentations respectives des populations vivant à moins et à plus de 5km d'un CSCom. En effet la fréquentation des populations vivant à moins de 5 km d'un CSCom est très nettement supérieure à celle des populations vivant à plus de 5km d'un CSCom. Les estimations calculées lors de la visite de terrain ont montré des différences pouvant aller de 40 à 400% confirmant l'information connue depuis les tests des premiers modèles de CSComs durant les années 90. Dans le contexte malien, connu pour la dispersion et la faible densité ainsi que la mobilité de sa population dans de nombreuses régions, cette disparité a une dimension structurelle. Compte tenu des moyens existant et ou prévisibles dans le moyen terme, la poursuite de l'extension géographique des CSCom au même rythme ne semble pas être l'option qui apporte des solutions au problème⁵. Des stratégies spécifiques et adaptées aux différents contextes devraient compléter le réseau de CSCom.
- Les modalités d'exécution de l'amélioration de l'accessibilité géographique au PMA ont induit des problèmes importants qui ont affecté négativement le fonctionnement des CSCom. Dans un premier temps, durant le PRODESS I, la mise en œuvre du volet génie civil n'avait pas tenu compte de la grave pénurie structurelle du personnel qualifié. Il a fallu quelques années pour rendre fonctionnels les nouveaux CSCom et maintenir celle des anciens. La délégation du volet génie civil, dans un deuxième temps, aux collectivités locales (ANICT) dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, ne s'était pas accompagnée du niveau requis de concertation et de coordination entre les collectivités locales et les services techniques de santé et d'action sociale. Il en a résulté une dynamique de création d'infrastructures qui non seulement ne respectait pas les plans types agréés, mais aussi ne reposait pas sur une approche communautaire préalable. Le manque de formation et d'information appropriée caractérisaient l'ensemble des acteurs : Commune, ASACO, Personnel du CSCom. Le plus souvent c'est après la réalisation de l'infrastructure que l'équipe de socio sanitaire du district est impliquée et apporte son soutien à posteriori pour l'approche communautaire, la création de l'ASACO, tente de faire accepter le choix d'implantation du CSCom, et planifie dans le cadre des Plans Opérationnels (PO), non sans contraintes de financement, les activités de lancement et de suivi rapproché indispensables la bonne fonctionnalité et la qualité des prestations des ASACO et CSCom. Ce problème a été souligné dans les trois régions visitées. Celles-ci continuent encore de gérer des situations problématiques ayant résulté du manque de coordination entre les collectivités locales et les services techniques.
- La carte sanitaire confirmée par la loi d'orientation sur la santé 02-049 (2002) définit le concept de district sanitaire, les aires de santé et le principe de la carte sanitaire. Le décret 02- 314 fixe le détail des compétences transférées aux communes et aux cercles en matière de santé. La carte sanitaire est un projet agréé d'extension de couverture, elle est normalement négociable

⁵ Comme le montre le Tableau 10, une augmentation de 25% dans le nombre de CSComs depuis 2005 n'a augmenté la couverture des populations de moins de cinq kilomètres que de 6,2%.

sur la base de critères et de principes prenant en compte la viabilité et l'équité pour tout CSCom à créer. La pratique de tous les jours révèle des tensions et des écarts entre des initiatives soutenues par les maires et les principes qui régissent la carte sanitaire.

- La médicalisation croissante des CSComs était rendue possible grâce à une production de médecins en nombre important durant les la deuxième partie du plan décennal (cf tableau) d'une part et au financement PPTTE d'autre part. Une analyse comparative rapide des indicateurs clefs entre CSCom avec et sans médecins dans les trois districts sanitaires visités ne montre pas la valeur ajoutée de la médicalisation. Les indicateurs utilisés ne cernent certainement pas tous les apports attendus de la médicalisation, toutefois il était attendu que celle-ci se traduise au moins par une augmentation de la fréquentation de la consultation curative. Ce constat est aussi rapporté par d'autres évaluations. L'observation directe d'un CSCom dirigé par un médecin a révélé le cas, fréquent ces dernières années, de jeunes médecins affectés à un CSCom sur financement PPTTE et n'ayant été ni formé ni préparé à travailler et à diriger techniquement un CSCom.
- De toutes les activités préventives du PMA, la promotion de l'espacement des naissances et du planning familial (PF) reste à des niveaux très bas alors que les besoins non répondus en espacement de naissance avoisinent les 31%.

Tableau 13 : Evolution du taux de la fréquentation des services de planning familial (PF)

Sources	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de PF			2.46%	3.30%	2.98%	2.71%	2.36%	3.16%	3.76%	4.17%	4.05%	4.55%
Zone 1			2.60%			3.01%	2.50%	3.32%	4.13%	4.09%	4.35%	4.71%
Zone 2			1.05%			1.16%	1.22%	2.03%	2.56%	4.24%	2.89%	3.22%
Zone 3			4.57%			4.08%	3.82%	4.41%	3.97%	4.45%	4.55%	5.99%

Source: SLIS 1998-2009

Si 73% des CSCom offrent au moins trois méthodes de contraceptions, une rupture de stock en contraceptifs est rapportée dans 53% des CSCom durant les six mois qui ont précédé une enquête réalisée en 2010 avec l'appui du FNUAP. Ceci ne peut qu'affecter négativement la continuité et la progression de la demande. L'observation du terrain a montré l'existence quasi systématique d'occasions manquées en relation avec : l'organisation des soins, l'absence d'un moment et d'un espace de confidentialité dans la relation mère/soignant (e) durant la consultation enfants sains ainsi qu'une utilisation 'administrative' des Fiches Opérationnelles enfants durant la consultation la même consultation. L'absence de tableau de bord dédié au PF dans 3 des 4 CSCom visités pourrait être considérée comme un indicateur de l'intérêt accordé au PF.

Soins essentiels au niveau communautaire

13. En dépit des progrès très importants de l'augmentation de l'accessibilité géographique, plus de 40% de la population du Mali vit encore à plus de 5km d'un CSCom. La distance pour accéder aux soins est considérée comme un problème par 38% des femmes et respectivement par 17% et 50% du quintile des plus riches et de celui des plus pauvres (EDS IV). La situation de l'accessibilité géographique ne va pas s'améliorer rapidement dans un avenir prévisible ; elle va davantage évoluer par l'accélération de l'urbanisation que par la création de nouveaux CSCom. La stratégie avancée du PMA, même renforcée, ne sera pas suffisante pour répondre aux besoins vitaux des populations éloignées des services de santé et encore moins pour la réalisation des OMDs.

14. Sur la base d'expérience pionnières dans de nombreuses régions et de nombreux projets innovants, le Mali a développé et adopté une stratégie nationale de soins de santé essentiels au niveau communautaire. Articulés autour du CSCom et complétant la stratégie avancée du PMA, les soins essentiels dans la communauté reposent sur les 'relais' et les 'agents de santé communautaire' (ASC).

15. Le relais étant un membre de la communauté qui consacre une partie de son temps à initier et à soutenir des actions de promotion et de prévention pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant. Sur la base de critères bien définis, il/elle est choisi (e) de façon participative par la population. Alors que l'agent de santé communautaire, sélectionné (e) sur la base de critères plus exigeants en matière d'éducation de base et d'une formation appropriée, est appelé à faire partie de l'équipe de soins de l'aire de santé. Dans les endroits où les soins essentiels dans la communauté ont été mis en place, un effet visible est rapporté par les acteurs locaux, en particulier concernant la baisse constatée de cas graves de paludisme chez les enfants. Malheureusement les expériences sont peu ou pas

documentées. Par conséquent elles ne génèrent pas les preuves d'efficacité utiles pour mobiliser les appuis nécessaires à leur viabilité locale et nationale.

16. La stratégie nationale des soins essentiels dans la communauté ne comprend pas une étude sur la faisabilité et les conditions de viabilité dans la perspective du passage à échelle de la stratégie dans l'ensemble du pays. En particulier les coûts induits par la stratégie (investissement et maintien) et leur partage restent peu ou pas développés. Ils sont tributaires de l'engagement des PTFs et de celui des ASACO. Le médecin chef du district de San a estimé à 21 millions de FCFA/an les besoins pour financer les ASC du district et à 79 millions de FCFA/an les besoins si une motivation financière des relais devait être prise en charge. Ces sommes importantes devraient être considérées dans le cadre plus global du financement de la santé du district, des priorités à moyen terme et des lignes de partage entre les différents acteurs et partenaires.

17. La visite de terrain et les discussions ont permis de constater des approches différentes dans la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté varie selon le partenaire technique et financier d'appui. Les différences concernent surtout les modalités de motivation lesquelles prennent beaucoup de liberté avec les principes énoncés par la stratégie nationale. Ceci a créé des précédents qui ne prennent pas suffisamment en compte l'appropriation par les communautés et la pérennité de la stratégie.

Système de référence

18. Durant le PRODESS I et PRODESS II tous les Centre de Santé de Référence ont bénéficié de travaux de réhabilitation et ou de renforcement des équipements, en particulier ceux permettant : (i) la mise en place d'un système d'évacuation/référence dans le district (ambulance, système de radio-communication avec les CSCom) ; et (ii) la prise en charge des urgences obstétricales et néo - natales. En 2009, sur les 59 districts sanitaires, 56 assurent l'offre des Soins Obstétricaux et Néonataux Urgents de Base (SONUB) et 51 les Soins obstétricaux et néonataux Urgents Complètes (SONUC).

19. Un système de solidarité et de partage des coûts d'évacuation était en place dans 48% des districts en 2002, il est passé à 86% en 2007 (conseils de cercle, ASACO, Mairies, Partenaires). La compétence chirurgicale est présente au sein de l'équipe médicale. Elle est beaucoup moins tributaire de la présence/absence du médecin chef de district qu'elle ne le fut dans le passé. Le recrutement de jeunes médecins pour renforcer l'équipe de district d'une part et la formation complémentaire en chirurgie assurée dans le cadre de la collaboration avec les hôpitaux régionaux d'autre part ont permis de faire cette importante avancée.

20. La prise en charge des urgences obstétricales et néonatales a bénéficié de l'engagement politique du Mali, qui avait institué la gratuité pour la césarienne et avait pris les dispositions concrètes pour la mise en œuvre. L'adoption de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en 2007 donnait un cadre commun de programmation, de mise en œuvre et de suivi dans la perspective de la réalisation des OMDs en la matière. Le dispositif a imprimé une tendance vers l'augmentation progressive du taux de réalisation de césariennes rapporté aux naissances attendues passant de chiffres nettement inférieurs à 1% à la fin des années 90s à 2.33% en 2009.

21. Les observations du terrain et les discussions avec les différents acteurs ont toutefois révélé les obstacles persistants pour la survie de la mère et du nouveau né :

- la quasi absence de système organisé d'évacuation village-CSCom, même si des expériences peu ou pas répandues existent ici ou là avec des motos-ambulances ;
- le système de radio-communication était en panne presque partout à cause des batteries non réparées ou remplacées, la communication se faisant au GSM et au gré de la disponibilité du réseau ; et
- le système de solidarité pour les évacuations est peu ou pas fonctionnel dans de nombreux districts avec : (i) un taux de recouvrement des sommes attendues par ce mécanisme de solidarité était de seulement 21% en 2009 (8% à Tombouctou et 45 % à Koulikoro) ; et (ii) une sorte d'immobilisme prévaut dans l'attente du paiement par chaque partenaire de sa contribution (Conseil de cercle, Communes, ASACO). Il arrive que les communes et ASACO qui ont payés leurs contributions se voient lésées par un défaut de fonctionnement d'ensemble de la caisse de solidarité (Bandiagara).

22. Les femmes sont ainsi très souvent exposées à l'obstacle financier du transport. Le prix à payer pour une évacuation pouvant atteindre et dépasser les 20 000 FCFA. La réalité est que la gratuité ne

commence effectivement que quand la femme arrive enfin au Centre de Santé de référence après un parcours dissuasif et semé d'obstacles.

23. Les expériences pilotes pour l'organisation du système de référence avaient montré l'importance du facteur de l'accessibilité géographique de la référence et son effet sur la couverture en matière de soins obstétricaux urgents. Le taux de césarienne qui était généralement nettement inférieur à 1%, était deux ou trois fois plus pour les femmes qui habitaient loin du CSRéf. A San, nous avons estimé pour l'année 2010 le taux de césarienne à 0.75% des naissances attendues et ce taux était respectivement de 1.3% pour les naissances attendues dans la population vivant à moins de 25km du CS Ref et de 0.6% pour les populations vivant à plus 25km du CS Ref.

24. Au niveau du CSRéf, une des causes des plus fréquentes de décès est en relation avec l'hémorragie. Bien que équipé et disposant des compétences pour conserver et faire des transfusions, les dons et l'utilisation du système ne permettent pas de répondre aux besoins.

25. Enfin et ce n'est pas le moins important de facteurs, les disparités dans la répartition régionales du personnel qualifié, en particulier les sages femmes et les infirmières obstétricales handicapent lourdement les régions qui en sont dépourvues (cf tableau disparités personnel)

26. Si les mécanismes et les stratégies mise en place pour surmonter l'obstacle géographique et pour réduire les délais des évacuations et des réponses aux urgences obstétricales ne sont pas fonctionnels c'est l'efficacité d'ensemble de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui en est affectée. L'impact de la gratuité de la césarienne n'en sera que limité.

Les hôpitaux dans le système de santé

27. Le Mali compte 7 hôpitaux régionaux et 4 hôpitaux nationaux. Les hôpitaux de districts ou Centres de Santé de Référence (première référence) ne sont pas classés dans la même catégorie. Les hôpitaux régionaux assurent la deuxième référence et les hôpitaux nationaux assurent la troisième référence. Avec la loi 02-050 du 22 juillet 2002 donnait aux hôpitaux le statut d'Etablissement Public Hospitalier (EPH) et leur conférait l'autonomie de gestion. La loi matérialisait une étape importante dans le processus promu par la mission d'appui à la réforme hospitalière (décret 99-105 /PM-RM du 19 mai 1999.). Elle dégageait ainsi les perspectives pour une gestion performante. Chaque hôpital avait élaboré un projet d'établissement. Celui ci définissait une vision du développement de l'hôpital à moyen terme et programmat dans les PO les activités et les ressources pour y parvenir.

28. Une dynamique d'accompagnement fut ainsi créée avec la promotion du concept de contrat de performance. Celui-ci, sur la base de principes et d'indicateurs bien définis couvrant aussi bien la gestion, la qualité des prestations, la sécurité des patients que l'hygiène hospitalière, ouvrait la possibilité à des incitations financières de l'Etat sur la base de résultats constatés. L'Agence Nationale pour l'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) jouant le rôle d'institution indépendante d'accompagnement et d'évaluation.

29. Le choix de la modalité d'appui budgétaire global et exclusif fait par la Banque Mondiale, bien que ne remettant pas en cause la poursuite de l'expérience, semble avoir eu un effet de ralentissement. Le retard, constaté pour la promulgation des instruments réglementaires et d'application découlant de la loi sur la réforme hospitalière, n'a pas contribué à soutenir la dynamique.

30. Les projets d'établissement furent de qualité variables, leurs mises en œuvre insuffisantes et leurs évaluations difficiles. L'ANEH a organisé un atelier en 2010 pour harmoniser les projets d'établissements et en faciliter les évaluations dans la perspective du nouveau plan décennal.

31. Les constats suivants sont à souligner sur la situation et le fonctionnement des hôpitaux :

- le sommet que sont les hôpitaux ne reposent que très partiellement sur le reste de la pyramide sanitaire tellement les taux de malades référés est bas. Celui-ci est pratiquement nul à l'hôpital Gabriel Touré ; le Point G fait exception avec 22% de référés (maladies chroniques graves). Dans les hôpitaux régionaux le taux de référence varie entre 2, 2% (Gao) et 11,6% (Tombouctou) La situation illustre une utilisation loin d'être conforme aux rôles respectifs définis. Ceci n'est pas sans affecter l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système de santé.
- les taux de mortalités hospitalières observées en 2009 avec respectivement 10.9% et 5.70% pour les hôpitaux et pour les CSRéf sont très élevés et questionnent sur les conditions d'accès et de prise en charge dans les hôpitaux.

32. L'autonomie de gestion a amélioré bien des aspects dans le fonctionnement de l'hôpital : (i) avec des dépôts de médicaments qui ne souffrent plus, comme par le passée, de pénuries chronique ; (ii) des

bloc opératoires fonctionnels et des explorations para-cliniques disponibles et souvent fonctionnels ; (iii) un personnel plus nombreux et diversifié ; (iv) un système de motivation du personnel sur la base des recettes de recouvrement (recettes médicaments non concernée), mais malheureusement non lié aux performances ; (iv) des mécanismes de concertation qui semblent fonctionner. Mais des insuffisances notoires persistent et elle concernent essentiellement : (i) la qualité des soins et la prise en compte effective de la satisfaction adéquate des utilisateurs ; (iii) l'hygiène hospitalière et la sécurité des patients restent un problème insuffisamment traité ; (iii) le recouvrement des coûts génère des ressources importantes (plus de 30% du budget de fonctionnement à l'hôpital de Mopti) mais le système de gestion n'est pas standardisé et souffre d'insuffisances importantes rapportées dans les rapports d'évaluations ; (iv) le système d'information est inadapté et insuffisant alors que le Mali dispose à l'IOTA d'un modèle moderne et fonctionnel de système d'information ; (iv) en l'absence d'unité technique au sein de tutelle a affecté l'accompagnement 'expert' de la réforme ainsi que la mise à jour et ou production de nouvelles normes techniques de référence concernant tous les domaines de la gestion hospitalière ; et (v) l'absence de système d'assurance ou de prise en charge limite l'utilisation du fait de la barrière financière

Secteur privé

33. La libéralisation des professions sanitaires autorisées depuis 1985 et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé à but lucratif notamment médical, paramédical, pharmaceutique ainsi que la médecine traditionnelle. Le nombre d'établissements des soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, mais les informations sont partielles.

Tableau 14 : Evolution des structures publiques et privées

	2008	2009	2010
Hôpitaux Nationaux et Régionaux			
Public	11	11	11
Privé	1	3	
Laboratoires			
Public		70	
Privé	10	9	
Cliniques/Cabinets/CSRef			
Public	55	59	55
Privé	340	346	224
Nombre total de services de soins	1275	1491	1360
Public	66	140	66
Privé	351	358	224
CSCOM	858	993	1070
Grossistes en médicaments			
Public	1	1	1
Privé	32	34	13
Officines pharmacie privées	401	409	341
ONGs Œuvrant dans la santé			125

Sources

2007: Carte sanitaire pour cliniques et cabinets; 2008-09: SNIS;

2010: Yann

34. Tous ces acteurs pourraient participer significativement à la couverture et l'utilisation des soins du Paquet Minimum d'Activités (PMA), mais ils contribuent faiblement aux objectifs de santé publique parce que malgré leur proximité des structures publiques, leurs pratiques ne sont pas suffisamment réglementées et leur contribution n'est pas suffisamment intégrée dans la collecte des données du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS).

35. L'articulation entre le secteur public et le secteur privé est faible, ce qui freine la contribution du secteur privé à la réalisation des objectifs de santé publique. Les textes qui déterminent les catégories d'établissements privés médicaux et paramédicaux n'ont pas été révisés depuis 1991. Certaines de leurs dispositions ne sont pas par conséquent très adaptées au contexte actuel (développement du secteur privé, progrès des équipements et de la pratique médicale), en particulier s'agissant des actes autorisés et aux infrastructures nécessaires dans les différentes catégories d'établissements privés. Par ailleurs, en l'absence de textes application de la loi hospitalière (2002), il n'existe pas de cadre de participation du privé au service public hospitalier. On constate un manque de fluidité dans la référence

des malades entre le public/privé et l'absence d'un fonctionnement des structures de soins en réseau pour optimiser les compétences et fonctionnement disponibles à l'échelle d'un territoire.

36. En matière de prévention, bien que plusieurs structures privées se disent volontaires, les CSRéf sont réticents à associer les médecins privés aux activités de routine et aux campagnes exceptionnelles de vaccination. Les structures publiques craignent en effet que les conditions n'y soient pas remplies (chaîne du froid, formation des vaccinateurs, volume minimum d'activités, etc.) et que le principe de gratuité ne soit pas observé.

37. Un marché informel d'offre de soins médicaux et paramédicaux s'est développé au cours des dernières années : ce marché informel touche autant les médecins comme les techniciens de santé (infirmiers, sages-femmes). Il se compose de jeunes médecins ou techniciens (supérieurs) de santé en recherche d'activités en début de carrière, notamment sur Bamako du fait de la concentration des professionnels de santé. Par ailleurs, il concerne des infirmiers et sages-femmes à la retraite continuant à exercer leurs activités à leur domicile ou en se rendant à celui du patient. On y retrouve aussi des personnes ayant reçu à titre divers une formation en santé (anciens élèves des écoles de santé non-diplômés, etc.) et offrant leur service sans qualification officielle.

