

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE PLANIFICATION
ET DE STATISTIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



**PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT
SOCIO-SANITAIRE
2005-2009**

(PRODESS II)

« COMPOSANTE SANTE »



Décembre 2004

TABLE DE MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	2
3. ANALYSE DE SITUATION.....	5
3.1. ETAT DE SANTE	5
3.2. SANTE ET PAUVRETE	7
3.3. FACTEURS GENERAUX ET TRANSVERSAUX	8
3.3.1. <i>Le rôle du secteur public dans le système de santé</i>	8
3.3.2. <i>Le rôle du secteur privé dans le système de santé</i>	8
3.3.3. <i>La décentralisation territoriale</i>	10
3.3.4. <i>L'aspect genre</i>	10
3.3.5. <i>La coordination de l'aide internationale</i>	11
3.4. ANALYSE DU VOLET 1	12
3.4.1. <i>L'accessibilité géographique et la fonctionnalité des services de santé primaire</i>	12
3.4.2. <i>Les soins préventifs :</i>	14
3.4.3. <i>L'accessibilité et fonctionnalité des services de référence</i>	14
3.4.4. <i>L'utilisation des services</i>	15
3.4.5. <i>L'accessibilité financière aux services</i>	16
3.4.6. <i>La qualité des soins offerts</i>	16
3.4.7. <i>La lutte contre la maladie</i>	17
3.4.8. <i>L'intégration de la lutte contre la maladie :</i>	19
3.5. ANALYSE DU VOLET 3	19
3.6. ANALYSE DU VOLET 4	20
3.7. ANALYSE DU VOLET 5	24
3.7.1. <i>L'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et consommables médicaux :</i> 24	24
3.7.2. <i>La réforme hospitalière :</i>	26
3.7.3. <i>L'organisation et la coordination de la recherche</i>	27
3.7.4. <i>Les autres établissements spécialisés</i>	27
3.7.5. <i>Les aspects organisationnels et institutionnels</i>	28
3.8. CONCLUSION FINALE DE L'ANALYSE :	30
4. ORIENTATIONS ET DOMAINES PRIORITAIRES	33
4.1. LES ORIENTATIONS EN MATIERE DE SOINS DE SANTE.....	33
4.2. LES ORIENTATIONS CONCERNANT LE VIH/SIDA ET DEVELOPPEMENT :	34
4.3. LES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE POPULATION	35
4.4. LES AXES STRATEGIQUES DE LA COMPOSANTE SANTE POPULATION DU CSLP	35
5. LES VOLETS DE LA COMPOSANTE SANTE DU PRODESS II.....	39
5.1. VOLET 1 : ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTÉ DES DISTRICTS SANITAIRES..	41
5.2. VOLET 2 : AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIEES	48
5.3. VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAUX	56
5.4. VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE.....	59
5.5. VOLET 5 : ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET A LA PARTICIPATION	71
5.6. VOLET 6 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE.....	74
5.6.1. <i>Les Etablissements Hospitaliers (EH)</i>	75
5.6.2. <i>Les Autres Etablissements de Recherche</i>	78
5.7. VOLET 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION.....	80
6. CADRAGE BUDGETAIRE ET MACRO-ECONOMIQUE	96
LES HYPOTHESES SOUS-JACENTES	97
L'EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DU NIVEAU BENEFICIAIRE.....	99

6.1.	L'EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DU TYPE DES DEPENSES.....	100
6.2.	L'EVOLUTION DES RESSOURCES EN FONCTION DES ZONES DE PAUVRETE.....	101
7.	PLANIFICATION, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PRODESS.....	101
7.1.	LA GESTION DE L'APPROCHE SECTORIELLE	101
7.2.	LE CADRE GENERAL	102
7.3.	LES FONCTIONS PAR NIVEAU.....	103
7.4.	LES ACTEURS.....	104
7.5.	LES ORGANES D'ORIENTATION, DE COORDINATION ET D'EVALUATION	106
7.6.	LES INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS :.....	107
8.	LIENS ET SYNERGIE AVEC AUTRES PROGRAMMES.....	108
	ET INITIATIVES.....	108
8.1.	LA SYNERGIE AVEC LA COMPOSANTE DE DEVELOPPEMENT SOCIAL :	108
8.2.	LA SYNERGIE AVEC LA DECENTRALISATION	109
8.3.	LA SYNERGIE AVEC LE CSLP.....	109
8.4.	LA SYNERGIE AVEC LE CDMT	115
8.5.	LA SYNERGIE AVEC LE FONDS GLOBAL ET LES ODM.....	116
9.	COUT ESTIMATIF ET PLAN DE FINANCEMENT	116
10.	CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES.....	118
10.1.	LES CONDITIONS DE REUSSITE.....	119
10.2.	LES RISQUES.....	120
11.	PERSPECTIVES A MOYEN TERME.....	120
	NOTE SUR LES OBJECTIFS CHIFFRES DU PRODESS II	61

LES ANNEXES

Cadres logiques des 7 volets

Indicateurs PRODESS II, composante santé

Détails du budget et plan de financement

Textes législatifs et réglementaires adoptés au cours de la mise
en œuvre du PRODESS I.

ACRONYMES

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANEH	Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités territoriales
ARV	Anti Rétro Viraux (médicament)
ASACO	Association de Santé Communautaire
AT	Assistance Technique
ATR	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
BM	Banque Mondiale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDSES	Centre Communal de Développement Social et de l'Economie Solidaire
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2003-2007
CEPRIS	Cellule d'Exécution du Programme de Renforcement des Infrastructures Sanitaires.
CESAC	Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil
CIPGE	Comité Intersectoriel Permanent de Gestion des Epidémies
CNAM	Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie
CNIECS	Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé
CNMT	Centre National de Médecine Traditionnelle
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant.
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux.
CS	Comité de Suivi
CSA (R)	Centre de Santé d'Arrondissement (Revitalisé)
CSC	Centre de santé de cercle
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CSREF	Centre de santé de référence
CT	Comité Technique
DAF	Direction Administrative et Financière
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DN	Division Nutrition (DNS)
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
DNPSES	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPLM	Division Prévention et Lutte contre la Maladie
DPM	Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt Répartiteur de Cercle
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire.
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	Développement Social

DV	Dépôt de Vente.
EDS-M	Enquête Démographique et de Santé (du Mali)
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPSTC	Etablissement Public à caractère Scientifique Technologique et Culturel
ESC	Equipe de Santé de Cercle
ESS	Ecole Secondaire de la Santé
FAM	Fonds d'Assistance Médical
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FSN	Fonds de Solidarité Nationale
GAR	Gestion Axée sur des Résultats
GP (SP, DS)	Groupe Pivot (Santé/ Population, Développement Social)
IMAARV	Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétro- viraux
IML	Institut Médico-Légal
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA	Institut d'Ophtalmologie Tropicale pour l'Afrique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNS	Laboratoire National de la Santé
MARH	Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière
MATCL	Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales
MDRH	Mission de Développement des Ressources Humaines
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCCGE	Organisation de Coordination de la Lutte contre les Grandes Endémies
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
PCIME	Prise en charge Intégrée des maladies de l'Enfant
PdE	Projet d'Etablissement
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDI	Programme de Développement Intégré
PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PLNS	Programme National de Lutte contre le Sida
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNRS	Politique Nationale de Recherche en Santé
PO	Programme Opérationnel (annuel)
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTI	Programme Triennal d'Investissements
RBC	Réhabilitation à Base Communautaire
SDA/ME	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SLIS/SNIS	Système Local/National d'Informations Sanitaires

SMCU	Soins Médico-Chirurgicaux d'Urgence.
SNLP	Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté
SOU (B/C)	Soins Obstétricaux d'Urgence (de Base / Complets)
SWAp	Sector Wide Approach (Approche Sectorielle)
UMIR	Unité Mobile d'Intervention Rapide
UMPP	Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne.

RESUME

Pour la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998 – 2007, le Gouvernement a opté pour l'approche sectorielle. Le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'est organisé autour de deux Composantes, la Composante Santé et la Composante Développement Social.

Le contexte du CSLP et du CDMT

Sur le plan national il est apparu nécessaire d'intégrer les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro économique cohérent. C'est ainsi qu'un groupe, piloté par le département de la santé, a élaboré une « composante santé et population » adoptée en septembre 2001. En 2002, le Gouvernement a validé le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

Le Ministère de la Santé (MS) a élaboré en 2003 le CDMT du secteur de la santé. Ce CDMT est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le CSLP. Les objectifs du CSLP visent à atteindre à long terme (2015) les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le CDMT s'inscrit dans le cadre des réformes de la gestion publique (Programme de Développement Institutionnel) en cours au Mali visant à améliorer la santé et faire reculer la pauvreté.

La politique actuelle de décentralisation est en convergence avec la lutte contre la pauvreté, en favorisant la démocratie locale, la participation consciente des populations à l'exercice du pouvoir et au développement à travers la gestion des collectivités territoriales et la prise en compte du genre.

La phase diagnostique du PRODESS I

Il n'y a pas encore suffisamment de recul pour pouvoir quantifier l'impact du PRODESS depuis qu'il a atteint sa vitesse de croisière, c'est à dire depuis 2000-2001. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration de la phase II du PDDSS, le diagnostic de la situation à la fin de la phase I est une étape indispensable dans la préparation du deuxième quinquennat du PDDSS. La situation sanitaire au Mali est caractérisée, après la mise en œuvre du PRODESS I, par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant. Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent les déterminants qui sont à la base du bas niveau de santé de la population. Les infections sexuellement transmissibles persistent, notamment la pandémie du VIH/SIDA. Par ailleurs, on constate l'émergence de maladies non transmissibles dites de génération (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux, etc.).

Selon l'EDSM-III le taux de mortalité maternelle est estimé entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes ce qui apparaît toujours élevé et pratiquement inchangé par rapport au taux de l'EDSM-II. L'analyse des résultats de l'EDSM-III montre que le comportement procréateur constitue un risque important car la fécondité reste extrêmement élevée (l'indice synthétique de fécondité est de 6,8). Il existe également un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et celles avec un intervalle inter gésénique court.

Santé et pauvreté

L'ampleur de la pauvreté varie selon le milieu de résidence (urbain, rural), le secteur d'activité (primaire, secondaire et tertiaire), l'âge et le sexe. Pour apprécier le lien entre l'état de santé des populations et l'utilisation des services de santé avec le degré de pauvreté, le pays a été divisé en zones selon le gradient de pauvreté. Ainsi les régions du Mali ont été regroupées en 3 zones selon le degré de pauvreté basé sur la proportion de pauvres vivants dans les régions (zone 1 : très pauvre, zone 2 : moyennement pauvre et zone 3 : moins pauvre).

La zone 1 couvre les régions de Mopti, Koulikoro, Ségou et Sikasso ; cette zone abrite 66% de la population du Mali. La zone 2 couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal, elle est 3 fois moins peuplée que la zone 1. Le district de Bamako constitue la zone 3, il couvre 13% de la population.

Dans les orientations pour le PRODESS II, l'emphase sur la population pauvre doit permettre (i) la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; et (ii) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux besoins en soins maternels, prénatals, obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

Les orientations en matière de soins de santé

En ce qui concerne les orientations en matière de soins de santé, l'accent sera mis sur l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres : constructions, réhabilitations, relance de CSCOM non fonctionnels, ainsi que le développement de partenariats avec des prestataires du secteur privé. Des stratégies alternatives (stratégie avancée, équipes mobiles et relais communautaires, promotion des pratiques familiales) seront développées dans les zones enclavées et peu peuplées. Dans la zone 1 (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro), les indicateurs de mortalité et de morbidité sont les plus élevés du pays et il faut aussi améliorer la qualité et favoriser la fréquentation des structures existantes. Dans la zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), les populations ont nettement moins accès aux services essentiels et il faut commencer par renforcer les activités des équipes mobiles. Dans la zone 3 (urbaine : Bamako), il s'agit de promouvoir des approches multisectorielles adaptées aux quartiers les plus pauvres, incluant notamment la lutte contre la malnutrition et la prévention active du VIH/SIDA.

Les stratégies IEC seront renforcées, ainsi que les actions de prévention, les approches multisectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres. En particulier, on peut souligner le développement de l'initiative « un cercle, une ONG », la professionnalisation du Centre National d'Information, d'Education et de Communication en santé (CNIECS), la promotion de l'approche contractuelle (contrats de performance avec les collectivités locales, les communautés, les ONG et les structures de l'Etat), le soutien aux initiatives innovantes de financement alternatif, de solidarité et de protection sociale, la mise en place de mécanismes assurant la participation effective des groupes cibles (femmes, jeunes, handicapés,...) dans la promotion de la santé.

Il faudra également renforcer la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, contre le paludisme, contre le VIH/SIDA et contre les principales maladies opportunistes et évitables. En particulier, il faudra mettre en œuvre le plan sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA (voir ci-dessous).

En matière de lutte contre la malnutrition, il s'agira entre autre de favoriser la mise en œuvre d'une politique nationale multisectorielle, d'améliorer les conditions des femmes et des enfants, de réduire la prévalence de la malnutrition globale et des carences en micro nutriments (iode et fer) dans les zones périurbaines, rurales, arides et semi-arides.

Orientations concernant le VIH/Sida et Développement

Quant aux orientations concernant le VIH/Sida et Développement, le programme vise à : prévenir la transmission dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables et la transmission mère enfant ; à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et à alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ; réduire l'impact sur les services de santé ; à instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

En cohérence avec les objectifs et conformément à la politique gouvernementale, des axes stratégiques ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du Plan sectoriel de la Santé 2005-2009 relatives au programme national de lutte contre le SIDA. Le programme prévoit entre autres une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de Centres de Soins d'Animation et de Conseil (CESAC) dans les régions pour la prise en charge décentralisée des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Orientations en matière de Population

En ce qui concerne les orientations en matière de Population, la lutte contre la pauvreté implique d'une part le recul de tous les facteurs de distorsion économique et sociale et, d'autre part, la recherche d'un équilibre entre la dynamique démographique et le développement économique et social. Ces exigences commandent une intégration plus poussée de la problématique démographique dans la stratégie et les actions du PRODESS

Le cadre logique de la composante santé

La logique des interventions définies dans le cadre de la composante santé est intimement liée aux objectifs et aux stratégies du CSLP. Celle-ci a été établie tout d'abord dans un cadre logique par volet. La méthodologie utilisée était celle de la GAR (Gestion Axée sur les Résultats).

A partir de la définition de l'effet spécifique de chaque volet, on a défini les extrants. Chaque extrant est à réaliser à travers un certain nombre d'interventions (activités et investissements). Pour chaque effet spécifique et extrants un ou plusieurs indicateurs ont été définis.

Les résultats stratégiques de la composante Santé du PRODESS II sont ceux du CSLP : la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et en luttant contre les carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

La composante santé du PRODESS II comprend les sept volets suivants :

- VOLET 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires
- VOLET 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines
- VOLET 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.
- VOLET 4: Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie.
- VOLET 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation
- VOLET 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche.
- VOLET 7: Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation

Convergences avec la composante développement social

Quand on compare les 7 volets de la composante santé avec les 5 volets de la composante Développement Social, on peut identifier deux axes de convergence entre les deux composantes :

- 1) l'axe de convergence concernant la participation communautaire.
- 2) l'axe de convergence des interventions relatives aux mécanismes de financements alternatifs de la santé (AMO, FAM, Pré paiement, Mutualité, Organisation de la référence et de la contre référence).

La réalisation des objectifs des programmes de santé nécessite le soutien et l'accompagnement des actions du développement social ainsi que celles de l'éducation, de l'hydraulique, du développement rural et de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

Le financement de la composante santé

Sur la base des stratégies de production de santé et de politique de santé qui ont été retenus dans le cadre logique du CDMT santé, on a spécifié la marge budgétaire dont le MS devra disposer en rapport avec une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur : on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes sources confondues de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2009.

Le CDMT donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus. Ce qui est innovant dans ce document, c'est l'abandon de la structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles.

Dans le PRODESS II une attention particulière sera portée à l'allocation et à la gestion des ressources humaines et financières du secteur de la santé. Les résultats suivants sont visés : augmentation absolue et relative des dépenses publiques de santé, augmentation de la subvention publique aux régions et groupes défavorisés, aux CSCOM non viables, aux personnels en poste dans les zones difficiles, développement des mécanismes de financement des services de santé essentiels pour les pauvres, décentralisation de la gestion, renforcement de la dimension genre.

Planification, gestion, suivi et évaluation du PRODESS

Le PDDSS est mis en œuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali,

la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre d'appui au développement et à la mise en œuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les PTF, au lieu de financer des activités dans une logique de projet, cofinancent les activités d'un programme afin de garantir la cohérence de la politique de santé. Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées.

Les premières expériences avec l'approche sectorielle lors du PRODESS I ont permis des avancées même si les performances souhaitées n'ont pas été atteintes. Les causes de ce résultat mitigé sont connues : (i) la transition du système de santé sur le plan institutionnel et organisationnel a été difficile et a ralenti la mise en œuvre des volets du PRODESS ; (ii) le renforcement du MS et de ses démembrements, qui était en fait une pré condition pour permettre un véritable leadership par le MS, n'a été effectué que partiellement et (iii) la plupart des PTF ont continué à mettre en œuvre leur appui selon des modalités plus proches de l'approche projet traditionnelle. Même à la fin du PRODESS I, le MS et les régions/cercles ont dû gérer un amalgame de procédures et d'outils, ce qui n'a certainement pas facilité la réduction des coûts de transaction¹. Le PRODESS II commencera malheureusement avec cet héritage. Entre temps, il est aussi devenu nécessaire de réviser le manuel de procédures du PRODESS Par ailleurs, le MS et plusieurs PTF sont maintenant en faveur d'une transition rapide vers la modalité de l'appui budgétaire.

¹ coûts de transaction (transaction costs) d'un programme : les frais pour la mise en œuvre du programme, qui ne sont donc pas directement liés au contenu du programme.

1. INTRODUCTION

Pour la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998 – 2007, le Gouvernement a opté pour l'approche sectorielle. Le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'est organisé autour de deux Composantes, la Composante Santé et la Composante Développement Social.

Une évaluation externe à mi-parcours du PDDSS (parfois indiquée comme évaluation finale du PRODESS I) a eu lieu en septembre 2002. Selon cette évaluation « *le Programme est construit sur une analyse objective de la problématique sanitaire et sociale (incidence de la pauvreté, forte morbi-mortalité, faible fréquentation des services de soins et insuffisance des ressources humaines). L'approche sectorielle qu'il suit est innovante et constitue une rupture avec la démarche précédemment suivie dans le secteur de la santé (approche projet). La pertinence de sa conception résulte de la bonne complémentarité des volets entre eux et de sa construction autour de quatre principes directeurs : (i) intégrer les problématiques sanitaire, sociale et de lutte contre la pauvreté, (ii) privilégier les partenariats avec les acteurs institutionnels (secteur public et Partenaires au Développement) et la Société Civile (acteurs privés, Collectivités Territoriales et Communautés) dans le cadre du processus de décentralisation dans lequel le pays s'est engagé, (iii) confier à des organismes pérennes la mise en œuvre des activités et, (iv) recourir à des mécanismes financiers responsabilisant l'institution sanitaire et les structures opérationnelles, préparant ainsi la transition vers un financement sous forme d'appui budgétaire.*²

C'est, entre autres, sur la base de cette évaluation qu'un travail diagnostique a été lancé en 2003 pour tirer les leçons du premier quinquennat. Cette phase diagnostique a été menée selon une approche participative, avec le concours de quelques groupes thématiques. Ces groupes ont aussi fait l'inventaire des acquis et des mesures non réalisées entre 1998 et 2002. Plusieurs études et les résultats de l'enquête Démographique et de Santé Mali III ont permis de compléter l'image. Ainsi, l'élaboration du document PRODESS II composante santé a commencé début 2004 et cette année a été considérée comme une année de transition vers le PRODESS II.

Quant à la structure de ce document : les chapitres *Contexte, Orientations et domaines prioritaires* expliquent le lien du PRODESS II avec entre autres le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ainsi que la réforme de l'Administration Publique. Le Chapitre *Analyse de situation* retrace en détail les résultats obtenus et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du PRODESS I et tire des conclusions. Les chapitres suivants présentent les sept volets de la composante santé, le cadre macro-économique, ainsi que les modalités de mise en œuvre. Les sept volets sont également présentés sous forme de cadre logique dans l'Annexe N° 1.

Le chapitre *Coût estimatif et plan de financement* est basé sur le CDMT et discute les principes et méthodes qui ont permis de faire les prévisions budgétaires. Les détails sur le financement du PRODESS II se trouvent en Annexe N°3.

² Extrait Rapport d'Evaluation Externe PRODESS I

2. CONTEXTE

En 1998, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté (SNLP) a été adoptée et le Gouvernement a validé en 2002 un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) qui sert de cadre d'orientation et de référence en la matière. En effet, sur le plan national il est apparu nécessaire d'intégrer les différentes politiques et stratégies sectorielles dans un cadre macro économique cohérent. Ainsi, le groupe thématique « Santé et Population » piloté par le département de la santé a élaboré une « composante santé et population » adoptée en septembre 2001 et intégrée au cadre national de réduction de la pauvreté en 2002.

En 2000 le Mali avait réuni les conditions pour pouvoir bénéficier des ressources dans le cadre de l'initiative de l'allègement de la dette pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

Après l'adoption par le gouvernement d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), le Ministère de la Santé (MS) a élaboré en 2003 un CDMT pour le secteur de la santé. Ce CDMT est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le CSLP. Les objectifs du CSLP visent à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Le CDMT s'inscrit dans le cadre des réformes de la gestion publique (Programme de Développement Institutionnel) en cours au Mali visant à améliorer la santé et faire reculer la pauvreté.

La politique actuelle de décentralisation est en convergence avec la lutte contre la pauvreté ; ce cadre favorise la démocratie locale, la participation consciente des populations à l'exercice du pouvoir et au développement à travers la gestion des collectivités territoriales décentralisées.

Par ailleurs, le Mali ayant souscrit à la réalisation des Objectifs identifiés dans le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), lancé officiellement le 23 octobre 2001, le CSLP intègre ces objectifs en les adaptant à son contexte national.

Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel pour lequel il n'y a pas de consensus sur une définition ou un concept unique. Les études antérieures réalisées au Mali sur le sujet ont révélé qu'il existe trois formes de pauvreté. Il s'agit de (1) la pauvreté de conditions de vie (manque dans les domaines relatifs à l'alimentation, l'éducation, la santé, le logement etc.) ; (2) la pauvreté monétaire ou de revenu qui exprime une insuffisance de ressources engendrant une consommation insuffisante et (3) la pauvreté de potentialité caractérisée par le manque de capital (accès à la terre, aux équipements, au crédit, à l'emploi, etc.).

Les mesures de la pauvreté des conditions de vie ont été faites sur la base d'un indice de pauvreté, calculé pour chaque localité en admettant que la pauvreté peut être appréciée à travers l'offre de services sociaux de base (santé, éducation, eau potable, etc.) aux communautés.

Le CSLP répond au double défi auquel le Mali est confronté : a) élaborer une politique nationale capable d'assurer une croissance forte et durable et un développement plus efficace ; et, b) mettre en œuvre les voies et moyens qui permettent d'intégrer les pauvres dans ce processus de croissance et de développement. La démarche participative a été pratiquée tout au long de la préparation du CSLP, et cela de différentes façons.

Malgré cette approche participative, deux constats sont à faire : d'une part, au-delà de la consultation de la société civile sur de grands sujets ou programmes, la participation et la concertation ne sont pas encore largement établies en tant que pratique constante et mode de gestion des affaires publiques ; d'autre part, le processus participatif qui a été initié dans le cadre du CSLP n'a pas été suffisamment ciblé pour permettre un dialogue soutenu avec les parties pauvres de la population, faute d'une organisation suffisante de cette catégorie sociale. Un effort important sera fait à l'avenir pour une amélioration significative de ce processus.

La SNLP, élaborée selon une approche participative, est bâtie autour de huit axes stratégiques assortis d'un programme d'actions prioritaires sur la période 1998-2002.

Les axes stratégiques sont les suivants :

- Améliorer l'environnement économique, politique, juridique, social et culturel en faveur des pauvres ;
- Promouvoir des activités génératrices de revenu et l'auto emploi en faveur des pauvres ;
- Améliorer l'accès des pauvres aux services financiers et aux autres facteurs de production ;
- Promouvoir le développement et améliorer les performances des filières agroalimentaires dans lesquelles sont concentrés les pauvres ;
- Améliorer l'accès des pauvres à l'éducation et à la formation ;
- Promouvoir l'accès des pauvres à la santé de base, à la nutrition, à l'eau potable et à l'assainissement ;
- Améliorer les conditions d'habitat des pauvres ;
- Assurer une coordination efficace de la stratégie.

L'objectif prioritaire général du CSLP est de réduire la pauvreté pour parvenir à une incidence de 47,5 % en 2006, soit une diminution d'un tiers de l'incidence de la pauvreté actuelle (63.8%) par la mise en œuvre de l'ensemble des politiques sur les quatre prochaines années.

Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT)

Jusqu'à nos jours, la programmation/budgétisation à moyen et long terme pour le secteur de santé ne permettait pas facilement de faire les liens entre les ressources utilisées et les indicateurs de résultats (accès, couvertures, utilisation) intermédiaires sur la voie de l'amélioration des indicateurs d'impact (morbidités et mortalités, ..). En effet, les Plans Opérationnels se constituaient essentiellement d'un ou de deux programmes absorbant plus de 80 % des ressources planifiées ; ce qui rendait quasi-impossible l'analyse de l'utilisation des ressources et résultats obtenus, l'évaluation de la performance des stratégies adoptées, des actions mises en œuvre, et de la capacité d'absorption efficiente des unités d'exécution.

L'architecture du CDMT se base sur celle du CSLP. Le CDMT constitue un puissant document de planification, de programmation budgétaire et de négociation. Pour cela il permet le passage d'un budget de moyens à un budget de résultats rendant visibles les performances des programmes à lever les goulots d'étranglement. Il s'inscrit dans les réformes de la gestion publique en cours au Mali qui sont basées sur la recherche de l'efficacité des dépenses et le suivi des résultats. Ainsi il favorise une augmentation de la qualité de la gestion budgétaire, une meilleure connaissance des effets des dépenses. Il a un objectif de prévisibilité des ressources et une perspective de déconcentration.