38. En outre, la médecine traditionnelle est très présente dans le dispositif de dispensation de soins aux maliens. Une politique nationale existe depuis 2005. Des textes réglementaires existent sur l'homologation et l'exploitation des établissements de Médecine traditionnelle. Le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) est en charge de la promotion de la Médecine Traditionnelle, ainsi que de l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et la sécurité des produits.

Médicaments

39. Les médicaments représentent une dépense de totale de 65 milliards de FCFA par an selon les comptes nationaux de la santé (1999.2004). Ils sont financés en grande partie directement par les ménages. Selon EDS IV, 55% des dépenses santé des ménages sont consacrés au "Médicaments, examen et produits prescrits". L'accessibilité géographique aux dépôts de médicaments a considérablement augmenté avec l'extension du réseau de CSCom, mais aussi du nombre d'officines privée qui sont au nombre de 385 dont 210 en zone urbaine. L'estimation de la part du marché informel et illicite du médicament varie entre 14 et 36% du marché.

40. Les médicaments sont très importants dans le système de soins et perçu comme tel par la population. La disponibilité des médicaments essentiels dans les services de santé à des prix accessibles pour la population fut la locomotive de la réforme pharmaceutique depuis l'adoption par le Mali de l'Initiative de Bamako et la Politique sectorielle de santé en 1990. La transformation de la PPM en EPIC (1993), le contrat plan Etat / Pharmacie Populaire du Mali (PPM), la libéralisation de l'importation des médicaments ainsi que la création du GIE santé pour tous furent les étapes marquantes qui ont précédé l'adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) en 1999.

41. La PPN définit la stratégie nationale et fournit le cadre de coordination des activités des secteurs public, communautaire et privé. Les principaux instruments de la PPN sont : (i) le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution de Médicaments Essentiels (SDADME) ; (ii) le Contrat Plan Etat-PPM qui définit les obligations de part et d'autre pour l'approvisionnement et la distribution de médicaments essentiels ; (iii) la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) et le formulaire thérapeutique national ; (iv) le Guide Thérapeutique national devant être régulièrement mis à jour avec l'adoption de nouveaux protocoles thérapeutiques nationaux (Paludisme, VIH/SIDA..). Les Institutions et structures chargés de la mise ne ouvre sont : (i) la direction de la Pharmacie et du Médicament, qui contrôle l'homologation, la pharmacovigilance, la publicité et la promotion des médicaments et des essais cliniques ; (ii) le Laboratoire National de la Santé (LNS), qui assure le contrôle de qualité des médicaments importés ; et (iii) Inspection de la Santé (IS), qui contrôle l'application des lois et règlements relatifs à l'exercice des professions de santé, y compris pharmaceutiques, des secteurs public, communautaire et privé.

42. Toutes les stratégies et instruments de la PPN ont été mis en œuvre. Le suivi ainsi que l'observation de terrain ont montré :

- la disponibilité des médicaments souffre encore de ruptures. Sur un panier de 10 médicaments choisis, une enquête constatait en 2008 que 19,5 % de médicaments du panier étaient non disponibles dans les CSCom et CSRéf concernés par l'enquête. Les causes évoqués vont de la non disponibilité / retard de livraison depuis la PPM aux insuffisances locales pour établir les besoins.

- des médicaments en dehors de la liste nationale de Médicaments essentiels (LNME) sont présents dans les CSCom. Leur présence est constatée dans 11% des prescriptions alors que l'absence de DCI est constatée dans 27% des prescriptions. Les raisons invoquées sont en relation avec la disponibilité et ou retard de livraison des produits de la LNME.
- l'utilisation des médicaments montre aussi que dans les anti-biotiques sont prescrits dans 51% de ordonnances et les injectables dans 27%. Les observations du terrain ont montré l'absence d'ordinogrammes et ou du guide thérapeutique national dans les CSCom visités en dehors de ceux de la PECIME et du Paludisme.
- le prix à payer s'est avéré un obstacle dans 20.4 % des cas et ont provoqué un achat partiel ou non achat des médicaments prescrits. La fréquence des ordonnances avec prix élevés durant la visite de terrain ainsi que celui de l'enquête de la DPM 2008 questionnent les chiffres rapportés dans le SLIS et qui probablement sous-estime les prix moyens des ordonnances avec en 2009 respectivement un prix moyen de 1589 FCFA et 1430 FCFA pour les CSRéf et pour les CSCom.

Tableau 15 : Evolution du coût moyen de l'ordonnance dans les CSCom et CSRéf (en FCFA)

Sources	2005	2006	2007	2008	2009
CSCom	1 218	946	1 107	946	1 430
CSRéf	1 235	1 058	1 282	1 276	1 589

Source: SLIS 2005-09

- la gestion des stocks est un problème commun aux trois niveaux visités (CSCom, CSRéf et Hôpital). En plus des problèmes classiques d'inventaire et d'identification à temps des besoins, un nouveau problème important a fait son apparition avec l'augmentation considérable de volume des produits fournis dans le cadre de la gratuité des programmes (anti-paludéens, moustiquaires, supplémentation nutritionnelles). Les capacités logistiques, de stockage et de gestion sont largement dépassées. Elles n'ont pas été prises en compte dans le cadre des programmes concernés. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a initié une expérience de livraison des produits par la PPM directement aux dépôts répartiteurs des districts. Ceci a été bien apprécié par les médecins chefs et a réduit un problème logistique important pour les districts. Les autres dimensions (capacités de stockage et de gestion) n'ont pas encore bénéficié de l'attention nécessaire.

43. La PPM joue un rôle majeur dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels pour les secteurs publics et communautaires. Elle applique un coefficient de 1,325 pour la cession des médicaments. Les coefficients respectifs des dépôts répartiteurs de districts et de celui des CSCom font augmenter le prix final des médicaments d'un coefficient de 1.8 à 1.9 par rapport au prix initial du médicament. La PPM estime à 40% de son chiffre d'affaire les achats qu'elle fait au profit de l'Etat (vaccins, anticancéreux, kit césariennes, dotations initiales) et à environ 15% les achats au profit du privée. Le reste est partagée entre les achats les districts / CSCom et les hôpitaux. Le chiffre d'affaire a fait un bon depuis les années 2003/2004 passant de environ 5,4 milliards à plus de 8 milliards durant les trois dernières années passant par un pic de 9.6 milliards en 2007. Le management pense que le tassement du chiffre d'affaire est en relation avec l'importance des produits gratuitement proposés dans le cadre de certains programmes et achetés en dehors de la filière PPM. Celle-ci dispose de capacités logistiques adéquates et de dépôts dans presque toutes les régions. Elle est utilisée par les programmes nationaux et par les partenaires pour assurer la distribution au niveau régional des médicaments, réactifs et consommables moyennant un coefficient variant entre 7.5 et 8.5% de la valeur des produits transportés. La livraison directement aux dépôts répartiteurs du district les produits et consommables fournis gratuitement par les programmes est possible comme ce fut le cas au premier trimestre de cette année pour le PNLP moyennant le recouvrement de coûts additionnels. Les compétences en matière de gestion de la PPM ne sont pas utilisées pour renforcer les capacités au niveau des dépôts répartiteurs et des ceux des CSCom.

44. La PPM voit sa capacité d'acheter au meilleurs prix affectée sérieusement par les retards systématiques de paiements par le Trésor de produits livrés. Les Hôpitaux Publics semblent emboîter le pas au trésor et paient avec beaucoup de retard. Ces facteurs augmentent indirectement les prix des médicaments mis sur le marché et mettent en danger la PPM si une solution n'est pas trouvée.

45. Avec son développement important et sa complexité accrue, le secteur pharmaceutique ne dispose pas des capacités et des moyens nécessaires pour en assurer la gouvernance et la coordination efficace et efficiente. Dans sa configuration actuelle, la DPM dispose certainement la volonté mais pas des moyens assurer ces fonctions.

Chapitre IV : Activités de soutien aux prestations

Planification au niveau opérationnel

1. La micro-planification semble bien rodée dans tous les CSComs visités. Les populations cibles sont bien identifiées, les objectifs fixés et portés sur les tableaux de bords. Les calendriers des activités et de la stratégie avancée sont disponibles et parfois affichés.
2. La planification au niveau du district se fait actuellement sur la base de POs élaborés chaque année. Les POs sont élaborés sur la base des PDSC 2004-2009 d'une part et selon les volets de l'extension du PRODESS (2009-2011). Il n'y a pas eu de plan d'extension 2009-2011 pour les districts. La tendance systématique à reproduire les volets de financement du PRODESS dans chaque PO de district était manifeste. La spécificité de chaque cercle ne ressort pas clairement des POs. Les critères d'allocation de ressources durant les arbitrages au niveau central et régional n'incitent pas à considérer les situations spécifiques. Le critère du nombre de population utilisé peut engendrer et maintenir l'iniquité envers les districts qui ont des conditions les plus difficiles pour réaliser des résultats. Les liens entre les ressources et les résultats concrets de couverture, de qualité et ou de compétence pour le district et vérifiables sont généralement absents ou non explicites. Le postulat apparent est que l'addition des différents intrants produirait automatiquement les résultats attendus.
3. Il n'y a pas de modalité établie et explicite pour définir les priorités dans les POs en fonction des financements disponibles et des résultats à réaliser. Le fonctionnement de base étant imputé sur le Budget Général, les activités programmées sont soit financées par l'ABS soit directement par les partenaires soit autofinancées par le système de recouvrement des coûts. Dans les trois régions que nous visitées, le financement direct des partenaires représente la proportion majeure du financement des activités. Celui des recouvrements des coûts semble être sous-estimé et marginal. De fait ce sont les financements directs des PTFs qui déterminent les priorités et l'échéancier d'exécution des activités pour les districts des trois régions.
4. Un nombre croissant de nouveaux cadres constituant l'équipe de santé de district n'ont pas été formés en planification et ne sont pas familiers avec les outils en place. Ce phénomène, s'il n'est pas corrigé à temps, affectera inéluctablement la qualité des nouveaux plans de districts.
5. La collaboration avec les communes du district, n'a pas encore permis l'harmonisation entre le PO du district et ceux des communes en matière de santé.

Gestion des ressources

6. Au niveau du district, le développement et la complexité grandissante des activités au niveau du CS de Référence ainsi que l'importance qu'y prend le système autonome de gestion dans le fonctionnement, n'a pas été suivi par un renforcement adéquat des capacités ni d'une standardisation et modernisation du processus gestionnaire.
7. La gestion financière du système de recouvrement des coûts dispose des instruments adéquats et semble de plus en plus maîtrisée par les ASACOs qui ont bénéficiées de formations appropriées. Avec la prise en charge fréquente du salaire de l'infirmier par l'Etat et celui d'autres catégories par la commune, la situation financière s'est beaucoup améliorée. Le poids important et reconnu du système de recouvrement des coûts aussi bien au niveau des CSComs qu'au niveau du district n'est pas reflété dans la documentation utilisée durant les CROCEPS.
8. La gestion des ressources révèle un problème sérieux concernant le stockage et l'inventaire des produits et consommables fournis gratuitement par les programmes à l'exception des vaccins qui bénéficient d'une longue tradition et de la logistique adéquate. Il ne s'agit pas seulement des problèmes en relation avec des produits similaires payants, mais surtout de problèmes de volumes qui dépassent largement les capacités existantes de stockage et de gestion.
9. Le Mali dispose d'une réglementation relative à la comptabilité matière (arrêté 92-0235/MB-DNB fixant les modalités d'application du Décret 91-275/PM-RM) et le PRODESS dispose d'un manuel de procédures et les outils de comptabilité matière existent au sein du logiciel TOMPRO ; cependant, les principales dispositions prévues pour la gestion du patrimoine ne sont pas effectives. Ainsi, les immobilisations et fournitures ne sont gérées que d'une façon rudimentaire.
10. Alors qu'une part importante du financement du PRODESS est consacrée à accroître le patrimoine mobilier et immobilier national, cette création de capital n'est pas comptabilisée. Les rapports du Comité de Suivi font état de plusieurs centaines de structures construites, réhabilitées et équipées, la

quasi-inexistence de la remontée des informations sur les engagements financiers, aussi bien des PTF que du budget du Ministère de la Santé, rend impossible toute consolidation des immobilisations corporelles selon les normes prévues dans le manuel de procédures (localisation, valeur d'acquisition, dépréciation). En outre, contrairement à ce qui avait été prévu dans le manuel de procédures, les procédures de comptabilité matière ne sont appliquées à aucun niveau avec la conséquence qu'aucun inventaire périodique n'est produit, indiquant la localisation et l'état du patrimoine acquis au cours du Programme.

11. Actuellement le Mali dispose d'un nombre important de formations sanitaires situées aux trois niveaux de la pyramide dont la gestion est caractérisée par : (i) l'insuffisance dans la spécification des équipements au moment des commandes entraîne la multiplicité des marques utilisées, avec un service après-vente non garantie ; (ii) la non standardisation des équipements et matériels médicaux et chirurgicaux, dont la sophistication extrême de certains d'entre eux et l'évolution très rapide des technologies sanitaires sont des déterminants fondamentaux de la maîtrise de leur maintenance ; et (iii) la non disponibilité des pièces de rechange entravant le fonctionnement de certains services au niveau des hôpitaux.

12. Face à cette problématique, le dispositif qui existe actuellement pour assurer le développement et la maintenance de ce parc d'infrastructures et d'équipements sanitaire, comprend :

- la Direction Administrative et Financière (DAF), actuellement, Direction des Finances et du Matériel (DFM) qui est responsable de l'acquisition et la maintenance **des équipements** à travers l'organisation des appels d'offres ;
- la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la Santé qui est responsable **du génie civil et de l'équipement** du moins en ce qui concerne la supervision, le contrôle et le suivi des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires.
- la Division des Etablissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR) qui est responsable **des équipements** des formations sanitaires relevant de la DNS. Dans la pratique, elle a tenté de s'occuper de la maintenance des équipements sanitaires sans succès à cause du manque de capacité technique appropriée.
- le Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériels (SEPAUMAT), qui est implanté au niveau central à Bamako et dans les régions de Kayes, Sikasso, Mopti et Gao et qui est responsable **des véhicules**.

13. Toutes ces structures, dont aucune n'a pu disposer des capacités techniques et organisationnelles requises, travaillent, le plus souvent, dans un environnement où la coordination, l'intégration et la cohérence ne sont pas de mise. Par exemple, même si le SEPAUMAT s'occupe de l'entretien des véhicules, il manque de ressources humaines qualifiées et d'équipements adéquats à tel enseigne que l'essentiel de la maintenance est confiée aux prestataires privés qui reviennent non très chers sans donner la satisfaction requise. La conséquence évidente et fâcheuse est qu'au niveau des formations sanitaires, à tous les niveaux, les locaux et les équipements souffrent de manque de maintenance. Ceci est aggravé par une absence totale d'une culture de la maintenance chez les utilisateurs et usagers de ces locaux et équipements.

14. Etant donné l'importance de la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires comme facteur d'amélioration de la qualité des services, le Ministère de la santé l'a inscrite dans le PRODESS II prolongé, ce qui a conduit l'élaboration : (i) d'un projet de politique nationale de maintenance des équipements sanitaires ; (ii) d'un projet de plan d'action pour la mise en œuvre de cette politique ; et (iii) des projets d'une loi et d'un décret de création d'une Agence pour la maintenance et la gestion des équipements sanitaires.

Système local d'information sanitaire au niveau opérationnel

15. Le système local d'information sanitaire comprend la composante fiches opérationnelles et les échanciers pour soutenir et orienter la décision durant le déroulement d'une activité donnée (enfants sains, CPN, partogramme, PF,...), la composante populations cibles, recueil et analyse de l'information sur les activités (liste des villages avec nombre de la population des et distance des villages par rapport au CSCOM, registres des activités, tableaux de bords) et finalement le rapport trimestriel élaborée et transmis au niveau supérieur avec une logique d'auto-analyse. Le système semble avoir atteint une vitesse de croisière depuis un certain temps. Les constats suivants peuvent être soulignés :

- une tendance administrative à l'utilisation des Fiches Opérationnelles, avec une impression de remplissage à posteriori sur la base du registre ; ceci fait perdre la raison d'être de la fiche opérationnelle comme support d'aide à la décision (partogramme, fiche intégrée de l'enfant sain) et ou pour la communication personnalisée avec la maman concernant l'état nutritionnel de son enfant ou pour une proposition d'espacement de naissance ;
- les échéanciers avec classement par village, considérés très utiles (suivi des enfants, CPN, PF) par le personnel itinérant (Mopti et Ségou) ne sont pas ou plus utilisés dans tous les CSCOMs de la région de Koulikoro ;
- les tableaux de bords sont généralement bien développés et bien utilisés par l'infirmier chef de poste, mais le tableau de bord PF a tendance à manquer à l'appel ; et
- les analyses d'utilisation et de couverture par villages ne sont pas faites alors qu'elles peuvent alimenter des discussions ciblées et utiles avec les villageois et les ASACOs.

16. Au niveau du district, la compilation des différents rapports trimestriels est faite, avec production de tableaux de bords par activité et transfert au niveau régional du rapport trimestriel du district par internet ou clef USB et ainsi que la copie en papier utile pour les vérifications en cas d'erreur de saisie. L'analyse par activité et par aire de santé en vue d'identifier les écarts importants (positifs et négatifs) ne semble pas être une pratique établie.

Monitoring et supervision

17. Le monitoring organisé normalement tous les six mois ne se réalise de fait qu'une fois par an (généralement en juillet) pour des raisons évoquées de financements insuffisants. Il serait avantageux de faire coïncider la deuxième session avec la réunion de planification annuelle qui regroupe l'ASACO et des représentants de la commune. Les techniques de monitoring seront utilisées à cette occasion mais aussi des analyses par activités et par villages qui peuvent être facilement générées par le système local d'information.

18. Les supervisions intégrées sont organisées et les constats et les recommandations figurent dans le cahier de supervision du CSCOM. Toutefois pour des raisons diverses, en particulier financières, la fréquence d'une supervision intégrée par trimestre est très loin d'être réalisée. Une analyse régulière des principaux constats et de la mise en oeuvre des recommandations faites par les supervisions intégrées n'est rapportée dans aucun des districts visités.

Chapitre V. Participation communautaire et renforcement de la solidarité

Contexte

1. Le PDDSS et les trois PRODESS visent tous : (i) le développement de la participation regroupant de manière effective l'ensemble des intervenants au niveau communautaire; et (ii) la responsabilisation des populations et des collectivités territoriales dans la conception, le financement et la mise en œuvre d'activités d'intérêt local et régional. En offrant aux différents acteurs du niveau communautaire un cadre pour opérationnaliser ces stratégies nouvelles, cette participation se focalise sur les voies et moyens de faire davantage avec les ressources existantes et additionnelles et d'encourager les synergies d'action entre les différents acteurs du développement de la santé.

Participation communautaire

2. Dans la mise en œuvre du PRODESS, la participation communautaire comprend une amélioration d'accès géographique et financier soins essentiels à travers : (i) le développement d'un partenariat entre l'Etat et la communauté pour l'extension de la couverture ; et (ii) la mise en place des modalités de solidarité.

3. **Développement d'un partenariat état-communauté.** Au niveau des services de santé de base, le cadre de gouvernance, initié avec l'adoption de la politique de santé et de population de 1990, est caractérisés par : (i) l'émergence de l'association de santé communautaire (ASACO), une entité privée de la société civile ; et (ii) la contractualisation qui fait des ASACO un des principaux véhicules de la participation communautaire dans la santé.

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

5. Emergence des ASACO. Selon la FENASCOM, le nombre d'ASACO a passé d'ASACO est estimé 954 en 2010 et celui des CSCOM respectivement de 699 à 858 en 2004 et 2008 et à 1070 en 2010⁶. Selon la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, les ASACO fonctionnelles représentaient respectivement 76,4%, 79,83% et 92% en 2007.2008 et 2009. Cependant, ce nombre élevé de nouvelles créations ne semble pas s'accompagner toujours d'une plus forte mobilisation en termes d'adhérents. Il y a aujourd'hui une faible participation des populations aux activités des ASACO.

6. Les ASACO disposent de leurs propres structures faitières dont les fédérations au niveau du cercle (FELASCOM), au niveau régional (FERASCOM) et au niveau national (FENASCOM). Ces structures faitières contribuent à l'amélioration du fonctionnement des ASACO et assurent l'intermédiation sociale entre leurs membres et les autres acteurs de développement. **Groupe Pivot.**

7. Contractualisation des services. Le partenariat état-communauté est soutenu par une convention d'assistance mutuelle passée entre **le Ministère de la Santé et les ASACO** qui sert non seulement de conduite de subventions contingentes de l'Etat vers les communautés pour la prise en charge des coûts d'investissement et une partie des charges récurrentes des centres de santé communautaires, mais aussi d'instrument de coordination des interventions de l'Etat et des initiatives communautaires dans la santé. Les structures d'incitation associées au partenariat état-communauté ont favorisé l'extension de la couverture géographique des services de santé dans le pays.

8. Dans le cadre de l'application du principe de partage des coûts pour assurer l'appropriation des services et la responsabilisation des communautés, l'Etat devait prendre en charge 75% des coûts d'investissement et la communauté devait prendre en charge 25% des coûts d'investissement. Toutefois le partage des coûts d'investissement a connu des pratiques différentes durant le PDDSS avec une tendance vers 100% des investissements pris en charge par l'Etat. Le principe de partage des coûts sert aussi de fondation au partage des charges récurrentes des CSCOM. Dans le cadre de la convention d'assistance mutuelle, les engagements du ministère chargé de la santé sont d'assurer la disponibilité du plateau technique de référence, la mise en place du stock initial de médicaments essentiels, la formation du personnel, l'appui technique et la supervision. Les engagements des ASACO sont d'assurer la disponibilité permanente du paquet minimum d'activités (PMA), l'entretien de l'infrastructure et de l'équipement, la prise en charge des dépenses courantes du CSCOM. Pour faire face à leurs obligations,

⁶ Rapport de l'étude sur la capitalisation des expériences en matière de financement alternatif de la sante : Cas des caisses de solidarité du système de référence-évacuation (FENASCOM), p.6

les ASACO disposent de ressources provenant des cotisations des adhérents, des revenus de la tarification des actes, des revenus de la vente des médicaments, et des appuis des partenaires (programmes prioritaires de santé, partenaires extérieurs, etc.).

9. Les insuffisances se traduisent essentiellement par un déficit démocratique et de communication, qui aboutit souvent à l'appropriation du centre par un groupe de personnes, par la non transparence des comptes, qui conduit à des gaspillages et à des abus de biens sociaux : Pour certains CSCOM la conséquence fut le retour à la logique habituelle des formations sanitaires publiques.

10. Déjà, au moment où la deuxième phase quinquennale du PRODESS (PRODESS II) se mettait en route, les résultats d'une étude réalisée en janvier 2002 par la FENASCOM, avec l'appui de l'UNICEF sur les rôles et les domaines d'intervention de la FENASCOM et de ses démembrés révélaient « des faiblesses notamment en terme de capacités à mobiliser des acteurs et les ménages autour des objectifs poursuivis à travers le PRODESS ». Il nous a été donné de constater au cours de la présente évaluation que de plus en plus, les ASACO se mobilisent davantage dans la gestion financière des CSCOM au détriment de leur rôle de sensibilisation des populations et de promotion de la santé communautaire.

11. Par ailleurs dans de nombreuses localités persistent des conflits d'intérêt et d'attributions entre les collectivités représentées par les mairies et les ASACO et /ou leurs organisations faitières que sont les fédérations locales et régionales des ASACO, au risque parfois de mettre en péril des innovations conçues d'accord parties comme les caisses villageoises de solidarité. Ces situations restent liées entre autres à l'insuffisance des approches communautaires naguère réalisées par les travailleurs sociaux en amont, pendant et après la création des ASACO /CSCOM et d'un déficit de communication constaté entre les acteurs et de la bonne connaissance des rôles respectifs. Ceci se traduit par des divergences nées de l'interprétation des dispositions réglementaires régissant le transfert des compétences et les rapports entre les acteurs dans le cadre du partenariat.

Mise en place des mécanismes de solidarité

12. **Contexte.** Grâce au renforcement du cadre législatif et réglementaire mis en place et à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan d'Action National d'extension de la protection sociale au Mali 2005-2009, le Mali vise à contribuer aux possibilités d'augmentation des revenus des populations et à établir les mécanismes d'accès aux services (dont la santé) pour les populations ayant des besoins.

13. Le Programme de Développement Social adopté par le Gouvernement en 2005 a pour objectif principal de contribuer à assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de détresse et d'instabilité sociales en vue d'un développement humain durable. Les défis dans ce secteur sont nombreux et se traduisent par les problématiques principales suivantes : (i) la prise en charge efficace des personnes et catégories sociales en situation difficile ; (ii) le renforcement des capacités des communautés pour un meilleur accès aux services sociaux de base et pour l'amélioration des revenus des populations les plus pauvres ; et (iii) l'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population par des mécanismes efficaces.

14. **Prise en charge des personnes et catégories sociales en situation difficile.** On a noté au cours des cinq dernières années⁷ une augmentation de la capacité d'intervention des services sociaux dans la prise en charge des groupes spécifiques aussi bien au niveau central qu'au niveau des services déconcentrés que sont les services locaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire, ce qui constitue une véritable avancée dans ce mode de prise en charge. Ainsi, le taux de satisfaction des demandes de prise en charge des appareillages par exemple est passé de 25% en 2005 à 63,33 % en 2009 tandis que celui relatif à la prise en charge médicale des personnes démunies est passé de 35% en 2006 à 53% en 2008.

15. Par ailleurs, le nombre de demandes de prise en charge médicale satisfaites chez les personnes âgées est passé de 2214 en 2005 à 4883 en 2009. Cependant, en dépit de ces performances, on relève tout de même que 30 à 45% des demandes de prise en charge médicale de ces catégories de personnes restent non satisfaites. L'insuffisance de financements liée à une méconnaissance de la portée de ces activités en matière d'équité dans la promotion de la santé reste la principale contrainte.

16. Attributs de l'état et relayés par quelques organisations caritatives, l'aide sociale et le secours conservent leurs fonctions plutôt réparatrices que promotionnelles. De plus en plus difficiles à assurer, faute de ressources financières, ces interventions constituent un maillon important dans la prise en charge de catégories extrêmement pauvres non couvertes par un mécanisme quelconque de protection

⁷ DNDS, Rapports d'activités P.O 2007,2008 ,2009

sociale. La situation est vivement ressentie au niveau des structures de proximité du Développement Social qui sont les plus en contact de ces groupes.

17. En raison de la création de plusieurs mécanismes et structures de prise en charge (mutuelles ; coopératives, CANAM et ANAM), il convient de redéfinir ce dispositif qui a encore sa place dans le processus, en tenant compte de la raréfaction constante des ressources et de la place de l'urgence dans la prise en charge médicale et de la qualité des soins.

18. **Accès aux services sociaux de base et pour l'amélioration des revenus des plus pauvres.** Les capacités d'autopromotion des communautés ont été renforcées et l'accès aux services de base dont la santé a été amélioré grâce à la mise à leur disposition des ressources leur permettant d'entreprendre des activités génératrices de revenus ainsi que l'accès au micro crédit et aux facteurs de production (équipements agricoles).

19. L'appui des projets et programmes (Programme de Développement Social Urbain, Projet d'Appui aux Communautés Rurales, Projet d'Appui au Développement Economique, Projet de Réduction de la Pauvreté à Mopti), ainsi que les interventions du Fonds de Solidarité Nationale ont été déterminants. Les principales réalisations faites de 2005 à 2009 sont :⁸

- le financement de 39.847 activités génératives de revenus (AGR) ;
- la réalisation de 639 infrastructures socio-économiques de base (Points d'eau, Écoles, Maternité centres multifonctionnels, etc.) et des infrastructures rurales (ponts, caniveaux, pavage de rues, aménagement de marchés, etc.) ;
- la création de 63 caisses d'épargne et de crédit ; et
- la remise aux producteurs de 1967 équipements agricoles (charrettes, charrues, multicultures, semoirs et ânes et pairs de bœufs) ;

L'évaluation fait ressortir que les projets ne développent pas entre eux et les services centraux la synergie nécessaire pour des résultats communs. Par ailleurs, les projets et programmes sont limités géographiquement à des zones déterminées, ce qui réduit leur impact au plan national.

20. **Extension de la protection sociale.** L'assurance maladie volontaire auprès des compagnies privées d'assurance reste très peu connue et de portée limitée en termes de souscripteurs. Par contre, plusieurs mécanismes de protection sociale sont en cours de développement. Bien que les institutions du secteur social (INPS et CRM) soit bien développées, d'autres formes de financement des soins (comme la caisse de solidarité ou l'assistance médicale) ne sont pas encore suffisamment développées.

21. Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) institué par la (Loi n° 09-015 du 26 Juin 2009) vise à permettre la couverture de frais de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles La loi définit entre autres les bénéficiaires, les prestations garanties, les conditions de prise en charge, le conventionnement, le contrôle médical. Ce régime d'assurance qui se fait avec la contribution des bénéficiaires (à hauteur de 3,06% du salaires pour les fonctionnaires en activités et 0,70% pour les retraités) et de leurs employeurs (4,48% du salaire quand il s'agit de l'Etat et 3,50% quand il s'agit d'un employeur du secteur privé) couvrira environ 16% de la population malienne, il s'agit des employés du secteur formel, c'est-à-dire les fonctionnaires en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits, y compris ceux des collectivités territoriales, les travailleurs régis par le Code du Travail en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits ; les députés en activité ou à la retraite et leurs ayants-droits.

22. L'AMO est estimée pour 317 852 cotisants dont 229.516 personnes du secteur privé et 88.336 personnes du public totalisant environ 1 954 753 bénéficiaires. Le panier de soins prévu dans la prise en charge comprend : (i) les risques faibles ou petits risques (consultations générales ou spécialisées ; soins médicaux ; imagerie médicale ; médicaments (essentiels de type générique) ; analyses de laboratoire ; soins dentaires (sans prothèses) ; maternité ; and (ii) les gros risques (hospitalisations simples et avec intervention chirurgicale. L'AMO assure la prise en charge des hospitalisations à hauteur de 80% et les soins ambulatoires à hauteur de 70%. L'AMO est déjà opérationnel parce que les cotisations ont commencé à être prélevées et la prise en charge effective démarrera en mai 2010. L'AMO a été adopté en 2011 mais avec des réticences récentes qui risquent de la remettre en cause.

23. C'est la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif qui assurera la gestion de l'AMO en collaboration avec l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et la Caisse Nationale de Retraite.

⁸ MS MDSSPA MPFEF-SG ;Rapport sur la mise en œuvre des recommandations du comité interministériel de la promotion de la santé et de l'action sociale-Mai 2010.

24. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) créée par la LOI n°09- 016 du 26 Juin 2009 est la structure chargée de la mise en œuvre de ce régime. Le démarrage des immatriculations qui était prévu à partir du premier juillet 2010 et les prestations à partir du premier janvier 2011 n'ont pu être effectifs aux périodes prévues.

25. Institut National de Prévoyance Sociale (INPS). La restructuration de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) s'inscrit dans ce même contexte : assurer les mêmes prestations au profit des travailleurs du secteur privé et indépendants en matière de sécurité sociale.

26. Régime d'assistance médicale (RAMED). Le régime d'assistance médicale (RAMED) institué par la Loi n°030 du 27 Juillet 2009 est l'autre mécanisme de solidarité au bénéfice des indigents. Il a été créé au profit des personnes qui ne sont pas couvertes par tout autre système d'assurance et qui sont reconnues indigentes et leurs ayant droit à charge. Le RAMED qui sera financé entièrement par l'Etat couvrira environ 5% de la population. Il démarrera avant la fin de l'année 2010 et couvrira 100% de l'hospitalisation, des interventions chirurgicales et des soins ambulatoires. Un Fonds d'Assistance Médicale (FAM) cofinancé par l'Etat et les Collectivités décentralisées est mis en pour ce faire

27. Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). L'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) créée par la Loi n° 09-031 du 27 Juillet 2009 est la structure chargée de la mise en œuvre de ce régime. L'ANAM est prévue pour couvrir environ 5% de la population représentant les indigents soit à peu près 597 835 personnes. Elle sera alimentée principalement par le Budget National. Si ces deux structures sont légalement créées et bien que les différents décrets d'application aient été pris, elles ne sont pas encore opérationnelles en termes de prestations faute de fonds de roulement.

28. Caisse des Retraites du Mali (CRM). L'érection de la Caisse des Retraites du Mali (CRM) en Caisse Nationale de Sécurité Sociale et dont le processus est en cours, devrait permettre à cette caisse d'offrir les prestations en faveur des fonctionnaires civils et des militaires en activité ou à la retraite.

29. Malgré l'institution des régimes de l'assurance maladie obligatoire et du régime d'assistance médicale, environ 80% de la population malienne dont la majeure partie est constituée de ruraux (secteur agricole) et du secteur informel resteront sans couverture médicale. La nécessité d'une nouvelle politique d'extension de la mutualité s'impose. En plus de la création de nouvelles mutuelles selon un format standard, il doit être développé des formes endogènes de pré-mutuelles socialement acceptables par les populations qui évolueront vers des formes plus achevées et conformes à la loi.

30. Mutuelles. En soutien aux marge des mécanismes de solidarité énoncées plus haut et faisant partie intégrale de la stratégie de protection sociale, le gouvernement du Mali procède actuellement à la relance de la promotion des mutuelles de santé. Ce mécanisme de solidarité qui est en cours il y a plus de 150 ans et qui dispose depuis longtemps d'un cadre législatif et réglementaire ne couvre que 2,1% de la population. Son but visé est de couvrir les 80% de la population qui vivent en milieu rural et ne pourront pas bénéficier de l'AMO. Il faut noter qu'en janvier 2010, des journées nationales de concertation ont été organisées pour validée une Stratégie Nationale de développement des mutuelles de santé. L'énoncé de la Vision qui guide cette stratégie est « une Commune, une mutuelle de santé ». Pourquoi ne pourrait-on pas dire « une aire de santé, une mutuelle de santé ».

31. Depuis l'adoption de la Loi régissant la mutualité au Mali (1996), les mutuelles de santé ont connu un développement inégal dans le temps et dans l'espace. En 2004, seulement 44 mutuelles étaient répertoriées ; en 2010 ,151 mutuelles sont agréées parmi lesquelles 143 sont des mutuelles de santé. La situation des mutuelles se présente comme suit en 2010 :

REGION	NOMBRE DE MUTUELLES	ADHERENTS	BÉNÉFICIAIRES
DISTRICT BAMAKO	44	77005	308749
KAYES	11	8173	38423
KOULIKORO	13	105687	29229
SIKASSO	31	130713	39560
SÉGOU	22	9903	27939
MOPTI	15	5714	23463
TOMBOUCTOU	6	1651	8159
GAO	9	5636	15269
KIDAL	0	0	0
TOTAL	151	131722	490790

Ces mutuelles enregistrent 131722 adhérents pour 490790 bénéficiaires dont 270000 femmes (soit 55% des bénéficiaires). Le taux de couverture du risque santé par les mutuelles est passé de 2.1% en 2009 à 2.9% en 2010.

32. Il ressort de ce tableau qu'en décembre 2010, il y avait 151 mutuelles contre 128 en 2009, 121 en 2008, réparties de façon très inégale sur le territoire. Le District de Bamako avec 44 mutuelles en 2009 regroupe un peu plus du tiers du total. Le District de Bamako est suivi par les régions de Sikasso et de Ségou qui regroupent ensemble plus d'un tiers également alors que la région Kidal n'a pas encore de mutuelle. Les 151 mutuelles comptent 131722 adhérents pour 490790 bénéficiaires soit un taux de couverture de 2,8% pour toutes prestations. Les mêmes sources indiquent que sur les 151 mutuelles, 143 sont des mutuelles de santé et 8 des mutuelles de prévoyance décès et retraites. Ces mutuelles ont encaissé 1 190 321 310 FCFA de cotisations et distribué 541 410 827 FCFA au titre des prestations ayant bénéficié à 38401 hommes et à 56940 femmes soit 60%. Le pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé n'a progressé que de 1,3% en 2005 à 2,1% en 2009 ;

33. Si au cours de la période sous l'évaluation, le nombre de mutuelles agréées a évolué, celles qui sont opérationnelles rencontrent toujours des difficultés de fonctionnement. Par ailleurs, il n'y a pas une augmentation significative du nombre d'adhérents au cours des cinq dernières années. Le niveau d'adhésion (2.8) reste extrêmement faible par rapport aux besoins et à l'impact recherché. Il en de même des prestations offertes qui restent limitées en qualité et en quantité.

34. Le principal défi de la mise en œuvre de la politique de la mutualité reste son niveau de couverture bas, même si celui-ci n'est pas loin d'atteindre les objectifs fixés par le Plan d'action national d'extension à environ 3%.

35. Caisses villageoises de solidarité pour la prise en charge de la référence. Instaurées à l'initiative de la Fédération Nationale des Associations de santé communautaire (FENASCOM), ces mécanismes de prise en charge ont été mis en place pour soulager les populations devant faire évacuer leurs malades. Au cours de notre évaluation, il ne nous a pas été possible de connaître exactement le nombre de ces caisses et de vérifier celles qui fonctionnent correctement ou pas.

36. Les difficultés opérationnelles sont liées principalement à la non application des conventions de partenariat devant régir le financement de ces caisses, et notamment la réticence des communes à s'acquitter de leur quote part dans l'alimentation de la caisse. Cependant, il reste aussi à vérifier si tous les critères de transparence dans la gestion de ces caisses sont définis et respectés par les centres de santé de référence et que les contributeurs que sont les communes et les ASACO sont impliqués dans cette gestion.

37. Au plan sociologique, la problématique demeure comment promouvoir la mutualisation du risque maladie et le concept de la prévoyance dans les sociétés à majorité pauvre, où les capacités contributives sont très limitées, bien que la solidarité traditionnelle soit vécue au quotidien sous d'autres formes.

Décentralisation

38. A partir de l'adoption de la Loi 93-006 du 11 février 1993 (déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales) et de la Loi 95-034 du 12 Avril 1995 (portant code des collectivités territoriales), le Mali s'est lancé dans un processus de décentralisation administrative et politique. Ce processus avait pour objectif de rendre les neuf assemblées régionales (y compris le District de Bamako), les 49 conseils de cercles et les 703 communes capables de gérer leurs affaires en transférant et les compétences et les ressources de l'Etat. L'installation du Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT), la création d'une Commission interministérielle de pilotage des transferts de compétence et de ressources de l'Etat aux Collectivités territoriales et la mise en place d'un dispositif d'appui technique et financier (CCC et ANICT) aux collectivités territoriales concrétisent l'effectivité du processus de la décentralisation.

39. **Niveau ministériel.** Au niveau de la mise en œuvre des options politique et stratégique, les ministères du PRODESS ont plus progressé sur la décentralisation que sur les réformes.

40. Etat d'avancement des Ministères du PRODESS. Pour la quasi-totalité des départements, ce processus est marqué par une certaine lenteur (avec déjà plus de 18 ans de mise en œuvre) pour transférer les ressources aux collectivités. Au niveau du Ministère de la Santé, des éléments majeurs de la décentralisation sont opérationnels depuis l'adoption de la une politique sectorielle de santé et de population (1990), par : (i) le découpage du pays en aires de santé ; (ii) la création, par les populations regroupées en association, d'un Centre de Santé communautaire (CSCoM) ; et (iii) la reconnaissance par les pouvoirs publics des responsabilités des associations pour la gestion du CSCoM et des CSCOM pour les premières soins et la promotion de la santé au sein de l'aire de santé.

41. En 2004, un schéma opérationnel de transferts des compétences et ressources a été adopté et, mais déjà le Ministère de la Santé avait mis en place la CADD et adopté les textes (dans le Décret 02-

314 du 04 Juin 2002) fixant les détails des compétences à transférer aux communes et cercles en matière de santé. Sous l'instruction du Premier Ministre, les actions et mesures à mettre en œuvre en 2008 et 2009 ont été définies, et le Ministère de la Santé a élaboré un guide d'opérationnalisation du décret. Le Ministère de la Santé est actuellement au stade :

- d'inscription dans la Loi des Finances des lignes budgétaires relatives à la prise en charge de certaines dépenses : (i) de personnels (PPTTE) ; (ii) de prise en charge des travaux de construction des centres de santé communautaires ; et (iii) d'achats dans le cadre des activités de lutte contre la maladie (et surtout le paludisme) et les programmes de nutrition, d'hygiène et de salubrité ; et
- d'évaluation de la convention de gestion entre le Ministère de la Santé et l'Agence National d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT) pour la construction des CSCom et des CSRéf.

42. Par contre, le Ministère du Développement Social est encore dans le processus des négociations de validation d'un plan triennal de transfert des ressources.

43. **Niveau opérationnel.** Les efforts de décentralisation internes au secteur de la santé ont rapproché les centres de décision pour l'adaptation des solutions aux spécificités des problèmes au niveau local. Le partenariat état-communauté est à la croisée des chemins avec le transfert de compétences en matière de santé aux collectivités territoriales qui offre des opportunités importantes pour le renforcement de la gouvernance et le développement sanitaires mais qui nécessite une réaménagement des responsabilités jusqu'ici hiérarchisées.

44. La création de ces centres s'inscrit dans un processus de restructuration en profondeur du système de soins de ce pays qui rompt avec l'organisation hiérarchique de la pyramide sanitaire pour confier une grande partie de l'offre de soins à un réseau d'établissements privés sans but lucratif, gérés par des associations d'usagers et liés à l'État par des conventions de service public. La spécificité des CSCom est d'ordre essentiellement juridique et s'appuie avant tout sur le concept de citoyenneté. Les associations de santé communautaire qui les gèrent doivent en effet permettre l'implication volontaire des usagers et apporter aux centres, la représentativité qu'exige la responsabilité.