La mise en œuvre d'un CDMT devra permettre plus aisément un suivi de la dépense publique de santé dans le cadre d'une évaluation de la performance.

Par ailleurs, l'analyse de la programmation de 2002 a permis de dégager les constats relatifs à l'allocation des ressources financières en terme de nature de dépense, de niveau bénéficiaire et de sous-programmes spécifiques. Sur cette base, le CDMT donne des orientations pour un équilibre plus efficient de la dépense en santé pour les années à venir.

Le CDMT est le document de référence pour la mise en œuvre des politiques et activités décrites dans le CSLP. Les objectifs du CSLP visent à atteindre à long terme les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015.

Le CDMT permet au Ministère de la Santé de :

- dégager, dans le cadre d'un budget programme cohérent, les principales stratégies et actions soutenables et qui conditionnent la performance du secteur et en estimer les coûts additionnels nécessaires,
- prévoir les ressources budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés au secteur,
- déterminer ainsi, de manière prévisionnelle, l'enveloppe budgétaire annuelle du secteur durant la période 2005-2009 en tenant compte de l'évolution budgétaire globale du pays et des apports attendus des bailleurs de fonds sur ladite période.

Pays Pauvres Très Endettés (PPTE)

Sur la période 2002 –2004, la partie des ressources de l'Initiative PPTE destinée au secteur de la santé/ population (qui est un des secteurs prioritaires) s'élève à 15,0 %. Ainsi, ce secteur prend la deuxième place, après le secteur de l'éducation, par rapport au volume des ressources allouées.

La décentralisation administrative

La réforme administrative au Mali de 1969 à 1990 a essentiellement visé la diminution du coût de fonctionnement de l'Administration dans le budget d'Etat. Cette approche louable en soi est mise en œuvre par la réduction du nombre et de la taille des services publics, l'introduction des cadres organiques, la privatisation et ou la liquidation d'entreprises publiques structurellement déficitaires etc. Le principal reproche fait au processus de réforme au Mali est la faible prise en compte des aspects sociaux. En effet, la réforme n'a jamais véritablement visé les questions de motivations des agents publics travaillant dans les zones difficiles ou défavorisées. Il en est de même de la gestion des rares compétences restées dans le secteur public après la saignée des départs volontaires.

Aujourd'hui, le processus démocratique et de Décentralisation / Déconcentration fonde beaucoup d'espoir sur la politique actuelle de décentralisation, en vue de lutter contre la pauvreté, en favorisant la démocratie locale, la participation consciente des populations à l'exercice du pouvoir et au développement à travers la gestion des collectivités décentralisées.

Programme de Développement Institutionnel (PDI)

Ce programme vise à restaurer le crédit de l'Etat à travers la décentralisation, le désengagement de l'Etat du secteur productif, la démocratisation de la vie publique et la satisfaction des attentes des usagers. Le programme se veut une réponse aux problèmes constatés, comme le cloisonnement des administrations, l'absence d'une politique cohérente en ressources humaines, la faible qualité des services offerts aux usagers, etc. Le PDI est axé sur les cinq composantes suivantes : (i) la réorganisation des administrations centrales et le renforcement de la gestion publique ; (ii) le renforcement de la déconcentration ; (iii) la consolidation de la décentralisation ; (iv) le renforcement des capacités des ressources humaines et (v) la communication et les relations avec les usagers.

C'est dans ce cadre qu'un audit des missions des services publics a été mené en 2004. Pour le MS, deux structures ont fait l'objet d'une analyse, à savoir la DNS et la DPM.

La lutte contre le VIH/SIDA

Même si le taux de séro-prévalence ne semble pas alarmant (1,7%, EDSM-III), la nécessité a été reconnue de passer au Mali à une intensification et diversification de la lutte contre ce fléau. Sur la base de la vision et des choix stratégiques développés dans l'Etude Prospective Nationale Mali 2025, ainsi que sur les engagements pris lors des conférences régionales et internationales, une Politique Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA a été élaborée. Cette politique a comme finalité de (i) soutenir les communautés pour réduire le risque et la vulnérabilité à l'infection, (ii) sauver des vies et soulager la souffrance humaine et (iii) atténuer l'impact global de l'épidémie sur le développement.

Dans le cadre de la restructuration du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) en cours, il a été créé un Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA, placé sous la haute présidence du Président de la République. Le Bureau de Coordination du PNLS a été rattaché au Secrétariat Général du MS. Le caractère intersectoriel de la lutte se traduit par la participation et l'implication effective de neuf départements ministériels qui disposent chacun de points focaux formés en matière de VIH/développement et de plans sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, il est à noter que l'implication active dans la lutte des départements autres que la santé est encore faible.

La mise en œuvre des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA accorde une attention particulière aux pauvres.

3. ANALYSE DE SITUATION

Il n'y a pas encore suffisamment de recul pour pouvoir quantifier l'impact du PRODESS depuis qu'il a atteint sa vitesse de croisière, c'est à dire depuis 2000-01. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration de la phase II du PDDSS, le diagnostic de la situation à la fin de la phase I devient une étape indispensable dans la préparation du deuxième quinquennat du PDDSS.

Dans les pages qui suivent, nous présentons les facteurs qui ont déterminé l'évolution de l'état de la santé des populations et du fonctionnement du système de santé pendant le quinquennat du PRODESS I. Il ne s'agit donc pas d'un bilan de la mise en œuvre du PRODESS I, ni d'une évaluation des atouts et faiblesses.

Ce chapitre est en grande partie basé sur des analyses déjà effectuées dans le cadre de l'évaluation finale du PRODESS I, de l'élaboration du CSLP et du CDMT, ainsi que du travail diagnostique des groupes thématiques.

Les priorités du PRODESS I, qui visaient à réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies et à contribuer à la réduction de l'exclusion sociale, avaient été traduites en 5 volets. Etant donné que la plupart des éléments d'information³ utilisés pour cette analyse sont discutés selon cette logique, le présent diagnostic est présenté également sur ces 5 volets. Avant de discuter la situation par rapport à chacun des cinq volets du PRODESS I, ce chapitre fait le point de l'état de santé de la population malienne et analyse quelques facteurs généraux et transversaux, qui ne sont pas liés spécifiquement à un des cinq volets : [il s'agit du volet 2 consacré à la lutte contre l'exclusion sociale traité dans le document du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Âgées.](#)

3.1. Etat de santé

L'adoption et la mise en œuvre par le Mali en 1990 d'une politique sectorielle de santé basée sur la stratégie des soins de santé primaires et sur l'Initiative de Bamako (décentralisation et participation communautaire) a résulté en l'amélioration notable de l'accès aux services de santé primaires. Malgré cela les indicateurs de santé au Mali sont restés parmi les plus bas du monde.

La situation sanitaire au Mali est caractérisée, après la mise en œuvre du PRODESS I, par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant. Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent les déterminants qui sont à la base du bas niveau de santé de la population. En plus, les infections sexuellement transmissibles persistent, notamment la pandémie du VIH/SIDA. On constate l'émergence de maladies non transmissibles dites de génération (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles mentaux, etc.).

3.1.1 Etat nutritionnel :

L'analyse PROFILES indique que 51% de la mortalité infanto juvénile est attribuable à la malnutrition.

Les carences protéino-caloriques constituent la forme de malnutrition la plus répandue, particulièrement chez l'enfant.

La sous-alimentation, la malnutrition et les maladies infectieuses sont des problèmes majeurs qui affectent la situation socio-économique du pays.

Le facteur essentiel pour la consommation alimentaire est la réalisation de la sécurité alimentaire par la maîtrise de l'approvisionnement et la gestion des stocks qui assure la disponibilité permanente en produits alimentaires.

³ Rapports diagnostiques des groupes thématiques, rapport d'évaluation finale du PRODESS I, etc.

L'interaction entre nutrition et infection explique, d'une part, la sévérité de nombreuses infections et le taux élevé de la mortalité associée aux maladies infectieuses de l'enfant, et d'autre part, le fait que les maladies infectieuses sont un des principaux facteurs responsables de la malnutrition infantile. Les pauvres (surtout les mères et les enfants) sont désavantagés devant les infections et payent de ce fait, un lourd tribut à cause de leur état nutritionnel déficient (sous-nutrition chronique ou aiguë) qui les rend vulnérables aux infections. Ils n'ont pas les ressources et l'éducation nécessaires pour s'alimenter correctement et pour se faire soigner. Cette situation est aggravée par les difficultés d'accès à des services de santé de proximité de qualité.

Les déficiences en micro-nutriments concernent le fer qui occasionne l'anémie, la vitamine A qui affecte essentiellement la vision et la croissance. Malgré la disponibilité quasi-permanente de vitamine A, l'absence d'une véritable stratégie de distribution en limite l'accès selon EDSM-III. La faible consommation de sel iodé entraîne un retard dans le développement mental de l'enfant et affecte la fonction thyroïdienne chez l'adulte. Toutefois, l'EDSM-III révèle une amélioration de la disponibilité en sel iodé dans les ménages.

3.1.2 Maladies liées à l'eau :

L'eau est à la fois source de santé et source directe et indirecte de transmission de maladies (salmonelloses, diarrhées, paludisme, choléra, schistosomiasis, dracunculose etc.). L'eau potable est source de vie et de santé en tant que facteur préventif (eau de boisson) et curatif (solution de réhydratation orale, solutés...). La situation en matière d'eau potable au Mali est caractérisée, selon le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau, par de grands progrès réalisés depuis l'indépendance du pays jusqu'en 2003 en la matière. En milieu urbain, 61% des besoins sont satisfaits dans 16 (seize) localités. Toutefois, 2226 villages, fractions et sites pastoraux demeurent toujours dépourvus de points d'eau moderne. De plus, 3400 villages et fractions ne disposent pas d'un nombre suffisant de points d'eau modernes pour couvrir leurs besoins.

3.1.3 Autres déterminants de l'état de santé :

Le manque d'information et l'ignorance dus au faible niveau d'instruction sont parmi les principales causes du mauvais état de santé et de bien-être de l'enfant. Au Mali, la scolarisation ne touche, en 2001 – 2002, que 65,8% des enfants ; celle des filles représente 54,3% par rapport à celle des garçons. La majorité des maliens est analphabète et peu scolarisée (57% des hommes et 23% des femmes sont alphabétisés). L'Etat malien alloue plus du quart de son budget à l'éducation (27%) en 2001. Malgré cet effort, l'offre d'éducation reste faible. Cet état de fait a un impact négatif sur le niveau de santé de la population, particulièrement celui des femmes. Le niveau d'éducation sanitaire qui favorise l'adoption de comportements favorables à la santé demeure lui aussi très bas et est un facteur décisif dans la persistance de déterminants qui ont un impact négatif sur la santé tels que la prévention et l'hygiène, la planification familiale. L'expérience de collaboration entre la santé et l'éducation en matière d'Education à la vie familiale et éducation en matière de population (EVF/EMP) et les activités préventives et promotionnelles développées au sein des établissements scolaires n'ont été ni évaluées ni capitalisées.

L'insalubrité de l'environnement expose aux maladies infectieuses. Le niveau d'éducation sanitaire peu élevé favorise l'adoption de comportements défavorables à l'instauration de pratiques préventives et promotionnelles de vie saine. L'amélioration des conditions d'hygiène alimentaire et environnementale, notamment en matière d'hygiène du milieu, d'habitat décent, de nutrition et de prophylaxie des maladies transmissibles, constitue des domaines d'action susceptibles de contribuer grandement à l'amélioration de la situation sanitaire globale.

Selon l' EDSM-III, le taux de mortalité maternelle est estimé entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui apparaît toujours élevé et pratiquement inchangé par rapport au taux de l'EDSM-II.

L'analyse des résultats de l'EDSM-III montre que le comportement procréateur constitue un risque important car la fécondité reste extrêmement élevée (l'indice synthétique de fécondité est de 6,8). Il existe également un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle inter-général court.

3.1.4 Maladies émergentes :

Les maladies émergentes et réémergentes d'envergure mondiale comme le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme demandent une lutte concertée contre ces fléaux. Certaines maladies sont en voie d'éradication au Mali et dans la sous-région telles que la dracunculose et la poliomyélite, malgré un regain de cette dernière. D'autres demeurent latentes dans la sous-région après des opérations visant à leur éradication (onchocercose, trypanosomiase, lèpre, fièvre jaune). La méningite cérébro-spinale et le choléra se manifestent dans la sous-région sous forme endémique, avec des manifestations épidémiques récurrentes.

3.1.5 Démographie et santé :

La problématique de population au Mali se caractérise par une croissance démographique rapide (taux de croissance naturel d'environ 3 % par an) qui accroît les besoins, modérée par une forte émigration (taux d'accroissement net de la population d'environ 2.4%) notamment de la population adulte, avec comme conséquence l'importance prise par la population jeune (46 % ont moins de 15 ans).

3.2. Santé et pauvreté⁴

La pauvreté est devenue un phénomène généralisé au Mali : 64 % et 21 % de la population totale vivent respectivement dans la pauvreté et dans l'extrême pauvreté. Le revenu par habitant au Mali est estimé à 240 dollars US (comparé à une moyenne de 510 dollars US pour l'Afrique Subsaharienne en 1998)⁵.

Grâce aux données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSM-II et III) sur les biens et équipements des ménages, le logement, les moyens de transport, les indicateurs de santé et de comportement des ménages ont pu être examinés par groupes socio-économiques ou quintiles repartis en très pauvre, pauvre, moyennement pauvre, moyennement riche.

Si la pauvreté est essentiellement rurale, elle touche aussi de plus en plus les grandes villes en raison de la dégradation du marché du travail et des migrations.

La pauvreté se manifeste en termes d'absence de capacités dans les domaines majeurs du bien-être : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé, habitat insalubre, participation réduite à la vie économique et sociale. Les trois facteurs de risque les plus cités par les populations elles-mêmes portent sur l'alimentation, la maladie et l'absence de travail.

Parmi les obstacles à la réduction de la pauvreté il y en a plusieurs qui sont directement liés au secteur de santé: difficultés d'accès aux services de base, problèmes de gouvernance et de gestion publique, ainsi que la faiblesse des mécanismes de protection sociale.

L'ampleur de la pauvreté varie selon le milieu de résidence (urbain, rural), le secteur d'activité (primaire, secondaire et tertiaire), l'âge et le sexe. En effet, la population pauvre est, dans une proportion de 88 % implantée en milieu rural et touche beaucoup plus les femmes que les hommes. L'incidence de la pauvreté est de 75,9 % en milieu rural contre 30,1 % en milieu urbain.

L'incidence et la profondeur de la pauvreté varient selon les régions.

En ce qui concerne l'incidence de la pauvreté, le district de Bamako (28,6 %) enregistre l'incidence la plus faible tandis que l'incidence la plus élevée est enregistrée dans la région de Kidal (92,8 %). S'agissant de la profondeur de la pauvreté, on note que la région de Mopti avec 53,1% a la profondeur la plus élevée tandis que le district de Bamako enregistre la profondeur la plus faible (14,8%).

⁴ Ce chapitre est en grande partie basé sur le document final CSLP du 29/5/2002

⁵ Rapport sur le Développement Humain (PNUD, année.....)

Les pauvres sont concentrés (80%) dans quatre grandes régions du Mali (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro).

Les indicateurs de santé restent préoccupants au regard de l'Afrique subsaharienne et d'importantes disparités existent entre milieu urbain et rural, régions et groupes socioéconomiques. La surmortalité des groupes les plus pauvres reste malgré tout largement due à des affections évitables.

Les ménages les plus pauvres voient leur comportement en matière de santé influencé par le faible niveau d'éducation des mères, le faible accès géographique à des services fonctionnels, et le manque d'information, les pauvres étant moins informés que les moins pauvres sur les comportements favorables à la santé. L'influence du coût des services de soins et du coût de transport sur le comportement est mal connue. La plupart des services de santé sont moins utilisés par les pauvres que par les non pauvres et moins par ceux du milieu rural que ceux du milieu urbain. Les dépenses de santé des ménages apparaissent d'un ordre de grandeur fondamentalement différent entre non pauvres et pauvres.

L'analyse des autres facteurs affectant le cadre de vie fait ressortir plusieurs autres éléments avec des conséquences néfastes sur l'état de santé des maliens: Par exemple, en matière d'assainissement, seulement 8% des ménages disposent d'installations adéquates pour l'évacuation des excréta. Par rapport à l'évacuation des eaux usées, près de 95% des ménages utilisent des pratiques non hygiéniques. En matière de gestion des ordures ménagères, on constate une prolifération des décharges sauvages et donc une prolifération des vecteurs de maladies. L'inadaptation des structures de propriété et l'absence d'une véritable politique de la ville expliquent, entre autres raisons, la réduction des possibilités d'accès des couches pauvres à des logements appropriés et le développement chaotique des villes. Les pollutions de l'air, des eaux et des sols touchent particulièrement les zones à forte densité de population et/ou de production intensive.

Pour apprécier le lien entre l'état de santé des populations et l'utilisation des services de santé avec le degré de pauvreté, le pays a été divisé en zones selon le gradient de pauvreté. Ainsi les régions du Mali ont été regroupées en 3 zones selon le degré de pauvreté basé sur la proportion de pauvres vivants dans les régions (zone1 : très pauvre, zone : 2 moyennement pauvre et zone 3: non pauvre).

La zone 1 couvre les régions de Mopti, Koulikoro, Ségou et Sikasso soit 66% de la population du Mali. La zone 2 couvre les régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal, elle est 3 fois moins peuplée que la zone 1. Le district de Bamako constitue la zone 3, il couvre 13% de la population.

Le rapport d'évaluation externe à mi parcours du PDDSS de novembre 2002 confirme : (i) la modestie des activités programmées et leur faible taux de réalisation dans le cadre de la lutte contre l'exclusion, (ii) l'absence d'indicateurs de suivi des impacts du Programme sur la pauvreté et, (iii) l'insuffisance de la réflexion, au sein du Programme, sur les stratégies et activités à développer pour lutter contre la pauvreté.

3.3. Facteurs généraux et transversaux

3.3.1. Le rôle du secteur public dans le système de santé

L'administration en tant qu'instrument de conception et de mise en œuvre des politiques publiques n'est pas encore suffisamment outillée pour prendre totalement en compte les préoccupations essentielles du citoyen.

Cette situation est liée aux contraintes suivantes : la faiblesse notoire des moyens humains (en termes d'effectifs et de compétences) et matériels et leur inégale répartition entre les différents niveaux centraux, régionaux et locaux.

3.3.2. Le rôle du secteur privé dans le système de santé

Médecine traditionnelle :

L'exercice de la médecine traditionnelle se fait à travers l'ouverture de cabinets privés agréés de consultations et de soins traditionnels, d'herboristes et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés. Au total 4 structures ont été recensées pendant l'atelier de diagnostic. La collaboration entre les deux systèmes de médecine doit être renforcée surtout dans les domaines de la référence.

Autres structures de santé privées :

La libéralisation des professions sanitaires et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé notamment médical et paramédical se répartissant essentiellement entre les cabinets (159), les cliniques (39) et les établissements de soins confessionnels (29). On note une concentration des structures privées dans les centres urbains et surtout dans le district de Bamako : 50 % à Bamako, 13% à Sikasso, 11% à Ségou, 9% à Koulikoro et 7% à Kayes. Ceci s'explique par le fait que la demande et les forts revenus sont en milieu urbain.

Des partenariats existent avec des structures de santé privées, comme les infirmeries, les centres médicaux interentreprises de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et les structures du service de santé des armées.

Pendant le PRODESS I, le partenariat entre le Ministère de la Santé, les structures de l'INPS et les structures du service de santé des armées a cependant été peu développé, malgré leur proximité avec les formations sanitaires du Ministère de la Santé.

Cependant, elles participent à l'augmentation de la couverture en soins, notamment pour le service de santé des armées dans certaines zones d'accès difficile.

Un guide de partenariat entre le Ministère de la Santé et les ONG et Associations a été élaboré et est en cours de validation.

Contribution du privé à la couverture géographique :

Autorisé depuis 1985, l'exercice à titre privé des professions sanitaires s'est surtout concentré dans les grandes villes, principalement à Bamako.

Le nombre des établissements sanitaires privés est passé de 436 en 1985 à 686 début 2003. Il s'agit essentiellement de cabinets médicaux, de cabinets de soins infirmiers, de cliniques, d'établissements hospitaliers privés, de dépôts de pharmacie et d'établissements confessionnels.

Les établissements de soins confessionnels existent pratiquement dans toutes les régions et participent d'une certaine manière à l'augmentation de la couverture en soins. Cependant le problème essentiel avec ces structures reste la mise en application du principe du recouvrement des coûts.

Effet sur l'offre du PMA :

Malgré la croissance du nombre de structures de prestations privées, ce développement n'a probablement pas eu un effet significatif sur l'offre du PMA, car la contribution des structures privées à la couverture et l'utilisation des soins du PMA n'est pas encore suffisamment intégrée dans la collecte des données SLIS. Par ailleurs, en dépit de l'objectif en la matière dans le cadre du PRODESS I, le dialogue et la collaboration avec le secteur privé n'ont pas été suffisamment intensifiés pour aboutir à un cadre de contractualisation. Il y a également eu une insuffisance d'implication des ordres professionnels de la santé, médecins, pharmaciens et sages femmes dans la mise en oeuvre du PRODESS I.

Les Structures d'appui à l'amélioration de la qualité de l'offre des soins :

En collaboration avec les ordres professionnels de la santé, des textes ont été pris pour adapter le cadre institutionnel à la promotion du secteur privé. Cependant il n'existe pas de convention entre l'Etat et le secteur privé.

3.3.3. La décentralisation territoriale

La décentralisation territoriale est devenue effective en 1999 avec la création récente et l'installation de 703 communes sur l'ensemble du territoire, 49 conseils de cercle, 8 assemblées régionales, une assemblée du District, une association des municipalités, et des instruments d'appui de la mise en œuvre de cette politique, notamment l'Agence Nationale d'Investissement des Collectives Territoriales (ANICT), les Conseils Communaux, conseils de cercle.

En dépit des efforts déployés dans la mise en œuvre de cette politique, son impact réel sur les conditions de vie des populations n'est pas encore perceptible. Cette situation est imputable à la faible capacité financière et technique des collectivités, l'insuffisance du niveau des transferts de compétences et de ressources de l'Etat à celles-ci, et à la faible participation des populations au processus de prise de décision au niveau local.

Les problèmes prioritaires sont :

- L'absence de clarification des rôles et de partage des responsabilités des acteurs sur le terrain que sont les collectivités territoriales, les services déconcentrés et les communautés organisées en ASACO dans le cadre de la mise en œuvre du positionner En effet les modalités de mise en œuvre du PRODESS et notamment le manuel de procédure de gestion qui n'ont pas été adaptées pour tenir compte de la décentralisation continuent à être appliqués en empiétant sur les attributions des collectivités territoriales.
- Le manque d'articulation entre les deux niveaux de planification celle du secteur de la santé et celle des collectivités territoriales est source de gaspillage de ressources. En effet chacun des acteurs disposant de source de financement le risque est grand de voir se réaliser des investissements en infrastructures sanitaires sans que cela corresponde aux priorités de la carte sanitaire.
- L'application du décret 02-314 se heurte aux difficultés suivantes : (i) les imprécisions et contradictions avec certains textes (articles 13 et 14 de la loi d'orientation sur la santé et le décret 02-314 et 01-115) (ii) la non dévolution des infrastructures aux collectivités territoriales conformément à l'article 4 du décret 02-314, (iii) la non signature des Conventions d'assistance mutuelle entre les ASACO et les Communes et (iv) la non prise en compte dans le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales les compétences de la collectivité régionale dans le décret 02-314.(v) la faible sollicitation des techniciens de la santé par les collectivités territoriales dans le cadre de l'appui conseils.

3.3.4. L'aspect genre

L'Etat malien met en œuvre depuis 1997, une politique de promotion de la femme visant : (i) au renforcement de l'accessibilité des femmes aux services sociaux essentiels (éducation, alphabétisation, santé, habitat notamment), (ii) à la reconnaissance de tous ses droits et leur renforcement en vue de leur effectivité, (iii) au renforcement de son rôle et la valorisation de sa contribution au développement économique, (iv) à la promotion de la participation de la femme à la prise de décision politique et familiale, (v) à favoriser l'émergence et le renforcement de la société civile féminine.

La femme fait face à de multiples ambitions en tant qu'actrice sociale prenant une part entière dans le développement de sa communauté et du pays sur la base de l'égalité de droits et de toutes les libertés. La participation effective de la femme au processus de développement ne se limite pas uniquement à des fonctions économiques.

Elle suppose aussi la jouissance de certains droits tels que les droits à la santé, à l'éducation et au bien-être, ceux relatifs aux droits civils et politiques et notamment le droit à la vie, aux libertés individuelles.

De nombreuses activités entreprises dans le cadre du plan d'action 1996-2000 du MPFEF ont permis grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets et programmes une meilleure prise en compte de la problématique genre, lui conférant ainsi une transversalité plus opérationnelle. Malgré les progrès enregistrés, des obstacles demeurent :

- L'analphabétisme reste un obstacle à sa promotion socio-économique.
- La santé de la femme demeure préoccupante du fait d'une faible utilisation des services de santé. Il s'agit notamment de la non prise en compte des problèmes spécifiques de santé de la femme notamment l'excision et ses conséquences (fistules vésico-vaginales), la prise en charge des conséquences des violences faites aux femmes (coups et blessures), le manque d'alternatives de financement pour faciliter leur accès aux services de santé, l'insuffisance d'activité de prévention des maladies dégénératives (comme les cancers), la psychose puerpérale. A cela s'ajoute la vulnérabilité de la femme face à la tuberculose, au paludisme et aux maladies sexuellement transmissibles en général et en particulier le VIH/SIDA, l'hépatite B et la syphilis endémique.
- Le statut juridique et social de la femme reste inchangé en raison de la faible éducation juridique et de la persistance des pesanteurs socioculturelles. La position socioculturelle de la femme ne lui permet pas souvent de suivre les formations diplômantes en dehors du pays. le poids démographique est loin d'assurer à la femme une puissance dans la gestion de la vie publique.
- Malgré l'ouverture démocratique, la faiblesse de leur éducation civique et citoyenne maintient la majorité des femmes dans le seul rôle d'électrices.
- La collaboration entre le Ministère de la santé et le Ministère chargé de la promotion de la femme et de la famille au niveau des régions et cercles est insuffisante.