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

46. Par ailleurs, malgré les efforts de décentralisation internes à la santé, dont l'augmentation des budgets des régions sanitaires et des centres de santé de référence, la gestion des ressources financières est toujours fortement centralisée dans le secteur de la santé⁹. Cependant, l'institution du régime d'assistance médicale envisage déjà la collaboration entre l'Etat et les collectivités territoriales pour promouvoir l'accès des plus pauvres et indigents aux soins de santé. Par ailleurs, un des principaux axes de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie dans les secteurs agricole et informel, adoptée récemment par le ministère chargé du développement social, envisage le renforcement de la structuration du mouvement mutualiste en collaboration avec les collectivités territoriales. Dans cette perspective, les cadres de partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales et les leçons apprises du partenariat état-communauté dans la santé pourraient être mis à profit pour l'adaptation des mécanismes d'allocation des ressources dans la santé pour renforcer la gestion axée sur les résultats et l'amélioration de la gouvernance dans la santé (voir chapitre sur le financement de la santé).

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

48. Enjeux liés au renforcement des capacités. Le deuxième enjeu concerne les capacités locales, notamment des élus et des agents des nouvelles administrations. Dans le cadre communautaire et

⁹ Banque Mondiale, 2010. Mali – Revue des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat : Volume I – Rapport Principal. Gouvernement du Mali et Union Européenne : Janvier.

associatif, les collectivités territoriales ont montré de réelles capacités locales pour mettre en œuvre des démarches participatives et des méthodes de gestion efficaces.

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

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

51. Les enjeux liés aux relations de partenariat. Le troisième enjeu concerne les relations de partenariat entre les multiples acteurs du processus : la décentralisation intervient, en effet, dans un contexte de pluralisme institutionnel qui met les collectivités locales en présence à la fois de l'Etat, de ses services déconcentrés, des diverses institutions de la société civile, qu'elles soient modernes ou traditionnelles, et des prestataires des services privés. La restructuration de l'Etat peut se faire à court terme car les services peuvent être facilement changés. Par contre, le changement des mentalités exige beaucoup plus de temps en raison des comportements acquis depuis l'aube des temps. Il faut changer les mentalités et les comportements, avec méthode et savoir-faire, tout en n'excluant pas les anciens gestionnaires chacun ayant un rôle à jouer. Avec les institutions de la société civile, y compris les pouvoirs locaux traditionnels, les relations se jouent en termes de complémentarité, de compétition, voire de conflit. Leur bonne gestion conditionne le renforcement du processus de décentralisation et le développement local, l'adhésion de la population aux communes, et la mobilisation des ressources.

Chapitre VI : Financement des composantes du PRODESS

Aperçu

1. Le suivi des programmes d'ajustement structurels (au cours des années 80) visant à rétablir les équilibres macro-économiques et la viabilité des finances publiques, couplées avec la dévaluation du franc CFA (en 1994) ont permis au Mali d'accomplir des progrès appréciables vers la stabilisation macroéconomique. Néanmoins, l'économie du Mali, pays sahélo-saharien enclavé, demeure encore vulnérable aux chocs exogènes (aléas climatiques, fluctuations des termes de l'échange, crises socio-politiques en Afrique de l'Ouest)

2. Au cours du déroulement du PDDSS, le Mali a bénéficié : (i) d'un accroissement des sources de financement des secteurs sanitaire et social ; (ii) d'une augmentation des montants disponibles pour la mise en œuvre des PRODESS ; et (iii) de certaines mesures d'assouplissement dans le décaissement des ressources financières.

3. **Evolution macroéconomique.** L'évolution des indicateurs macroéconomiques montre que l'économie malienne a connu une certaine performance ces dernières années. En effet, le taux de croissance annuel du PIB a oscillé entre 2% et 7% entre 2002 et 2009, ce taux ayant été supérieur à 4% pendant 6 années au cours de la période des 8 ans. Cette performance en dents de scie serait déterminée, essentiellement, par les conditions climatiques qui ont été plus ou moins favorables ces dernières années.

4. En reconnaissance de ces progrès accomplis par le Gouvernement dans la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et structurelles, le Mali est devenu le 7ème pays à atteindre le point d'achèvement (en février/mars 2003) de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PTE) renforcée.

5. Cette croissance économique a permis à l'Etat malien d'augmenter significativement les dépenses publiques en faveur du développement. Aussi, l'allègement de la dette dans le cadre des initiatives PTE et de l'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM) en 2006, a permis au pays de bénéficier de ressources additionnelles importantes. C'est ainsi que les dépenses budgétaires totales sont passées de 512 milliards de FCFA en 2002 à 856,3 milliards de FCFA en 2008.

Tableau : Produit intérieur brut et les dépenses publiques (2002-2008)

Rubriques	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GDP (milliards FCFA)							
PIB nominal	2 329.9	2 574.1	2 610.7	2 829.0	3 131.0	3 321.0	3 779.0
PIB réel (prix de 1987)	1 155.8	1 241.3	1 269.2	1 347.1	1 417.1	1 478.7	1 556.2
Taux de croissance annuel (%)	4.30%	7.40%	2.20%	6.10%	5.30%	3.10%	4.90%
Budget National (milliards FCFA)							
Dépenses courantes	308.7	316.3	350.0	376.6	411.8	437.1	475.4
Dépenses d'investissement	203.1	219.2	242.2	268.1	340.8	395.6	380.9
Dépenses budgétaires totales	511.7	535.5	592.2	644.7	752.6	832.7	856.3
Taux de croissance annuel (%)		4.65%	10.59%	8.87%	16.74%	10.64%	2.83%

Sources:

2002-08: Banque Mondiale, 2010. Mali : Revue des Dépenses Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat. Volume 1-Rapport Principal. Janvier 2011)

Ministère de la Santé

6. **Evolution des dépenses totales de santé.** En fonction de cette croissance et de l'apport des PTF, les dépenses totales de santé (DTS) pendant la période du PDDSS ont fortement augmenté en passant de US\$18 à US\$38 par habitant, et de US\$6 à US\$18 en dépenses de l'administration publique.

Tableau: Evolution des dépenses totales de santé par des administrations publiques et par habitant (en US\$ au taux d'échange)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DTS par habitant	18	17	16	18	18	23	27	28	30	34	39	38
DTS par l'administration par habitant	6	5	5	8	7	10	13	13	15	16	18	18
% de l'administration dans les DTS	34.5%	30.1%	32.9%	44.9%	40.2%	44.1%	49.2%	46.8%	48.5%	48.4%	47.1%	47.9%

Source: OMS

7. Cependant, il faut noter que pendant la période des PRODESS I, II et prolongé : (i) les dépenses totales de santé n'ont guère évolué en termes de % du PIB et ont même régressé depuis 2005 ; et (ii) la

part des DTS que représentent les ressources externes est montée de manière significative, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau: Evolution des dépenses totales de santé par rapport au PIB et aux ressources externes

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DTS en % du PIB	6.2%	6.0%	6.3%	6.4%	6.3%	6.3%	6.3%	6.1%	5.9%	5.8%	5.6%	5.6%
Ressources externes en % des DTS	5.1%	8.0%	7.8%	17.8%	14.8%	11.7%	13.8%	15.2%	21.8%	22.0%	22.2%	25.6%

Source: OMS

Depuis 12 ans le pourcentage des DTS dans le PIB a légèrement baissé en passant de 6,2% en 1998 à 5,6% en 2009 tandis que la part des financements extérieurs dans les DTS est passée de 5,1% à 25,6%.

8. En termes de DTS par rapport au PIB et par habitant, le Mali se situe à une place moyenne en comparaison avec les autres pays africains au Sud du Sahara pour tout ce qui concerne les indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé.

9. **Analyse des sources et montants de financement de la santé.** Le financement de la mise en œuvre du PRODESS est assuré à travers le soutien conjoint des différentes parties prenantes qui sont l'Etat, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les ménages à travers le recouvrement des coûts, les collectivités décentralisées et les représentants de la société civile. Le Budget de l'Etat comprend les recettes intérieures et les fonds provenant de l'Appui Budgétaire Global (ABG). Les PTF, en plus de l'ABG, interviennent à travers soit des financements parallèles dans le cadre de programmes spécifiques soit à travers l'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS) dont les adhérents sont le Canada, la Suède, les Pays Bas et l'Espagne.

10. Les montants exécutés pour la mise en œuvre des PO sont résumées par source de financement dans le tableau ci-après:

Tableau: Exécution des dépenses par source de financement

Sources	2005		2006		2007		2008		2009	
	Montant	%								
Etat	38 754	62.7%	38 379	49.0%	43 371	45.5%	50 155	54.5%	53 981	68.9%
ABS		0.0%	5 036	6.4%	8 037	8.4%	7 503	8.2%	9 260	11.8%
Recouvrements	4 757	7.7%	11 106	14.2%	11 965	12.6%	14 070	15.3%	7 141	9.1%
Communautés	246	0.4%	193	0.2%	210	0.2%	355	0.4%	624	0.8%
Collectivités	114	0.2%	386	0.5%	311	0.3%	364	0.4%	471	0.6%
Partenaires	17 972	29.1%	23 193	29.6%	31 330	32.9%	19 516	21.2%	6 827	8.7%
Total	61 844	100.0%	78 293	100.0%	95 225	100.0%	91 962	100.0%	78 303	100.0%

Sources: DFM; Evaluation des opérations d'aide budgétaire au Mali, Volume III, Tableau 48.

11. De manière générale, le financement octroyé pour la mise en œuvre de la composante santé du PRODESS a connu une croissance importante jusqu'en 2007. Cette croissance a subi un fléchissement en 2008 de 4% et en 2009 de 15% pour revenir en dessous de son niveau de 2006. En observant les données du tableau ci-dessous, on voit clairement que cette diminution est largement imputable à la contribution des partenaires au développement qui est passée de 32,9% du financement total en 2007 à 21,2% en 2008 et 8,7% en 2009. Plus inquiétant encore, l'augmentation constante du montant courant du Budget d'Etat n'a pas pu compenser la chute dramatique des dépenses des partenaires (et dans un moindre degré les dépenses sur les recouvrements).

12. Budget de l'Etat. Soutenu par la relative performance économique du pays pendant cette période, que la part du budget de la santé dans le budget d'Etat est passée de 5,76% en 2000 à 8,16% en 2009.

13. ABS. A partir de 2006, dans le cadre de la mise en œuvre de l'Approche sectorielle, certains partenaires (la Suède et les Pays Bas) ont accepté le contribuer au développement du secteur de la santé sous forme d'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS). Le Canada en 2007 et l'Espagne en 2009 ont aussi décidé de collaborer dans cette approche. Cet appui a connu une progression importante, sa part dans le budget de l'Etat ayant évolué de 7,50% en 2006 à 11,02% en 2009.

14. En outre, les procédures de mise en œuvre de l'ABS s'intègrent dans celles budget de l'Etat ; les financements mobilisés à travers l'aide budgétaire globale et l'aide budgétaire sectorielle sont mobilisés et exécutés à travers la Direction Administrative et Financières (DAF), actuelle Direction des Finances et du Matériel (DFM) des Ministères concernés qui assurent la gestion et le suivi de ses financements en relation avec les structures nationales chargées des finances publiques.

15. L'évolution de l'ABS à la santé a suivi une progression importante en passant de 4,8 milliards en 2006 à 11,2 milliards en 2009. Elle est estimée à 25% de l'ABS total en 2009 contre 12% en 2006, ce qui signifie qu'elle a augmenté, non seulement, en valeur absolue, mais aussi par rapport aux autres secteurs qui bénéficient de l'ABS. Il faut noter, également, que sa contribution au financement global du PRODESS a augmenté de 6% en 2006 à 12% en 2009. Cependant, le nombre de pays participant dans l'appui budgétaire a diminué de 4 en 2009 à 2 en 2010 et à 1 pour 2011.

16. Collectivités et communautés.

17. Recouvrements. La contribution des ménages à travers les recettes du recouvrement des coûts et celles des EPA représentent une part importante dans le financement du fonctionnement du CSRéf, CSCom et des hôpitaux, mais elles ne sont pas prises en compte, de manière effective, dans les rapports financiers.

18. Appui des PTF. Pendant les années 80 toutes les interventions qui bénéficiaient de l'Aide extérieure se faisaient sous forme de projet spécifique par bailleurs qui adressait un domaine spécifique de la santé. Au début des années 90, le PSPHR (Projet Santé Population et Hydraulique Rurale), un projet multi bailleurs, et global couvrant tous les domaines du développement sanitaire, est mis en route pour assurer l'intégration et l'harmonisation des interventions.

19. Ce projet, à partir duquel la Politique Sectorielle de Santé en cours a été conçue, était considéré comme l'outil privilégié de mise en œuvre de cette politique. Il regroupait plusieurs partenaires dont la Banque Mondiale, la KFW, l'USAID, l'UNICEF, la France, la Belgique, etc. Cependant, chacun des partenaires intervenait suivant ses propres procédures. L'interaction entre les différents acteurs y compris les partenaires se faisait à travers le Comité technique de coordination et le Comité de suivi, les mêmes qui opèrent d'ailleurs jusqu'à présent dans le cadre du PRODESS.

20. **Analyse des dépenses de santé**

21. Niveau. Au niveau du secteur de la santé, pendant les cinq années pour lesquelles les données sont disponibles, on remarque que l'essentiel du financement, soit 54%, a bénéficié au niveau central. Il faut noter que ce financement comprend aussi les financements octroyés à la société civile et aux Institutions spécialisées. Selon les orientations du PRODESS II prolongé, ce taux devrait baisser à 20% au profit du niveau régional et du district sanitaire. Le Niveau régional qui couvre tout le niveau opérationnel, c'est-à-dire les Centres de santé de référence (CSRéf) et les CSCom, n'a obtenu que 32% du financement alors que les hypothèses sous-jacentes du CDMT prévoyaient 60% des dépenses courantes à ce niveau. Quant aux Etablissements hospitaliers, leur part dans le financement de 14% est au dessus des 10% prévus par le CDMT.

22. Ce constat interpelle tous les acteurs et plus particulièrement les autorités de prise de décision pour que le niveau opérationnel qui constitue la cheville ouvrière de tout le système de santé bénéficie d'un appui financier conséquent. En effet, c'est à ce niveau que les bénéficiaires se trouvent et sont impliqués dans la gestion du développement sanitaire. Il va s'en dire qu'il doit être la priorité des priorités sans oublier les autres niveaux qui l'encadrent et le soutiennent dans son développement.

23. Volet. Au niveau du secteur de la santé, l'essentiel des financements, soit en moyenne 42%, a été injecté dans le renforcement des capacités institutionnelles de 2006 à 2009. Cette tendance serait imputable, d'une part, aux nouvelles constructions au niveau central (CREDOS, ANSSA, INFSS, Hôpital de Sikasso) et d'autre part, aux dépenses d'investissements exécutées au niveau central au profit du niveau opérationnel (Achats groupés de médicaments, les vaccins, les équipements...).

24. Ensuite viennent le renforcement des hôpitaux pour 16%, les médicaments essentiels pour 13% et l'accessibilité géographique pour 12%. L'amélioration de la qualité des services de santé et la lutte contre la maladie, le développement des ressources humaines et l'accessibilité financière viennent après avec respectivement 8%, 6% et 2% des financements pendant que ces volets sont considérés comme étant déterminants, non seulement, pour améliorer l'offre, mais aussi pour augmenter l'utilisation des services par la population.

25. Catégorie de dépenses. L'examen des exécutions financières par catégorie de dépense fait ressortir que la part la plus importante, soit 32% des dépenses de 2005 à 2009, du financement a bénéficié au fonctionnement hors salaires. Cette part est restée d'ailleurs plus ou moins constante sur toute la période en oscillant entre 27% en 2008 et 35% en 2007. Cette tendance est, tout à fait, normale quand on sait qu'il s'agit essentiel, pour la plupart, de charges fixes pour soutenir la bonne marche des investissements consentis avant ou pendant la mise en œuvre du PRODESS.

26. La deuxième place est occupée par les consommables médicaux avec 21% du financement sur la période. Après avoir été constant pendant les années 2005 et 2006 avec 18%, le financement des consommables a pris une part plus importante en 2007 et 2008 avec respectivement 30% et 25% avant

de chuter à 14% en 2009. La part importante des consommables s'explique par la décision des autorités politiques à subventionner et rendre gratuite la prise en charge de certaines maladies (le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, le VIH/SIDA, la tuberculose, le cancer, etc.) et la césarienne.

27. On peut remarquer, également, que des efforts importants ont été déployés pour l'extension de la couverture sanitaire à travers les constructions, 13%, et les équipements, 10% pour la mise en place des CSCom et rendre plus fonctionnels les CSRéf et les hôpitaux régionaux. Pour l'avenir, il sera, peut être, plus judicieux, compte tenu de la couverture actuelle en infrastructures, de s'occuper un peu plus du renforcement des acquis à travers un appui plus conséquent au fonctionnement et à la maintenance tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des services.

Ministère du Développement Social

28. **Analyse des sources et montants de financement du développement social.** Au niveau du Développement Social (et contrairement à la composante santé du PRODESS), le financement a plus que doublé de 2006 à 2009 (voir tableau ci-dessous). On observe une croissance vertigineuse des recettes propres qui passent de 692 millions en 2006 à près de 29 milliards en 2009, une allocation de l'ABS, une contribution des partenaires qui a plus que doublé et la contribution de l'Etat qui a augmenté de 43%. Les recettes propres du développement social comprennent celles des EPA (le Centre National d'Appareillage Orthopédique, l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux et l'Institut de Recherche en Géroto-Gériatrie) relevant de ce secteur et les cotisations de l'Institut National de Prévoyance Sociale et de la Caisse de Retraite du Mali. L'augmentation considérable des financements du secteur du développement social est imputable à la prise en compte des recettes de l'Institut National de Prévoyance Sociale et de la Caisse de Retraite du Mali.

Tableau 8 : Evolution du financement du développement social en millions de FCFA par source de financement.

Sources de financement	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ETAT	0	0	0	26 163	0	0	37 343
ABS	0	0	0	0	0	0	1 396
Recettes propres (RP)	0	0	0	35 915	0	0	38 871
Communautés (Com)	0	0	0	8	0	0	28
Collectivités (CD)	0	0	0	18	0	0	19
Partenaires au développement (PD)	0	0	0	4 221	0	0	9 109
Total	0	0	0	66 326	0	0	86 765

Source : Compilation des données à partir des rapports de mise en œuvre des PO

29. Il est intéressant de signaler ici que le poids des recettes des cotisations pour la protection sociale est très élevé et donne l'impression que le secteur du développement social a reçu beaucoup de financements. Il va falloir, pour le futur, que le secteur se concentre plus sur les activités opérationnelles de mise en œuvre du PRODESS en procédant à une évaluation objective de ses besoins de financement.

30. Analyse des dépenses de développement social.

31. Niveau. Pour ce qui concerne le secteur du développement social, la part la plus importante du financement, soit 41%, va aux institutions de sécurité sociale qui, en fait, s'autofinancent. C'est donc tout à fait normal que leurs recettes soient injectées dans la mise en œuvre de leurs activités. Il faut noter, également, que ces institutions ne constituent pas, en réalité, un niveau puisqu'elles interviennent à tous les niveaux. Ceci est valable aussi pour les projets qui couvrent aussi bien des activités du niveau central que des niveaux régional et opérationnel.

32. La part qui revient au niveau régional, soit 37%, peut être considérée comme relativement importante. En effet, si on excluait la contribution des institutions de sécurité sociale, cette part du niveau régional reviendrait à 64% du financement du secteur du développement social.

33. Volet. Au niveau du secteur du développement social, le tableau, ci-dessous, ainsi que le graphique montre que l'essentiel du financement profite au renforcement de la protection sociale, soit 76% des financements sur la période de 2005 à 2009. Ce financement provient entièrement des institutions de sécurité sociale comme l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et la Caisse Nationale de Retraite du Mali (CRM). Au second rang, vient la lutte contre la pauvreté, soit 11%, qui bénéficie de plus en plus de l'appui des partenaires à travers des projets spécifiques.

34. Catégorie de dépenses.

Analyse de la prévisibilité et de la cohérence des financements

35. **Prévisibilité des financements.** Au niveau stratégique, le premier défi de la gestion financière est la prévisibilité des financements et surtout de l'appui externe, car les annonces et la mise à disposition des fonds ne sont pas toujours opportunes. Le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) pourrait servir d'outil pour résoudre les problèmes actuels de prévisibilité des décaissements dans les secteurs socio-sanitaire puisqu'il permet à partir du cadrage macro-économique, de dégager les grandes masses de recettes et de dépenses et de fixer l'enveloppe sectorielle pour encadrer la préparation de l'avant-projet de budget. Cela n'est possible cependant que dans la mesure où les PTFs : (i) s'engagent sur plusieurs années ; (ii) fournissent une information sur les décaissements prévus sur l'année suivante à temps pour l'inclure dans la préparation du budget ; et (iii) coordonnent les décaissements avec les besoins budgétaires de l'Etat (en début d'année).

36. Au niveau du secteur de la santé les taux de mobilisation des financements sont satisfaisants et sont en moyenne, respectivement de 84%, mais on remarque que le taux de mobilisation a commencé à baisser à partir de 2008 et a même fortement chuté en 2009. Cette chute en 2009 serait imputable à une tension de trésorerie au niveau du budget de l'Etat et de l'ABS.

Tableau 4: Evolution du financement du secteur de la santé

ANNEES	PO Validé	Montants mobilisé	Montants Exécuté	Taux de mobilisation	Taux d'exécution
2003		43 277			
2004		51 602			
2005	85 754	69 428	61 844	80,96	89,08
2006	98 464	80 338	78 382	81,59	97,57
2007	97 043	96 853	95 225	99,8	98,32
2008	96 172	93 346	91 962	97,06	98,52
2009	122 367	79 267	78 303	64,78	98,78
TOTAL	499 801	419 233	405 716	83,88	96,78

Source: Compilation des PO et Rapport sur la mise en œuvre du Comité interministériel de la promotion de la santé et de l'action social, session de mai 2010.

37. Au niveau du secteur du développement social, également, les taux de mobilisation des financements sont satisfaisants et sont de 111% en moyenne sur la période de 2005 à 2009. Le taux élevé de mobilisation du financement observé en en 2007, 2008 et 2009 soit respectivement 106%, 142%, et 138% reflète, tout simplement, l'augmentation des recettes des institutions de sécurité sociale (CRM et INPS) qui représentent plus de 60% du financement du secteur. Par ailleurs, selon les rapports et les déclarations des responsables du secteur, les besoins de financement du secteur sont loin d'être satisfaits. Il apparaît dès lors que la planification n'est pas faite sur la base des besoins réels mais, plutôt, en fonction d'une enveloppe budgétaire à ne pas dépasser.

Tableau 5: Evolution du financement du Développement Social

ANNEES	PO Validé	Montants mobilisé	Montants Exécuté	Taux de mobilisation	Taux d'exécution
2005	80 610	69 577	66 326	86,31	95,33
2006	33 975	31 103	30 783	91,54	98,97
2007	81 201	86 464	85 962	106,48	99,42
2008	44 925	63 941	62 754	142,33	98,14
2009	63 153	87 044	86 765	137,83	99,68
TOTAL	303 865	338 127	332 590	111,28	98,36

38. **Cohérence entre les CDMT et les PO.** Quant à la cohérence entre le CDMT et les PO, l'objectif du CDMT est d'asseoir un cadre cohérent et intégré de budgétisation mettant en exergue l'ensemble des besoins de financement et leurs sources de financement. Cependant, en observant de près le PRODESS et ses différents outils de mise en œuvre que sont le CDMT et le Plans Opérationnels (PO), on se rend compte que cette logique n'est pas toujours respectée.

39. Au niveau du secteur de la santé, on observe qu'à partir de 2007, les chiffres du CDMT ne sont plus les mêmes que ceux du PRODESS. On est même arrivé en 2008 à un CDMT qui donnent un montant plus élevé de 32% que celui qui a été prévu par le PRODESS. Il en est de même en ce qui concerne les financements des PO et ceux prévus dans le CDMT. On observe ici que pendant les années 2005 et 2006, les prévisions des PO sont beaucoup plus élevées que celles du CDMT pendant que pour l'année 2008 elles sont largement inférieures, de 36%.

Tableau 6: Relation entre les prévisions du PRODESS, du CDMT et des PO au niveau du secteur de la santé

ANNEES	PRODESS	CDMT	PO Validé	Ecart entre PRODESS et CDMT		Ecart entre CDMT et PO	
				Montant	% du PRODESS	Montant	% du CDMT
2005	68 269	68 269	85 754	0	0%	-17 485	-26%
2006	85 964	85 964	98 464	0	0%	-12 500	-15%
2007	98 468	102 021	97 043	-3 554	-4%	4 978	5%
2008	114 694	151 126	96 172	-36 433	-32%	54 954	36%
2009	113 176	120 145	122 367	-6 970	-6%	-2 222	-2%
TOTAL	480 570	527 526	499 801	-46 956	-10%	27 724	5%

40. Au niveau du secteur du développement social, le constat est le même. Il n'y a pas de cohérence entre les chiffres du PRODESS, du CDMT et des PO. On observe même que de 2005 à 2009, les prévisions du PRODESS sont largement inférieures à celles du CDMT et des PO (voir tableau et graphique, ci-dessous). Il apparaît clairement que, pendant l'élaboration du PRODESS (composante du développement social), le développement des institutions de protection sociale n'avait pas été pris en compte. Par conséquent, les besoins de financement de ces institutions n'ont pas été intégrés aux coûts totaux du PRODESS

Tableau 7: Relation entre les prévisions du PRODESS, du CDMT et des PO au niveau du secteur du Développement Social.

ANNEES	PRODESS	CDMT	PO Validé	Ecart entre PRODESS et CDMT		Ecart entre CDMT et PO	
				Montant	% du PRODESS	Montant	% du CDMT
2005	20 544	44 702	80 610	-24 158	-118%	-35 908	-80%
2006	20 627	53 538	33 975	-32 911	-160%	19 563	37%
2007	21 010	58 244	81 201	-37 234	-177%	-22 957	-39%
2008	24 991	63 372	44 925	-38 381	-154%	18 447	29%
2009	24 490	72 039	63 153	-47 549	-194%	8 886	12%
TOTAL	111 663	291 895	303 865	-180 232	-161%	-11 970	-4%

Sources : données compilées à partir du PRODESS, du CDMT et des PO

41. En guise de suggestion, il serait souhaitable de faire du CDMT un véritable outil de mise en œuvre du PRODESS. Il doit, par conséquent, mieux clarifier les coûts du PRODESS sur une période plus courte et être utilisé pour la mobilisation des financements. Comme le PRODESS s'étale sur cinq ans, il serait souhaitable d'avoir un CDMT sur 3 ans et de l'actualiser de manière glissante pour prendre en compte, plus régulièrement, les opportunités qui se présentent. L'élaboration des PO aussi doit être guidée par les prévisions du CDMT. Ces dernières devraient, au moins, être utilisées pour l'allocation des financements pour se coller aux priorités retenues par le PRODESS.

Organisation des flux financiers

19. Le Mali a mis en place un programme ambitieux de réformes de la gestion des finances publiques articulé sur l'amélioration de la qualité de la préparation et de l'exécution du budget, le développement de l'efficacité des administrations fiscale et financière, l'intégration des financements extérieurs dans les procédures budgétaires nationales, l'efficacité et la transparence des procédures de passation des marchés publics, et le renforcement de la gouvernance et de la transparence. Selon le rapport des dépenses publiques de la Banque Mondiale, le Mali s'est doté d'un système de gestion des finances publiques relativement fiable.

20. Gestion financière. La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé est complexe en raison du nombre de structures impliquées aux niveaux central et déconcentrés et de la multiplicité des organismes de prestation : au niveau central, le budget du ministère de la santé est subdivisé en une quarantaine d'unités fonctionnelles ; s'y ajoutent les budgets des établissements publics autonomes nationaux et régionaux qui jouissent d'une certaine autonomie et génèrent leurs propres ressources, les budgets des régions sanitaires et des centres de santé de référence. La gestion des finances publiques dans le secteur de la santé a été récemment restructurée dans le cadre du renforcement de la décentralisation.

21. Cette complexité est exacerbée par la cinquantaine de partenaires techniques et financiers actifs dans le PRODESS à travers diverses modalités d'intervention et de financement, qui sont plus ou moins intégrées dans les systèmes nationaux dont on peut distinguer :

- les projets et programmes utilisant leurs propres procédures (y compris le financement direct de partenaires – ONG, agences d'exécution –, d'assistances techniques, de médicaments, etc.) ;
- depuis 2009, l'approche harmonisée des procédures de remise d'espèces aux partenaires d'exécution (Harmonized Approach to Cash Transfers – HACT) des agences des Nations unies ;
- l'appui budgétaire sectoriel (ABS, depuis 2006) avec le financement via un compte de la DAF, ciblé éventuellement sur des activités et/ou des régions ; et
- l'appui budgétaire global (ABG) assorti de conditionnalités relatives à la performance du secteur de la santé. Ces modalités de financement sont détaillées ci-après. (See Approche Sectorielle, pp. 64 ff) de nombreux partenaires continuent d'utiliser leurs propres procédures.

22. Dans la mise en œuvre de ces procédures des sources décrites plus haut, les problèmes rencontrés peuvent être résumés comme suit :

- Au niveau du Budget d'Etat, l'essentiel du financement porte sur les salaires et le fonctionnement courant pour lesquels il n'y a pas de contraintes majeures. Quand les financements sont destinés à la mise en œuvre d'activités opérationnelles ou à procéder à des investissements (construction, matériel, etc.), les problèmes sont les mêmes que ceux rencontrés au niveau de l'ABS.
- Concernant l'ABS, les problèmes signalés sont relatifs: (1) aux retards des décaissements liés à l'approvisionnement tardif des comptes programmes ; (2) aux tensions de trésorerie qui retardent souvent le décaissement des fonds auprès du TPR ; (3) à la lourdeur des procédures de passation des marchés publiques ; (4) aux retards qui sont souvent accusés dans la soumission des demandes de fonds et dans la remontée des justifications des avances de fonds ; (5) l'ABS reste limité à quatre partenaires alors qu'il constitue, le mode de financement le plus approprié à l'approche sectorielle.
- Par rapport aux autres partenaires qui utilisent des procédures spécifiques, les problèmes soulignés sont le retard accusé dans l'alimentation des comptes partenaires et dans la remontée des justifications des avances de fonds. La dispersion dans la gestion de fonds de ces partenaires rend difficile la collecte et la compilation des données y relatives.

23. Passation des marchés. Comme pour la gestion financière, les responsabilités de passation des marchés varient selon la source de financement, en particulier les agences multilatérales, certaines agences bilatérales et mêmes les ONG conformément aux conventions de financement. Les PTFs ne font pas totalement confiance à la procédure nationale et interviennent aussi bien au niveau de la préparation des dossiers d'appel d'offres que du dépouillement des offres et de l'adjudication des marchés. Cela allonge considérablement les délais et n'est pas sans conséquence sur le taux de décaissement observé.

24. L'examen des modalités de passation et de suivi des marchés a révélé les sérieuses difficultés. En dehors d'un manque de personnel qualifié, de formation et d'outils de gestion des marchés appropriés, il y a d'importants problèmes liés :

- à la disjonction entre les activités définies dans les PO annuels et la planification des marchés surtout en fonction : (i) de la nature des acquisitions (génie civil, équipements, biens et services) ; (ii) du montant du marché et des procédures exigées ; et (iii) du calendrier souhaité de livraison ;
- l'insuffisance des informations dont notamment : (i) le manque de précision sur les spécifications techniques ; (ii) la non disponibilité d'un répertoire, tenu à jour, des fournisseurs potentiels nationaux et internationaux par nature d'activité ; et (iii) la non disponibilité d'un référentiel de prix des équipements techniques et médicaux ;
- le manque d'un dispositif adéquat de classement des dossiers qui rend non disponible l'information exhaustive sur la situation des marchés (passés, en cours d'instruction ou programmés) financés sur les fonds du Programme ;

En vue de gérer les nombreux marchés passés annuellement, le PRODESS a acquis le TOMARCHE, un logiciel spécialisé permettant de suivre les délais de préparation et de passation des marchés et de produire les statistiques de gestion nécessaires.

25. Décaissements des fonds. Les décaissements se font le plus souvent sur la base des activités et des marchés dans les PO plutôt que sous forme de tranches liées à la mise en œuvre et aux résultats de l'exécution des PO. Ils sont ainsi dépendant : (i) d'un calendrier complexe (comprenant l'approbation des plans, la disponibilité des financements appropriés à temps, etc.) ; (ii) des étapes de mise à disposition des fonds et de contrôles préalables des dépenses ; et (iii) surtout de la production rapide des

pièces justificatives en bonne et due forme. Toute difficulté dans la transmission régulière des informations sur les différents aspects des décaissements se répercute sur le prochain ainsi remettant en cause la programmation arrêtée préalablement.

26. En vue d'un renforcement de la comptabilité, il a été mis en place un système informatisé (TOMPRO), qui (selon les usagers) semble bien adapté aux besoins en matière de gestion de programme. Le logiciel comprend plusieurs modules intégrés qui sont principalement la comptabilité générale, le suivi budgétaire, le suivi des conventions de financement et la comptabilité financière et analytique (suivi par activités). Son principe de fonctionnement réside dans la saisie unique à ventilations multiples permettant la mise à jour instantanée des diverses comptabilités. Le logiciel fonctionne en réseau et est installé au niveau central et régional (où les données des cercles sont saisies), et il est doté de puissantes possibilités de tri multi critères permettant une analyse affinée de l'information. Il. A ce dernier niveau. Malheureusement, aujourd'hui, toutes les possibilités de TOMPRO sont loin d'être exploitées et il n'est utilisé que comme logiciel comptable qui, en outre, n'appréhende qu'une partie des dépenses.

Orientations futures

42. Deux aspects du financement ont été et demeurent des préoccupations sur les plans politique et stratégique : (i) le besoin de générer davantage de revenus sans pénaliser les populations pauvres ; et (ii) la nécessité d'assurer une équité dans l'allocation des ressources financières.

43. **Génération des ressources financières.** Suivant la mise en application de la décentralisation, le secteur socio-sanitaire connaîtra une structure dont : (i) les priorités en matière de santé sont définies et les décisions d'allocation des ressources seront prises à plusieurs niveaux ; et (ii) les possibilités d'accroître la mobilisation et d'améliorer l'utilisation des ressources seront effectives. En outre, la mise en œuvre progressive de l'assurance maladie et d'autres formes de financement alternatifs devraient à terme augmenter les ressources financières disponibles.

44. **Équité.** Pour s'assurer d'investir les ressources financières au profit des populations les plus pauvres, le PRODESS a retenu un principe de répartition fondé sur les zones de pauvreté. La zone 1, considérée comme la plus pauvre couvre les régions de Sikasso, Mopti et Koulikoro, la zone 2, considérée comme ayant une position intermédiaire couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal) et la zone 3, considérée comme la plus riches des pauvres couvre la capitale nationale, Bamako.

- Les zones les plus pauvres qui sont dans l'ordre la zone 1 et 2 sont prioritaires ;
- Les financements doivent être répartis entre le niveau de la manière suivante : 30% des dépenses courantes au niveau central, 60% au niveau régional et 10% dans les EPA pour le renforcement du système de santé au niveau opérationnel ;

45. L'examen de l'évolution des financements par zone de pauvreté en 2005 et 2008 montre que les montants des financements exécutés dans les zones les plus pauvres sont plus importants. Cependant, les allocations par habitant sont plus élevées dans les zones 2 et 3 avec respectivement 1.318 et 1.461 francs CFA en 2005 et 3091 et 2031 francs CFA en 2008 contre 1427 francs en 2005 et 1937 francs en 2008 pour la zone 1 qui est la plus pauvre. Cependant, on constate que les dépenses par habitants dans les zones de pauvreté ont augmenté dans les trois zones de pauvreté, malgré la croissance démographique. Par contre, elles sont restées largement inférieures à la moyenne nationale qui est de 5318 FCFA en 2005 et 8350 FCFA en 2008. Ceci s'explique par l'importance de la part du financement allouée aux structures centrales qui servent, en fait, toutes les zones.

46. Il apparaît, par conséquent, clairement que l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer l'équité, même s'elle a le mérite d'exprimer une certaine volonté politique de lutter contre la pauvreté. Elle doit être renforcée en procédant à une autre clé de répartition à l'intérieur des zones de pauvreté parce que le niveau de pauvreté n'est la même dans toutes les localités d'une même zone de pauvreté. Il y a lieu, également, de l'affiner encore plus en ciblant des interventions spécifiques au niveau des localités les plus pauvres, à l'intérieur des zones de pauvreté et de veiller à ce que les capacités d'absorption des ressources soient disponibles au niveau de ces localités.

47. Par ailleurs, les initiatives de gratuité et de subventionnement lancées au cours des dernières années méritent plus d'attention ; il s'agit entre autres de la distribution gratuite de médicaments et consommables en particulier en termes d'immunisation et de réduction des infections au VIH.

Chapitre VII. Développement et gestion des ressources humaines

Contexte

1. Dans les deux décennies après l'indépendance, le Mali a pu se doter progressivement (à partir des écoles nationales de formation, de l'octroi des bourses à l'étranger et du recrutement systématique des nouveaux diplômés par la fonction publique) d'un effectif conséquent de professionnels de santé. Cependant, aux années 80, le gel de recrutement des nouveaux diplômés (dû à l'ajustement structurel) et la décision (en 1986) d'autoriser l'exercice privé des professions de santé ont eu des effets profonds sur le marché du travail. Depuis l'adoption du PDDSS en 1998, le sous-secteur des ressources humaines de la santé a été marqué par : (i) le développement rapide (et dès fois sauvage) de la production des personnels de santé ; (ii) la multiplication des modalités d'intégration de ces nouveaux effectifs dans le marché du travail ; et (iii) le développement lent (et souvent timide) de la gestion des ressources humaines des secteurs public et privé par les autorités.

Production des personnels de la santé

2. Les capacités de production des personnels de la santé ainsi que les modalités de formation de base ont beaucoup évolué au cours de la période du PDDSS.

3. **Evolution du nombre d'écoles de formation.** Comme le montre le tableau suivant, pendant les dix années avant l'adoption du PDDSS, il existait trois écoles principales de formation des personnels de santé (ENMS, ESS, et EIPC) ; depuis 1998, le nombre d'écoles a augmenté et on compte deux écoles de médecine et plus de 80 écoles de formations des agents, dont 75 sont privées.¹⁰

Evolution du nombre d'écoles de formation des personnels de santé

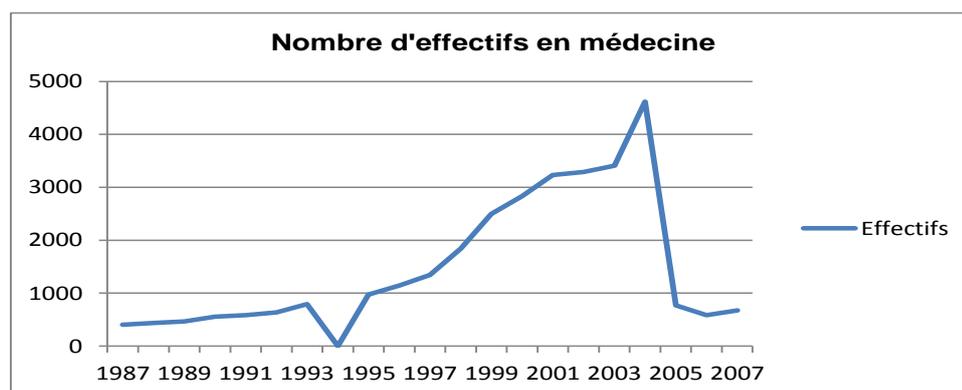
Nbre d'écoles (cumulatif)	1987-97	1998-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Médecine	1	1	2	2	2	2	2	2
Public	1	1	1	1	1	1	1	1
Privé			1	1	1	1	1	1
Sciences de la santé	3	4	4	4	4	4	4	79
Public	3	4	4	4	4	4	4	4
Privé								75

Source: Profil en RHS du Mali, p. 38.

4. Les écoles de formation en sciences de la santé (publiques et privées) sont sous la tutelle du Ministère de la santé; mais l'autorisation de création et d'ouverture des écoles privées relève du Ministère de l'Education et le Ministère de la Santé n'émet qu'un avis consultatif. Certaines écoles privées ne respectent pas les normes de création et de fonctionnement et ouvrent avant même de disposer de l'autorisation de création. En l'absence de système d'accréditation, la seule garantie de qualité est l'organisation d'un examen unique par l'INFSS en fin de cycle pour l'ensemble des écoles.

Evolution du nombre de personnels de santé.

5. Nombre de médecins formés. Comme le montre le graphique ci-après, l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie (ENMP) a connue trois périodes distinctes depuis 1987.



¹⁰ A noter que l'Association des promoteurs des écoles privées estime que le nombre d'écoles est au moins deux fois ce nombre.

Entre 1997 et 2004, le nombre d'effectifs en médecine est monté de 1.340 à 4.621 ; mais depuis l'introduction du numerus clausus en 2003, le nombre est vite tombé et s'est stabilisé autour de 675 étudiants depuis 2005. En conséquence, le nombre de diplômés en médecine s'est accru très rapidement :

Evolution du nombre de nouveaux diplômés en médecine

Nbre de diplômés (annuel)	1987-97	1998-2005	2006-07	2008	2009	2010
Médecins						
Diplômés	465	1 048	631	614	539	606
Nbre moyen de diplômés par an	42	131	316			

Sources: 1987-2007: Profil en RHS du Mali, Tab. 11; 2008-10: ENMS

6. Le nombre annuel de diplômés en médecine va diminuer au cours des années à venir à cause du numerus clausus introduit en 2003 et qui fixe le nombre de médecins par an à 370. Il restera le problème d'un important déficit en personnel spécialisé et en certaines spécialités.

7. Nombre de personnel paramédical formé. Les statistiques au niveau des paramédicaux sont encore plus frappantes car le nombre moyen de sortants a augmenté presque dix fois par rapport à la période avant le PRODESS.