3.3.5. La coordination de l'aide internationale

Depuis 1998, l'Etat malien s'est engagé dans un processus de Réforme du Système International d'Aide. Le diagnostic effectué avait indiqué principalement que l'aide extérieure qui occupe une place importante dans l'économie, dans les institutions et même dans la société malienne, est faiblement intégrée dans la gestion nationale et n'est pas coordonnée aussi bien entre bailleurs que par rapport aux bénéficiaires, diminuant ainsi l'efficacité de cette aide.

On note un manque d'efficacité de l'allocation financière par rapport aux interventions clés et aux services de santé de base (PMA et activités de référence) avec une forte mobilisation de l'investissement sans accompagnement sur les aspects de fonctionnement. Il manque aussi un mécanisme efficace de financement alternatif de la santé et de motivation du personnel pour servir dans les zones défavorisées. De plus, l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières est inégale entre régions.

3.4. Analyse du volet 1

Volet 1 du Prodess I : Extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des services.

3.4.1. L'accessibilité géographique et la fonctionnalité des services de santé primaire

Constructions nouvelles :

Sur le plan de l'accessibilité géographique des infrastructures, les indicateurs montrent un niveau d'atteinte satisfaisants dès lors qu'ils renvoient aux constructions nouvelles. En fin 2003, le pays comptait 660 CSCOM contre 647 planifiés pour la période du PRODESS I. dont 473 CSCOM et 187 CSAR, soit 313 nouvelles structures contre 300 programmées pour la période du PRODESS I. Ainsi, l'accès géographique des populations au PMA à 5 km a connu une évolution notable: 3% en 1993, 34% en 1997 à la fin de la mise en œuvre du (Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) et 46 % en fin 2003. Le taux d'accessibilité géographique des populations à un service de santé offrant le PMA dans un rayon de 15km est passé de 46% en 1998 à 69% en fin 2003.

Cette progression résulte de la forte adhésion des populations à la politique sectorielle de santé. Le niveau de réalisation est aussi le résultat de la mise en œuvre de la décentralisation qui a vu l'implication de l'ANICT (Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales) et autres partenaires (ONG et associations ...) à la réalisation des CSCOM à travers les initiatives locales.

Cependant, ces interventions ont entraîné quelquefois des modifications ou déséquilibres au niveau des cartes sanitaires sur le terrain.

Selon les Plans de Développement Sanitaire de Cercle (PDSC) agrégés, il était prévu de créer 1070 aires de santé pendant le PRODESS I. Seulement 660 ont été réalisés jusqu'en décembre 2003 soit un taux de réalisation de 62 %. Il y a deux raisons principales qui expliquent ce résultat modeste. Premièrement, les cercles ont généralement fait une planification trop optimiste, qui ne tenait pas suffisamment compte des limitations de leur propre capacité d'implantation, de la disponibilité insuffisante en ressources humaines et de la dynamique communautaire. Deuxièmement, notons que la prévision initiale de 1070 CSCOM a fait l'objet de révisions, à cause des modifications des cartes sanitaires au cours du PRODESS I, liées à la mise en œuvre de la décentralisation administrative et aux autres initiatives locales.

Il existe de grandes disparités par rapport à l'accessibilité géographique selon les données de l'annuaire statistique par région: dans la région de Kayes l'accessibilité n'est que de 34 % et 56 %, Koulikoro de 26 % et 54 %, Tombouctou de 21% et 28 % et Kidal 24% et 32% pour les populations vivant respectivement dans des rayons de 5 et de 15 km, alors qu'elle est de 97% dans le District de Bamako. Cette disparité entre le District de Bamako ou les régions du Sud d'une part et les régions du Nord d'autre part est due en grande partie à la densité de la population (très forte à Bamako et au Sud, par contre très faible au Nord).

Selon le document d'analyse des indicateurs de santé et population du Mali (santé et pauvreté, septembre 2001) l'accessibilité géographique a un centre de santé communautaire, aux services de vaccination et aux services de chirurgie essentielle est le plus limité dans la zone 2 (régions de Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), mais aussi dans la zone la plus pauvre (zone 1 : Mopti, Sikasso, Ségou et Koulikoro), l'accès est très limitée comparativement à Bamako (zone 3).

Réhabilitation de CSCOM :

Si le taux de réalisation des nouveaux CSCOM est satisfaisant par rapport aux objectifs, le renforcement des CSCOM en place et notamment leur réhabilitation, n'a pas constitué une priorité durant le PRODESS I.

En effet plusieurs de ces formations existantes sont dans un état de vétusté avancée et de sous-équipements. Seulement 97 CSCOM ont été renforcés sur 347 prévus selon les données de l'atelier de diagnostic.

Élaboration, mise à jour et respect de la carte sanitaire :

Le Ministère de la Santé a accusé un retard dans la collecte des informations cartographiques au niveau des cercles et régions et la mise à jour de la compilation et visualisation des cartes sanitaires au niveau central. La raison fondamentale de l'exécution partielle de cette fonction au niveau national réside dans le manque d'intérêt par le niveau régional pour la collecte et la mise à disposition des informations relatives à la situation de cartographie des CSCOM.

Il arrive encore fréquemment que la carte sanitaire ne soit pas respectée et que des nouvelles structures de santé soient créées de façon anarchique et irrationnelle.

En fin 2002, la situation des 1037 aires de santé en termes de fonctionnalité des CSCOM se présentait de la façon suivante (Comité de Suivi du PRODESS de juin 2003):

Fonctionnement des ASACO	sans ASACO : 376 aires	ASACO fonctionnel partiellement : 399 CSCOM	ASACO fonctionnelles totalement : 262 CSCOM	
Bâtiments par rapport aux normes	sans bâtiments : 236 aires	en matériaux non durables : 92 aires	matériaux durables mais pas selon normes: 90 aires	selon les normes: 617 aires
Personnel disponible	pas de personnel : 339 aires	un aide soignant, soit une matrone ou un Gérant : 158 aires	avec personnel technique : 432 aires	
Offre de PMA complet	sans éléments du PMA : 237 aires	PMA incomplet : 195 aires	PMA complet : 605	
Viabilité financière	pas viables : 375 aires	Centres sont viables : 422	viables avec un personnel technique approprié et un compte d'exploitation avec solde positif et médicaments: 240 aires.	

Les principales causes identifiées sont (i) l'insuffisance de l'approche communautaire (car le temps consacré aux activités d'information et de sensibilisation des populations est trop court), (ii) l'arrêt des activités d'approche communautaire aussitôt après le lancement du CSCOM, et (iii) l'inadaptation des messages aux spécificités locales et à l'évolution du contexte sociopolitique.

Les aires de santé ne sont pas bien négociées par endroits et demeurent par conséquent fragiles. En plus, l'implantation des CSCOM ne s'est pas faite suivant la capacité d'organisation, de négociation, de mobilisation et de gestion des populations.

L'absence de concertation entre les services du Ministère de Santé et ceux du Ministère chargé de la décentralisation territoriale a parfois abouti à un double découpage définissant les aires de santé et celles des communes, ce qui pourrait poser aux CSCOM de nombreux problèmes dans les années à venir. En effet, depuis 2000 un nombre important des nouveaux CSCOM ont été créés sur le fonds de l'ANICT, ce qui explique en partie la raison pour laquelle la carte sanitaire n'a souvent pas été respectée.

La plupart des CSCOM non fonctionnels sont peu viables financièrement et ils n'ont souvent pas bénéficié de la subvention nécessaire pour survivre.

3.4.2. Les soins préventifs :

La mise en place des CSCOM et la revitalisation des CSA a permis une nette amélioration de certains soins préventifs, comme par exemple l'évolution de la couverture vaccinale. Malgré une accessibilité géographique inférieure à celle des pays avoisinant, le Mali a un taux de couverture vaccinale (DTCP3) supérieur. Cela montre que l'approche suivie au Mali fonctionne; plutôt que de vouloir changer de modèle, il faudra le compléter, mais surtout en étendre la couverture réelle, c'est à dire en établissements fonctionnels.

L'accès aux soins préventifs dans les CSCOM est en moyenne de 45% dans la zone I, 25% dans la zone II et 100% dans la zone III. L'accès des populations situées à moins de 5 km pour tous les déterminants de l'accessibilité est de 100% en zone III, 20% en zone II et 30% en zone I. Cette grande disparité entre le District de Bamako ou les régions du Sud d'une part et les régions du Nord d'autre part est due en grande partie à la densité de la population (très forte à Bamako et au Sud, par contre très faible au Nord) .

Dans les trois zones, l'accessibilité aux activités de PF en général et aux préservatifs en particulier est moins bonne dans les zones 1 et 2. L'accès aux CSCOM et le % de villages bénéficiant de 2 séances de VAT est relativement meilleur en zone 3 (100% au CSCOM et 90% pour le VAT) et la zone 1 (40% à moins de 15Km d'un CSCOM et 50% pour le VAT) tandis qu'en zone 2 l'accès est de 12% et le % de villages bénéficiant de 2 séances de VAT est de 30%.

Les enfants des trois zones bénéficient beaucoup plus des services décentralisés lors des JNV/campagnes de vaccination qu'au niveau des ménages. L'accès aux soins préventifs dans les CSCOM décroît de la zone 3 (100%) à la zone 2 (25%) avec une moyenne de 45% en zone1.

Des obstacles systémiques à la performance des services de vaccination et de consultations prénatales tels que la disponibilité, l'accès, l'utilisation et la continuité sont relativement présents dans les 4 régions les plus pauvres du Mali.

On note un manque d'efficacité de l'allocation financière par rapport aux interventions clés et aux services de santé de base (PMA et activités de référence) avec une forte mobilisation de l'investissement sans accompagnement sur les aspects de fonctionnement. Il manque aussi un mécanisme efficace de financement alternatif de la santé et de motivation du personnel pour servir dans les zones défavorisées. De plus, l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières est inégale entre régions.

3.4.3. L'accessibilité et fonctionnalité des services de référence

La plupart des Centres de Santé de Cercle (CSREF) ont bénéficié de travaux de rénovation. Ces réhabilitations ont tenu compte de la réorganisation du système de référence/évacuation avec la périnatalité comme porte d'entrée. Ainsi, dans la zone I, 24 CSREF sur les 27 prévus ont été renforcés (réhabilitation, équipement complémentaire, logistiques) pour fournir les prestations de première référence.

Tableau n° : CSREF ayant bénéficié de travaux de rénovation/réhabilitation

REGIONS	REALISE	CSREF REHABILITES OU CONSTRUIITS
KOULIKORO	Zone I: 25 (57%)	Banamba , Nara, Kangaba, Diola, Kati, Ouélessébougou , Koulikoro, Kolokani.
SIKASSO		Sikasso, Kolondiéba, Kadiolo, Bougouni, Koutiala et Sélingué.
SEGOU		Bla, Baraouéli, Niono, Tominian
MOPTI		Djenné, Ténenkou, Bankass, Koro, Douentza, Bandiagara et Mopti.
KAYES	Zone II: 13 (30%)	Bafoulabé, Kéniéba, Diéma, Nioro, Yélimané, Kayes
TOMBOUCTOU		Gourma-Rharous, Goundam
GAO		Gao, Ansongo, Bourem , Ménaka
KIDAL		Kidal
BAMAKO	Zone III : 6 (14%)	Communes I , II, III , IV , V et VI

Le processus de l'organisation de la référence/évacuation (des CSCOM vers les CSREF d'une part, et d'autre part entre les CSREF et les EPH de région) se poursuit en vue de renforcer les capacités de prise en charge des urgences chirurgicales et médicales.

La référence avec partage des coûts est organisée dans 28 districts sanitaires (cercles/communes) sur les 58 districts au Mali (55 cercles et 3 zones sanitaires). Toutefois, le taux global de référence/évacuation reste inférieur à 1% et les besoins obstétricaux non couverts sont estimés à près de 45%. En fait, très peu de personnes ont accès financièrement aux soins de référence (CSREF et hôpitaux), en dehors de la solidarité traditionnelle de la famille ou du système de solidarité moderne (tiers payants : assurance maladie, sécurité sociale, mutuelle, fonds d'assistance médicale, etc.).

Les interventions réalisées au niveau des hôpitaux de deuxième et troisième référence ont aussi concerné le renforcement des capacités institutionnelles (formation du personnel et investissements) : (1) le renforcement des hôpitaux du Point G, Gabriel Touré, du CNOS, (2) la spécialisation de hôpital de Kati en traumatologie, orthopédie et acupuncture, (3) la construction d'un hôpital pour enfants et (4) le renforcement des hôpitaux de Kayes, Ségou, Gao et Tombouctou.

3.4.4. L'utilisation des services

Les taux d'utilisation en termes de soins préventifs sont globalement en évolution positive mais restent assez bas en valeur absolue.

Les services de vaccinations et de consultations prénatales ne sont pas utilisés de façon continue et les taux de déperdition sont très élevés et disparates au niveau des régions. Cette déperdition est plus accentuée dans les régions pauvres. On note une meilleure continuité dans l'utilisation des soins prénataux que dans l'utilisation des services de vaccination.

Selon les données des annuaires statistiques de 1998 et 2003, pendant la période du PRODESS 1, on note une certaine amélioration avec une couverture en DTCP3 qui est passée de 54% à 79% et la couverture en VAR respectivement de 57% à 72%.

Dans l'ensemble du pays, près d'un quart des enfants ayant commencé la série de vaccination DTCP n'ont pas reçu la 3ème dose (79 % de taux d'achèvement en 2003).

Les taux d'achèvement (DTCP) les plus élevés sont ceux de Bamako (90%), Koulikoro (84%), Ségou (81%) et Mopti (80%).

Le taux de femmes enceintes complètement vaccinées par le VAT est faible et en régression par rapport à l'année précédente : 45 % en 2003 contre 50% en 2002.

L'extension de couverture a été modeste et s'est traduite par une augmentation de la fréquentation pour les consultations curatives de 0,18 nouveaux contacts par habitant et par an en 1998 à 0,23 en fin 2003. On observe des extrêmes allant de 0.14 pour Koulikoro à 0.39 pour Bamako. Trois régions Sikasso, Kidal et Bamako atteignent ou dépassent le taux de 0.25.

En matière de soins obstétricaux, des progrès variables ont été enregistrés au niveau de la couverture : en ce qui concerne les consultations prénatales, 41% en 1998 et 59% en 2003, et très peu en accouchements assistés (31% contre 42%), en planification familiale (2,5% contre 3 % en 2003).

En 2003, les taux sont très variables d'une région à l'autre. A titre d'exemple : pour les CPN, le taux du district de Bamako est (90%), Ségou (74%), Sikasso (64%) et 29 % à Kidal.

En conclusion on peut dire que l'augmentation de la couverture sanitaire géographique n'a pas été suivie d'une augmentation significative de l'utilisation des services. Cette sous fréquentation a été identifiée comme problème prioritaire par le symposium national sur la recherche en santé en 2002. Le bas niveau des indicateurs, notamment dans certaines régions les plus pauvres, malgré le grand volume d'investissements réalisé reste très préoccupant.

3.4.5. L'accessibilité financière aux services

L'influence du coût des services de soins et du coût de transport sur le comportement est mal connue. La plupart des services de santé sont moins utilisés par les pauvres que par les non pauvres et moins par ceux du milieu rural que ceux du milieu urbain. Les dépenses de santé des ménages apparaissent d'un ordre de grandeur fondamentalement différent entre non pauvres et pauvres.

Il a été observé que le coût moyen des ordonnances est augmenté au cours du PRODESS I. Le contraire était visé, par une bonne politique d'achat en MEG par PPM et par des pratiques de prescription plus rationnelles. L'accessibilité financière des médicaments prescrits pour les pauvres a donc diminuée.

3.4.6. La qualité des soins offerts

L'analyse de la mise en oeuvre du PRODESS I a révélé que l'accent a été surtout mis sur l'extension de la couverture sanitaire par la construction de centres de santé communautaire, la réhabilitation de centres de santé de cercle et d'arrondissement ainsi que le renforcement de leurs équipements. La qualité des services n'a pas bénéficié de la même attention, de sorte que l'impact des actions n'a pas sensiblement modifié les indicateurs de santé.

En effet, le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé. Selon les résultats de l'EDSM-III, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est de 57 pour mille. Ces taux de mortalité maternelle et néonatale sont supérieurs à la moyenne africaine qui est de 570 pour 100 mille naissances vivantes. Cette situation est essentiellement due à :

- L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence/évacuation ;
- La mauvaise organisation des services ;
- L'insuffisance et la répartition inadéquate du personnel, ainsi que son instabilité surtout dans les zones difficiles (régions du Nord) ;
- Le manque de matériels et d'équipements (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, etc...) au niveau des établissements de santé;
- La sous utilisation des services par les femmes ;
- Le problème lié aux 3 retards (prise de décision, transport et offre des services);

- L'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière.

L'analyse de l'exécution du PRODESS I a fait ressortir en outre que les zones de pauvreté et celles d'accès difficile ont moins bénéficié de l'amélioration de la qualité des services. Le bilan de l'exécution du PRODESS I, a fait ressortir de nombreux problèmes liés à la qualité des services au niveau du premier échelon (CSCOM) tels que le peu d'intégration des activités, l'insuffisance de monitoring, de supervision, de suivi, d'évaluation et de recherche opérationnelle dont les résultats n'ont pas été intégrés dans l'amélioration de l'utilisation des services, l'insuffisance dans la prise en compte de la problématique de la pauvreté.

Au niveau du deuxième échelon (CSREF), seulement 49% des centres ont pu organiser la référence et la contre référence à cause de l'insuffisance du personnel qualifié et du plateau technique. Par ailleurs, le PRODESS I n'a pas suffisamment pris en compte les apports des secteurs privé et traditionnel. En outre, à tous les échelons, les activités de nutrition, d'hygiène, de salubrité publique et de santé scolaire ont été insuffisamment prises en compte.

3.4.7. La lutte contre la maladie

Nutrition :

L'analyse profile montre que 51% de la mortalité infanto juvénile est attribuable à la malnutrition (toutes formes confondues). La malnutrition non seulement augmente le risque de décès mais a aussi un effet négatif sur la capacité d'apprentissage des enfants, sur la productivité de la population et alors sur le développement du Mali. Le Mali a engagé des actions visibles dans la lutte contre la carence en vitamine A à travers l'organisation des semaines d'intensification des activités de nutrition et plus récemment dans la promotion de l'enrichissement des huiles alimentaires en vitamine A. La production sous différentes formes des farines infantiles a connu un essor considérable sous l'impulsion de la société civile et certains partenaires. Dans le domaine de la lutte contre les carences iodées, un effort a été déployé dans l'application de la législation.

Selon EDSM III : près de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix accusent un retard de croissance (38%) ; un enfant sur trois (33%) présente une insuffisance pondérale ; plus de quatre enfants de 6 à 59 mois sur cinq (82%) présentent une anémie ; près de 2 femmes sur 3 (63%) présentent une forme d'anémie et chez les femmes enceintes la prévalence de l'anémie atteint 73% ; la prévalence de la déficience énergétique chronique est de 22% chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans et de 11% chez celles âgées de 20 à 24 ans.

Lutte contre le Paludisme :

Les résultats de l'enquête nationale sur la morbidité, la mortalité et l'utilisation de moustiquaires imprégnées réalisée au Mali en octobre 2003 ont révélé que :

57,2% des personnes enquêtées ont dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête,

71,9% des ménages disposaient d'au moins une moustiquaire simple et seulement 25,1% des moustiquaires étaient imprégnées,

71,6 % des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire simple contre 8,37 % qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédée l'enquête,

63,6 % de femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire simple contre 19 % qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédée l'enquête,

37,6 % d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre/paludisme ont été pris en charge dans les 24 heures. Selon la même étude, la qualité du traitement du paludisme chez les enfants se présente comme suit : 29% appropriée et 30% inappropriée.

Lutte contre la Lèpre :

Le taux de prévalence instantané de la lèpre est passé de 2,53 cas pour 10.000 habitants en 1998 à 0,56 cas en fin 2003. Avec une prévalence de moins de 01 cas pour 10.000 habitants, la lèpre ne constitue plus un problème de santé publique sur le plan national. Cependant un taux faible de couverture PCT (58%) et l'existence de zones hyper endémiques dans les régions de Kayes (1,06) et Tombouctou (1,01) appellent des actions vigoureuses.

Eradication du Ver de Guinée :

La prévalence de la dracunculose a diminué de façon importante : de 1993 à 2001, on est passé de 6024 cas à 718 et de 2000 villages endémiques à 120 ; mais des flambées ont été constatées dans les régions de Ségou et Gao.

Lutte contre les IST et le VIH/SIDA :

Au Mali, selon EDSM III en 2001 la séroprévalence nationale du VIH/SIDA est de 1,7 % et la prévalence chez les femmes en âge de procréer serait de 2% et 1,3% chez les hommes. Le milieu urbain est plus touché avec 2,2% de séroprévalence contre 1,5% en milieu rural. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30-34 ans pour les deux sexes, soit 3,4%.

En 2002, la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes dans les CSREF donne une prévalence répartie comme suit : Sikasso (2,4%) ; Ségou (3,9%) ; Bla (3,2%); Mopti (2%) ; Douentza (3,8%) ; Commune I (2,3%) ; Commune III (3,4%) ; Commune V (3,4%) et Hôpital Ségou (5%).

Même si les données de l'EDSM-III montrent un taux de séroprévalence de 1,7% pour le VIH-SIDA, les données ci-dessus ne sont pas rassurantes quand on sait aussi que les tranches d'âges les plus touchées sont celles entre 25 et 39 ans et que beaucoup de jeunes sont sans emploi et issus d'un milieu pauvre, ce qui les place parmi les groupes très vulnérables et plus exposés. A titre d'exemples, l'étude ISBS a montré que les femmes/filles libres (professionnelles du sexe) dont la situation est précaire, les vendeuses ambulantes, les « coxeurs » et les routiers ont des taux de séroprévalence inquiétants : 20,9% chez les femmes/filles libres ; 6,8% chez les vendeuses ambulantes ; 5,5% chez les coxeurs et 3,5% chez les routiers.

Par rapport aux IST, notons enfin que 26% des filles de 15-19 ans et 28% de celles de 20-24 ans ont déjà eu une IST, contre respectivement 13 et 8% chez les garçons. De fortes disparités existent entre les régions et entre milieu rural et milieu urbain. Malgré l'augmentation progressive de la couverture sanitaire et les efforts de communication et d'informations, 55% de 15-19 ans et 30 chez les garçons ne connaissent pas de moyens importants de prévention du VIH/SIDA et des IST.

Prise en charge des Fistules obstétricales :

Malgré l'effort du Ministère de la Santé en matière de couverture sanitaire seuls deux établissements hospitaliers assurent le traitement des fistules obstétricales. Il s'agit de l'Hôpital national du Point G et l'Hôpital de Mopti. Ce qui dénote une faible accessibilité géographique des patientes aux soins. Selon une étude réalisée au Mali en 2003, la fistule survient le plus souvent au premier accouchement (48%). Plus de 90% des femmes fistuleuses n'ont pas fréquenté les centres de santé pour leurs CPN. Les accouchements à domicile sont encore fréquents (environ 60% des femmes ont accouché à domicile). Les difficultés rencontrées lors de l'accouchement par voie basse sont en cause pour nombre de ces fistules car dans la plupart des cas se faisant sans aide obstétricale adéquate et même si elle existe la femme fait recours tardivement aux soins. Toutefois, un certain nombre de cas est dû aux fautes techniques du prestataire de santé (31%) lors des césariennes, du forceps et d'hystérectomie. Ce qui pose le problème de la qualité des interventions obstétricales majeures dans les établissements de santé.

La chirurgie de fistule obstétricale reste une chirurgie délicate qui ne doit pas être banalisée.

3.4.8. L'intégration de la lutte contre la maladie :

Des normes et procédures ont été élaborées et rendues disponibles aux différents échelons de la pyramide sanitaire. Des modules de formation à l'application de ces normes ont été élaborés et diffusés afin de faciliter le transfert de compétence. Cependant, certains documents d'adaptation n'ont pas été élaborés.

Il n'existe pas de normes et procédures pour les maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète, la drépanocytose...

Plusieurs modules de formation ont été élaborés/révisés (counseling sur VIH/SIDA, prise en charge syndromique des cas IST/SIDA, en PCIME, en PTME, en SIS...) et une stratégie de formation continue a été élaborée et diffusée à tous les échelons. Son application n'a pas encore été effective dans toutes les régions et tous les cercles.

L'insuffisance dans la coordination dans la lutte contre le VIH/SIDA persiste depuis la réforme de ce programme.

Le guide de supervision intégrée a été élaboré et diffusé, mais son utilisation et impact n'ont pas encore été évalués.

Un système d'information sanitaire performant a été mis en place, mais il persiste le retard dans la transmission des données de la périphérie vers le niveau national (DNS). D'autre part, le secteur privé ne transmet presque pas de rapports d'activités. Les données complémentaires relatives aux IST/VIH-SIDA et sur la surveillance nutritionnelle ne sont pas suffisamment intégrées dans le SNIS.

3.5. Analyse du Volet 3⁶

Volet 3 du Prodess I : Développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé pour pallier les difficultés d'accès aux services de base et assurer un financement durable et équitable de la santé des populations.

La Faible accessibilité financière aux soins de santé liée à (i) une faible couverture de l'organisation du système de référence / évacuation (ii) une insuffisance des ressources financières générées par les ASACO et leur mauvaise gestion (iii) une insuffisance des ressources financières générées par les CSREFs, les hôpitaux et leur mauvaise gestion (iv) des difficultés d'application du Décret N° 311 fixant les régimes de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les Etablissements Publics de Santé (v) une insuffisance de l'appui financier aux structures sanitaires pour la prise en charge des cibles du Décret n° 311 et les indigents (vi) un faible accès des populations aux soins d'urgence (vii) un coût élevé des prestations par rapport au pouvoir d'achat (viii) un accès aux médicaments essentiels qui demeure faible pour les personnes démunies et les couches vulnérables (ix) un coût élevé des prescriptions par rapport aux normes définies

La sous utilisation des services de santé est surtout due à (i) la faiblesse dans la mobilisation sociale autour des programmes de santé (ii) la faiblesse du taux de recouvrement des cotisations à la caisse de solidarité de la référence / évacuation (iii) la faible implication des communautés et des collectivités locales dans l'organisation, le contrôle des actions de santé (iv) la faible participation des collectivités locales au financement de la santé.

⁶ Le diagnostic de ce volet a surtout été tiré du document PRODESS de la composante DS.

La faible participation des communautés et des collectivités locales aux actions de santé est liée à (i) la faible implication des femmes, des jeunes **et des pauvres dans la gestion des problèmes** de santé (ii) La faible implication des communautés et des collectivités locales dans l'organisation, le contrôle et le financement des actions de santé.

3.6. Analyse du Volet 4

Volet 4 du Prodess I : Développement des Ressources Humaines

L'Evaluation externe du PRODESS I (2002) a observé que la plupart des problèmes identifiés lors de la préparation du Programme en 1997- 1998 persistent aujourd'hui et notamment, le fait que ce dossier important soit géré de façon fractionnée par plusieurs services du Ministère (DAF, DNS, CPS).

Disponibilité en personnel qualifié :

L'analyse des besoins en ressources humaines montre que les besoins en ressources humaines (RH) sont presque nuls en zone 3 et très importants en zone 1 et 2 et que les besoins en Ressources Humaines pour les soins infantiles et maternels varient d'une zone à l'autre ; Ils sont plus importants en zone 1 (70%) qu'en zone 2 (30%) ; ils sont presque nuls en zone 3.

Au cours de la mise en œuvre du PRODESS I, le MS a recruté plus de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes que prévu. Par contre, le taux de recrutements réalisés était en deçà des prévisions pour les catégories pharmacien biologiste (69%), professions paramédicaux (62%), catégories de personnel de soutien (42%). Il est à signaler que le diagnostic sur les ressources humaines révèle qu'une bonne partie des CSCOM sont tenus par les aides soignants et les matrones.

L'adéquation besoins et production des écoles :

Pour les catégories Médecins généralistes, SF, Technicien Supérieur de Santé, Technicien de l'Action Sociale, Aide- Soignante, Agent Technique de Santé, un surplus de formations initiales a été réalisé dans certains cas. Pour les autres catégories, le taux des formations réalisées était en dessous des besoins, notamment dans certaines spécialités : Nutritionniste (22%), IDE (34%), Technicien Labo (46%),

Mission de Développement des Ressources Humaines :

La Mission de Développement des Ressources Humaines (MDRH) a été créée en Juin 1999. Cependant, la MDRH n'a pas reçu la dotation prévue en informatique, en véhicules et en mobilier de bureau. Ainsi, aucune activité concrète n'a pu se dérouler par manque de financement à cause des difficultés liées aux procédures de mobilisation des fonds. On constate aujourd'hui, alors que la MDRH a été dissoute après la fin légale de son mandat de 24 mois renouvelé pour une période de 18 mois, que la situation n'a pas évolué et qu'aucune structure pérenne (Direction) en charge de la gestion intégrée des ressources humaines n'a encore été instauré. Cette situation a sérieusement compromis les efforts entrepris par ailleurs dans les autres volets du PRODESS I et pourtant, une solution sur le plan institutionnel n'a pas encore été dégagée. La cause du blocage est que le gouvernement ne veut/peut pas créer uniquement pour le secteur de santé une Direction de RH.

Beaucoup d'activités prévues pour le PRODESS I, devront être reportées au deuxième quinquennat: étude sur la motivation du personnel, recensement du personnel, recherche anthropologique sur les RH, etc.

L'examen de l'ensemble des données sur les ressources humaines nécessaires et celles disponibles par niveau et par région nous amène à dire qu'il y a :

- une mauvaise répartition du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- une insuffisance en quantité et qualité des ressources humaines due en grande partie à une production insuffisante des écoles de formation paramédicale ;

- une instabilité du personnel due à la mauvaise utilisation des agents.

Certaines stratégies programmées dans le cadre du PRODESS I n'ont pas été réalisées ou finalisées:

Le redéploiement du personnel qualifié pour équilibrer la répartition du personnel n'a pas eu lieu à cause de contraintes majeures dans la gestion sociale du redéploiement et le manque de motivation du personnel pour certaines zones. Il en est le même pour la reconversion de catégorie d'agents dont il est difficile d'obtenir plus d'efficacité dans la mise en œuvre des stratégies du PRODESS : les différentes tentatives dans ce domaine ont été infructueuses.

L'organisation des recrutements sur la base des besoins du programme accompagné d'une application rigoureuse des cadres organiques (lorsqu'ils sont définis) pose le problème d'une approche trop rigide. Dans certains cas, il existe une non concordance entre les cadres organiques et les besoins des structures. Tous les cadres organiques n'ont pas été révisés en conséquence. Pour certains hôpitaux, qui n'ont pas encore finalisé leur projet d'établissement, les besoins en personnel ne sont pas encore connus.

La gestion administrative des ressources humaines relève de la DAF. La planification de la formation relève de la CPS alors que la formation continue relève de chaque direction avec un focus à la DNS. Alors, il était prévu la mise en place d'une entité chargée de la gestion des ressources humaines au niveau du département de la santé. Les études pour la création de l'entité chargée de la gestion sont en cours mais il n'y a pas eu de consensus sur cette création. L'implication des collectivités décentralisées dans la gestion du personnel sur le terrain devra être spécifiée davantage. La gestion du personnel contractuel recruté sur les ressources PPTE demande une approche spécifique.

Un guide de supervision intégrée a été élaboré et diffusé, mais son application rencontre quelques défaillances.

La validation d'un plan de carrière consensuel en rapport avec l'ensemble des corps professionnels était prévue pour le 1er trimestre 2004, mais a accusé de retard, parce que des raisons sociales sont mises en avant.

Il était prévu la révision du cursus de formation initiale pour introduire le concept de santé de la reproduction et le concept genre. L'introduction du concept de la santé de la reproduction pour certaines composantes dans les programmes de formation n'a pas encore été finalisée. Il y a eu une harmonisation partielle des programmes de formation des écoles privées et publiques de santé.

Quant au développement des capacités internes à satisfaire aux besoins de spécialisation et de formation du personnel, on note la non disponibilité des bourses pour les spécialisations au Mali et l'insuffisance de l'encadrement malien par rapport aux normes du CAMES.

A cause des lenteurs administratives, la mise en œuvre d'un programme cohérent de formation continue en rapport avec les besoins de mise en œuvre du programme n'a pas été à hauteur de souhait.

Des stratégies ont été élaborées s'agissant de la prise en compte de l'aspect genre dans la révision du cursus de la formation initiale. Cette révision n'a pas eu lieu, mais l'introduction du concept de la santé de la reproduction pour certaines composantes dans les programmes de formation est en cours.

Le programme de formation du personnel consigné dans le PRODESS n'a pas pris en compte les effectifs des écoles privées. Il a omis la formation de techniciens sanitaires. En outre, les besoins de formation exprimés ne représentaient pas ceux du secteur public et communautaire.

Dans le cadre de la spécialisation (d'une durée d'au moins un an) du personnel médical et paramédical, le Département a bénéficié au cours du PRODESS I d'un nombre considérable de bourses OMS. Un des instruments régulateurs de ces bourses a été le plan intérimaire de formation élaboré en 2000 par la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines (MDRH). Cependant, certains partenaires sélectionnent directement leurs candidats. Leur situation n'est pas disponible. Cela ne favorise pas une maîtrise globale de la gestion

La mise en place de mécanismes et outils de motivation et l'application de mesures de sanction n'ont pas beaucoup avancé au cours du PRODESS I. Pour ce qui est du paquet de motivation, il faudra tenir compte de l'existant et harmoniser.

Le paquet de motivation pour les personnels essentiels en zone rurale peut être schématisé comme suit :

Nature	Situation présente	Source	Ordre de grandeur en Fcfa
Salaire		Présent : ASACO ou Etat Passe à Collectivités Locales, subventionnées par PTTE.	60 000
Prime de zone	5 000	Présent : Etat Passe à collectivités locales par PTTE.	Passe de 5 000 F à 30-50% du salaire brut selon la zone ; non imposable.
Prime de résultats.	Variable	ASACO, sur base de monitoring.	Variable ; non imposable
Logement d'astreinte.	Généralement inexistant.	Etat	Equivalent à 30% de salaire en loyer évité.
Location-vente moto après 3 ans.	Inexistant	Par subsidiarité	Equivalent à 100 000 par an.
Accès à la formation.	Inexistant	Etat	
Stabilisation	Extrêmement instable.		

Pour ce qui concerne les écoles de formation et les professions sanitaires les problèmes peuvent être résumés comme suit :

Les capacités de production des écoles n'ont pas permis de satisfaire les besoins des services notamment pour certaines spécialités. Pour un certain nombre de catégories il n'a donc pas été possible de respecter les profils selon les cadres organiques révisés.

Les organes de gestion et d'administration des écoles publiques ne sont pas opérationnels :

Le conseil d'administration et de perfectionnement (organe délibérant), le conseil pédagogique et le conseil de discipline (organes consultatifs) sont les organes de gestion et d'administration des écoles publiques de formation aux professions de santé (décrets 84-157, 84-160 et 90-267). Ils ne sont pas opérationnels depuis leur création.

La fonction d'enseignant n'est pas valorisante dans les écoles publiques :

On constate notamment le manque de formation pédagogique et l'absence totale d'avantages liés à la fonction enseignante aussi bien ceux accordés aux enseignants du Ministère de l'Education. Du reste, lorsque les mêmes enseignants quittent les écoles publiques de santé pour aller au Ministère de l'Education, les avantages sont automatiques. Par conséquent, il y a par exemple un manque de moniteurs : on en compte 1 pour 50 apprenants à encadrer dans la spécialité « infirmier », les sites de stages et de supervision sont loin les uns des autres.

Le manque d'organe de gestion des examens de fins de cycles :

Le manque d'organe de gestion des examens et concours est préjudiciable aux écoles de formation et aux professions de santé. En effet, au terme des cycles des écoles publiques de santé, les examens sont sanctionnés par les diplômes d'Etat. Les étudiants inscrits dans les écoles privées peuvent y prendre part s'ils désirent avoir les mêmes diplômes d'Etat.

Les intitulés des diplômes ne sont pas adéquats :

Aux termes du décret 84-157 (articles 1 et 23), l'intitulé des diplômes des sortants du 1er cycle des écoles de formation aux professions de santé devrait être « diplôme d'infirmier du 1er cycle » mais pas « diplôme de technicien de santé ». De même, aux termes du décret 84-160 (articles 1 et 23), les diplômes des sortants de l'école du 2^{ème} cycle des écoles de formation aux professions de santé devraient être intitulés « diplôme d'infirmier d'Etat, ou de sage-femme d'Etat, de technicien de laboratoire pharmacie ou de technicien d'assainissement ». La mention « diplômes de techniciens supérieurs de santé » (pour le 2^{ème} cycle) est apparue dans le décret 99-086 (article 21 nouveau, décret 99-086) sans que les articles 1^{er} et 23 du décret 84-160 aient été abrogés. Ceci est source de confusion et il constitue un écart défavorable pour les récipiendaires mais aussi pour leurs utilisateurs.

Le manque de programme d'enseignement cohérent à l'école secondaire de la santé (ESS) :

En dehors d'un projet pour les sages-femmes, l'Ecole secondaire de la santé n'a pas de programme cohérent et stable d'enseignement pour la formation aux professions de santé.

Les écarts défavorables spécifiques aux écoles privées :

Dans les procédures d'installation et d'exploitation des écoles privées de formation aux professions de santé, le problème central, entre autres écarts défavorables, est la pratique du « guichet unique ». En effet, leurs autorisations de création (agrément) et d'ouverture (les licences d'exploitation) sont délivrées par le seul Ministre de l'Education comme ministre de tutelle de l'enseignement secondaire (articles 3, décret 94-276) ; ceci entraîne un réel problème car une fois la structure créée, toutes les futures étapes se posent. Quel est le Ministre de tutelle pour les écoles privées de formation aux professions de santé : est-ce celui de l'ordre d'enseignement ou le Ministre de la Santé (article 15, loi 94-032). En tous cas, cette pratique du « guichet unique » encourage la création anarchique de ces écoles. A son tour, la privatisation mal contrôlée minimise la valeur ajoutée attendue :

Le nombre pléthorique des stagiaires est un facteur limitant de la qualité de la formation pratique dans les services de santé pendant les stages. En effet, les écoles du district de Bamako compte 1599 élèves dont 32% dans les écoles publiques et 68% dans les écoles privées. Jusqu'ici, il n'a pas été possible de garantir pour tous ces élèves la qualité de la formation pratique.

Dans le cas particulier des écoles de formation professionnelles de la santé, en l'absence de textes d'application spécifiques au secteur de la santé, le décret n° 94-276 relatif à la création des écoles privées, utilisé par défaut, n'est pas convenable pour les écoles de santé.

La coordination et la gestion de l'assistance technique :

La réalisation des besoins en assistances techniques s'est effectuée comme suit :

Niveau hospitalier : prévus 28, réalisés 138, dont 107 médecins de la brigade Cubaine et 31 de l'équipe Chinoise .Niveau non hospitalier : prévus 20 réalisés 6 soit 14 non satisfaits.

Le MS a adopté des mesures transitoires lorsque certaines catégories d'agents ne sont pas disponibles en nombre pour couvrir les besoins du programme. Dans le recours à l'assistance technique plusieurs opportunités n'ont pas encore été exploitées en matière de coopération sud-sud (Vénézuéla, Tunisie, etc.)

Il faut souligner une insuffisance dans la planification, la gestion, le suivi/évaluation de l'AT et de la mise en œuvre de la politique.

Plus spécifiquement, par rapport à l'assistance technique dans le domaine du développement de ressources humaines, le MS a bénéficié d'un volume considérable en appui de longue durée et périodique. Cependant, souvent le travail fait par ces experts externes n'a pas été validé ou les recommandations adoptées n'ont pas été traduites en action.

3.7. Analyse du Volet 5

Volet 5 du Prodess I : Renforcement institutionnel

3.7.1. L'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et consommables médicaux :

Un des objectifs majeurs de la politique sectorielle de santé et de population est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels (y compris les ARV, les contraceptifs, les vaccins), les réactifs et les consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement. Les points faibles du secteur pharmaceutique sont les suivants:

➤ **DPM :**

La faible capacité de la DPM matérialisée par (i) l'exiguïté des locaux de la DPM, (ii) la non fonctionnalité de la base informatique pour la gestion automatique des activités, (iii) le manque de certains personnels spécialisés (biologiste médical, informaticien), (iv) la non réalisation de la plupart des formations complémentaires (pharmacie clinique, formation sur les procédures d'enregistrement des médicaments, d'inspection des établissements pharmaceutiques, de gestion des laboratoires de biologie médicale, économie du médicament),(v) l'insuffisance des véhicules de supervision. La complexité des procédures de mobilisation des fonds (FED et du budget d'Etat),

Conformément aux dispositions en vigueur, le versement intégral des droits de visas des produits pharmaceutiques au trésor public et l'absence de mécanisme permettant leur reversement à la DPM et au LNS font que les différentes expertises nécessaires ne sont pas conduites lors du processus d'enregistrement des médicaments.

➤ **LNS :**

L'insuffisance des équipements nécessaires au contrôle de la qualité des vaccins, médicaments biologiques et dispositifs médicaux, les formations partielles du personnel du LNS pour l'utilisation des équipements fournis, l'inadéquation du profil du personnel affecté par rapport aux besoins, ont limité considérablement les capacités de contrôle du LNS (non couverture des médicaments importés par le privé).

L'insuffisance des ressources financières et des moyens logistiques pour effectuer les missions ont entraîné une faible couverture du pays par le LNS.

➤ **PPM :**

La pléthore du personnel de la PPM et l'insuffisance de qualification par rapport aux fonctions de la structure ont joué négativement sur la qualité des services.

La non mise en œuvre de certaines dispositions du contrat plan Etat-PPM (Comité de suivi du contrat plan, engagements des parties) n'a pas permis une meilleure application de cet outil.

Les ruptures de stock sont dues à (i) la non application de certaines procédures de passation des marchés, (ii) l'insuffisance du fonds de roulement de la PPM et (iii) l'insuffisance dans l'organisation

interne et l'inadéquation de la base informatique pour une meilleure maîtrise de la gestion des stocks et des approvisionnements.

La non prise en compte des besoins de l'ensemble des secteurs (publics, privé et communautaire) dans les approvisionnements par la PPM ;

➤ **Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques :**

Le ralentissement des activités de l'UMPP, de sa production et de sa structuration, du fait de la lenteur de la mise en œuvre du programme gouvernemental de privatisation des sociétés d'Etat (Loi de 1998), L'absence d'études techniques permettant d'orienter la production de l'UMPP vers les médicaments essentiels de base ne lui a pas permis de contribuer à la satisfaction des besoins en médicaments essentiels des populations.

➤ **DMT/INRSP :**

La quasi totalité des interventions prévues par le DMT n'ont pas bénéficié de financement (l'équipement, la formation du personnel, la dotation en véhicules pour les missions de terrain, fonds de recherche et de documentation).

➤ **Organes de contrôle :**

Au niveau national :

L'insuffisance du personnel (6 inspecteurs sur 8 sont en place selon le cadre organique), notamment L'insuffisance de moyens logistiques et financiers pour conduire les missions (l'inspection est financée uniquement par le budget National).

La non exécution des conclusions des rapports d'inspection contribue à affaiblir la mission de contrôle et de supervision, l'autorité de l'Inspection de la Santé et favorise la non application des textes et procédures ;

Le niveau professionnel des membres des ordres professionnels, la non conformité des ordonnances et l'absence des pharmaciens dans les officines (non respect des règles de dispensation) jouent sur la qualité des prestations et expliquent le faible niveau des indicateurs ;

La faiblesse des appuis aux ordres professionnels ; l'insuffisance de formation des membres du conseil entraînent des difficultés d'application de la réglementation.

Les locaux inadaptés et sous équipés n'offrent pas un cadre idéal d'épanouissement des ordres professionnels.

La mauvaise répartition des officines et leur concentration dans les grandes agglomérations et d'accès facile fait que le secteur privé pharmaceutique n'a pas contribué efficacement à la couverture géographique du territoire.

La faible capacité en chambres froides de la DNS (surtout en période de campagne de vaccination), et de stockage pour les matériels et consommables et l'insuffisance des moyens de transport constituent le principal goulot pour assurer un approvisionnement correct du pays en vaccins et consommables dans le cadre du PEV et le contrôle des épidémies.

Au niveau régional :

le retard dans la restructuration des directions régionales de la santé par la création des Divisions Labo Pharmacie pour une meilleure coordination des activités de contrôle et de supervision du secteur pharmaceutique, a été un frein à l'atteinte des objectifs fixés.

L'absence de pharmaciens, biologistes ou médecins biologistes au niveau des régions et la non application du schéma d'approvisionnements en réactifs et consommables de laboratoire n'ont pas permis d'améliorer les activités de biologie médicale et garantir la qualité des résultats des analyses.

Le faible niveau de stocks au niveau des magasins régionaux de la PPM, le non respect des niveaux de stock par les DRC et DV, et la non complétude (fournitures complètes des informations) des données de consommation, contribuent fortement à entretenir les ruptures de stocks.

Les difficultés de mise en place et de fonctionnement des commissions régionales et locales de lutte contre la vente illicite des médicaments, n'ont pas permis de lutter efficacement contre ce fléau, qui reste à un niveau inquiétant pour la sécurité sanitaire des populations.

Les conseils régionaux des ordres ne jouent pas pleinement leurs rôles d'appui et de contrôle de l'exercice de la profession ;

La faible adhésion des ASACO au circuit du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels;

La non fonctionnalité des conseils de gestion et le manque de transparence dans la gestion du Dépôt Répartiteur de Cercle sont à la base des difficultés financières et des ruptures de stock à ce niveau ;

La non fonctionnalité des commissions locales de destruction des médicaments avariés expliquent l'accumulation de ces produits et crée un risque d'insécurité sanitaire pour les populations ;

L'insuffisance dans la maîtrise des besoins du cercle en médicaments et consommables y compris ceux des ONG en matières de contraceptifs et le non respect du circuit d'approvisionnement par les CSCOM ne permettent pas d'assurer un approvisionnement correct du district ;

L'insuffisance dans l'approvisionnement en réactifs et consommables de laboratoire est une faiblesse majeure du Schéma Directeur d'Approvisionnement. L'absence d'opérateurs spécialisés et la très grande variété des équipements de laboratoire sont à l'origine de cette situation ;

La gestion des dépôts de vente (DV) fait apparaître bien des imperfections contribuant à des ruptures de stocks au niveau des CSCOM, malgré les directives du Schéma Directeur d'approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (faible niveau de compétence des gérants, non respect des niveaux de prescription et du circuit d'approvisionnement, faible niveau des fonds de roulement de départ des DV) ;

La faible fonctionnalité des Associations de Santé Communautaire (ASACO), la mauvaise utilisation des recettes des médicaments entraînent des difficultés dans l'approvisionnement et la gestion corrects des médicaments et des vaccins ;

La vente illicite des médicaments s'accroît, appuyée par les dons anarchiques des médicaments dans le cadre de la coopération décentralisée en violation des directives nationales en matière de dons de médicaments.

3.7.2. La réforme hospitalière :

Les structures hospitalières et les établissements spécialisés ont été identifiés comme des structures prioritaires pouvant concourir à l'amélioration de la santé des populations et pour lesquels des stratégies spécifiques ont été définies par la MARH créée en 1999. La réforme hospitalière concerne les hôpitaux de 3ème référence (l'Hôpital Gabriel Touré, l'Hôpital du Point G, l'Hôpital de Kati, le CNOS), l'IOTA et les hôpitaux de 2ème référence (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao).

La loi hospitalière a été promulguée le 22 juillet 2002 érigeant tous les hôpitaux en Etablissements Publics Hospitaliers. Le décret portant modalité de mise en œuvre de la Convention Hospitalo-universitaire a été adopté ; cependant les conventions particulières entre les hôpitaux et la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ne sont pas encore signées ; la carte nationale hospitalière a été élaborée et est en cours d'adoption ; la commission nationale hospitalière a été mise en place.

Les principaux problèmes liés aux implications institutionnelles du développement du secteur hospitalier et établissements spécialisés sont: l'absence de loi sur la recherche en santé ; le retard dans l'application de la loi hospitalière ; la duplication des missions de certaines structures ; l'absence de coordination de la recherche dans le secteur ; la non prise en compte de certaines missions de coordination par l'ANEH

En 1999 création de la Mission d' Appui à la Reforme Hospitalière (MARH).

Les problèmes identifiés dans cette sous composante se résument à:

- la non élaboration des différents textes d'application de la loi hospitalière ;
- l'insuffisance dans la mise en place des organes et des procédures budgétaires et comptables des EPH ;
- la non application du Décret 02-311 du 04 juin 2002 relatif à la tarification des actes ;
- la non validation de la politique nationale de maintenance élaborée ;

- l'insuffisance dans la mise en oeuvre des projets d'établissement (surtout l'aspect financement) ;
- l'insuffisance dans l'accueil des malades ;
- l'absence de plan de communication au sein des EPH ;
- l'insuffisance de la qualité des soins dont la faible qualité de l'accueil, l'évaluation des hôpitaux, la prise en charge médicochirurgicale des fistules obstétricales (insuffisance du plateau technique); l'absence de comité thérapeutique ;
- l'insuffisance dans l'approvisionnement en médicaments et réactifs ;
- le problème d'hygiène hospitalière et infections nosocomiales ;
- l'insuffisance des ressources humaines en qualité et en quantité pour la mise en œuvre des projets d'établissement ;
- l'insuffisance dans la recherche opérationnelle pour améliorer la qualité des services à l'hôpital et pour appuyer le niveau opérationnel ;
- l'insuffisance dans la collaboration entre les hôpitaux et les instituts de recherche ;
- le dysfonctionnement du système de référence et contre référence ;
- l'insuffisance de logistique ;
- l'absence d'unité mobile d'intervention rapide opérationnelle ;
- la faiblesse de gestion des ressources humaines, matérielles et financières des hôpitaux ;
- le faible niveau de revenu des populations en général et des pauvres en particulier ;
- le faible recouvrement des coûts pour les hôpitaux ;
- la mauvaise organisation du système d'information hospitalier (SIH) et l'insuffisance dans le remplissage des supports de collecte des données;
- la faible participation des établissements hospitaliers privés au service public.

En plus, il existe des problèmes spécifiques au niveau de certains hôpitaux : l'état vétuste des locaux (Kayes, Ségou et Kati) ; le retard dans la construction des nouveaux hôpitaux (Sikasso et Mopti) ; la faible capacité d'accueil au niveau des services d'urgence de gynécologie et de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré, etc.

3.7.3. L'organisation et la coordination de la recherche

Il n'existe pas de politique nationale ni de plan national de recherche. Néanmoins dans la plupart des régions avec l'appui des partenaires et des assistants techniques, plusieurs thèmes de recherche opérationnelle ont été exécutés mais tous les résultats n'ont pas été suffisamment diffusés et appliqués. Une politique nationale de recherche en santé a été élaborée et validée en 2004. Le retard de son adoption n'a pas permis la création du Conseil National de Recherche Essentielle en Santé comme prévu. Les problèmes peuvent être résumés comme suit:

- l'insuffisance dans la mobilisation de fonds pour la recherche ;
- la faible capacité de diffusion et d'utilisation des résultats de la recherche ;
- l'insuffisance de formation du personnel du niveau opérationnel et des hôpitaux à la méthodologie de la recherche,
- L'insuffisance de coordination des activités de recherche, sur le plan sectoriel et sur le plan intersectoriel ;

3.7.4. Les autres établissements spécialisés

Les établissements spécialisés assurent un appui aux hôpitaux, aux districts sanitaires et aux structures privées dans leurs missions de soins, de formation et de recherche. Au cours de la mise en œuvre du PRODESS I, les actions en faveur de ces établissements n'ont pas produit les résultats escomptés. Le département a pris certaines initiatives en créant des nouvelles structures pour améliorer la performance du système. Cela a entraîné souvent une duplication des rôles et missions. Au niveau des établissements spécialisés, les problèmes principaux sont les suivants :

- La mission et rôle mal définis, souvent en chevauchement entre les structures (l'inadaptation des textes régissant certains établissements spécialisés);
- La non mise en œuvre des projets d'établissement des « établissements spécialisés » ;
- L'insuffisance en organisation interne et gestion;
- L'insuffisance des ressources humaines, matérielles, et financières pour le fonctionnement;
- L'absence d'institut médico-légal;
- La faible collaboration des « établissements spécialisés » avec les hôpitaux et les programmes nationaux de santé.