Evolution du nombre de nouveaux diplômés en santé

Nbre de diplômés (annuel)	1987-97	1998-2005	2006	2007	2008	2009
Sciences de la santé	1 780	2 878	1 119	1 049	1 117	1 189
IDE	507	268	143	175	192	212
Inf PC et OB	774	1 863	487	396	355	297
SF	316	223	447	386	413	505
Assistants médicaux		362	0	17	31	54
Autre	183	162	42	75	126	121
Nbre moyen de diplômés par an	162	360		1 119		

Sources:

1987-97: PDDSS, Tab. 8, p.31. (Statistiques ENMS,ESS, EIPC)

1998-2009: Profil en RHS du Mali, Tab 8 et 9.

8. Selon le tableau, le nombre de diplômés produits au cours des quatre dernières années est à peu près le même nombre produit au cours des vingt années précédentes. En outre, tant que l'accréditation des écoles privées et la qualification des sortants ne soient pas réglées, le nombre (et surtout de qualité discutable) de paramédicaux sur le marché continuera à augmenter.

9. **Qualité de la formation.** Le PDDSS a noté que « le rythme de production des institutions de formation a permis de déverser sur le marché de l'emploi de nombreux professionnels, qui malheureusement n'ont pas pu être tous utilisés. La faible adaptation des programmes de formation aux besoins des nouvelles orientations de la politique de santé a conduit à la mise en oeuvre de nombreux programmes coûteux de recyclage et de formation continue du personnel. Les efforts entrepris pour la révision des curricula n'ont malheureusement pas encore abouti à des résultats très concrets. » (p. 54)

10. Quinze ans après, on constate que la qualité de la formation initiale des médecins et des paramédicaux dans les établissements de formation, tant privés que publics, reste insuffisante à cause de l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi; l'insuffisance de formation des encadreurs et la pléthore de stagiaires dans les services d'accueil et l'insuffisance d'outils pédagogiques. La PNDRH (p. 10) fait état cependant d'un effort d'accréditation des sites de stages dont il existe à présent 184 sites de stage accrédités évalués (1 DNS, 8 DRS, 5 CHU, 6 hôpitaux régionaux, 59 CSREF, 5 EPST et 100 CSCOM).

11. Pour les médecins et les pharmaciens, c'est le numerus clausus instauré en fin de 1ère année de la FMPOS qui permet de réguler le nombre de diplômés. Toutefois, le numerus clausus s'impose à ce stade uniquement à la FMPOS ; ainsi, la création d'une école de médecine privée pourrait affaiblir l'efficacité de ce système de régulation si ses promoteurs décidaient d'augmenter la quantité d'étudiants formés.

12. Pour la formation des TSS/TS, il n'existe pas de mécanisme de régulation du nombre de personnes préparant les examens, or la disproportion entre le nombre d'élèves ayant reçu une formation et le nombre d'élèves reçus à l'examen alimente un marché parallèle de personnels non diplômés en recherche d'activités.

Evolution du marché de travail.¹¹

13. Les possibilités d'embauche ont également évolué au cours de la période du PDDSS. La libéralisation des professions de santé a eu des effets non seulement au niveau du secteur privé à but lucratif (cliniques privées, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques, etc.), mais aussi au niveau du secteur privé sans but lucratif, notamment à travers la création des CSCom et la mise en place des médecins de campagne à partir de 1988-89. Ces expériences pilotes ont permis d'étendre les actions sanitaires au niveau périphérique, d'envisager la contractualisation des différents programmes de santé publique et de lier le développement des mutualités en zone rurale à l'accès aux soins. Plus tard, la mise en application de la politique nationale de décentralisation et notamment le transfert de compétences de l'Etat aux communes et cercles en matière de santé a ouvert d'autres possibilités de recrutement des personnels par les collectivités et par les ASACO.

14. En outre, cette évolution du système de soins s'est poursuivie par la transformation en 1992 des hôpitaux nationaux en établissements publics disposant de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion¹² et donc capables de : (i) procéder au recrutement de ressources humaines complémentaires ; et (ii) bénéficier des subventions de l'Etat dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.

15. **Evolution quantitative des effectifs de santé.** Les différentes expériences en cours et les diverses sources de financement des ressources humaines ont permis d'absorber une partie des nouveaux diplômés, comme le montre le tableau ci-après :

Evolution du nombre d'effectifs travaillant dans le secteur public de la santé

Source de financement	2006	2007	2008	2009
Ressources Etat				
Budget de l'Etat	4 973	5 710	6 589	6 726
PSTE	1 351	1 503	1 512	1 710
Ressources propres				
Structures	933	1 083	1 185	1 204
ASACO	1 371	1 363	2 195	2 406
Collectivités	1 028	808	851	734
INPS	81	84	103	123
Confessionnelles, ONG, etc.				73
Assistants techniques	241	240	220	254
Total	9 978	10 791	12 655	13 230

Source: Rapports annuels MS/DFM

Bien que les chiffres ne soient pas tout à fait complets, le tableau montre un engagement d'environ mille nouveaux effectifs par an, ce qui correspond à peu près à la production (moins bien sûr les départs) au cours de cette même période. **Add info about number of personnel for Dev Soc and Prom Fem**

16. Multiplication des modalités de recrutement et de gestion du personnel. Avec la diversification des sources de financement des effectifs de santé est venue une multiplication des modalités de recrutement et de gestion du personnel. Pour ce qui est du recrutement :

- Au niveau des régions, les Gouverneurs recrutent dans le cadre d'un remplacement sur fonds PSTE du personnel de santé au profit des CSCom ;
- Au niveau des hôpitaux, et les centres de santé de références, les formations sanitaires recrutent à la limite de leurs moyens sur les fonds de recouvrement de coûts ou fonds propres soit environ 1 à 3 personnes en moyenne par an et par structure ;
- Au niveau périphérique, les collectivités territoriales, recrutent par voie de concours conformément aux dispositions de la décentralisation du personnel fonctionnaire ou contractuel tandis que les ASACO recrutent sur contrat le personnel pour les CSCom .

¹¹ Voir Ministère de la Santé, L'expérience Malienne de Gestion des Ressources Humaines dans le Secteur de la Santé et ses Perspectives (Octobre 2004) (Draft), pp. 3-6.

¹² La loi définissant le nouveau cadre institutionnel et managérial des hôpitaux et le statut d'établissement public des hôpitaux régionaux a été promulguée en 2002.

17. Pour ce qui est de la gestion du personnel, le tableau ci-après montre la forte diversité des statuts (surtout pour les personnels non qualifiés):

Ordonnateurs des personnels de santé par site et structure utilisatrice

Site	Ordonnateurs	Structures utilisatrices
CSCom	ASACO	CSCom
Collectivité locale / Commune	Maire	CSCom
Centre de santé de cercle	Délégué du gouvernement	Centres de santé et autres structures sanitaire
Direction régionale de la santé	Gouverneur	Services de la DRS
EPH	Directeur	Services de l'hôpital
Entreprises publiques	Directeur	Services de l'entreprises
Département de la Santé	Ministre (DRH)	Services rattachés et autres services

Sources: Adapté du Manuel de procédures du personnel, p. 3; et du Guide d'opérationnalisation du Décret 02-314, pp.19 et 31.

18. En conséquence, beaucoup d'agents exercent des fonctions similaires avec des statuts très différents, ce qui ne favorise pas la coordination et peut aussi créer des sentiments d'injustice parmi les agents. Par exemple, pour les personnels relevant des ASACO ou des collectivités territoriales, les perspectives d'évolution de carrière sont assez réduites (pas de passerelle possible entre les structures de santé de premier niveau et les autres niveaux de la pyramide sanitaire pour les non fonctionnaires) et l'emploi est précaire. Par ailleurs, les conditions de rémunération ne sont pas identiques, à même niveau de formation, selon le contrat.

19. Problème de la répartition des ressources humaines de santé. Le nombre important de sortants des écoles et les multiples possibilités d'embauche ont eu depuis plusieurs années un effet sur les ratios de personnel par rapport aux normes OMS.

Evolution des ratios de personnel par rapport aux normes OMS

Personnel	Normes OMS	1995	2005	2006	2007	2008	2009
Médecins	1 / 10 000	1 / 16 919	1 / 12 292	1 / 10 370	1 / 10 389	1 / 8 646	1 / 7 256
Sages-Femmes	1 / 5 000	1 / 24 330	1 / 23 333	1 / 23 928	1 / 21 615	1 / 11 413	1 / 10 763
Infirmiers/Asst Médicaux	1 / 5 000	1 / 11 123	1 / 6 995	1 / 4 190	1 / 3 365	1 / 1 947	1 / 1 930

Sources:

1995: Plan d'action, p. 10; 2005: Approche sectorielle, p. 78; 2006: Profil RHS, Annexe 4; 2007: PNDRH, p. 15; 2008-09: SNIS

En dehors des sages-femmes, le Mali a du moins sur le plan quantitatif un nombre suffisant pour certaines catégories de personnels.

20. Cependant, ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités dans les zones de pauvreté : en 2008, les ratios étaient de 1 médecin pour 23 782 habitants à Mopti (zone I de pauvreté) contre 1 pour 4 116 (hors privés) à Bamako ; une sage-femme pour 65 335 habitants à Sikasso contre 1 pour 4 562 à Bamako; ou encore un infirmier pour 6 096 habitants à Mopti contre un pour 1 407 (hors privés) à Bamako.

21. De façon générale, on peut constater que dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCcom n'ont ni médecin, ni infirmier et ne sont donc encore tenus que par des auxiliaires de santé (25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes¹⁶ ; en outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

Développement de la gestion des ressources humaines

22. **Perspectifs de développement des ressources humaines pour la santé.** Parallèlement à l'évolution du marché de travail, le Ministère de la Santé s'est adressé à la question des ressources humaines par :

- l'élaboration du Plan d'action pour le développement des ressources humaines dans le secteur socio-sanitaire (1996), qui a abouti, après une longue période d'analyse, de constat des problèmes et des propositions de renforcement, à l'adoption d'une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (2009) et d'une Stratégie Nationale (2009) de mise en application de la politique; et

- la mise en place et le soutien des structures de réflexion sur la gestion des ressources humaines qui ont abouti en 2010 à la création de la Direction des Ressources Humaines commune pour les trois ministères faisant partie du PRODESS.

Add info about org and staff of DRH

23. En outre, bien que restant longtemps sans application concrète, il existe une série de documents pouvant servir d'éléments d'application de la politique et stratégie de développement des ressources humaines, notamment :

- l'étude sur la Motivation salariale pour renforcer la stabilité d'au moins un personnel technique dans les CSCOM (2003) ;
- l'étude sur l'expérience malienne de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et ses perspectives (2004) ;
- l'ébauche de documents de Politique sectorielle de développement des ressources humaines de la Santé (2006) ;
- Projet de plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la Santé (2006) ;
- Plan de motivation du personnel du ministère de la Santé (2006) ;
- Plan de formation 2007-2011 (2007).

24. A la fin de la période des PRODESS I, II et prolongé, le constat général est que, malgré les avancés récents sur le plan institutionnel, les insuffisances observées en 1995 existent encore, à savoir : (i) la faiblesse des méthodes gestionnaires ; (ii) l'insuffisance de la formation initiale et des formations en cours d'emploi (formation continue, perfectionnement et spécialisation) ; (iii) l'absence de plan de carrière ; et (iv) la démotivation généralisée du personnel.¹³ Les orientations annoncées dans la PNDRH 2009-15 reprennent les mêmes points et il est question surtout de s'interroger si les changements en cours depuis 1998 vont permettre aux ministères du PRODESS de répondre au phénomène d'évolution globale de la main-d'œuvre socio-sanitaire.

25. **Manque de maîtrise de la gestion des ressources humaines.** Toutes les différentes études font état des difficultés de maîtrise des effectifs : (i) de la réglementation de la production des ressources humaines ; (ii) du recrutement en nombre et qualité suffisants ; et (iii) de la répartition rationnelle. Les critiques mettent l'accent surtout sur un cadre institutionnel non adapté et une insuffisance d'informations et d'outils de gestion des personnels.

26. Cadre institutionnel. Trois aspects du cadre institutionnel ont constitué les entraves à la maîtrise des ressources humaines :

- l'éclatement des fonctions de gestion des ressources humaines entre les différents ministères (Ministère de la Fonction Publique et ministères du PRODESS) et entre plusieurs structures au sein même ministère (e.g., la Direction Administrative et Financière (DAF), la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) et la Direction Nationale de la Santé (DNS) du Ministère de la Santé (Profil RH, p. 47) ;
- la forte centralisation des actes de gestion du personnel combinée à un manque de coordination (et même de communication) avec les différentes structures sanitaires concernées ; et
- la non effectivité du transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités dans le domaine de la santé, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

27. En outre, les ressources humaines du secteur privé ne sont pas suffisamment prises en compte dans les analyses des ressources humaines. Bien que le secteur privé (cabinets médicaux, cabinets de soins médicaux, cliniques...) est depuis quelques années en pleine expansion au Mali et que d'importantes ressources humaines y exercent, ces personnels ne sont pas comptabilisés dans les statistiques du Ministère de la Santé. C'est surtout le cas pour les paramédicaux où seulement 40% sont estimés d'être fonctionnaires.

28. Par rapport à la situation en 1998 cependant, l'éclatement des fonctions semble en voie de solution. L'engagement de l'Etat pour les réformes a évolué de manière significative :

- Les fondements de la politique du Gouvernement (le CSCRP et le Programme de Développement Economique et Social) renforcent les axes prioritaires de la santé et du développement social sur : (i) le renforcement des capacités des structures socio-sanitaires (et

¹³ Ministère de la Santé, Plan d'action pour le développement des ressources humaines dans le secteur socio-sanitaire pour la période 1995-2000.

surtout la disponibilité des ressources humaines de qualité); et (ii) leur accessibilité géographique et financière à travers notamment la décentralisation. (para 199, p. 53) ;

- Les mesures de renforcement de la politique des ressources humaines s'inscrivent dans une dynamique de réforme de l'administration engagée par le Gouvernement.

29. Au niveau des ministères du PRODESS, cette volonté politique de mieux gérer les ressources humaines pour la santé a été marquée entre autres par : (i) la création en 1999 de la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines (dissoute fin 2002) ; (ii) l'établissement en 2005 de la Commission de Développement des Ressources Humaines, dont le secrétariat était assuré par la Cellule de Développement des Ressources Humaines (CDRH) ; et enfin (iii) l'adoption de l'Ordonnance n°09-PRM du 04 Mars 2009 portant création des Directions des Ressources Humaines.

30. Cependant, si le problème d'éclatement des responsabilités est en voie de résolution, la transformation de l'Etat de son rôle de production des soins à son rôle de régulation et de l'ajustement de l'offre des soins à la demande n'est pas encore complète. La gestion des ressources humaines reste encore centralisée au niveau de la DRH et focalisée surtout sur l'administration des actes plutôt que sur les stratégies de développement. Les textes ne sont pas complets et les questions sur le rôle de la DRH persistent entre autres sur le contrôle des écoles de formation, les divers statuts d'embauche des agents, etc.

31. Au niveau des collectivités territoriales, l'opérationnalisation effective de la fonction publique territoriale et l'adoption d'une convention collective des centres de santé communautaires sont des atouts majeurs, mais la lenteur dans le transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités, notamment en matière de gestion des ressources humaines de santé constituent une entrave.

32. Méthodes et outils de gestion des ressources humaines. La DRH est très jeune mais les difficultés de gestion des personnels ne le sont pas et pour le moment, la DRH ne dispose pas de toutes les capacités lui permettant d'assurer une gestion rationnelle :

- Les éléments de gestion des ressources humaines (e.g., cadres organiques, descriptions de postes, etc.) n'existent pas encore pour l'ensemble des structures de santé et leur application éventuelle sera problématique.¹⁴
- Les informations sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur public restent partielles (et encore moins du secteur privé), et les moyens informatiques de les traiter convenablement manquent.¹⁵
- Les instruments de planification et de gestion des ressources existent mais les résultats de ces exercices ne semblent pas être suivis d'effet concret puisqu'il manque les outils d'application (e.g., la persistance de difficultés à combler les disparités entre la capitale et la périphérie due en partie au manque d'outils pour l'affectation des effectifs).

33. A présent, rien ne montre que le cadre institutionnel est tout à fait au point et que la DRH sera dans un proche avenir à mesure d'assurer la gestion requise (en collaboration avec les autres structures d'administration) des effectifs des ministères du PRODESS.

34. **Performance des ressources humaines.** Toutes les statistiques disponibles montrent une forte production et une faible productivité des ressources humaines. Les études mettent l'accent surtout sur : (i) les faiblesses de l'organisation de la formation (initiale, continue, perfectionnement, spécialisation) ; (ii) l'utilisation pas toujours efficient du personnel existant sur le terrain ; et (iii) l'insuffisance des mesures de motivation du personnel à court et à long terme.

35. Organisation de la formation. La PNDRH a noté d'important progrès dans la formation et notamment : (i) de vastes travaux de construction et de réhabilitation des écoles publiques de santé ; (ii) de révision des programmes de l'INFSS selon l'approche par compétence ; et (iii) l'élaboration (en cours) des textes de réglementation de l'offre privée de formation (p. 22). En même temps, les analyses ont fait état des problèmes de:

- la formation initiale qui souffre des insuffisances qualitatives au cours de la formation (dues aux méconnaissances des structures privées de formation, faiblesses de cursus et d'enseignement, dépassement des capacités d'encadrement pédagogique dans les différents établissements,

¹⁴ En 2002, la Revue à Mi-Parcours du PRODESS I avait déjà noté les travaux importants de descriptions des postes qui n'ont pas été validés.

¹⁵ ANTIM est en train d'élaborer un logiciel, ce qui pose des risques si les expériences d'autres pays africains sont prises en compte.

etc.) et du manque de contrôle des compétences à la sortie de la formation ; il en résulte un nombre important de personnels sur le marché sans véritable contrôle sur leur compétences ;

- la formation continue et le perfectionnement, qui malgré la mise en œuvre d'une stratégie nationale de formation continue (sous le contrôle de la DNS), restent donc assez marginalisés; il en résulte : (i) des chevauchements des missions de certaines institutions de formation, directions nationales, EPH et autres établissements spécialisés) ; (ii) du développement peu organisé des modules de formation sans suffisamment de validation ou autorisation préalable des autorités compétentes ; et (iii) un pilotage à vue, au coup par coup selon la disponibilité des financements;
- l'insuffisance de personnels spécialisés ; il en résulte que, en dehors de la mauvaise répartition du personnel, le nombre encore limité de personnel médical et paramédical spécialisé ne permet pas de garantir la qualité des soins dans toutes les formations sanitaires (surtout en zones rurales).

36. Utilisation du personnel. Les analyses des différents PRODESS notent deux dimensions de la problématique de l'utilisation du personnel qui rend moins performantes les équipes du terrain : (i) les gaps dans les équipes dus à la mauvaise répartition du personnel ; et (ii) l'insuffisant développement de l'esprit de travail en équipe (avec objectifs communs, partage des responsabilités et tâches, etc.).

37. Motivation du personnel. L'Audit du climat social au sein de l'administration publique mené dans l'étude du CDI (2006) montre que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés sont démotivés ; parmi les raisons, l'insatisfaction des rémunérations est de loin le plus fréquent, suivi par l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. (PNDRH, p. 23). Cependant, d'autres études sur la motivation des agents de santé (2002) ont montré que parmi les facteurs motivants, ceux liés à la responsabilité viennent en première position, devant les facteurs financiers.

38. Ce qui manque, comme l'a dit la PNDRH est la mise en place : (i) à court terme d'un système cohérent et dynamique qui recoure de manière équilibrée à des outils incitatifs à la fois financiers et non financiers ; et (ii) à long terme du développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé.

39. En fait, les éléments à court terme sont présents (du moins théoriquement) dans les différents documents de politiques de ressources humaines du PRODESS. Sur le plan financier, la PNDRH note, outre ces primes de zones, une dizaine d'incitatifs prévus pour le personnel sanitaire (dont des primes de responsabilité, de risque et de gestion ; des indemnités de médecin chef de district et des indemnités de fonction ; etc.) qui devraient servir d'incitation au personnels ; cependant, la PNDRH remarque que beaucoup de ces primes sont insignifiantes et elles ne sont pas toujours données en pratique. (p. 19) Sur le plan de responsabilité, la PNDRH note que l'autonomie de gestion des établissements publics de soins¹⁶ permet de déterminer et d'ajuster les niveaux de rémunération que devra atteindre l'intéressement des travailleurs pour en améliorer les performances.

40. A plus long terme, les analyses des ressources humains notent que : (i) les compétences des ressources humaines ne sont pas évaluées de manière régulière et systématique ; et (ii) les tentatives d'un plan de carrière pour le Ministère de la Santé sont à leurs débuts.