En plus, il existe des problèmes qui sont spécifiques pour certains hôpitaux ou pour certaines structures départementales (Inspection, DPM, CPS, etc.) et para-étatiques ou privées (IOTA, CREDOS, INRSP, CNOS, les tradi-thérapeutes, etc.) Ces problèmes sont d'ordre institutionnel, gestionnaire (capacité et ou financier). Ils ont été identifiés par le groupe thématique concerné, mais leur nombre est trop élevé pour être présenté ici.

Les structures spécialisées ci-dessous prévues dans le PRODESS I n'ont pas pu être réalisées :

- L'Institut Médico-Légal,
- L'Unité Mobile d'Intervention Rapide (UMIR) ou SAMU (néanmoins, pendant la CAN 2002 une unité similaire a fonctionné dans les régions qui ont abrité cette coupe d'Afrique des Nations):
- Le Conseil National de la Recherche Essentielle en Santé et Action Sociale (CNRESS) :
- Le Laboratoire d'analyse alimentaire et nutritionnelle :
- L'Observatoire de la Santé et de l'Action Sociale :

3.7.5. Les aspects organisationnels et institutionnels

L'analyse du renforcement de capacités institutionnelles concerne les mesures prises pour accroître les aptitudes des individus, des institutions et des systèmes à prendre, à appliquer des décisions et à remplir leurs fonctions de façon efficace et durable.

Les problèmes prioritaires sur le plan organisationnel et institutionnel concernent les aspects ci-dessous :

Une révision de rôle/mission de plusieurs structures départementales était prévue dans le PRODESS I (et même avant). Cependant, certaines de ces réformes n'ont pas encore eu lieu. Dans le cadre du présent document, il serait trop encombrant de fournir des détails par rapport à chacune de ces structures. Nous présentons ci-après quelques exemples :

Le rôle de la CEPRIS a changé avec la décentralisation administrative, qui place la responsabilité de la mise en œuvre des travaux de génie civile au niveau des collectivités décentralisées.

Concernant l'UMPP, le manque de clarification des rôles et missions des différents acteurs, la mauvaise gestion en général, l'obsolescence et la vétusté des équipements expliquent les faiblesses constatées pour le dynamiser en le privatisant.

Le rôle actuel de certaines structures nouvellement créées, comme le CNAM, le CREDOS, le Comité National d'Ethique pour les Sciences de la vie chevauche avec les responsabilités d'autres structures. Il faudra redéfinir leur mission et éventuellement leur statut, en assurant la synergie et la complémentarité.

Des difficultés de préparation à temps et d'analyse approfondies des problèmes n'ont pas souvent facilité la prise de décision par le Comité de Suivi.

Les problèmes liés à la réforme du financement du PRODESS sont (i) la non adhésion de certains PTF aux prescriptions du manuel de procédures (multiplicité et lourdeur des procédures de mobilisation des ressources financières); (ii) la dualité des systèmes comptables au niveau de la DAF (comptabilités publique et commerciale) ; (iii) la lourdeur et non maîtrise des procédures de passation de marché.

Les problèmes liés à la budgetisation sont la non adéquation entre le plan de passation des marchés et l'inscription budgétaire groupée au niveau central et la faible capacité de gestion du budget du département ;

Les problèmes liés à la mobilisation des ressources financières sont la faible capacité de la DAF à assumer l'ensemble des missions qui lui sont confiées et la faible implication de certains acteurs dans les organes de gestion aux différents niveaux.

Le problème principal lié à la répartition des ressources financières est la non conformité de la répartition des ressources financières et de leur exécution aux besoins prioritaires de la santé exprimés dans le CSLP.

Le problème principal lié au suivi de l'exécution du budget et des financements est l'insuffisance d'information et de communication entre la DAF et les services financiers des régions d'une part et d'autre part entre les services financiers des régions et les comptables des cercles ;

Par rapport au contrôle et la réglementation, le problème principal est l'insuffisance de coordination des interventions entre les cinq organes chargés de contrôle ;

Deux problèmes sont liés à la planification stratégique et au suivi de la mise en œuvre du PRODESS : (i) La mobilité du personnel chargé de la planification stratégique ; (ii) la méconnaissance des stratégies du programme par une partie de la société civile, les collectivités territoriales et certains acteurs hors secteur santé.

Les problèmes liés à la validation stratégique des plans et programmes régionaux sont (i) la difficulté de mise en application des décrets 01-115 et 02-314 ; (ii) le manque de cohérence entre les PDSC et les PO d'une part et d'autre part entre les PDSC et les plans de développement des collectivités territoriales ;

Les faiblesses dans la gestion sont les suivantes: le retard dans l'application du manuel de procédures de gestion du PRODESS; la faible capacité d'absorption des ressources mises à la disposition du secteur due souvent à la non maîtrise par les cadres des procédures multiples et complexes; le faible taux de décaissement : dû aux difficultés liées aux procédures de mobilisation, d'utilisation et de justification des ressources financières ; l'insuffisance d'harmonisation des mécanismes de financement ; l'absence d'un système d'audit interne et des missions régulières de suivi de la Direction Administrative et Financière (DAF) sur le terrain ; les multiples réserves formulées par les rapports d'audit financier ; la faible capacité de la DAF à monter, suivre et évaluer les dossiers de passation de marchés, toute chose qui a affecté négativement les taux de décaissement d'ensemble du système ; la production d'informations financières incomplètes ; l'insuffisance de ressources allouées à la santé ; la floraison de marchés parallèles illicites de médicaments ; l'insuffisance du partenariat public, privé et associatif ; l'insuffisance de la collaboration intra sectorielle et intersectorielle ; la persistance du chômage ; l'inexistence de normes appropriées pour certaines zones pauvres ; la faible capacité de production et mauvaise répartition géographique des institutions de formation en santé

Plusieurs problèmes sont liés au suivi des indicateurs du PRODESS: (i) l'insuffisance d'intégration des données de certains acteurs dans le SNIS et dans les rapports d'activités (secteur privé, ONG/associations); (ii) la non cohérence des objectifs avec la disponibilité des ressources humaines qualifiées et la capacité/certitude de mobilisation des ressources financières ; (iii) la non fonctionnalité des sous systèmes d'information relatifs aux hôpitaux, à la recherche, à l'administration, aux ressources humaines.

La difficulté liée à l'élaboration et à la mise à jour de la carte sanitaire est le retard dans la mise à disposition des données pour la compilation et la visualisation des cartes sanitaires au niveau de la CPS.

Une étude a été menée afin d'élaborer une politique de maintenance, mais les résultats n'ont pas permis d'avoir des éléments qui sont indispensables à la réalisation de cette politique. Cependant des unités de maintenance ont été mises en place dans certains hôpitaux.

Les problèmes liés à la maintenance des infrastructures et équipements sont: (i) l'absence de politique de maintenance ; (ii) le manque de performance des services du département chargé de la maintenance des équipements, des véhicules et du suivi de l'entretien des infrastructures ;(iii) la faible capacité d'intervention du service entretien du parc auto et du matériel technique du Ministère de la Santé (SEPAUMAT) et de ses antennes régionales a amené le département à faire appel souvent aux garages et services de maintenance privés.

Les problèmes liés au systèmes d'information sont : (i) Il persiste le retard dans la transmission des données SIS de la périphérie vers le niveau national à la DNS. (ii) Dans le même cadre, le secteur privé ne transmet presque pas de rapports d'activités. (iii) Les données complémentaires relatives aux IST/VIH-SIDA et sur la surveillance nutritionnelle n'ont pas encore été intégrées dans le SNIS. (iv) La mise en œuvre du schéma directeur d'informatisation du MS a démarré depuis 2001 mais des retards ont été enregistrés à cause des procédures d'appel d'offres.

La persistance de la verticalité des programmes nationaux et les exigences de gestion (procédures de gestion) de certains partenaires qui ne sont pas compatibles, et par conséquent ne favorisent pas une intégration des activités et une rationalisation des ressources;

La faible adhésion de certains partenaires techniques et financiers au processus de gestion du programme lié à la non disponibilité à temps de leur contribution financière et également à leur non participation souvent au CROCEP.

L'insuffisance de collaboration entre les départements techniques, l'administration territoriale et la société civile est souvent décriée.

Au niveau régional, le CROCEP, organe d'évaluation, de programmation et de suivi ne parvient pas à une analyse approfondie des problèmes et une proposition réaliste des actions à entreprendre.

Les réunions des conseils de gestion de cercle ne se tiennent pas de façon régulière due au 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.

Le niveau d'implication des communautés dans la gestion est faible, leur niveau d'instruction (d'alphabétisation) ne facilite pas la maîtrise des pratiques et techniques de gestion efficace d'un centre de santé. Certains délégués participent aux sessions de suivi de la mise en œuvre du programme comme figurant;

La faible implication des femmes et des jeunes dans les organes de gestion;

Le faible suivi des cercles par le niveau régional sauf pour les « programmes verticaux » lié à l'irrégularité des supervisions intégrées et des missions conjointes de suivi;

Le retard dans l'élaboration de certains plans de développement sanitaire de cercle avec entre autre comme causes l'absence de suivi des agents chargés de faire le travail, son élaboration n'étant pas une conditionnalité de financement du PO annuel.

3.8. Conclusion finale de l'analyse :

L'analyse de la situation sanitaire- santé et pauvreté de Septembre 2001- montre que les facteurs les plus limitants pour une couverture effective plus grande sont les difficultés liées à l'accès aux services et l'insuffisance de personnel.

Les problèmes d'accès géographiques et de fonctionnalité des CSCOM persisteront certainement dans les années à venir. Malgré le nombre élevé de centres de santé communautaire (660), les objectifs

de programmation ne sont pas atteints. Cependant, il existe des possibilités d'augmenter de façon considérable cet accès aux soins à travers la combinaison de stratégies :

- une extension du réseau fixe, notamment en subsidiant la création de CSCOM dans des zones à population dispersée qui jusqu'à présent seraient classées comme non-viables en autofinancement, précisément à cause de leur dispersion ;
- une intensification des activités avancées et mobiles ;
- un appel plus grand à ce que les ménages et les communautés peuvent faire elles-mêmes.

La pénurie de personnel constitue l'autre grande contrainte qui limite l'accès. Le personnel de santé est de façon générale réticent à exercer dans les zones défavorisées où les perspectives de rémunérations complémentaires dans le secteur privé et d'accès aux infrastructures sont peu attrayantes. Dans les zones du pays où les populations sont dispersées et en partie nomades, les besoins en personnel technique sont encore plus importants. De façon générale, la disponibilité en personnel infirmier est très insuffisante dans les régions les plus pauvres avec un infirmier pour 8000 à 14 000 habitants au moment où on compte un infirmier pour 2400 habitants à Bamako. La dotation en infirmiers est de loin inférieure aux prévisions dans les régions sauf à Bamako où il y a 2,8 fois plus que nécessaire. Toutes les régions sauf Gao et Tombouctou ont deux fois moins d'infirmiers que prévu. Il est clair que les objectifs du PRODESS I n'ont pas été atteints. Une série de mesures peut alléger la situation à court terme dans le PRODESS II.

Cependant il est possible de rendre l'emploi au niveau du CSCOM plus attractif et plus compétitif en améliorant les conditions de l'emploi et du travail. Ces mesures permettront d'améliorer la disponibilité du personnel dans ces zones pauvres. En dépit de ces mesures, le nombre d'infirmiers et de médecins sur le marché du travail reste insuffisant pour satisfaire aux besoins du pays.

La pénurie en médicaments et en matériel : malgré une acuité moins importante de cette problématique, il faudra néanmoins résorber les déficits qui subsistent dans 10% des cas, et faire en sorte que l'intendance (médicaments, matériels...) suive l'extension de la couverture sanitaire.

L'insuffisance en qualité et continuité : Bien que moins documentés, il est clair qu'il existe des goulots d'étranglement perceptibles au niveau de la qualité et de la continuité des soins, ainsi que de l'exécution des programmes de contrôle des maladies. L'insuffisance d'indicateurs sur la qualité ne permet pas d'apprécier les obstacles systémiques qui en découlent. De façon générale de nombreux problèmes de qualité sont évoqués : faible intégration des activités, insuffisance de monitoring, de supervision, de suivi/évaluation et de recherche opérationnelle, faible utilisation des résultats des recherches opérationnelles, faible prise en charge de la problématique de la pauvreté.

Avec le type de personnel dont on dispose, il y a des limites dans la qualité et la continuité des soins. Cependant, il est possible d'obtenir plus de résultats avec l'investissement sur le réseau personnel médicaments matériel.

La faible participation des populations : un dernier goulot d'étranglement est celui de la participation des populations à la planification et à la gestion des services de santé. Malgré qu'il s'agisse d'un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne, de nombreux problèmes sont rencontrés dans la mise en œuvre de cette approche :

- les collectivités territoriales décentralisées ne maîtrisent souvent pas la politique sectorielle de santé ;
- les structures de gestion communautaires sont souvent peu représentatives ;
- les pauvres et surtout les femmes et les jeunes sont très peu impliqués dans les organes de gestion des structures de soins ;
- les structures de gestion communautaires se sont surtout impliquées dans les activités de gestion des services et des financements mais beaucoup moins dans la mise en place d'actions de santé communautaires ;

- les jeunes notamment les adolescent(e)s ne participent presque pas aux initiatives de développement, encore moins à la prise de décision relative à la jouissance de leur droit à la santé, à l'identification des problèmes de santé qui les affectent ainsi qu'à la recherche des solutions à y appliquer ;
- le poids des facteurs socioculturels dans les comportements pour la santé est encore élevé et la stigmatisation des personnes infectées par le VIH ou la tuberculose persiste au sein de la communauté.

Etant donné que la plupart des indicateurs de l'état de santé n'ont pas été significativement améliorés pendant la période du PRODESS I, les résultats atteints dans le premier quinquennat du PDDSS doivent être considérés comme modestes. Au regard des goulots d'étranglement, les résultats, certes modestes, confirment que l'option prise est bonne. Même à un niveau de mise en œuvre qui est loin d'être complet, et en dépit du ralentissement de la fin des années 1990, les approches de la politique sectorielle ont eu un impact au niveau national. Ce qu'on peut dire c'est que le modèle fonctionne, et que la discussion doit maintenant tourner autour des possibilités et modalités d'accélération et d'extension. Le choix des options de base est confirmé, mais même maintenant que le ralentissement dû à la transition vers l'approche sectorielle est dépassé, il est clairement nécessaire d'atteindre une bien plus grande partie de la population, et particulièrement des plus pauvres et vulnérables parmi elle. Cela veut dire accélérer la mise en œuvre – et éviter de nouveaux ralentissements au moment de la préparation de la prochaine phase.

4. ORIENTATIONS ET DOMAINES PRIORITAIRES

4.1. Les orientations en matière de soins de santé

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté s'attache dans le secteur santé à lever les obstacles systémiques ou causes sous-jacentes liées à l'accès aux services de santé, à la non disponibilité ou à l'insuffisance en personnel, au manque de médicaments et de consommables, à la faible utilisation, continuité et qualité des services curatifs, préventifs et promotionnels.

Il prendra en compte le développement des stratégies spécifiques et ciblées pour rendre les services disponibles et accessibles dans les structures publiques et communautaires et à cibler les zones déshéritées pour l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Le Ministère de la santé a la volonté de renforcer et d'accélérer la mise en œuvre des activités dans les régions où au moins 50% des populations sont pauvres et/ou dans lesquelles les indicateurs de santé sont extrêmement bas.

Cette emphase sur la population pauvre doit permettre (i) la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile en répondant aux problèmes des IRA, des diarrhées, du paludisme, de la malnutrition, des maladies transmissibles telles le VIH et la tuberculose ; et (ii) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle en répondant aux soins maternels, prénatals, obstétricaux, et des carences nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles.

Dans la zone 1 (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro), les indicateurs de mortalité et de morbidité sont les plus élevés du pays et il faut améliorer la qualité et favoriser la fréquentation des structures existantes. Dans la zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), les populations ont nettement moins accès aux services essentiels et il faut commencer par renforcer les activités des équipes mobiles. Dans la zone 3 (urbaine : Bamako), il s'agit de promouvoir des approches plus multisectorielles adaptées aux quartiers les plus pauvres, incluant notamment la lutte contre la malnutrition et la prévention active du VIH/SIDA.

Les stratégies IEC seront renforcées, ainsi que les actions de prévention, les approches multisectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres. En particulier, on peut souligner le développement de l'initiative «un cercle, une ONG», la professionnalisation du Centre National d'Information, d'Education et de communication en santé (CNIECS), la promotion de l'approche contractuelle (contrats de performance avec les collectivités locales, les communautés, les ONG et les structures de l'Etat), le soutien aux initiatives innovantes de financement alternatif, de solidarité et de protection sociale, la mise en place de mécanismes assurant la participation effective des groupes cibles (femmes, jeunes, handicapés,...) dans la promotion de la santé.

Il faudra également renforcer la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, contre le paludisme, contre le VIH/SIDA et contre les principales maladies opportunistes et évitables. En particulier, il faudra mettre en œuvre le plan sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA.

La révision de la politique nationale de population permettra d'améliorer la prise en compte des problèmes de population dans les politiques sectorielles notamment le renforcement des actions en cours dans le secteur de la santé.

En matière de lutte contre la malnutrition, il s'agira entre autre de favoriser la mise en œuvre d'une politique nationale multisectorielle, d'améliorer les conditions des femmes et des enfants, de réduire la prévalence de la malnutrition globale et des carences en micro nutriments (iode et fer) dans des zones périurbaines, rurales, arides et semi-arides.

Dans le PRODESS II une attention particulière sera attachée à l'allocation et la gestion des ressources humaines et financières du secteur de la santé. Les résultats suivants sont visés : augmentation absolue et relative des dépenses publiques de santé, augmentation de la subvention publique aux régions et groupes défavorisés, aux CSCOM non viables, aux personnels en poste dans les zones difficiles, développement des mécanismes de financement des services de santé essentiels pour les pauvres, décentralisation de la gestion.

4.2. Les orientations concernant le VIH/Sida et Développement :

Les populations considérées comme particulièrement vulnérables au VIH/SIDA sont : les migrants, les camionneurs et leurs apprentis, les vendeuses ambulantes, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale. Les facteurs de vulnérabilité sont : la mobilité (migrations internes et internationales), la précarité économique, les réseaux de prostitution et la faiblesse du cadre éthique et légal.

La précaire situation économique du pays et la couverture sanitaire encore faible sont des contraintes pour la réduction des impacts de l'épidémie.

La féminisation de l'infection VIH sera prise en compte dans la mise en œuvre du plan stratégique de la santé de la reproduction.

Cependant, le PRODESS a prévu une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de Centres de Soins d'Animation et de Conseil (CESAC) dans deux régions pour la prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Le programme de lutte contre le SIDA repose sur l'engagement politique le plus élevé et le plus large au sein des Institutions de la République et de la société civile malienne : il est politiquement coordonné par la Présidence de la République et techniquement par le Ministère de la Santé qui en assure la tutelle. Le programme vise à : prévenir la transmission dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables et la transmission mère enfant ; à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et à alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ; réduire l'impact sur les services de santé ; à instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

En cohérence avec les objectifs et conformément à la politique gouvernementale, les axes stratégiques ci-dessous ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du Plan Stratégique National 2002-2006 relatives au programme national de lutte contre le SIDA :

- décentralisation des structures et organes de gestion du programme et développement de la réponse locale et développement de partenariats avec les acteurs sur le terrain pour la mise en œuvre;
- prise en charge systématique des IST dans tous les CSCOM et les CSAR selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST ;
- élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé par une approche multisectorielle intégrée ;
- prise en compte de l'épidémie de VIH/SIDA et de ses impacts dans les lieux de travail ;
- poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité : information, éducation et communication à l'intention de la population générale, promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social, concentration sur les groupes de populations les plus vulnérables pour un changement des comportements sexuels à risques ;
- le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins;
- promotion du conseil et du dépistage volontaire ;
- augmentation de l'accès aux anti-rétroviraux ;
- amélioration du système d'information sanitaire concernant le VIH/SIDA et les IST.

4.3. Les orientations en matière de Population

La lutte contre la pauvreté implique d'une part le recul de tous les facteurs de distorsion économique et sociale et, d'autre part, la recherche d'un équilibre entre la dynamique démographique et le développement économique et social.

Ces exigences commandent une intégration plus poussée de la problématique démographique dans la stratégie et les actions du CSLP. Ceci a été fait en matière de santé, d'éducation ou dans l'approche des problèmes d'emploi et de protection sociale. Il reste toutefois des progrès à accomplir durant la mise en œuvre du CSLP. Ils devront concerner l'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement ; la réduction des inégalités qui caractérisent le tissu social et notamment le respect du genre ou l'attention aux problèmes des jeunes ; la préparation, par des analyses et réflexions stratégiques, des nouveaux progrès à accomplir dans le ciblage de l'action en faveur des groupes sociaux et des régions (ou sous régions) où dominent les phénomènes de pauvreté ; une meilleure coordination intra et inter sectorielle dans la mise en œuvre des programmes et actions à caractère ou à connotation démographique ; plus généralement la révision et l'actualisation de la politique nationale de population à la lumière des évolutions récentes de problématique et de stratégie économique et sociale.

4.4. Les axes stratégiques de la Composante Santé Population du CSLP

Les stratégies de réduction de la pauvreté dans le secteur devront cibler spécifiquement :

Les approches en milieu rural qui doivent encore se focaliser sur la mise à disposition et l'utilisation de paquets d'interventions essentielles et renforcer l'offre de santé. En milieu urbain des approches plus multisectorielles incluant des activités de lutte contre la malnutrition et de prévention du VIH/SIDA devront être développées dans les quartiers les plus pauvres de Bamako et dans les autres villes.

Ce sont des stratégies de production de santé qui devront être développées au niveau ménage et communautaire ainsi qu'au niveau système de soins de santé, avec un accent particulier sur les stratégies du niveau district sanitaire aussi bien dans les structures fixes qu'en stratégies avancées et mobiles. Elles sont sous-tendues par des stratégies de recentrage des politiques de santé et de population, qui doivent créer les conditions dans lesquelles les stratégies de production de santé peuvent devenir opérationnelles.

Les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'accès géographique aux services de santé (Volet 1 du PRODESS II) sont les suivantes :

- L'extension de la couverture : augmentation du nombre de centres de santé fournissant un paquet de services en stratégie fixe, y compris dans les zones considérées comme « non-viables ». L'ouverture de centres dans les « zones non viables » sera subventionnée par l'Etat
- La stratégie avancée pour les populations vivant à plus de 5km d'un centre de santé fixe avec provision d'un paquet de services avancé visant à réduire la mortalité néonatale, infantile, infanto juvénile et maternelle, la fécondité et la malnutrition ;
- La stratégie mobile polyvalente pour les populations ne pouvant être touchée par la stratégie communautaire, ni par la stratégie avancée ;
- Le renforcement de l'organisation du système de référence/évacuation pour atteindre tous les cercles.

Il reste entendu que la mise en œuvre de ces stratégies tiendra compte essentiellement de l'incidence de la pauvreté et du taux de couverture sanitaire dans chaque zone : pour les zones où la couverture sanitaire est moins de 50% dans un rayon de 15 Km les quatre axes stratégiques seront appliqués ; pour les zones où la couverture sanitaire dépasse 50%, priorité sera accordée à la consolidation de l'existant et au soutien à la stratégie mobile.

Les stratégies pour améliorer la disponibilité et la gestion des ressources humaines dans le secteur santé (volet 2 du PRODESS II) sont les suivantes :

- Le recrutement de personnel contractuel en particulier infirmiers polyvalents et médecins par les communes sur les subventions des ressources PPTTE du secteur de la santé ;
- Le renforcement des capacités en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations) ;
- La formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels ;
- L'instauration de système de motivation du personnel sanitaire fonctionnaire et contractuel à travailler dans les zones rurales en particulier les plus éloignées des centres urbains et les plus défavorisées : développement d'une stratégie d'incitation financière et non financière pour les travailleurs des zones défavorisées ;
- L'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance ;
- La réalisation de logements d'astreinte pour les infirmiers et médecins des zones rurales défavorisées ;
- La disponibilité de matrones dans tous les centres de santé communautaire ;
- La formation et recyclage des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des aides- soignants et des gérants au niveau des formations sanitaires.

Les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'utilisation, la performance et la qualité des services de santé (Volets 3 et 4 du PRODESS II) incluent :

- Le renforcement du plateau technique
- Le développement et la gestion des ressources humaines
- L'application des normes et techniques standard au double plan des ressources matérielles, financières ;
- La supervision
- La formation continue
- L'intégration des services
- Le développement de la recherche action
- La Promotion des contrats de performance avec les ASACO et les collectivités décentralisées
- Les Contractualisations avec les ONG et associations, les privées et les communes pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- La Promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle ;
- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme...), les sels de réhydratation orale, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops chloroquine et cotrimoxazole) ;
- Renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux ;
- Le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH ;
- Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins

Les stratégies pour protéger les revenus des ménages (volet 5 du PRODESS II) sont les suivantes:

- Augmentation de la dotation et ré allocation budgétaires de l'Etat à la santé en faveur des régions pauvres en particulier pour la prise en charge des dépenses de fonctionnement qui aujourd'hui sont réparties de façon inéquitable ; l'Etat devra dans les années à venir augmenter la subvention aux services de santé essentiels, en particulier aux actions de santé publiques et aux activités contribuant à la diminution de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile dans les zones défavorisées ;
- Révision des systèmes de tarification et fixation des tarifs des services publics et associatifs pour les activités de santé essentielles. Le système de recouvrement de coût sera revu pour être plus favorable aux groupes les plus défavorisés (pauvres, enfants, femmes enceintes etc.) ;
- Développement des stratégies d'accessibilité financière aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : ces stratégies seront développées à l'issue d'études sur l'accessibilité financière/rationalisation des coûts. Les communautés pourront également bénéficier de subventions pour la prise en charge des groupes vulnérables et/ou des pauvres.

Une des cinq stratégies clés pour l'amélioration de l'environnement économique et social qui doivent être appuyées par l'action gouvernementale au niveau des ménages et des communautés concerne directement la production de santé (également volet 5 du PRODESS) :

C'est la mise en place de paquets minimums d'activités de santé dans les secteurs autres que le secteur de la santé notamment les activités de lutte contre le VIH/SIDA et de lutte contre la malnutrition. Certaines activités seront tout particulièrement développées et/ou renforcées dans le secteur de l'éducation avec définition d'un paquet minimum d'informations à donner aux filles et garçons dans les écoles du premier et du deuxième cycles (lavage des mains, utilisation de moustiquaire imprégnée, éducation à la vie familiale, santé de la reproduction) en développant un curriculum pour chaque année d'étude.

Les stratégies clés pour améliorer la participation (également volet 5 du PRODESS II) sont les suivantes :

- Renforcement de la capacité de gestion des Associations de Santé Communautaire et des Collectivités territoriales. La convention d'assistance mutuelle entre l'Etat et l'ASACO sera revue pour prendre en compte les collectivités territoriales. Un soutien sera apporté aux ASACO sur plusieurs plans : mise en place de systèmes de comptabilité, mise en place de systèmes de monitoring local de la performance en terme de couverture avec les services de santé. Renforcement des capacités du personnel sanitaire et comptable ;
- Promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres dans les comités de gestion des centres de santé communautaire.
- Participation des groupes plus spécifiques (PVVIH/SIDA, handicapés, les malades chroniques, les adolescents, etc.) dans la promotion de la santé. Un accent sera mis sur la participation des jeunes à travers la création de centres/conseils polyvalents.

Les stratégies suivantes sont préconisées pour rendre adéquat le comportement des ménages et des communautés (également volet 5 du PRODESS II) :

- Information Education Communication et mobilisation sociale : Les stratégies de communication pour le changement de comportement viseront à augmenter la couverture des ménages les plus pauvres avec un paquet d'information. Le paquet minimum d'information pour le niveau ménage est défini comme suit : lavage des mains, des ustensiles, utilisation de canaris à robinet, utilisation de latrines, gestion des ordures, vaccination des enfants, allaitement maternel exclusif, gestion de la période de sevrage et des pratiques d'allaitement par la promotion de l'utilisation des farines infantiles, le développement des activités

nutritionnelles dans le PMA offert dans les structures du premier niveau, la conduite à tenir en cas de fièvre et/ou de diarrhée/ toux, etc. Le service national IEC sera étoffé et structuré ;

- L'expertise en communication pour un changement de comportement sera développée. Le CNIECS (centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé) sera professionnalisé pour devenir un centre d'expertise de communication pour le changement de comportement en utilisant une approche intégrée ;
- Les médias modernes et traditionnels notamment de proximité seront davantage mis à contribution. Une ligne téléphonique « ligne verte » sera mise à la disposition des populations pour leur permettre de demander des informations sur leur état de santé notamment le SIDA ;
- Renforcement de l'approche communautaire : Les aspects de santé communautaires seront renforcés, en particulier dans les régions où au moins 50% de la population sont des pauvres et celles à faible couverture sanitaire. La subvention de l'Etat sera augmentée dans ces zones en particulier la prise en charge des salaires du personnel de santé pour les CSCOM. Les stratégies avancée et mobile seront systématiquement organisées avec mise à disposition d'un paquet minimum d'activités aux populations vivant à plus de 5Km d'un centre de santé.
- Ce paquet minimum inclut le PEV, le supplétif en micro-nutriments, la consultation prénatale, le planning familial et la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, etc....
- Les éléments clés de l'approche communautaire seront définis : par exemple utilisation des services, dépistage actif pour le rattrapage de la déperdition au PEV et de la CPN, participation massive au dépistage actif de la trypanosomiase, visites à domicile pour les actions de prévention, actions communautaires contre le SIDA (disponibilité et monitoring de préservatifs dans les bars, information des jeunes filles sur les comportements à risque etc....).
- Contrat de performance et monitoring à base communautaire : Des approches contractuelles seront développées avec toutes les parties prenantes à savoir les collectivités territoriales, les communautés organisées, les ONG et les structures de l'état. Il sera procédé à la définition des rôles et responsabilités des parties concernées. La mise en œuvre de ce contrat de performance sera suivie et évaluée sur la base d'indicateurs de performance en terme de changement de comportement des ménages. L'approche contractuelle avec les communautés, actuellement testée pour les activités de vaccination sera élargie aux autres activités de soins de santé.
- Développement de l'interface entre les services de santé et les populations avec mise en place de partenariats. La mise en place de l' « Initiative un Cercle, une ONG » sera accélérée en mettant un accent particulier sur la lutte contre le SIDA et la réduction de la malnutrition. Cette initiative sera en outre dans le cadre de la collaboration intersectorielle notamment avec le département de l'agriculture, le Développement Social, l'Hydraulique, la Promotion de la Femme, le Département des Infrastructures routières et de l'éducation.

Les stratégies pour améliorer les politiques de santé / créer des conditions favorables à la production de santé (volets 6 et 7 du PRODESS) sont les suivantes :

Pour que le financement du secteur santé prenne plus qu'auparavant en compte les besoins des plus pauvres, le Ministère de la Santé a décidé d'allouer la marge budgétaire dans le cadre de la mise en œuvre de son CDMT bâti sur sept programmes. Cela permettra d'obtenir:

- L'allocation équitable des ressources financières, humaines et matérielles sur la base des besoins et des performances en ciblant les régions et les groupes socio-économiques défavorisés ;
- L'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que le prix des services PCIME ;
- L'augmentation de la subvention publique aux régions et groupes les plus vulnérables
- La participation des communes au financement de la santé à au moins 15% de leur budget ;
- L'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétroviraux ;
- Le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources complémentaires au secteur de la santé aux niveaux interne et externe.

La mise en œuvre de la réforme en matière de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé notamment à travers :

- La régionalisation des écoles de formations professionnelles de santé
- Le soutien à la formation du personnel paramédical du secteur privé
- La poursuite de la mise en œuvre du système de contractualisation du personnel de la santé au niveau des communes
- La création d'une direction des ressources humaines.

La lutte contre la pauvreté inclut un meilleur équilibre entre la dynamique de la population et le développement économique et social. Cet équilibre passe par les stratégies suivantes :

- L'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement
- La réduction des inégalités et le respect du genre dans les politiques de développement
- L'amélioration de la coordination intra et intersectorielle de la mise en œuvre des programmes de population
- Le renforcement des mesures de prévention contre le VIH/SIDA en ciblant les groupes de population les plus exposés aux facteurs de risque notamment, les jeunes et adolescents, les routiers, les professionnels du sexe, les migrants, les porteurs d'uniforme, les guides touristique, les touristes, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH.

L'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système :

- Maîtrise et connaissance du système de santé :
 - Le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
 - Le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
 - Améliorer l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification
- Améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires :
 - Coordonner et évaluer le PRODESS en impliquant les autres acteurs
 - Monitorer et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.)
 - Coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP
 - Améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG
- Promouvoir la recevabilité des structures sanitaires, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations :
 - Etudier la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs
 - Créer une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.

5. LES VOLETS DE LA COMPOSANTE SANTE DU PRODESS II

Le Ministère de la Santé a décidé d'allouer la nouvelle marge budgétaire à 7 programmes dans son CDMT : cinq destinés à directement lever des goulots d'étranglement par rapport à la production de santé au niveau des ménages, des communautés et des systèmes de soins ; deux pour créer l'environnement politique pour que cela puisse se faire. Dans le cadre du PRODESS II on parle de

volets au lieu de programme. Cette appellation volet a été retenue afin de garder la cohérence avec le PRODESS I.

Les 7 programmes du CDMT (ou 7 volets du PRODESS II) se répartissent comme ci-après.

Cinq programmes pour améliorer la production de santé :

- améliorer l'accès géographique aux paquets de services essentiels (Volet 1 du PRODESS)
- améliorer la disponibilité des ressources humaines qualifiées (Volet 2 du PRODESS)
- assurer la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et au prix le plus bas dans l'ensemble du territoire (Volet 3 du PRODESS)
- assurer la qualité des services et lutter contre les maladies (Volet 4 du PRODESS)
- stimuler la demande à développer des systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé, et à renforcer la solidarité et la participation communautaire (Volet 5 du PRODESS).

Deux programmes pour créer les conditions de succès de la production de santé :

- réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche (Volet 6 du PRODESS)
- renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé pour piloter le système, et pour mobiliser les ressources humaines, financières et nécessaires à l'amélioration de la production de santé (Volet 7 du PRODESS)

La logique des interventions définies dans le cadre de la composante santé est intimement liée aux objectifs du CSLP et aux stratégies du CDMT, listées ci dessus. Cette logique a été établie tout d'abord dans un cadre logique par volet. La méthodologie utilisée est celle de la GAR (Gestion Axée sur les Résultats).

A partir de la définition de l'effet spécifique de chaque volet, il a été défini les extrants. Chaque extrant est à réaliser à travers un certain nombre d'interventions (activités et investissements). Pour chaque effet spécifique et extrant un ou plusieurs indicateurs ont été définis. La description ci après du contenu des sept volets est basée sur les cadres logiques, qui se trouvent en Annexe N° 1.

La composante santé du PRODESS II comprend les sept volets suivants :

VOLET 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires

VOLET 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines

VOLET 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.

VOLET 4: Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire.

VOLET 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation

VOLET 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche.

VOLET 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

Il a été retenu de définir pour la composante santé des effets communs qui sont les résultats stratégiques. Etant donné qu'il existe déjà un tel niveau supérieur dans plusieurs autres documents comme le CSLP et CDMT, il est proposé de supprimer la notion « effets communs » et d'adopter plutôt les résultats stratégiques du CLSP : Les stratégies du CSLP visent à améliorer les indicateurs de

santé des populations maliennes en général et en particulier des plus pauvres. Ces résultats stratégiques sont :

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

5.1.VOLET 1 : Aaccessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires

L'objectif à terme du plan décennal de développement Sanitaire et Social (PDDSS) est de « couvrir en centres de santé de premier niveau, 70% des nouvelles aires définies dont 80% serait couverte par le secteur communautaire et 20% par le secteur privé. En plus, il faudra relancer/redynamiser les CSCOM qui sont devenus non fonctionnel. Quant au niveau de la 1^{re} référence (CSREF), il faudra assurer la disponibilité des soins de référence dans tous les cercles.

Ce premier volet vise l'accès des populations à des soins de qualité à travers des stratégies spécifiques et ciblées qui rendront les services disponibles et accessibles dans les structures publiques, communautaires et privées avec un accent pour les zones pauvres, les zones déshéritées, et/ou d'accès difficile.

Les trois niveaux de la pyramide seront ainsi considérés en intégrant le privé dans le cadre d'un partenariat pour un développement sanitaire durable

L'approche de mise en oeuvre sera systémique et aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, d'une part, et d'autre part à ces trois niveaux avec les services de santé privés dans le cadre de partenariat pour le développement sanitaire durable. Le but visé est d'obtenir une synergie d'action des services publics de santé au plan vertical en rapport avec la pyramide sanitaire et une collaboration au plan horizontal avec les structures de santé non publiques, dans le cadre d'un système de santé national complémentaire, capable d'assurer, à travers le système de référence, la prise en charge continue des utilisateurs des services de santé.

Effet spécifique :

L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1^{ère} référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté.

Stratégies :

Les stratégies à mettre en oeuvre pour améliorer l'accès géographique aux services de santé seront développées autour de quatre axes majeurs et en partenariat avec les prestataires du secteur privé (ONG, associations et privés).

- L'extension de la couverture : augmentation du nombre de centres de santé fournissant un paquet de services en stratégie fixe, y compris dans les zones considérées comme « non-viables ». L'ouverture de centres dans les « zones non viables » sera subventionnée par l'Etat.
- La stratégie avancée pour les populations vivant à plus de 5km d'un centre de santé fixe avec provision d'un paquet de services avancé visant à réduire la mortalité néonatale, infantile, infanto juvénile et maternelle, la fécondité et la malnutrition.
- La stratégie communautaire et mobile polyvalente pour les populations ne pouvant être touchée par la stratégie avancée.
- Le renforcement de l'organisation du système de référence/évacuation pour atteindre tous les cercles de la zone.

Il reste entendu que la mise en œuvre de ces stratégies tiendra compte essentiellement de l'incidence de la pauvreté et du taux de couverture sanitaire dans chaque zone : pour les zones où la couverture sanitaire est moins de 50% dans un rayon de 15 Km les quatre axes stratégiques seront appliqués ; pour les zones où la couverture sanitaire dépasse 50%, priorité sera accordée à la consolidation de l'existant et au soutien à la stratégie mobile.

Extrant 1 :

L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe est augmentée par la création de nouveaux CSCOM.

Pour l'accès aux structures fixes des CSCOM seront soit réhabilités, soit construits, dans les zones 1 et 2 au rythme déterminé par la capacité de gestion des dossiers de génie civil et par la possibilité de recrutement de personnels additionnels. Pour les constructions de nouveaux CSCOM, 200 CSCOM supplémentaires sont prévus. La priorité sera donnée à la zone 1 qui inclue les régions les plus pauvres, où la population est dense et où les indicateurs de santé sont particulièrement médiocres. L'objectif visé sera d'augmenter significativement l'accès aux CSCOM entre 5 et 15 km.

- Dans la zone 1, l'accès géographique aux formations sanitaires à moins de 5km sera porté de 36 à 50 %, et l'accès à moins de 15km de 66 % à 80 %, ceci impliquera la construction de 150 nouveaux CSCOM soit 38 par an. Des RACS seront fournis ou remplacés pour aboutir à ce que tous les CSCOM en disposent.
- Dans la zone 2, la priorité sera donnée à la réhabilitation des anciens CSA pour les transformer en CSCOM; 50 de ces CSA seront réhabilités entre 2005 et 2009, impliquant une reconstruction pour la moitié d'entre eux. Des RACS seront fournis ou remplacés pour aboutir à ce que tous les CSCOM en disposent.

Extrant 2 :

L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe est augmentée par la réhabilitation des CSCOM existants et par le re lancement de CSCOM non fonctionnels.

Au total 300 CSCOM existants seront réhabilités. (Zone 1 : 201 ; zone 2 : 77 et zone 3 : 22) Dans la zone 2, la priorité sera donnée à la réhabilitation des anciens CSA pour les transformer en CSCOM; 50 de ces CSA seront réhabilités entre 2005 et 2009, impliquant une reconstruction pour la moitié d'entre eux.

La réhabilitation passera par l'analyse des besoins, des études et de travaux de génie civile. Ensuite, ces CSCOM recevront un complément en équipements et en ME.

Quant à la relance des CSCOM non fonctionnels :

Les mesures à prendre dépendent des causes de la non fonctionnalité. Dans certains cas, un complément en équipements et en ME sera nécessaire. Des RACS seront fournis ou remplacés pour aboutir à ce que tous les CSCOM en disposent.

Néanmoins, les mesures principales concernent le rôle des acteurs : sensibilisation et négociation avec la commune, formation et relance des bureaux d'ASACO, recrutement et/ou formation du personnel.

Dans la zone 3, les limites des aires de santé seront redéfinies de manière à couvrir tous les quartiers périphériques. En ce qui concerne les CSCOM existants, 45 seront dotés d'équipement complémentaire. Aussi, les chargés du SLIS et du PEV des 6 communes et de la DRS du district de Bamako seront dotés en moto T.T (14).

Extrait 3 :

L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par des stratégies alternatives est augmentée (stratégie avancée, équipes mobiles et services au niveau communautaires.)

Les activités de stratégie avancée et mobile seront intensifiées pour aboutir à une visite par mois de chaque point de prestation.

La stratégie avancée prévoit notamment la provision d'un paquet de services avancé visant à réduire la mortalité infantile maternelle, la fécondité et la malnutrition. Les activités de stratégie avancée et des visites à domicile seront organisées ou intensifiées pour aboutir à une visite par mois de chaque point de prestation. Un PMA sera mis à disposition des populations vivant à plus de 5 Km d'un centre de santé et comprendra le PEV, la « supplétif » en micro nutriments, la CPN, la PF, la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

La mise en place de la stratégie avancée en 855 aires de santé passera par la sensibilisation de la population concernée, la dotation en personnel supplémentaire et en motos, matériel (glacières porte vaccins).

- En zone 2 l'accès augmentera de 50 % à 70 % suite à la priorité donnée à la stratégie avancée/mobile renforcée. Pour cela tous les cercles de cette zone disposeront d'un véhicule supplémentaire qui effectuera uniquement la stratégie mobile, et pour lequel l'équipe de cercle sera renforcée de deux infirmiers et d'un chauffeur supplémentaire.
- En zone 1, où l'accès à moins de 15km est relativement élevé, la stratégie avancée sera privilégiée avec une visite à tous les points de stratégie avancée tous les mois. Ceci nécessitera la dotation d'une moto T.T supplémentaire⁷ par CSCOM, et ce à la condition de la mise à disposition d'1 infirmier supplémentaire.

Pour la stratégie mobile dans 30 cercles, un guide sera élaboré/adopté. La mise en place de la stratégie mobile dans les zones concernées demandera du personnel supplémentaire au niveau des CSREF concernés (60 infirmiers, 30 chauffeurs), ainsi que la dotation en véhicules additionnels (qui effectuera uniquement la stratégie mobile). Une subvention par l'Etat des frais de fonctionnement de la stratégie mobile sera nécessaire : perdiem, carburant, entretien.

En zone 1, un véhicule supplémentaire pour la stratégie mobile sera également nécessaire dans les cercles des régions de Ségou et Koulikoro.

Pour les activités à base communautaire le paquet de prestations comprendra notamment :

- La lutte contre le VIH/SIDA avec un accent sur la prévention de la transmission du VIH de la mère au nouveau-né ;
- Le paludisme avec un accent sur l'utilisation la plus large possible de moustiquaires imprégnées
- La lutte contre la malnutrition dont l'adoption de l'allaitement maternel exclusif en relation avec la recherche d'un meilleur état nutritionnel des mères et des enfants, le développement des activités nutritionnelles et culinaires ;
- La prise en charge communautaire des maladies de l'enfant dont la conduite à tenir en cas de diarrhée/toux/fièvre ;
- L'éducation à la vie familiale et la participation aux activités de santé de la reproduction (séances de vaccination ; consultations prénatales et postnatales) ;
- La gestion familiale et communautaire des ordures ménagères, l'hygiène individuelle et collective.

⁷ Cette motocyclette pourra être offerte en location vente comme une prime de résultat à l'infirmier

- Le paquet minimum d'information pour le niveau ménage est défini comme suit : lavage des mains, des ustensiles, utilisation de canaris à robinet, utilisation de latrines, gestion des ordures, vaccination des enfants, allaitement maternel exclusif, gestion de la période de sevrage et des pratiques d'allaitement par la promotion de l'utilisation des farines infantiles, le développement des activités nutritionnelles dans le PMA offert dans les structures du premier niveau, la conduite à tenir en cas de fièvre et/ou de diarrhée/ toux, l'utilisation de médicaments appropriés, etc.

Les relais seront également actifs dans le dépistage pour le rattrapage de la déperdition au PEV et de la CPN, la participation massive au dépistage actif de la trypanosomiase, des visites à domicile pour les actions de prévention, et des actions communautaires contre le SIDA, (disponibilité et monitoring de préservatifs dans les bars, information des jeunes filles sur les comportements à risque etc. ...).

Pour la mise en place d'un réseau de relais communautaires dans les zones concernées, un guide sera élaboré/adopté. Dans chaque aire de santé concernée, il faudra un travail de sensibilisation de la population, suivi par l'identification, la formation et le recrutement des relais. Les relais seront équipés (1344 bicyclettes, ..) et recevront une dotation initiale en consommables. Ils bénéficieront d'une supervision par l'ESC et d'un recyclage périodique. Après 2 ans les premières expériences avec cette nouvelle stratégie de relais sera évaluée.

- En zone 1, il est prévu 2 relais par village (Homme et Femme) soit un relais pour 1000 habitants en moyenne.
- En zone 2, il est prévu un relais par village ou fraction, soit un relais pour 500 habitants en moyenne.
- En zone 3, il est prévu de former 2 000 paires éducateurs scolaires en 80 sessions. Les groupements féminins formés à l'imprégnation des moustiquaires feront également la promotion des latrines améliorées, des puisards et des moustiquaires imprégnées. Deux (2) associations par commune soit 12 au total seront dotées en kit de salubrité et en kit d'imprégnation.

Extrant 4 :

L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) est augmentée par le développement de partenariats et de collaboration avec des prestataires du secteur privé (ONG, associations à but non lucratif).

Des contrats seront établis entre l'Etat, les collectivités territoriales et le secteur privé y compris les ONG et associations, pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle. Leurs activités seront prises en compte dans le PMA ainsi que dans la collecte et l'analyse des données du SNIS. Ils seront aussi *mieux* intégrés dans l'établissement de la carte sanitaire.

La première étape sera l'identification, sensibilisation et accréditation des prestataires privés, puis la signature de conventions. Les services fournis par ces structures privées seront intégrés dans le SLIS. En fonction des besoins identifiés au préalable, les équipes des prestataires privés bénéficieront de formations et recyclages.

Les structures privées avec lesquelles le MS a signé une convention peuvent bénéficier de dotations en supports, MEG, vaccins, contraceptifs, petits matériels. Les services des prestataires privés feront l'objet d'une supervision et d'un suivi de la convention.

Extrant 5 :

L'accessibilité géographique en soins de 1^{re} référence est améliorée par la disponibilité d'un plateau technique approprié au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence.

Pour compléter le réseau en soins de 1^{ère} référence, six (6) nouveaux districts sanitaires seront construits et équipés (ambulances, RAC...) pour assurer les fonctions de référence clinique du réseau de structures de santé y afférentes. Sur la base de la carte sanitaire nationale qui prend en compte l'importance de la population dans les cercles concernés, le nombre d'aires de santé, l'émergence de nouveaux pôles de développement, les particularités géographiques et la présence de formations hospitalières préexistantes, six districts seront créés : en zone 1, Kignan et Niéna (Sikasso) ; en zone 2, Séfêto, Sagabari (Kita) ; Oussibidiagna (Bafoulabé) et Boutinguisse (Kayes). En conséquence, l'ensemble des PDSC (58) sera révisé pour prendre en compte les préoccupations du CSLP et du CDMT.

En outre, 16 CSREF seront renforcés en terme de travaux de génie civil et d'équipements dont 7 avaient été planifiés dans le cadre du PRODESS I (Kati, Goundam, Gao, Kidal, Tessalit, Tin Essako, Abeibara). La priorité sera accordée aux zones les plus pauvres selon les critères de pauvreté du CSLP, en zone 1 : Kati, Youwarou, Koutiala, Kolondièba, Yanfolila, Markala, Fana et Ouéléssébougou ; en zone 2 : Bafoulabé, Kénièba, Gao, Goundam, Kidal, Tessalit, Tin Essako, Abeibara.

Vingt et huit (28) autres CSREF existants seront dotés d'équipements complémentaires.

Extrant 6 :

L'accessibilité géographique en soins de 1^{re} référence est améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des systèmes de (contre) référence et d'évacuation.

L'organisation de la référence évacuation concernera 19 nouveaux CSREF en plus des 28 existants qui seront aussi renforcés. Soit au total 47 CSREF en fin de programme. Il s'agit des aspects comme la communication, le transport, la prise en charge financière, la continuité des soins et la documentation. D'autres aspects tels que l'intégration des services et le développement de la recherche action seront aussi pris en compte dans la formation.

Le personnel des CSREF sera formé dans le complément du plateau technique et les chauffeurs en maintenance des véhicules.

Dispositions et orientations générales concernant le volet 1

➤ Niveau CSCOM :

Les nouveaux CSCOM seront implantés sur la base de la carte sanitaire établie par les autorités sanitaires de cercle, qui entreprendront des négociations avec les communautés suivant une approche dite communautaire et qui devra aboutir à la mise en place d'associations de santé communautaire (ASACO). L'initiative de création revient aux communautés informées, sensibilisées, organisées en associations ; la délivrance des autorisations de construction des CSCOM sera du ressort des maires. La signature d'une convention d'assistance mutuelle sera également faite entre le maire et les ASACO.

La subvention de l'Etat sera augmentée dans ces zones en particulier la prise en charge des salaires du personnel de santé pour les CSCOM non viables. Les fonds PPTE seront mis en priorité au service du recrutement du personnel des CSCOM par les collectivités territoriales des zones de pauvreté et/ou d'accès difficile, en rapport avec les ASACO.

Les éléments clés de l'approche communautaire seront définis : par exemple utilisation des services, dépistage actif pour le rattrapage de la déperdition au PEV et de la CPN, participation massive au dépistage actif de la trypanosomiase, visites à domicile pour les actions de prévention, actions communautaires contre le SIDA (disponibilité et monitoring de préservatifs dans les bars, information des jeunes filles sur les comportements à risque etc. ...). Des agents d'autres départements ministériels et acteurs (notamment les collectivités territoriales) seront impliqués dans l'approche communautaire.

Les cercles veilleront à la fonctionnalité des comités de gestion, au renouvellement régulier des organes de gestion des ASACO en tenant compte de la représentativité des pauvres, des villages éloignés, des femmes et des jeunes. L'alphabétisation des pauvres notamment les femmes fera un point d'attention ainsi que la formation des membres des organes de gestion des ASACO, des conseils de gestion de cercle

La qualité de la participation dans la planification et le monitoring local des activités sera améliorée et il sera procédé à la mise en place d'actions communautaires de santé. Il sera procédé à la promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle. Il sera établi entre les démembrements du Ministère de la santé et les autres acteurs une convention basée sur l'atteinte des résultats.

Les besoins en personnel sont estimés à 1339 infirmiers diplômés d'état (IDE) dont 1050 pour les CSCOM, 900 infirmiers du premier cycle (IPC) pour les CSCOM, 685 infirmières obstétriciennes (IO) dont 600 pour les CSCOM et 79 techniciens sanitaires.

Des normes et procédures en matière de maintenance de la logistique et des équipements seront appliquées.