41. **Redevabilité.** Le PDDSS a noté que l'amélioration des performances du système de santé et d'action sociale sera fonction de la qualification du personnel, de sa motivation et de sa qualité morale. (p. 138) En fait, les trois éléments sont rendus compliqués par le cadre dans lequel le personnel devrait opérer qui est marqué par : (i) une stricte application des textes de la fonction publique mélangée avec les relations personnelles ; et (ii) une hiérarchisation assez rigide des responsabilités sans définition adéquate des missions et véritable autorité dans l'exercice des fonctions (e.g., rareté des sanctions).¹⁷ (voir 2004, pp. 10 ff)

42. A l'intérieur de ce système à la fois formel et informel, on note bon nombre de mauvaises pratiques en matière de gestion des affaires publiques ; la corruption est l'aspect le plus visible mais il y a d'autres formes comme : (i) le transfert des tâches à des agents subalternes n'ayant pas les qualifications requises ; (ii) la recherche systématique des « dessous de table » et/ou des indemnités de participation aux ateliers, séminaires, formations, etc. ; et (iii) la double pratique d'exercice des fonctions

¹⁶ La mission sur le terrain (à San) a examiné le système performant de reconnaissance financier et non financier.

¹⁷ La diversité de statuts et d'employeurs pourrait exacerber le dilemme car au sein d'une même structure de soins, des personnels sous contrat ASACO peuvent ne pas se sentir hiérarchiquement lié à un agent rémunéré sur ressources PPTTE par l'Etat ou à un fonctionnaire. Le bon fonctionnement de la structure de santé peut alors être altéré.

à l'hôpital public et dans les cliniques et cabinets privés.¹⁸ Il en résulte une dilution de la responsabilisation du personnel.

43. Une logique managériale des ressources humaines, structurée autour de la notion des résultats assignés et de la responsabilisation des cadres pour l'atteinte de ces résultats est en train de remplacer une logique administrative mais le processus est lent. Un cadre de contractualisation est en cours de mise en place pour renforcer la responsabilisation des acteurs et cette culture du rendre compte.

¹⁸ L'expérience malienne de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et ses perspectives, pp. 7-8.

Chapitre VIII : Maîtrise du PRODESS

Contexte

1. La mise en œuvre du PDDSS et des trois PRODESS nécessite la coordination de plusieurs éléments dont les ministères concernés en premier lieu n'ont pas toujours la maîtrise complète :
 - le passage de l'approche projet à l'approche sectorielle comprenant une architecture pluri-partenaire de coordination de tous les acteurs à travers les organes de pilotage du PRODESS ; et
 - un processus participatif d'élaboration et de mise en œuvre d'une programmation comprenant : (i) les activités ; (ii) les flux financiers ; et (iii) les flux d'acquisition ou d'affectation des ressources ;

Renforcement de l'approche sectorielle

2. Le passage de l'approche projet à l'approche sectorielle passe par l'adoption des cadres : (i) d'orientation des politiques et stratégies aussi bien internationales que nationales ; (ii) de collaboration intra et intersectorielle ; et (iii) de concertation pour la mise en œuvre du PRODESS. Ces cadres visent tous au renforcement des partenariats en vue d'aligner les interventions pour l'atteint les objectifs du millénaire pour le développement ; il s'agit des partenariats établi dans le cadre : (i) de la promotion des politiques et stratégies ; (ii) de la collaboration et de la coordination ; et (iii) de la concertation pour la mise en œuvre du PRODESS.

3. Cadre d'orientation des politiques et stratégies.

4. Accords international. Déclaration de Paris, l'adhésion du Mali à l'International Health Partnership (IHP) et le Compact (avril 2009).

5. Orientations Nationaux. Les efforts d'amélioration des conditions de vie des populations ont été inscrits au cours de ces dernières années dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Ainsi le Mali a achevé la mise en œuvre de son premier CSLP 2002-2006 et a préparé et adopté le 20 décembre 2006 celui de la deuxième génération dénommée Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la pauvreté (CSCR) 2007-2011. (à développer)

6. Cadre de collaboration intra et intersectorielle.

7. Partenariat intra sectorielle. Avec l'inclusion du Ministère de la Promotion de la Femme, Famille et Enfant, le PRODESS comprend actuellement trois ministères clés du secteur socio-sanitaire. La coordination et l'harmonisation entre les ministères sont facilitées (surtout au niveau central) par le partage des structures de planification et de gestion des ressources humaines et par l'emploi des méthodes communes de travail.

8. Il y a cependant des tendances au cloisonnement entre les composantes et les volets. La structuration initiale du PRODESS en volets a été modifiée lors du PRODESS II et prolongé et favorise la planification pour le secteur santé et pour le secteur social, comme le montre le tableau ci-après :

PRODESS I (1998-2002)	PRODESS II (2005-09) et PRODESS Prolongé (2009-11)	PRODESS II Prolongé (2009-2011)
Secteurs socio-sanitaires	Secteur Santé	Secteur Santé
Extension de la couverture et amélioration de la qualité des services de santé	Accessibilité aux services de santé des districts sanitaires	Accessibilité aux services de santé des districts sanitaires
Lutte contre l'exclusion sociale	Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées	Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées
Développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé	Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux	Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux
Développement des ressources humaines	Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie	Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie
Renforcement institutionnel	Amélioration de la qualité des services dans les établissements hospitaliers et autres établissements de recherche	Amélioration de la qualité des services dans les établissements hospitaliers et autres établissements de recherche
	Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation	Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation
	Secteur Social	Secteur Social
	Renforcement de la solidarité et lutte contre les exclusions	Renforcement de la solidarité et lutte contre les exclusions
	Lutte contre la pauvreté	Lutte contre la pauvreté
	Renforcement de la protection sociale	Renforcement de la protection sociale
	Renforcement institutionnel	Renforcement institutionnel
	Renforcement des ressources humaines	Renforcement des ressources humaines

9. De plus, à l'intérieur des composantes la planification et le financement s'est centré sur les volets au lieu des résultats escomptés du secteur socio-sanitaire. Ainsi, une approche qui reflétait les

complémentarités a été transformée en une approche qui reflète plutôt l'organisation administrative des deux ministères.

10. La collaboration intra sectorielle devrait s'améliorer par une refonte de la structure même du futur programme qui serait basé sur les résultats et comprenant une meilleure définition du rôle et de l'apport de chaque Ministère et ses démembrements dans la planification des interventions et l'introduction des critères et indicateurs d'intégration/collaboration dans leurs systèmes de suivi et évaluation.

11. Partenariat intersectoriel. La santé n'est pas seulement l'affaire des ministères du PRODESS, car d'autres ministères et services ont un impact sur le bien-être de la population Malienne. Les Ministères de l'éducation, de l'hydraulique, de l'environnement, etc. sont mentionnés dans les documents du PRODESS, mais il n'y a pas de mention de ces ministères et de leurs services dans les PO ou les comptes rendus de réunion étudiés. Cependant, les exemples, même modestes, de partenariat intersectoriel existent comme la lutte contre le VIH SIDA ou la nutrition.

12. En outre, le Ministère de la Santé, les collectivités territoriales et les ASACO devraient mettre en place des partenariats pour la santé en bâtissant sur leurs avantages comparatifs respectifs. En plus des compétences en matière de santé, les compétences générales des collectivités territoriales en matière d'état civil, de santé publique et assainissement et leurs compétences en matière d'éducation et d'hydraulique et les capacités des collectivités territoriales à les prendre en charge sont maintenant un des enjeux stratégiques majeurs pour la gouvernance et le développement sanitaires du Mali. Le cadre institutionnel créé par les transferts de compétences ouvre l'opportunité pour élargir l'horizon de planification dans la santé et le renforcement de la collaboration multisectorielle dans des domaines qui sont parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé de la population dont l'éducation, l'eau et l'assainissement. En conséquence de l'étendue de leurs domaines de compétences et de leur proximité des communautés, les collectivités décentralisées ont des avantages comparatifs pour le renforcement de la collaboration multisectorielle dans la santé qui devraient être mis à profit par les politiques et stratégies de développement sanitaire.

13. Au cœur du problème est le leadership de l'action multisectorielle et la nécessité de voir une intervention commune comme une action conjointe et non comme l'appui d'un secteur à un autre. La collaboration inter sectorielle doit : (i) se manifester au niveau opérationnel dans les plans de développement de la commune et du cercle ; (ii) se concrétiser dans la collaboration et la coordination des intervenants sur le terrain dans le but d'atteindre les résultats dont elles sont responsables.

Cadre de concertation du PRODESS

14. L'approche sectorielle du PRODESS est fondée sur quatre piliers: (i) un cadre unique de concertation et de planification ; (ii) une coordination conjointe à travers les organes du PRODESS ; (iii) des procédures de gestion agréées par l'ensemble des acteurs ; et (iv) un système de suivi-évaluation conjoint. Le progrès enregistré par le Mali sur les différents piliers est résumé dans le tableau ci-après

Evolution des éléments de l'approche sectorielle au Mali

Éléments de l'approche sectorielle	Périodes du PDDSS		
	1998-02	2005-2009	2009-2011
Cadre unique			
Plan stratégique/Programme	PRODESS I	PRODESS II	PRODESS prolongé Compact
CDMT	1998-2003	2003-2007	2009-2011
Modalités de dialogue			
Revue annuelle commune	Oui	Oui	Oui
Missions conjointes de supervision	Non	Oui	Oui
Modalités fiduciaires			
Gestion financière			
Panier commun	Non	Oui	
Appui budgétaire sectoriel	Non	Oui	
Passation des marchés			
Utilisation des procédures de l'Etat	Non	Non	Oui
Cadre commun d'indicateurs	Non	Non	Oui

Source: Bibliographie; interviews.

15. **Cadre unique de concertation.** Les documents de lutte contre la pauvreté ont été reconnus comme l'unique cadre de référence des politiques et stratégies de développement à moyen terme et le

référentiel des négociations avec l'ensemble des Partenaires techniques et financiers. Le PRODESS est pris en compte et prend en compte le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté de 2007 – 2011 (CSCR) qui a été conçu suite au Document de Réduction de la Pauvreté (DSRP ; 2002 – 2006).

16. L'une des principales réalisations du PRODESS est le développement d'un cadre permettant d'inclure l'ensemble des acteurs potentiels dans la mise en œuvre des interventions socio-sanitaires. Cette initiative comprend à la fois les partenaires traditionnels et les nouveaux acteurs dans le secteur socio-sanitaire (e.g., collectivités territoriales, agences d'assurance maladie, etc.), qui par leur présence dans le PRODESS marquent une transition dans les arrangements de participation et de partenariat au Mali.

17. **Coordination conjointe du PRODESS.** Le PRODESS est caractérisé par une architecture pluri-partenaire aux différents niveaux. Le tableau en Annexe XX compare les différents éléments des organes de gestion du PRODESS. Le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien, au cours d'un processus bien institutionnalisé faisant intervenir l'ensemble des parties prenantes : Ministères concernés, partenaires techniques et financiers (PTF) et société civile

18. Niveau central. Au niveau central, les organes de pilotage du PRODESS sont : le Comité Technique et le Comité de Suivi. Le Comité Technique est composé des représentants des secrétariats généraux, services centraux et des directions régionales des ministères chargés de la santé et du développement social, des partenaires techniques et financiers (PTF) : le Comité Technique prépare les sessions du Comité de Suivi. Au niveau du Comité technique, les réunions ne sont pas préparées à temps et l'analyse des problèmes n'est pas suffisamment approfondie pour faciliter la prise de décision par le Comité de Suivi. Le rythme et la périodicité des réunions fixés dans le décret 01-115 (rencontres trimestrielles) se sont avérés trop élevés pour le bon fonctionnement des organes. La faible capacité de pilotage et de coordination du Comité technique entrave souvent une prise de décision concrète et prompte devant certaines situations de dysfonctionnement du système.

19. Le Comité de Suivi est placé sous l'autorité des ministres chargés de la santé et du développement social. Il est composé en outre des représentants d'autres départements ministériels, des services centraux chargés de la production et de l'importation des médicaments, de l'union technique de la mutualité malienne (UTM) et de la société civile, et des PTF. Le Comité de Suivi a en charge l'approbation de tous les actes relatifs au PRODESS et la prise des décisions y afférentes.

20. En plus de ces organes existent d'autres cadres plus ou moins formels de concertation (groupes thématiques, comité de pilotage du programme, comités paritaires ou tripartites de suivi de certains programmes) permettent aux parties prenantes de participer dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans et programmes socio-sanitaires.

21. Niveau régional. Au niveau intermédiaire, l'organe de pilotage du PRODESS est le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) dont les membres sont constitués par les représentants de la collectivité décentralisée de la région, des services déconcentrés des secteurs de la santé et de l'action sociale, des structures de santé privées ou confessionnelles, des ONG et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale, des syndicats des secteurs de la santé et de l'action sociale, et de la société civile.

22. Au niveau régional, le CROCEP, organe d'évaluation, de programmation et de suivi a des difficultés à procéder à une analyse approfondie des problèmes et à formuler des propositions réalistes des actions à entreprendre.

23. Niveau opérationnel. Au niveau opérationnel, les organes de pilotage sont structurés verticalement autour des deux échelons de la prestation des services de santé. Au premier échelon, outre la direction technique prise en charge par un professionnel de la santé, l'administration et la gestion du CSCOM sont assurées par le conseil d'administration composé des membres de l'ASACO, l'administration locale, la commune, CSCOM et du CSRéf ; et le comité de gestion qui comprend des membres de l'ASACO et le directeur technique du CSCOM. Au deuxième échelon, le conseil de gestion qui regroupe des représentants de la collectivité décentralisée du cercle, de la commune, l'administration territoriale, des services déconcentrés des secteurs de la santé et de l'action sociale, de la société civile et des PTF des secteurs de la santé et de l'action sociale.

24. Au niveau cercle, le conseil de gestion ne se tient pas de façon régulière en raison du manque d'intérêt de certains acteurs locaux. La préparation des documents du conseil ne se fait pas suivant une approche participative et la pertinence du rythme bi annuel est mise en cause. L'insuffisance de collaboration entre le département technique, l'administration territoriale et la société civile est aussi souvent décriée.

25. **Planification.** La planification comprend la planification stratégique et la planification annuelle.
26. Planification stratégique.
27. Planification annuelle. La planification annuelle du PRODESS est normalement réalisée de bas en haut à partir des activités des PO proposées par le niveau périphérique (avec ou sans l'intervention des partenaires financiers) ; mais en respectant les orientations et contraintes émanant du CSCRP, du CDMT et des priorités sectorielles, qui sont communiquées de haut en bas par le niveau central à l'ensemble des structures en début de processus. Il s'agit théoriquement d'un processus participatif où les besoins sont répercutés depuis les CSCOM vers les cercles de santé, puis les régions, puis le niveau central – tout ceci sous la guidance de ce dernier.
28. Le respect du processus de planification connaît des difficultés d'application de rationalisation de la programmation et de l'utilisation des ressources dû :
- à l'incertitude des informations au moment de l'élaboration des PO (dont par exemple la mise à jour des cartes sanitaires ; la prévisibilité des enveloppes annuelles des sources de financement, surtout des PTF ; le manque d'intérêt des hôpitaux à intégrer le processus de planification etc.) ;
 - aux dysfonctionnements dans la planification comprenant entre autres : (i) la non harmonisation des calendriers d'élaboration du budget d'Etat et des PO ; (ii) le manque de cadrage entre des PO régionaux avec le budget de l'Etat ; et (iii) le manque de cohérence entre les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC) et les PO ; et
 - aux difficultés d'application des rôles et responsabilités au moment de la validation des plans et programmes par les élus (dans le décret 02-314) et par les comités pour assurer l'orientation, la coordination, le suivi et d'évaluation du PRODESS (dans le décret 01-115).
29. Dans la pratique, la planification opérationnelle est caractérisée par la diversité des instructions et enveloppes budgétaires. Bien qu'encouragé à développer leur propre micro plan répondant aux besoins locaux, les CSCOM et les districts doivent souvent plutôt prendre en compte les directives et les arbitrages de financements venant du niveau national. Ce processus crée une situation où l'estimation de l'enveloppe budgétaire, qui informe la planification, est souvent plus importante que les fonds éventuellement mis à la disposition des intervenants. Ainsi, d'une manière pratique, les PO qui remontent au niveau national doivent être modifiés (réduits) pour rester dans l'enveloppe budgétaire disponible. L'arbitrage budgétaire final semble également échapper aux responsables du niveau opérationnel ; les décisions étant pilotées à partir du niveau central ou des partenaires, les critères de ses arbitrages ne sont pas toujours transparents et ne respectent pas toujours les priorités locales.
30. Sur le plan administratif, les étapes de planification des activités dans les PO, leur consolidation dans un document national et leur retour aux niveaux appropriés pour exécution constituent un exercice dont le déroulement est long et coûteux. En fait, ce processus, destiné à l'origine à rationaliser les activités, éviter leur duplication et les mettre en cohérence avec les orientations nationales, traduit en réalité la persistance d'un centralisme administratif s'exprimant à travers des mécanismes de contrôle a priori, dont l'excès a des conséquences négatives sur les services opérationnels, amputant lourdement leur disponibilité et réduisant considérablement le temps qu'ils peuvent consacrer à la mise en œuvre des activités de soin et de supervision.
31. Souvent orientée sur la disponibilité des financements pour des domaines spécifiques constituant les priorités des partenaires (exception faite de l'ABS), la planification et budgétisation finales restent cependant fortement fragilisée par le morcellement du financement des activités **entre de nombreux partenaires**, répondant chacun à des logiques d'intervention, des priorités et des contraintes spécifiques. **Les liens entre les activités, le financement et les résultats attendus**, qui ne sont pas clairement établis dans les POs, deviennent encore plus difficile à établir.
32. **Suivi et évaluation.** La charpente du système d'informations sanitaires est constituée par le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social (SD-SNISS) mis en œuvre en 1998. Le SD-SNISS s'articule autour de quatre sous-systèmes: (i) l'information sanitaire ; (ii) l'information sociale ; (iii) les enquêtes et recherches ; et (iv) les informations administratives et de gestion.
- Pour les informations sanitaires, les annuaires statistiques : (i) du premier et deuxième échelons (SLIS), existent selon plus ou moins le même format depuis 1998 ; et (ii) des hôpitaux (SIH) depuis 2003. A partir d 2006, les régions ont été responsabilisées dans la production des annuaires statistiques. Depuis 2008, le SLIS et le SIH ont été fusionnés en SNIS.

- Pour les informations sociales, le système d'information (SiSO) a débuté en 2004 et le premier rapport a été produit en 2005. Le processus de collecte, de compilation et d'analyse est piloté par le Ministère chargé du développement social à partir des rapports des régions.
- Les informations de routine du SNISS sont complétées régulièrement par les enquêtes démographie et santé (EDS) et le MICS qui fournissent des informations sur les changements de l'état de santé de la population, de la couverture des interventions essentielles de santé, et des comportements des ménages dans la santé. La dernière enquête sur les Comptes Nationaux de la Santé qui sont en cours d'institutionnalisation a été réalisée en 2004. Les enquêtes de satisfaction des clients et de suivi des dépenses publiques de santé ne sont pas régulièrement organisées. Quant à la recherche, une politique nationale a été élaborée récemment.
- Sur le plan des informations administratives et de gestion, malgré l'élaboration des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) et quelques revues des dépenses publiques, les éléments manquent pour une appréciation régulière et systématique de la performance dans la gestion des finances publiques.

33. Depuis 1998, le développement du SNIS a été marqué par : (i) le remplacement de la diversité des systèmes d'information sanitaire propre à chaque partenaire ou programme par un seul SNIS au niveau duquel tous les acteurs trouvent leurs comptes ; (ii) la coordination de l'ensemble des sous-systèmes la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) des Ministères chargés de la santé, du développement social et de la promotion de la famille ; (iii) le développement des indicateurs qui sont pertinentes pour tous les domaines (y compris les OMD), qui ont été définis et convenus avec toutes les parties prenantes et qui sont mis à jour régulièrement ; et (iv) la fonctionnalité des procédures écrites permettant la gestion des données (notamment la collecte, le stockage, le nettoyage, la maîtrise de la qualité, l'analyse et la présentation des données pour le public) et la disponibilité des banques de données à tous les niveaux à travers le logiciel informatique appelé « DESAM » (Développement Sanitaire du Mali).

34. Le SD-SNISS a été évalué deux fois; une première fois en 2003 par un évaluateur externe (dans le cadre du Programme d'Appui au secteur de la santé du 8e FED) et une en 2008 par le Ministère de la santé (à travers l'application de l'outil d'évaluation du « Health Metrics Network, HMN »). De manière générale, l'évaluation du Réseau de Métrologie Sanitaire a conclu que le SNIS du Mali est performante et est à mesure de produire des informations suffisantes et fiables pour la planification et la prise de décision. Quelques faiblesses à corriger ont été notées, à savoir :

- L'inadéquation du cadre opérationnel qui se traduit entre autres par : (i) l'absence de prise en compte des données de certains acteurs (ONG/Associations, structures privées et confessionnelles, etc.) ; (ii) les insuffisances de ressources (humaines et financières) ; et (iii) la dépendance sur les appuis des partenaires externes ;
- Les difficultés liées : (i) à la promptitude et la complétude des rapports dues en partie aux faiblesses de l'informatique et de communications au niveau périphérique ; et (ii) à la qualité et la périodicité des statistiques administratives (et surtout de prévision démographique) ;
- L'insuffisance dans l'analyse des données à tous les niveaux et l'utilisation des résultats surtout pour établir les liens entre les dépenses antérieures et les résultats et pour justifier l'allocation future des ressources.