Les dispositifs réglementaires relatifs à certains textes seront appliqués, notamment :

- L'arrêté interministériel n° 94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services socio sanitaires de cercle, de commune, des CSCOM, modifié par l'arrêté n° 95-1262/MSSPA-MATS-MF du 13 juin 1995.
- Le décret n° 01-115/P-RM du 27 février 2001, portant coordination et évaluation du programme de développement sanitaire et social, précise le rôle des collectivités décentralisées dans les différentes instances. Il en est de même de la Loi n° 02-049 du 22 juillet portant loi d'orientation sur la santé qui, en son article 14 précise que les modalités de transfert de compétences seront fixées par voie réglementaire.
- La convention d'appui à la FENASCOM pour le renforcement de son rôle dans la mise en œuvre du PRODESS II, nécessite de prendre en compte les modèles de convention signés

entre l'Etat et les Associations de Santé Communautaire, tant au niveau local que national pour la mise en œuvre du processus de transfert de compétences.

- Le décret 02-314 PRM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé. L'accent sera mis sur la signature de conventions et de contrats entre les collectivités territoriales et les ASACO d'une part et entre les collectivités territoriales et la société civile (ONG, Associations, Privés) d'autre part.

Pour cela, un mécanisme éprouvé de concertation et de coordination sera nécessaire entre les services techniques des Ministères de la santé, de l'Administration Territoriale et des Collectivités territoriales et entre les collectivités territoriales et les communautés.

Des approches de communication provenant d'un plan de communication adapté aux différents niveaux seront mises en œuvre pour un changement favorable de comportement des ménages. Ces approches seront orientées en priorité vers les ménages les plus pauvres.

Les médias de proximité (modernes et/ou traditionnels) seront davantage impliqués dans l'information, la sensibilisation et l'éducation des populations en matière de promotion de la santé.

Les organisations féminines seront davantage sensibilisées et impliquées pour la promotion de la santé dont l'hygiène au sein des communautés.

➤ Niveau CSREF

La mise en œuvre de l'approche intersectorielle permettra le recours à d'autres secteurs en plus de celui de la santé.

D'autres actions seront entreprises telles que : l'accélération de l'extension de la couverture en eau potable dans les zones défavorisées.

La mise en place de mécanismes de solidarité et toutes autres formes de financement alternatif de la santé en faveur des pauvres sera facilitée.

La création des établissements privés par zone de pauvreté sera encouragée.

La complémentarité entre établissements privés et publics sera développée et renforcée.

Dans les chefs lieux de région, l'accès des cas référés aux hôpitaux par les structures des aires de santé relevant des CSREF sera organisée.

Excepté Koulikoro et Kidal, tous les chefs lieux de région disposent d'un hôpital de 2^{ème} référence. Les centres de santé de cercle des capitales régionales n'assurant pas la référence chirurgicale, les CSCOM réfèrent aux hôpitaux de 2^{ème} référence. Quant au District de Bamako, en l'absence de CSREF dans les Communes II et III, l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital du Point G assurent la première référence. Ces hôpitaux assurent aussi la deuxième référence pour les CSREF des autres communes.

Le système de référence/évacuation entre CSREF et hôpitaux de 2^{ème} référence sera renforcé par l'organisation de relations de collaboration en matière de prise en charge des références (voir aussi volet 6).

Le centre de santé de cercle remplit deux (2) fonctions essentielles :

- une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, suivi et coordination dans la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle (PDSC). A travers cette fonction, le centre de santé de cercle assume les tâches de supervision et d'appui technique pour les structures de premier niveau. Il s'agit de donner des conseils et des orientations au personnel des aires de santé dans le cadre de leurs activités de supervision et de formation des agents relais des villages, mais aussi des prestations relatives à l'hygiène du milieu et au développement communautaire. Les CSC implantés dans les chefs lieux de région n'assumeront que cette fonction, les hôpitaux régionaux se chargeant des fonctions cliniques et chirurgicales. Ces centres qui fournissent actuellement des prestations curatives et préventives évolueront progressivement vers cette situation. Une étude sera réalisée pour préciser les modalités de transfert des activités aux hôpitaux de deuxième référence. Il s'agit aussi pour les équipes de santé publique des CSC de donner des appuis-conseils aux collectivités territoriales.

- Une fonction de référence clinique lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon. Il s'agit entre autres de cas nécessitant la chirurgie, les explorations radiologiques, les examens biologiques ou une hospitalisation.

5.2. VOLET 2 : Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées

Ce programme vise notamment à améliorer la disponibilité du personnel dans les services de santé en mettant un accent sur les services périphériques.

Effet spécifique du volet :

Les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par du personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant.

Stratégies :

1. Le recrutement de personnel contractuel (en particulier infirmiers polyvalents et médecins) par les communes sur les subventions des ressources PPTTE du secteur de la santé, ainsi que le recrutement par les collectivités décentralisées de personnels additionnels en particulier d'infirmiers et d'infirmières obstétriciennes pour lesquels existe aujourd'hui un déficit important.
- Le renforcement des capacités de production en ressources humaines (recrutement et encadrement des écoles de formations).
3. La formation continue sur le plan technique et gestionnaire, basée sur les besoins réels.
4. L'instauration de système de motivation du personnel sanitaire fonctionnaire et contractuel à travailler dans les zones rurales en particulier les plus éloignées des centres urbains et les plus défavorisées : développement d'une stratégie d'incitation financière et non financière pour les travailleurs des zones défavorisées.
5. L'instauration de systèmes de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance.
6. La réalisation de logements d'astreinte pour les infirmiers et médecins des zones rurales défavorisées.
7. La disponibilité de matrones dans tous les centres de santé communautaire.
8. La formation et recyclage des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des aides-soignants et des gérants au niveau des formations sanitaires.
9. La formation des spécialistes en santé avec élaboration d'un programme de spécialisation des médecins et des techniciens spécialistes de santé afin de satisfaire les besoins des hôpitaux, des établissements spécialisés, des instituts de recherche.

Extrait 1 :

La capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté.

- Il faudra rendre opérationnel l'Assemblée de l'Institut (organe de délibération), la Direction Générale, le Conseil Scientifique et de perfectionnement et les structures pédagogiques et de discipline de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) ;
- La fonction d'enseignant dans les écoles publiques sera valorisée.
- Les enseignants bénéficieront d'une formation pédagogique et auront des avantages liés à la fonction enseignante comparables à ceux accordés aux enseignants du Ministère de l'Education ;

- Un organe de gestion des examens de fins de cycles sera mis en place. En effet, ce sont des cycles qui, à leurs termes, aboutissent aux examens sanctionnés par les diplômes d'Etat auxquels les étudiants inscrits dans les écoles privées peuvent prendre part s'ils désirent avoir les mêmes diplômes d'Etat ;
- Les intitulés des diplômes seront adaptés aux termes du décret 84-157 (articles 1 et 23). (L'intitulé des diplômes des sortants du 1^{er} cycle des écoles de formation aux professions de santé devrait être « diplôme d'infirmier du 1^{er} cycle » mais pas « diplôme de technicien de santé ».) De même, aux termes du décret 84-160 (articles 1 et 23), les diplômes des sortants de l'école du 2^{ème} cycle des écoles de formation aux professions de santé devraient être intitulés « diplôme d'infirmier d'Etat, ou de sage-femme d'Etat, de technicien de laboratoire pharmacie ou de technicien d'assainissement » ;
- Les articles 1^{er} et 23 du décret 84-160 seront abrogés parce que la mention « diplômes de techniciens supérieurs de santé » (pour le 2^{ème} cycle) apparaît dans le décret 99-086 (article 21 nouveau, décret 99-086) ;
- Le programme d'enseignement à l'école secondaire de la santé (ESS) sera rendu plus cohérent ;
- Un programme cohérent et stable d'enseignement sera développé pour la formation aux professions de santé l'Ecole secondaire de la santé ;
- Un programme cohérent sera développé avec l'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS) ;

- Pour faciliter le rôle du secteur privé dans l'enseignement, des conditions favorables seront créées pour l'établissement et le fonctionnement d'écoles privées. Dans les procédures d'installation et d'exploitation des écoles privées de formation aux professions de santé, le problème central, entre autres écarts défavorables, est la pratique du « guichet unique ». En effet, leurs autorisations de création (agrément) et d'ouverture (les licences d'exploitation) sont délivrées par le seul Ministre de l'Éducation comme ministre de tutelle de l'enseignement secondaire (articles 3, décret 94-276).
- Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile liée aux complications obstétricales, la formation adaptée à l'emploi donnera aux médecins généralistes exerçant dans les CSREF, une compétence en chirurgie. Le suivi de ce personnel sera assuré par les médecins spécialistes opérant au niveau des hôpitaux de 2ème et de 3ème référence en collaboration avec la FMPOS ;
- La privatisation mal contrôlée minimise la valeur ajoutée attendue : dans le cas particulier des écoles de formation professionnelles de la santé, en l'absence de textes d'application spécifiques au secteur de la santé, un décret sera adopté, spécifiquement sur la création des écoles privées. Le décret n° 94-276, utilisé par défaut, n'est pas convenable pour les écoles de santé.

Extrant 2 :

Les élèves profitent de formation adéquate au cours des stages

- Des moniteurs supplémentaires seront formés : on en compte 1 pour 50 apprenants à encadrer dans la spécialité « infirmier ».
- Le réseau de lieux de stages sera renforcé à travers une procédure d'accréditation et supervision. Le réseau doit aussi être étendu parce que le grand nombre de stagiaires est un facteur limitant de la qualité de la formation pratique dans les services de santé pendant les stages. En effet, les communes du district de Bamako compte 1599 élèves dont 32% dans les écoles publiques et 68% dans les écoles privées.

Extrant 3 :

Les programmes des filières des écoles de formation ont été adaptés à la politique de santé.

Tout d'abord, le profil des différentes catégories de personnel de santé doit être vérifié et mis au point, ainsi que des cadres organiques des différentes structures de soins de santé. La révision des curricula de formation existante, qui a déjà commencée, sera accompagnée d'une mise au point/adaptation des méthodes d'enseignement.

La mise en application des curricula révisés peut engendrer la nécessité d'une mise au point de la formation des enseignants. Il faudra également mettre en place un mécanisme pour l'évaluation de l'impact des révisions sur la compétence des agents de santé.

Extrant 4 :

Les formations continues sont pertinentes et mieux coordonnées ; l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés selon les besoins.

La stratégie nationale de formation continue sera révisée. Sa mise en œuvre passera par: (1) le recensement des besoins en formation continue, (2) le recensement et accréditation d'enseignants du public ainsi que du privé pour la formation continue, (3) la planification des formations sur 5 ans, (4) la coordination et évaluation des formations, (5) le développement de nouveaux modules en fonction des besoins.

Extrant 5 :

Le personnel est disponible en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé (CSCOM, CSREF).

Il s'agit de la planification des besoins en personnel de santé à moyen terme et en nouveau personnel à former et recruter par catégorie, en utilisant la banque de données.

Avant de faire le redéploiement du personnel, il faudra redéfinir les critères d'affectation et de mutation de personnel. Le plan de redéploiement tiendra compte des aspects sociaux à gérer. L'élaboration et la mise en œuvre du plan devront être accompagnées d'un calendrier et mécanisme de suivi.

Tableau : évolution des besoins en infirmiers et médecins de 2005 à 2009

Catégories d'agents / salaires	2005	2006	2007	2008	2009
infirmiers additionnels recrutés (cumulatif)	200	400	600	800	1050
médecins additionnels recrutés (cumulatif).	60	110	140	184	224
Salaires additionnels pour les collectivités décentralisées (x000 F CFA).	240 000	480 000	720 000	960 000	1 260 000
Salaires médecins additionnels pour les collectivités décentralisées (000 F CFA).	72 000	132 000	168 000	220 800	268 800

Au niveau des centre fixes :

Dans les Zones 1 et 2, les nouveaux CSCOM seront dotés d'infirmiers recrutés par les collectivités décentralisées et ceux actuellement financés par les ASACO.

Pour la stratégie avancée et mobile :

Afin d'assurer une visite mensuelle à tous les points de stratégie avancée et la supervision de la stratégie communautaire, des recrutements additionnels auront lieu.

En Zone 2 et dans les régions de Ségou et de Koulikoro de la zone 1 seront recrutés un infirmier et une infirmière obstétricienne ainsi qu'un chauffeur supplémentaires par cercle.

Dans la Zone 1 seront également recrutés 368 infirmiers supplémentaires pour les CSCOM sur la base d'1 infirmier supplémentaire par CSCOM afin d'assurer la stratégie avancée intensive, la continuité des activités dans les CSCOM et la supervision des agents communautaires relais.

Le recrutement de médecins sera également effectué pour les soins chirurgicaux dans les centres de référence.

L'ensemble représente environ 184 médecins dont 60 à compétence chirurgicale pour les CSREF, 52 à tendance santé publique pour le renforcement des équipes de cercle et le reste pour les CSCOM. (Dans 20% des CSCOM de la zone 1, des médecins seront recrutés.)

Extrait 6 :

La gestion des ressources humaines a fait l'objet d'un paquet de réformes, basé sur une politique de gestion et de développement des ressources humaines et un plan pluriannuel de mise en œuvre, ceci en tenant compte de la réforme de l'administration civile.

Une décision politique doit être prise pour créer une structure chargée de la gestion et développement de Ressources Humaines, avec des démembrements régionaux.

En attendant une structure doit être mandatée de façon claire pour assurer de manière efficiente la gestion des ressources humaines.

Le sous système d'information sur les RH sera finalisé : une banque de données sur les RH pour le suivi de chaque agent de santé en temps réel, pour la gestion des affectations et mutations, pour la planification des plans de carrière et des recrutements, ainsi que la projection des besoins futures en RH.

Le décret 02-314 PRM du 4 juin 2002 dans le cadre de la gestion des fonds PPTTE sera appliqué (même décret aussi pour décider de l'utilisation de ces fonds pour motiver le personnel et pour améliorer les conditions de travail du personnel).

Le personnel des services de santé sera formé en gestion de RH.

Un système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées sera instauré (logements d'astreinte, paquet de motivation), ainsi qu'un système pour inciter et honorer la performance des services et des agents (révision des textes).

Au niveau des centres fixes l'objectif est d'aboutir à ce que les infirmiers de CSCOM de ces zones soient rémunérés à travers la combinaison de trois mécanismes :

- un salaire de base financé par la collectivité décentralisée, et subventionné par l'Etat
- une prime de zone financée par la collectivité décentralisée
- une prime de résultats financée par l'ASACO

La prime de zone sera versée à tous les personnels exerçant dans les Zones 1 et 2 sur une base modulée en fonction de la difficulté des conditions de vie. Pour les objectifs de ce cadrage, le niveau moyen de la prime de zone a été estimé à environ 50% du salaire de base en zone 2 et 30% en zone 1. Pour la stratégie avancée et mobile un système de primes de résultats (suite au monitoring) sera également mis en place.

La stratégie à base communautaire sera renforcée à travers la mise en place de mécanismes de motivation intégrée des relais communautaires. La motivation du relais sera assurée par :

- Une bicyclette ou un âne ou un chameau selon les réalités de chaque zone
- Un recyclage annuel
- Une supervision mensuelle de la part de l'infirmier du CSCOM.

A titre d'expérimentation, une prime financée sur la vente de fer, vit A, chloroquine et paracétamol sera octroyée aux relais communautaires dans 5 villages de la zone 1 et de la zone 2.

Extrait 7 :

Le Ministère de la Santé se dote d'un ensemble d'assistance technique de courte et de longue durée, sur la base d'un plan d'assistance technique (AT) pluriannuel glissant.

Le Ministère de la Santé élaborera et adoptera une politique d'AT. Cette politique sera accompagnée d'un plan de formation d'homologues maliens pour la relève (NATCAP).

En ce qui concerne la planification et gestion de l'AT, il faudra étudier dans quelle mesure le « pooling⁸ » est une perspective réelle. Le cadre organisationnel pour le recensement des besoins en AT, le recrutement d'AT, la coordination et le suivi de l'AT sera revu dans le but de rendre plus disponible une AT plus efficace et efficiente.

Un plan pluriannuel glissant sera élaboré pour toute AT de longue et de courte durée, par niveau et par domaine, accompagné d'un calendrier.

Extrait 8 :

Le personnel spécialisé est disponible en quantité pour l'ensemble des établissements y compris les établissements hospitaliers et les établissements de recherche

Il s'agira également de la planification des besoins de formation de spécialistes paramédicaux, médicaux et des cadres non médicaux à moyen terme.

Ces différentes formations de spécialistes se feront à l'intérieur et aussi à l'extérieur du pays.

Pour la formation des paramédicaux, elle se fera surtout au centre de formation des techniciens supérieur de santé.

La spécialisation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, concerne la spécialisation en chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie et cardiologie. Au besoin de nouvelles filières de certificats d'études spécialisées (CES) seront créées. Les postulants à ces différentes spécialisations (hommes et femmes) bénéficieront de complément de bourse pour les frais pédagogiques.

La spécialisation à l'extérieur se réalisera à partir d'octroi de bourses d'études par l'Etat et les partenaires techniques et financiers. L'attribution des bourses d'études se fera par la commission d'attribution de bourses. Seules les spécialités retenues dans le PRODESS II seront prises en compte. A cet effet un plan de formation continue est élaboré pour la période du programme et figure dans le document du présent programme. De ce plan de formation continue, un plan d'affectation de retour de formation sera élaboré et mis en œuvre. Un mécanisme de suivi de l'utilisation des agents formés sera réalisé.

Tableau : Evolution des besoins de formation en spécialistes de 2005 à 2009

Catégories	CSCOM	CSREF	EPH	Structures centrales	TOTAL
TS spéc. en santé publique		31	3		34
TS spéc. en ophtalmologie		31	12		43
TS en anesthésie		56	29		85
TS spéc. en radiologie		46	12		58
TS spéc. en kinésithérapie		57	17		74
TS spéc. en odonto-stomato.		45	4		49
TS spéc. en santé mentale		40			40
TS spéc. en Biologie					
TS spéc. en ORL		58			58
Technicien sanitaire		64		15	79
Ingénieur sanitaire				8	8
Médecins environnementaux				5	5
Médecins hygiénistes				13	13
Médecins de santé publique	0	52	10	6	68
Médecins chirurgiens		50			50
Médecins ophtalmo		3	3		6
Neurochirurgiens			3		3
Gynéco-obstétriciens			9		9

⁸ Pooling de l'assistance technique : Il s'agit de déconnecter l'appui en AT des programmes/volets/projets financés par les PTF. Le MS, sur la base de l'ensemble des besoins en AT (pas d'administrateurs/coordonateurs de projets/programmes), décide sur le paquet en AT à prévoir et demande les PTF de financer ce paquet. Pooling de l'AT est un concept qui s'inscrit dans la logique de l'approche sectorielle. Il mérite d'être bien analysé avant son application.

Catégories	CSCOM	CSREF	EPH	Structures centrales	TOTAL
Néphrologues			6		6
Cardiologues			3		3
Chirurgie cardiaque				2	2
Chirurgiens thoraciques			3		3
Médecins anesthésistes			9		9
Radiologues			10		10
Pharmaciens ou médecins biologistes			10	1	11
Médecins urgentistes			10		10
Chirurgiens dentistes			4		4
Anatomopathologistes			4		4
Pneumo pathologiste			4		4
Paradontologue			2		2
Odontologiste			2		2
Odontologiste chirurgien			2		2
Traumatologue			10		10
Gastro-entérologue			3		3
Endocrinologue			2		2
Dermatologue			4	6	10
Diabétologue			2		2
Chirurgie infantile			2		2
Hématologue			3		3
Infectiologie			2		2
Scannériste			1		1
Pharmacien analyste			2		2
Neurologue			2		2
Psychiatre			3		3
Spécialiste en immunologie			2		2
Spécialiste en pharmacie hospitalière			10	1	11
Spécialiste en pharmacie clinique				1	1
Spécialiste en économie du médicament				1	1
Inspecteur en pharmacie				5	5
Médecin légiste			1		1
Spécialiste en pharmacologie clinique				1	1
Pharmacien galénique				1	1
Pharmacien en phytochimie				1	1
Médecin psychiatre				1	1
Ingénieur forestier en systématique				1	1
Ingénieur biomédical			10		10
Technicien de maintenance			20		20
Secrétaire de direction		116	27	72	215
Planificateur-Economiste				10	10
Nutritionniste - diététicien				10	10
Maîtrise soins infirmiers obstétricaux et médicaux			10	128	138
Spécialiste en communication				2	2
Anthropologue				1	1
Ingénierie financière et contrôle de gestion				5	5
Ingénieur électroniciens				1	1
Documentaliste				5	5
Ingénieur informaticien				5	5
Informaticien programmeur				5	5

Tableau : Plan de formation continue pour la période du plan

Catégories	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
TS spécialisé en santé publique	7	7	7	7	6	34
TS spécialisé en ophtalmologie	7	7	7	7	7	35
TS en anesthésie	10	18	19	19	19	85
TS spécialisé en radiologique	11	11	12	12	12	58
TS spécialisé en kinésithérapie	10	16	16	16	16	74
TS spécialisé en odontostomatologie	10	10	10	10	9	49
TS spécialisé en santé mentale	5	8	9	9	9	40
TS spécialisé en ORL	11	11	12	12	12	58
Médecins santé publique	7	15	15	15	16	68
Médecins chirurgiens	10	10	10	10	10	50
Médecins ophtalmologues	2	2	1	1	3	9
Médecins Hygiénistes	1	2	2	2	2	9
Médecins environnementaux	1	1	1	1	1	5
Ingénieurs Sanitaires	3	3	2			8
Neurochirurgiens	1	2				3
Gynécologie obstétrique	1	2	2	2	2	9
Néphrologues		2	2	2		6
Cardiologues	2	1				3
Chirurgiens thoraciques		1	1	1		3
Médecins anesthésistes		2	2	2	3	9
Radiologues		3	3	2	2	10
pharmaciens biologistes		3	3	2	2	10
Médecins urgentistes		3	3	2	2	10
Chirurgiens dentistes		2	2			4
anatomopathologistes		2	2			4
pneumo pathologiste		2	2			4
Paradontologue		1	1			2
Odontologiste		1	1			2
Odontologiste chirurgien		1	1			2
Traumatologue		3	3	2	2	10
Gastro entérologue		1	1	1		3
Endocrinologue		1	1			2
Dermatologue		3	3	2	2	10
Diabétologue		1	1			2
Chirurgie infantile		1	1			2
Hématologue		1	1	1		3
Infectiologie		1	1			2
Scannériste		1				1
Pharmacien analyste		1	1			2
Thérapeutique						
Neurologue		1	1			2
Psychiatre		2	1	1		4
immunologie		1	1			2
Médecine légale		1				1
Pharmacie hospitalière		2	3	3	3	11
Pharmacie clinique		1				1
Economie du médicament		1				1
Inspecteur en pharmacie		2	2	1		5
Pharmacologie clinique		1				1
Pharmacie en galénique			1			1
Pharmacie en phytochimie		1				1
AUTRES SPECIALITES NON MEDICALES						
Ingénieur biomédical		2	3	3	2	10
Techniciens de maintenance		5	5	5	5	20
Ingénieur en systématique		1				1

Catégories	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Planificateurs-Economiste Sté – GRH – Administrateur	2	2	2	2	2	10
Nutritionniste – diététicien	2	2	2	2	2	10
Maîtrise en soins infirmiers, obstétricaux et médicaux	10	50	30	20	28	138
Spécialiste en communication		1		1		2
Anthropologue		1				1
Ingénierie financière et contrôle de gestion	1	1	1	2		5
Ingénieur électroniciens		1				1
Documentaliste		1				1
Ingénieur informaticien		1	1	2	1	5
Informaticien programmeur		1	1	2	1	5
Ingénieur optométriste		1				1

5.3. VOLET 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux

Ce programme vise à assurer la disponibilité des médicaments, vaccins et consommables de qualité de façon continue et au prix le plus bas sur l'ensemble du territoire.

Au terme de la 2^{ème} phase quinquennale du plan décennal de développement sanitaire et social, un des effets attendus est de permettre aux populations du Mali d'avoir accès, géographiquement, financièrement et de façon continue aux médicaments essentiels de qualité y compris les vaccins et les consommables.

Pour cette fin, le credo sera de réaliser « zéro rupture » de stocks dans 80 % des établissements de santé publics opérationnels. Ainsi, il y a lieu de noter que la bonne image de marque du système de soins de santé dépend, en partie, de la disponibilité ou non du médicament qui est un enjeu.

L'organe central aux fins de la disponibilité sans discontinuer en médicaments est la Pharmacie populaire du Mali (PPM) dont la mission principale est l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire.

Elle exerce, en outre une activité industrielle et commerciale portant sur d'autres médicaments et consommables médicaux.

En plus de la PPM, on peut noter comme autres intervenants les équipes cadres de la DPM, de l'UMPP, de l'INRSP (DMT), de la DNS, des DRS, des Districts sanitaires (CSREF et CSCOM), des établissements pharmaceutiques (officines, vente en gros), les consommateurs.

Effet spécifique du volet :

Les populations du Mali ont accès, de façon continue, à toute la gamme de médicaments essentiels de qualité et à un coût abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elles utilisent.

Stratégies :

- Le renforcement des capacités des structures de production des médicaments et de contrôle du secteur pharmaceutique
- La garantie de la qualité des médicaments et dispositifs médicaux
- L'amélioration de la logistique d'approvisionnement et de distribution des ME, vaccins et consommables médicaux
- Le renforcement du DMT/INRSP à diversifier la recherche dans la mise au point des MTA et la production à large échelle des matières premières végétales.

- La relance des activités de l'UMPP en orientant sa production vers les ME de base.
- La formation du personnel
- L'IEC
- La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers, hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, l'iode, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops anti-paludiques et cotrimoxazole)
- La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux.

Extrait 1:

La disponibilité des médicaments essentiels, vaccins, consommables, les tests de laboratoire est assurée au niveau des CSCOM et CSREF dans toutes les zones, en particulier dans les zones pauvres et celles d'accès difficile.

Il s'agit de la disponibilité des médicaments essentiels y compris les anti-rétroviraux, les réactifs, les vaccins et les consommables (y compris les stocks de moustiquaires au niveau village). Le fonctionnement de la chaîne du froid est assurée dans tous les établissements de santé publics (centres de santé communautaires, centres de santé de référence, établissements hospitaliers publics) et les établissements pharmaceutiques (officines, vente en gros, laboratoires privés).