Chapitre IX. Suggestions et pistes pour le futur

A. Améliorer la performance du système de santé

Un système de santé de base plus proche des populations, bien gérée et fournissant des prestations de qualité

1. **Réunir les conditions de succès pour la création et le fonctionnement des CSComs et en particulier l'approche communautaire, la disponibilité de personnel qualifié, le lancement et le suivi rapproché qui sont des pré-réquis pour une bonne fonctionnalité des CSComs.** L'extension géographique du réseau de CSCom a indéniablement contribué à l'amélioration de la couverture sanitaire du pays durant le PDDSS. Toutefois, les conditions et les modalités de cette extension n'ont pas permis de reproduire les performances attendues sur la base des premiers modèles de CSComs. La progression du volet génie civil avait sa propre dynamique et n'était ni articulée ni liée à la réunion des conditions de succès.

2. **Elargir les liens fonctionnels de la pyramide sanitaire par le développement des soins essentiels dans les communautés dans toutes les régions du pays et assurer une mise en œuvre harmonisée de la stratégie.** La progression de l'accessibilité géographique est ralentie par un obstacle structurel et durable : la dispersion et ou la mobilité des populations lesquels nécessitent des stratégies complémentaires au PMA pour les populations éloignées des CSComs. En plus de la stratégie avancée et des équipes mobiles dans certains contextes, les soins essentiels dans la communauté constituent une réponse qui se justifie tant du point de vue de l'équité et que celui de la perspective des OMDs. La contribution harmonisée de tous au développement, à la mise en œuvre et au suivi de la stratégie national constitue un facteur important de succès.

3. A cette fin, il est nécessaire : (i) de développer les études de faisabilités et de viabilité de la stratégie des soins essentiels dans la communauté ; (ii) d'envisager les différents scénarios de partage des coûts dans le contexte du financement du district sanitaire et faire des recommandations sur le partage des coûts compatibles avec la pérennité de la stratégie ; (iii) de documenter les expériences avec la volonté de démontrer les effets positifs de la stratégie et utiliser les informations pour renforcer le plaidoyer local, régional et national ; et (iv) d'assurer le respect par tous de la stratégie nationale et obtenir la contribution de tous pour son développement et son adaptation.

4. L'espacement des naissances devrait bénéficier de l'attention que lui confère sont importance sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité maternelle. Bien que partie intégrante du PMA et que l'espacement des naissances faisait partie des pratiques traditionnelles, le planning familial reste une activité marginale dans les CSComs. Des améliorations rapides pourraient se réaliser par : (i) traquer systématiquement et corriger les occasions / opportunités manquées pendant les supervisions intégrées ; (ii) réexaminer le processus et l'espace pour les activités de post natale et de consultations enfants sains pour assurer la confidentialité du counseling nécessaire ; (iii) prévenir toute rupture de stock préjudiciable et promouvoir et étendre les méthodes les plus acceptables et les moins contraignantes pour les femmes (implants, DIUs) ; et (iv) encourager le privé à s'engager plus activement dans les activités de promotion de l'espacement des naissances.

5. Pour un système de référence accessible et efficace :

- les initiatives et des mesures concrètes à tous les niveaux doivent être envisagées pour que le système de référence surmonte les obstacles limitants ou retardant l'accès à ceux qui en besoin pour assurer l'utilisation de tout son potentiel et pour maximiser l'impact des mesures tel que celle de gratuité de la césarienne : transport village CSCom, communication CSCom – CSRéf, prise en charge du transport CSCom- CSRéf, mise ne réseau des banques du sang de cercles voisins ;
- la promotion et l'encouragement des expériences de mise en place d'un système d'évacuation et de transport entre les villages et le CSCom afin d'augmenter le taux d'accouchement en maternités et faciliter les évacuations en cas de besoin ;
- le renforcement de l'appui apporté par les hôpitaux régionaux pour le développement des compétences chirurgicales dans les CSRéfs et aussi un élargissement de l'expérience à d'autres domaines de compétence et spécialités ;
- la possibilité de mise en réseau et d'utilisation des banques de sang des cercles voisins pour une maximiser les possibilités de réponses aux besoins et rentabiliser l'investissement.

- la standardisation du système de gestion des CSRéf et le renforcement des capacités et les compétences gestionnaires
- la mise en place d'une stratégie de maintenance efficace des équipements en considérant le recours possible au privé local et régional parmi les options ; et
- la réflexion approfondie concernant les caisses de solidarités pour les évacuations et en particulier étudier l'option des mutuelles locales et celle d'une prise en charge des frais de transport des évacuations sur une ligne budgétaire de l'état ;

Médicalisation du premier échelon : améliorer la performance, réduire les disparités

6. La production soutenue de médecins ces dernières années a rendu possible la médicalisation progressive des CSCom. Sur le moyen et long terme cette tendance va certainement continuer. Afin de tirer le meilleur profit, pour la santé de la population de cet investissement, il est important que (i) les jeunes médecins bénéficient d'une formation qui les prépare à la direction technique d'un CSCom et d'une aire de santé. L'école de médecine a entrepris des efforts dans ce sens durant les deux dernières années. Une formation spécialisée de médecine communautaire et de famille est aussi envisagée par l'école de médecine. En outre :

- les médecins actuellement en place devront, selon les besoins, bénéficier d'un recyclage appropriés et ou être encouragés à s'inscrire dans la nouvelle spécialité de médecine communautaire ;
- l'affectation progressive dans les zones rurales de médecins sur financement de l'état devrait prendre en considération l'équité dans la répartition des ressources humaine et surtout de veiller à ne pas aggraver les disparités existantes ; dans certaines situations, le renforcement de l'effectif médical du district est plus indiqué que l'affectation d'un médecin dans un CSCom d'une zone bénéficiant d'une bonne accessibilité aux services de santé ;
- l'installation privée de médecins doit être encouragée avec des mesures incitatives efficaces et des possibilités concrètes de partenariat public - privé pour la réalisation de certains programmes.

Renforcer l'ancrage des hôpitaux dans le système de santé pour une efficacité et efficience accrue de l'ensemble

7. La collaboration entre les hôpitaux et les CSRéf pour renforcer la compétence chirurgicale au sein des équipes de districts d'une part et les expériences de télémédecines entre les hôpitaux régionaux et nationaux d'autre part sont des modèles de collaboration à haut rendement qu'il s'agit de poursuivre, de renforcer et d'étendre vers une palette élargie de spécialités. Bâtir sur ces expériences est une stratégie gagnante pour renforcer le système de référence et de contre référence pour améliorer progressivement l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système de santé.

8. L'amélioration de la qualité des prestations hospitalière et la satisfaction et le respect des utilisateurs doivent être au centre de tous les projets d'établissement et de toutes les activités de l'hôpital, dont notamment :

- assurer un ancrage technique effectif entre la tutelle et les hôpitaux aussi bien au niveau central que régional ; cependant, cet ancrage ne devrait pas mettre en cause l'autonomie de gestion et le statut d'EPH des hôpitaux ;
- mettre à jour la carte hospitalière pour le moyen et long terme et étudier les implications en termes de financement, de ressources humaines et d'équilibre d'ensemble du système de santé.
- entreprendre la standardisation et la modernisation du système de gestion ainsi que la comptabilité hospitalière et étendre et adapter au besoin le système d'information performant et moderne de l'IOTA à tous les hôpitaux du pays ;
- faire de sorte que le système de motivation financière du personnel ne reste pas limité à l'aspect financier et que celui-ci soit effectivement lié aux résultats convenus ou à convenir dans le cadre du projet d'établissement ;

9. Développer une approche globale d'amélioration de la qualité des prestations. Les programmes nationaux ont avantageusement utilisé le réseau étendu de CSCom pour renforcer et consolider la couverture et améliorer la continuité de certaines prises en charge (vaccination, paludisme, VIH/SIDA, CPN+, nutrition). Il y a peu ou pas de normes de qualité établies, en dehors des programmes nationaux, qui pourraient être utilisées comme référence lors des supervisions

intégrées et des évaluations de CSComs, CSRéf et Hôpitaux. Si la disponibilité de soins naguères absents est perçue positivement par la population suite à la création de CSCom (étude de 1997), il n'y a pas une approche globale agréée d'amélioration de la qualité et prenant en compte l'avis des bénéficiaires. Le principe d'accréditation ainsi que l'expérience prometteuse de CSCom Ciwara d'or devraient être renforcés et étendues dans le cadre d'une stratégie nationale de promotion de la qualité dans toutes ses dimensions y compris la perception par les bénéficiaires. Une approche similaire et adaptée devrait concerner les CS Réf.

Prise en compte du privé comme un partenaire à part entière pour l'atteinte des résultats en matière de santé et le responsabiliser

- Les ménages maliens dépensent actuellement plus dans le secteur privé formel et informel. Il est impératif que le prochain programme prenne en compte effectivement le secteur privé pour atteindre les résultats escompté ;
- Développer une réflexion sur le rôle du (des) privé (s) dans la réalisation des objectifs et résultats nationaux en matière de santé et définir les principes et les objectifs de partenariats spécifiques aux différentes catégories de privé (prestataire de soins, appui aux prestations, formation, pharmaciens, médecine traditionnelle...);
- Inclure le privé à but lucratif dans les instances du future PRODESS ; et
- Inclure les prestataires privés dans le système de l'AMO.

Renforcement de la gouvernance du système pharmaceutique et amélioration du rendement dans la mise en œuvre des activités de la PPN

- Faire évoluer et adapter les capacités institutionnelles pour une coordination efficace et efficiente du secteur pharmaceutique en plein développement et devenu de plus en plus complexe ;
- Mettre régulièrement à jour le guide thérapeutique ainsi que les ordinogrammes et s'assurer de leur disponibilité et bon usage dans tous les CSComs durant les supervisions intégrées ;
- Envisager un appui logistique et gestionnaire pour le bon usage des produits gratuits fournis par les programmes. L'expérience du Programme Paludisme devrait aller au-delà de la livraison directe au dépôt répartiteur, elle devrait considérer les autres dimensions de stockage et de gestion. Ainsi elle devrait être considérée par tous les programmes qui fournissent des produits gratuits aux CSComs ;
- Résoudre le problème de retard de paiement par le trésor et par les hôpitaux afin de préserver l'outil PPM, renforcer sa compétitivité et pour assurer l'achat des médicaments aux meilleurs prix sur le marché ; et
- Rendre systématiques et annuelles les enquêtes sur les indicateurs de la PPN et en partager de façon appropriée et largement les résultats ainsi que les conclusions. En faire un outil pour le changement.

Maintenance efficace et efficiente pour contribuer à la performance du système de santé.

- Matérialiser l'engagement à la réussite de la politique de maintenance des infrastructures et équipements sanitaires par l'allocation de ressources conséquentes et la mise en place d'un système de financement pérenne basé sur l'étude des options et des financements;
- Considérer concrètement le partenariat public privé ainsi que la décentralisation pour la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires;

B. Responsabiliser les acteurs, renforcer la solidarité et maîtriser le développement du secteur

Responsabilisation des acteurs, les accompagner dans l'adaptation des comportements aux rôles dévolus dans le contexte de la décentralisation

- Envisager le soutien aux ASACO et à la FENASCOM pour que la promotion de la santé et l'appréciation de la qualité des soins par les bénéficiaires deviennent des dimensions aussi importantes que la gestion du CSCom ;
- Soutenir et faire connaître les expériences qui, dans le cadre de la définition des rôles respectifs entre ASACO, Communes, équipe de santé de district, montrent les efforts et les progrès faits par les différents acteurs pour épouser leurs nouveaux rôles et adapter les

comportements en conséquence. Documenter en particulier les avantages qui en découlent pour la santé de la population et pour une gestion efficiente.

- Renforcer la collaboration entre les équipes socio – sanitaire du cercle et la commune pour la planification et la mise en oeuvre des programmes socio - sanitaires communaux.
- Renforcer la collaboration avec les communes et développer les partenariats avec les ONGs et la société civile pour une mobilisation soutenue des leaders de groupements et des relais communautaires.

Renforcement de la solidarité pour l'accès aux soins par le développement d'une combinaison dynamique de stratégies complémentaires.

- Entreprendre une campagne de communication multiforme pour renforcer la culture de la mutualisation des risques et adaptée et de la nécessité d'aller au-delà des mécanismes traditionnels préexistants
- Dynamiser et renforcer le développement de mutuelles locales comme stratégie majeure améliorer l'accessibilité financière aux soins et pour stimuler la demande. Une mutuelle par commune ou par aire de santé serait une bonne option dans le contexte du Mali.
- Renforcer la complémentarité entre les nouvelles modalités et les formes préexistantes de solidarités (caisses villageoises, caisses pour la référence, les prises en charge de groupes spécifiques.)
- En considérant toutes les formes de solidarité confondues (AMO, RAMED, Mutuelles) il reste près de 80% de la population du Mali dépourvue d'assurance ou de protection sociale face à la maladie. La progression vers l'ouverture universelle sera ardue, mais elle ne se fera pas sans le développement soutenu des financements alternatifs et en particulier l'accélération nécessaire pour la création de mutuelles.
- Clarifier et renforcer la communication sur les relations et les complémentarités entre les différentes modalités (AMO, ANAM, Mutuelles).

Assurer une plus grande mobilisation des ressources financières et des dépenses qui réduisent effectivement les disparités

- Redoubler les efforts pour que La progression de la part de la santé dans le budget de l'Etat atteigne les **15%** pour lesquels les chefs d'Etat avaient pris l'engagement à Abuja (8.11% en 2009).
- Réexaminer les priorités et les modalités d'allocation des ressources financières. En particulier :
 - en orientant les allocations de ressources financières vers : (i) l'amélioration de la qualité des services sur la base des résultats et de la performance aux différents niveaux ; et (ii) le soutien de la demande (AMO, RAMED, Mutuelles, stratégies spécifiques de gratuité) ;
 - en augmentant les allocations au profit du niveau opérationnel (district) et corrigeant le déséquilibre actuel dans les dépenses en respectant les critères d'allocation de ressources financières du CDMT. En même temps, standardiser le système de gestion du district et renforcer les capacités en planification, gestion, suivi et évaluation sur la base des résultats.
 - En améliorant le ciblage et en affinant les critères pour les allocations de ressources dans les zones de pauvreté et tenir compte du contexte spécifique à chaque cercle et ou groupe de population dans chaque zone de pauvreté.
 - Promotion de la contractualisation pour plus d'efficacité et l'utilisation de toutes les ressources des secteurs ; publiques et privées
- Améliorer la gestion financière du secteur pour rendre plus efficace les ressources étatiques et ABS mis à la disposition du niveau opérationnel. A travers une gestion financière transparente et plus efficace, redonner confiance au PTF pour redynamiser l'ABS et encourager de nouvelles adhésions ;
- Considérer le principe de panier commun au niveau régional ou de cercle pour financer et soutenir les activités importantes pour la réalisation des résultats (supervisions intégrées, monitoring..), Le panier devrait avoir une gestion transparente et en relation avec les PTFs.

Cette approche devrait progressivement prendre fin avec la prise en compte effective et sans obstacles de décaissements de ces activités par le Budget de l'Etat.

Assurer la maîtrise du développement des ressources humaines et améliorer la performance du personnel

- Renforcer la maîtrise des ressources humaines : (i) entre le MS et les autres ministères jouant un rôle dans la gestion des ressources humaines ; (ii) au sein de la DRH des ministères du PRODESS ; et (iii) au niveau des collectivités territoriales ;
- Améliorer la performance des ressources humaines par : (i) l'organisation de la chaîne de compétence encadrant des personnels prestataires ; et (ii) la mise en place des modalités de motivation du personnel ;
- Insister sur les notions de redevabilité en mettant l'accent sur : (i) le suivi du respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle ; et (ii) l'extension de la contractualisation des résultats ; et
- Assurer que la stratégie de motivation du personnel prend en compte toutes les dimensions nécessaires et ne se réduit pas à la seule motivation financière ; et faire de sorte que celle-ci soit toujours liée aux résultats et la performance agréées.

Renforcement de la contribution du Système d'information au suivi des progrès et à l'évaluation des résultats

- Elaborer plan compréhensif de développement du SNIS et en assurer le financement, en priorité par le budget de l'Etat qui peut être complété par les apports des partenaires au développement ;
- Assurer la fiabilité et la crédibilité des données en mettant en place à tous les niveaux un système devant garantir le contrôle de qualité et de validation des informations sanitaires et sociales ;
- Renforcer le système d'Information hospitalier (SIH) et la collaboration effective entre les DRS et les hôpitaux régionaux, d'une part, et entre la DNS et les hôpitaux nationaux d'autre part .
- Renforcer les Directions régionales de la santé et du développement social et les districts de santé en ressources humaines pour leur permettre de produire des informations sanitaires et sociales de bonne qualité et en assurer la diffusion et l'utilisation ;
- Mettre en place un cadre de concertation permanente pour sensibiliser les responsables des finances (Budget, Contrôle financier et trésor) sur la gestion du PRODESS. Cela nécessite l'instauration d'un mécanisme de suivi régulier basé sur un système d'information plus fiable.

Renforcer une planification stratégique inclusive, bien articulée avec le CSCRP et qui concrétise le principe de la décentralisation et de celui de l'atteinte des résultats

- Concevoir le prochain programme décennal en étroite collaboration avec le nouveau CSCRP de manière à ce que l'articulation entre le nouveau programme sectoriel et le CSCRP soit dynamique et organique et en prenant en compte les meilleures pratiques et leçons apprises durant les précédent plan;
- Assurer que le futur programme sectoriel établisse une vision commune basée sur les résultats entre les trois ministères en vue de prévenir la tendance préjudiciable au cloisonnement entre les composantes de santé, de développement social, ou de promotion de la femme ;
- Renforcer la coordination intersectorielle pour la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé et de solidarité en assurant en particulier :
 - les contributions des autres ministères (éducation, hydraulique, environnement, collectivité territoriales...) dans le cadre du CSCRP soient effectivement planifiées, prises en compte et discutées durant les revues communes ;
 - la possibilité de sessions spécifiques aux questions multisectorielles dans les revues du PRODESS et durant les CROCEPS ;
 - l'appui technique nécessaire aux communes pour la planification et la mise en œuvre de plans multisectoriels ; et

- le privé soit considéré comme un partenaire important pour la réalisation des objectifs nationaux.
- Renforcer l'articulation entre le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme, les plans de développement des collectivités territoriales, les engagements du Compact et les plans Opérationnels du PRODESS qui pourront devenir pluriannuels ;
- Renforcer les capacités des équipes de cercle et de région en matière de planification basée sur les résultats, en matière de définition de priorité dans des situations de contrainte financières ;
- Considérer le Plan Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC) comme l'élément essentiel des plans régionaux et au centre du plan stratégique national. Il devrait à ce titre :
 - tenir compte de la spécificité du cercle et ne pas reconduire simplement des lignes de financements établies ;
 - être basé sur les résultats lesquels dans le contexte du cercle contribuent aux résultats nationaux et avec des liens explicites entre le financement et les résultats ;
 - bénéficier de l'autonomie et de la flexibilité nécessaire pour une mise en œuvre efficace et de l'amélioration la communication du niveau central vers les régions et cercle et vice versa ; et
 - informer et s'informer des plans des communes pour assurer la complémentarité et soutenir les stratégies multisectorielles.
- Considérer l'année 2012 comme la première année du nouveau plan décennal et comme l'année charnière pour introduire les changements visant à renforcer l'approche basée sur les résultats et la décentralisation

Maîtriser la problématique du défi démographique

- Le récent recensement de la population malienne révèle une population de 14 517 176 Habitants et taux d'accroissement annuel de 3.6% beaucoup plus important que prévu. Si l'indice de fécondité restait au niveau actuel de 6.6, la population malienne va doubler dans 21 ans et tripler en 2035.
- L'espacement des naissances devrait bénéficier de l'attention que lui confère son importance sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité maternelle.
- Le prochain plan devrait prendre en considération les conséquences et les implications du défi démographique pour ne pas freiner les progrès en matière de santé et de solidarité et ne pas perdre les acquis.

Faire du prochain PDDSS l'opportunité pour passer à un autre niveau, celui de l'accès universel aux soins, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé et de la solidarité et de la promotion de la femme.

10. Les premières années de la mise en œuvre de la nouvelle politique sectorielle de santé formulée en 1990 furent ceux des réformes structurelles et du développement des modèles. Le plan décennal, ci évalué, fut essentiellement celui de l'extension de l'accessibilité géographique des services avec la poursuite à des degrés de réalisation différents de certains chantiers de réformes (décentralisation, hôpitaux, médicaments, ressources humaines). Construisant sur les acquis et tenant compte des leçons apprises, la mobilisation de tous les acteurs devraient faire de sorte que le prochain plan permette de relever les défis de l'accès universel aux soins, de la qualité et d'ancrer solidement l'approche basée sur les résultats.