La disponibilité est garantie lorsque 80 % de ces établissements ont le médicament, les vaccins, les réactifs et consommables dont on a besoin, sans rupture de stocks et un prix accessible, pour soigner en temps voulu, les malades ou les personnes à haut risque.

Pour ce faire, il s'agira de renforcer leurs capacités de planification, d'organisation, d'animation et de contrôle des circuits d'approvisionnements, de stockage, de distribution et de contrôle de qualité des produits dans les établissements pharmaceutiques et de santé.

La bonne connaissance des procédures des marchés publics est une condition nécessaire pour raccourcir les délais des commandes de produits pharmaceutiques et assimilés. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit de monter des marchés à commandes qui permettent de disposer sans discontinuer des biens dont on a besoin dans les délais voulus.

Pour faciliter la planification et la coordination des commandes, une liste des analyses de biologie médicale réalisables par niveau de prestation sera établie et des compétences seront mises en place aux fins de l'acquisition des réactifs d'analyses nécessaires.

Extrait 2 :

Les médicaments essentiels sont financièrement accessibles sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les zones pauvres et dans les zones d'accès difficile et l'usage des médicaments est amélioré.

Il s'agit par exemple de la disponibilité en kits d'urgence, vaccins, vit A, SRO et de médicaments essentiels, comme la tétracycline ophthalmique.

Pour assurer une meilleure accessibilité financière, il faudra faire baisser le prix moyen par ordonnance à travers une prescription plus rationnelle et renforcer le principe de substitution des médicaments essentiels en DCI aux spécialités conformément au décret n° 95-448/P-RM.

Pour assurer le bon usage des MEG, il faudra veiller lors des supervisions à ce que les prescriptions soient faites selon les protocoles du guide thérapeutique.

Les ressources seront aussi affectées aux différents niveaux pour conduire les activités d'IEC en vue d'un usage rationnel des médicaments. Les supervisions spécifiques et contrôles seront réalisés.

Extrait 3 :

La performance de la PPM, de l'UMPP et de la DMT est améliorée.

Une 4^{ème} phase de 3 ans de contrat plan entre l'Etat et la PPM est en cours de mise en œuvre.

Il s'agira pour le MS d'apporter la contribution nécessaire pour compléter l'action des acteurs comme la PPM et l'UMPP dont les différents statuts leur donnent théoriquement, une marge de négociation importante dans le développement de leurs activités. Les animateurs de ces organes pourraient être des contractuels du gouvernement pour une période donnée, par exemple la durée du contrat plan, pendant laquelle ils devront prendre les initiatives nécessaires à la production du résultat attendu qu'est l'accessibilité sans discontinuer du médicament, des vaccins, des réactifs et des consommables aux utilisateurs potentiels des établissements de santé et des établissements pharmaceutiques.

Le contrat plan entre l'Etat et la PPM devrait être adopté sous la forme d'un décret. Dans cette approche, il devient un référentiel de l'activité financière du Ministère de la santé. En conséquence, il aura la force juridique vis-à-vis des partenaires des ministères directement concernés dans sa mise en œuvre notamment ceux de la santé et des finances.

La tenue, en temps voulu, des sessions des organes de gestion et d'administration de la PPM et de l'UMPP seront une opportunité pour s'assurer de leur fonctionnement adéquat ; il s'agit, notamment du conseil d'administration, du conseil de gestion, du comité de suivi du contrat plan, avec des lettres de missions qui déterminent annuellement les termes de référence des équipes cadres et sur la base de laquelle elles sont appréciées.

Pour améliorer son système de distribution, la PPM construira un magasin régional à Tombouctou et se dotera de moyens de transport supplémentaires. Les compétences en gestion du personnel seront renforcées.

Dans le quatrième contrat plan Etat/PPM, il sera envisagé les modes de passation de marché autorisés par le code des marchés publics adaptés à sa mission, en particulier pour l'achat de produits spécifiques. Elle bénéficiera d'un appui supplémentaire en fonds pour faire face aux achats relatifs aux besoins nationaux. Son système d'information sera amélioré pour une meilleure maîtrise de la gestion des stocks.

Les activités de l'UMPP seront relancées en orientant sa production vers les ME de base. Pour améliorer la contribution de l'UMPP à la couverture des besoins nationaux en médicaments essentiels de base, une assistance technique de courte durée sera affectée à la structure. Pour améliorer la situation du patrimoine et favoriser la participation d'un partenaire stratégique une prolongation de la période transitoire et le renouvellement de certaines chaînes de production seront envisagés. Un appui en fonds de roulement serait fait pour la relance des activités de production.

Les activités de production du DMT seront renforcées pour lui permettre de produire en quantité suffisante les médicaments traditionnels améliorés (MTA).

Extrait 4 :

La qualité de tous les médicaments importés et produits au Mali est assurée.

Pour assurer le contrôle de qualité des médicaments produits et importés et des dispositifs médicaux, le LNS sera équipé en matériels techniques nécessaires au contrôle de qualité des médicaments biologiques et des dispositifs médicaux. Le personnel sera formé pour l'utilisation de tout l'équipement technique disponible. La chambre froide sera remise en état de marche. Le LNS disposera de véhicules pour les missions relatives au contrôle de qualité des médicaments. Son budget de fonctionnement sera amélioré pour lui permettre de disposer de la documentation technique. L'informatisation du service sera réalisée.

De même le directeur national de la santé, celui de la Pharmacie du Médicament, l'Inspecteur en chef de la santé et les responsables des Ordres professionnels de la santé devraient prendre des initiatives aux fins du contrôle avant, pendant et après l'installation des établissements de santé et des établissements pharmaceutiques.

Il en est de même des niveaux déconcentrés de la région et du district sanitaire ; à chaque niveau selon ses compétences et dans la mesure de ses compétences.

5.4. VOLET 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie

L'amélioration de la qualité des services de santé au niveau du district sanitaire vise à créer les conditions et aptitudes nécessaires pour assurer une production efficace et efficiente de santé aux populations notamment les plus défavorisées.

La lutte contre la maladie nécessitera les interventions communes ci-après : l'application des normes, procédures et directives techniques ; l'élaboration et la diffusion de certains modules de formation du personnel ; l'application des outils de supervision intégrée et des N/P des soins de qualité ; le renforcement de la prise en charge des cas référés ou évacués ; le renforcement de la planification et de la programmation intégrée conformément au guide révisé ; l'utilisation adéquate d'un système d'information sanitaire performant par niveau impliquant les différents secteurs et la société civile ; la promotion de la recherche action sur les maladies ; la recherche action sur les mécanismes appropriés de gestion entre autres des programmes de santé ; l'application et le suivi/évaluation de la surveillance épidémiologique intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).

Les stratégies utiliseront les interventions prioritaires : selon les zones elles porteront sur l'application des normes et procédures de la nutrition ; la dissémination du plan quinquennal de lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI) ; le renforcement de l'intégration des activités de nutrition dans le PMA, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (formation, suivi, supervision) ; l'élaboration et la diffusion de supports adaptés ; l'intensification de la recherche-action et de la surveillance sentinelle; la promotion des interventions en matière d'hygiène, de santé scolaire, mentale et en milieu carcéral ; l'intensification de la Communication pour le changement de comportement (CCC); et la promotion de la médecine du travail dans le cadre d'actions multisectorielles.

Dans le cadre de la recherche opérationnelle en santé, en vue d'améliorer la qualité des prestations, l'utilisation et la performance des services, les compétences des équipes des districts sanitaires seront renforcées à travers la réalisation de sessions de formation/recyclage du personnel, la mise à disposition à la demande des moyens adéquats aux responsables des établissements. Les résultats des travaux d'études et de recherche seront rendus disponibles à tous les niveaux pour leur utilisation adéquate selon les besoins du terrain.

Effet spécifique :

Les populations bénéficient des services de qualité dans les établissements de santé des districts sanitaires, ainsi que des programmes spécifiques de lutte contre les maladies prioritaires.

Stratégies :

1. Le renforcement de la mobilisation sociale et l'IEC ;
2. Le subventionnement des médicaments essentiels, moustiquaires imprégnées, condoms ;
3. La supervision de la qualité des activités par les infirmiers au niveau des ménages ;
4. L'intensification de la recherche active des enfants incomplètement vaccinés afin d'inciter les ménages à assurer la continuité des activités préventives ;
5. Le développement de la recherche au niveau opérationnel ;
6. L'implication et la participation de tous les secteurs qui contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé notamment l'éducation, le développement rural, la promotion de la femme et l'enfant, l'hydraulique, les finances, le développement social et la société civile ;
7. La promotion des contrats de performance avec les ASACO et les collectivités décentralisées ;
8. Les contractualisations avec les ONG et associations, les privées et les communes pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et le renforcement du monitoring, de la supervision, du suivi évaluation et de la recherche opérationnelle ;
9. La promotion du système de micro-planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle ;
10. Le renforcement du dépistage et de la recherche active pour assurer la continuité des soins ;
11. La sécurité transfusionnelle à tous les niveaux ;
12. Le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH ;
13. Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins.

Extrait 1 :

L'approche Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) permet de réduire l'incidence et la létalité dues aux maladies à potentiel épidémique.

Dans le cadre de l'application du guide technique national pour la mise en œuvre de la SIMR, la poursuite de la formation du personnel des établissements de santé publics, parapublics, confessionnels et privés à but lucratif sera assurée; des supports et équipements appropriés seront fournis aux équipes qui seront suivies et évaluées périodiquement.

Les dispositions envisagées dans le cadre de la SIMR intégrant le renforcement des capacités des acteurs clés visent à réduire sensiblement les létalités spécifiques dues à la méningite cérébro-spinale, au choléra, aux shigelloses ou diarrhées sanglantes, à la rougeole, voire à la fièvre jaune. Les normes nationales admises en la matière serviront de référence lors des activités de supervision, de monitoring et d'évaluation qui seront menées à différents niveaux.

A l'aide de plans de prévention et de riposte qui seront élaborés ou révisés par niveau sous la coordination d'un comité intersectoriel permanent de gestion des épidémies (CIPGE), des mécanismes de détection, de notification et d'intervention rapide seront développés, pour faire face à toute situation d'urgence. A cet effet, un accent particulier sera accordé au renforcement des capacités et la participation des ménages, des élus, de la société civile. La culture de la documentation des résultats appréciables consécutivement à la mise en œuvre de stratégies basées sur les approches régionales ou locales sera développée et suivie. Des contrats de performance devront également être signés entre les collectivités et d'autres acteurs clés dont le personnel de santé.

L'intensification de la recherche active des enfants incomplètement vaccinés afin d'inciter les ménages à assurer la continuité des activités préventives sera organisée notamment dans les zones 2 et 1 faiblement couvertes.

Le renforcement de la surveillance sentinelle sera organisé grâce à la formation du personnel en surveillance épidémiologique, la mise à disposition des réactifs ; l'équipement des sites sentinelles; la supervision et les enquêtes appropriées.

Extrait 2 :

Les malades sont pris en charge dans les établissements de santé, en stratégie avancée, mobile et au niveau ménage selon les normes et protocoles de la pathologie concernée.

Dans le domaine de la survie de l'enfant de 0 à 5ans, les interventions porteront prioritairement sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, à la malnutrition protéino-énergétique (MPE), au paludisme, aux IRA et aux maladies diarrhéiques. Les ménages seront suivis et encadrés adéquatement en matière de pratiques familiales essentielles par les relais communautaires. A cet effet, les enfants seront dans des conditions adéquates de nutrition et d'alimentation à travers entre autres l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, l'alimentation de complément, les micro-nutriments, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), le recours précoce aux soins de santé dont les vaccinations cibles.

La qualité des services exige aussi le dépistage et le traitement adéquat selon les normes des cas d'infections sexuellement transmissibles (IST), d'infections opportunistes, de tuberculose, de lèpre, d'infections respiratoires aiguës (IRA) notamment chez les enfants de moins de 5 ans à travers l'application de l'approche syndromique, la stratégie DOT, la PCIME, la prise en charge notamment des enfants atteints de paludisme simple et grave, et de certaines maladies chroniques (drépanocytose, diabète, hypertension artérielle...) selon les normes et procédures préétablies.

D'autres affections aiguës et chroniques gravissimes tels les complications dues à l'excision, les cancers de sein, de l'utérus et de la prostate seront mieux dépistées et référés selon des protocoles standardisés pour le niveau district sanitaire à l'effet d'une prise en charge efficace à temps.

L'insuffisance de prise en compte des activités de nutrition, d'hygiène et de salubrité publique dans le PMA sera résolue à travers la formation/recyclage du personnel sanitaire et d'autres agents d'appui au secteur de la santé; le plaidoyer auprès des décideurs, des leaders religieux et communautaires en faveur de ces domaines. Les canaux de communication notamment de proximité seront utilisés pour le changement de comportement des ménages en matière d'alimentation, de nutrition, d'hygiène et de salubrité. Au cours du quinquennat, une enquête de prévalence des anémies sera réalisée et des unités de production de farine infantile enrichie en micro nutriments (fer, VIT A) seront créées.

La rougeole sera contrôlée grâce à la vaccination correcte des enfants de 0 à 11 mois en centres fixes (publics et privés), en stratégie avancée et/ou mobile, en campagne de vaccination de masse chaque fois que de besoin et au développement de stratégies spécifiques pour les zones d'accès difficile. L'évaluation de la couverture vaccinale, la surveillance épidémiologique intégrée continue, la recherche active des cas de rougeole et la prise en charge rapide de ces cas seront poursuivies.

Dans le cadre de la lutte contre la surdité, au cours du quinquennat, les efforts seront orientés sur le renforcement de la formation du personnel spécialisé dans les écoles de santé. Dans le même sens, les établissements de santé seront équipés et supervisés en conséquence.

Des efforts particuliers devront aussi être déployés en direction des écoles de sourds-muets, des enseignants et encadreurs d'enfants atteints en étroite collaboration avec les départements et associations concernés.

Les maladies à éradiquer concernent actuellement le ver de Guinée et la poliomyélite (PFA).

En matière de lutte contre le ver de Guinée, en plus des activités de CCC, les ménages bénéficieront de tamis filtre. L'isolement des cas sera poursuivi, de même que la promotion de l'utilisation de l'eau potable dans les aires de santé. Le traitement à l'Abate de certains points d'eau et la surveillance épidémiologique renforcée seront poursuivis.

En ce qui concerne la poliomyélite (PFA), des campagnes nationales synchronisées de vaccination seront organisées chaque fois que de besoin. La vaccination des enfants de 0 à 11 mois en centres fixes (publics, parapublics, communautaires, confessionnels et privés à but lucratif suivant des contrats), en stratégies avancées et en équipes mobiles simplifiées sera poursuivie selon les zones; la recherche active des enfants non ou incomplètement vaccinés à partir des registres de consultation et autres supports de collecte ; l'investigation et la surveillance des cas identifiés de paralysies flasques aiguës (PFA) et l'évaluation de la couverture vaccinale en fin de programme seront exécutées.

Les maladies à éliminer concernent le tétanos néonatal, la lèpre, le trachome et autres maladies cécitantes. Pour atteindre les objectifs visés, des séances de vaccination seront organisées en centres fixes, stratégies avancée et mobile. Dans les zones hyper endémiques résiduelles, des campagnes d'élimination de la lèpre dites Stratégie d'Accélération pour l'Élimination de la Lèpre (SAPEL) avec l'utilisation de la poly chimiothérapie (PCT) seront réalisées avec le concours des collectivités territoriales. Les malades atteints de trachome seront traités à l'azithromycine sous directive communautaire.

L'atteinte des objectifs d'élimination nécessitera aussi, le renforcement de la formation, le suivi et la supervision du personnel, l'approvisionnement régulier en médicaments spécifiques, et le développement de stratégies appropriées dans les zones de forte prévalence d'accès difficile.

Concernant le tétanos maternel et néonatal, l'élimination se fera par le renforcement de la mobilisation sociale, la vaccination avec 2 doses des femmes en âge de procréer en centres fixes (publics et privés), en stratégies avancées, en équipes mobiles polyvalentes et en développant des stratégies spécifiques pour les zones d'accès difficile ainsi que par l'évaluation continue de la couverture vaccinale.

Concernant le trachome, la lutte visera à diminuer : la prévalence des cécités curables et l'incidence des cécités évitables dans le cadre de l'élimination du trachome par la limitation de la propagation de la maladie ; le traitement des séquelles ; la formation du personnel en soins oculaires de base ; la formation des médecins et infirmiers spécialisés en chirurgie du trichiasis, la création et l'équipement des unités de soins oculaires dans les CSREF ; l'application de la stratégie CHANCE (Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement) ; la dotation en médicaments spécifiques (azithromycine) ; le renforcement de la mobilisation sociale et de la surveillance épidémiologique.

Les maladies posant problèmes de santé publique, figurant dans le guide technique de la SIMR, sont les suivantes : le paludisme, la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans, les diarrhées chez les enfants de moins de 5ans, les IST/VIH/ SIDA, la tuberculose, les schistosomiases, l'onchocercose, la trypanosomiase, l'hépatite B, les filarioses lymphatiques,

Les interventions nécessaires pour réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées à ces différentes maladies seront renforcées notamment elles seront axées sur la formation/recyclage du personnel de santé, de relais communautaires, de membres d'associations et d'ONG, des élus; le renforcement du système de référence/évacuation avec l'implication des tradi-praticiens encadrés à cet effet ; le dépistage systématique du VIH notamment chez les femmes enceintes en vue de leur prise en charge gratuite à l'aide d'ARV, le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose, de schistosomiasis chez les personnes suspectes ; l'organisation de campagnes de dépistage et de traitement de masse contre l'onchocercose sous directive communautaire dans les zones à risque, l'approvisionnement adéquat des établissements de santé en matériels et réactifs de laboratoire ; l'intensification des activités de CCC en vue de l'utilisation intensive des moustiquaires imprégnées par les ménages notamment les plus pauvres.

La prévention de la transmission par voie sexuelle des IST/VIH/SIDA sera poursuivie à travers la distribution des préservatifs notamment aux groupes à haut risque et le renforcement de la communication pour le changement de comportement, avec la participation des radios de proximité, les médias traditionnels de communication, les leaders d'opinion et les pairs éducateurs. La prévention de la transmission par voie sanguine sera poursuivie également par le renforcement de la sécurité transfusionnelle et l'utilisation des instruments stérilisés. La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) sera étendue à travers la prise en charge du couple mère-enfant avant et après accouchement, et leur famille dans le cadre de l'initiative malienne d'accès aux anti-rétroviraux (IMAARV), le traitement à la naissance des enfants nés de mères séropositives aux ARV et leur suivi 18 mois après, les soins et soutiens aux enfants de mères séropositives et aux veuves et orphelins du SIDA.

Les interventions en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA porteront également sur : la formation du personnel sur l'approche syndromique ; la mise en place des équipements de laboratoire et la disponibilité des réactifs pour les tests rapides et de confirmation; l'approvisionnement en médicaments spécifiques pour les infections opportunistes; le renforcement et l'extension de la prise en charge psychosociale et médicale des personnes vivant avec le VIH (counseling et visite à domicile); le soutien aux PVVIH et aux groupes vulnérables; la trithérapie gratuite aux ARV des PVVIH dépistés; le dépistage systématique du VIH de tous les demandeurs au niveau des centres de santé de référence et des centres de dépistage volontaire; la transfusion de sang sécurisé aux receveurs. Le MS, à travers son plan sectoriel de lutte contre le VIH, développera davantage le partenariat et la contractualisation avec les prestataires privés pour assurer la plus large couverture de la prise en charge et du suivi biologique en matière de VIH. Ceci permettra de saisir toutes les opportunités afin d'accélérer la lutte contre le VIH.

Le VIH/SIDA a occasionné la recrudescence de la tuberculose, ce qui amplifie l'ampleur de cette maladie sociale encore insuffisamment combattue. Les interventions conséquentes à mener viseront : le renforcement des capacités des laboratoires en équipements et réactifs pour l'établissement du diagnostic et le suivi du malade; la formation du personnel en DOTS (Observance Directe du Traitement) et la décentralisation de cette stratégie au niveau CSCOM; l'approvisionnement régulier des établissements de santé publics et communautaires en médicaments spécifiques; la prise en charge de l'ensemble des cas dépistés par la méthode DOTS ; le suivi et la supervision régulière du personnel par les niveaux districts (CSREF) et national.

La lutte contre le paludisme sera centrée sur la promotion des mesures préventives, le renforcement de la capacité du personnel et des relais communautaires. Aussi, les interventions prioritaires porteront sur la promotion de la subvention et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (mii) notamment aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans ; la promotion du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes les 4^{ème} et 8^{ème} mois de la grossesse lors des CPN.

La lutte anti-vectorielle sera organisée de façon intersectorielle avec l'implication effective des collectivités territoriales et portera sur l'assainissement, notamment l'évacuation des eaux usées; le traitement des gîtes larvaires.

Le diagnostic précoce et le traitement adéquat à domicile des cas simples de paludisme seront effectués au niveau ménage avec l'appui des relais communautaires suivis et encadrés par les infirmiers; l'amélioration de la prise en charge correcte des cas simples et compliqués de paludisme chez les enfants atteints de fièvre dans l'ensemble des établissements de santé à travers l'application de directives techniques révisées, compte tenu du niveau actuel de résistance à la chloroquine. L'évaluation des activités de lutte contre le paludisme se fera à travers le suivi et la supervision intégrée. La recherche-action sur la chimiorésistance sera poursuivie pour vérifier l'efficacité des nouveaux schémas thérapeutiques nationaux en cours de finalisation.

Les maladies posant des problèmes de santé publique à contrôler sont les maladies dont le niveau d'endémicité sera maintenu à un degré qui leur ôte le caractère de problème de santé publique. Les maladies concernées actuellement sont la cataracte, les schistosomias, l'onchocercose et les filarioses lymphatiques.

En matière de cataracte, la lutte visera à réduire de 70% le nombre de cécités imputables à la cataracte par l'intensification des mesures préventives; la généralisation des examens oculaires systématiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier chez les personnes porteuses d'une maladie favorisant son développement et les personnes âgées à risque; l'amélioration de la prise en charge des cas (formation/recyclage du personnel spécialisé); l'organisation d'interventions chirurgicales des cas de cataracte dans les première, deuxième et troisième référence en centre fixe et en stratégie mobile avec des véhicules adaptés et équipés; le renforcement des soins oculaires dans le PMA et l'organisation de consultations systématiques en milieu scolaire.

Concernant la lutte contre les schistosomias, il s'agira de réduire la morbidité due à ces affections grâce au renforcement de la capacité de dépistage actif et passif et au traitement des cas avérés avec le praziquantel; à l'intensification des activités d'IEC en direction des ménages exposés; à l'amélioration continue du système d'approvisionnement et de distribution du praziquantel; à l'utilisation des médicaments anti-helminthiques et des bandelettes réactives à tous les niveaux dans le district sanitaire; à la mise en place d'un partenariat fécond avec les ONG, les associations et la communauté et d'un système adéquat de monitoring, de supervision et d'évaluation; au traitement de masse au praziquantel des enfants en âge scolaire; au renforcement de la mobilisation sociale et de la lutte anti-vectorielle.

En ce qui concerne, l'onchocercose, il s'agit pour cette affection qui a connu un net recul dans le cadre du programme inter pays, de maintenir dans le cadre de la dévolution, la rupture de la chaîne de transmission du vecteur dans tous les villages endémiques grâce au dépistage passif, à la prise en charge des cas au niveau des villages, aux campagnes de traitement de masse par l'ivermectine, au renforcement de la mobilisation sociale, à la lutte anti-vectorielle au sol et à la surveillance épidémiologique.

Pour la trypanosomiase, les actions de lutte contre cette affection viseront à maintenir à 0 cas, l'incidence de la trypanosomiase, grâce au dépistage passif et à la prise en charge des cas.

Concernant les filarioses lymphatiques, à l'image des programmes existants, un programme spécifique 2004-2008 est en début d'exécution pour le dépistage passif et la prise en charge de l'ensemble des cas diagnostiqués.

En matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, un plan stratégique est en cours de validation et porte sur la drépanocytose, le diabète et l'hypertension artérielle.

D'autres pathologies non transmissibles seront intégrées au fur et à mesure de l'évolution du programme conformément aux orientations nationales.

Au cours du quinquennat, la capacité du personnel de santé et les plateaux techniques seront renforcés pour favoriser l'application des normes et procédures élaborées et diffusées pour une meilleure prise en charge des cas.

Concernant les fistules obstétricales le personnel de santé aux différents niveaux sera formé/recyclé à l'effet de garantir la référence et assurer leur prise en charge adéquate et rapide dans les établissements hospitaliers concernés.

Concernant les cancers de sein, du col de l'utérus, et les hypertrophies de la prostate, le renforcement des capacités du personnel contribuera à faciliter les références vers les établissements spécialisés et le suivi des opérés pour la détection précoce des éventuelles récurrences.

La lutte efficace contre les accidents de la voie publique nécessitera la formation du personnel de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire en étroite collaboration avec le département en charge des transports. Un plan intégré de communication devra en conséquence être élaboré, appliqué et évalué.

Maladies émergentes : Il s'agit de l'apparition de phénomènes morbides nouveaux ou la résurgence de maladies anciennes. Cet état de fait est lié à plusieurs facteurs individuels ou collectifs en rapport avec un ensemble de perturbations de l'état de santé dont l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, les effets néfastes de l'environnement, la dégradation de la situation socio-économique caractérisée par la pauvreté, avec ses corollaires que sont l'exode rural, l'urbanisation anarchique, les déviations comportementales qui engendrent l'alcoolisme, la sous nutrition chronique, la consommation de stupéfiants, la prostitution et les accidents de la voie publique. Cette nouvelle situation favorise l'apparition de maladies à caractère social, essentiellement les troubles du comportement et les maladies liées à l'environnement. Des stratégies appropriées de lutte devront être développées et mises en œuvre. Elles associeront, la lutte médicale contre la maladie et la promotion d'activités préventives et promotionnelles axées en priorité sur la CCC/IEC et la mobilisation sociale, avec le concours de la société civile (ONG, Associations, fondations et privés).

Extrait 3 :

Les femmes enceintes nécessitant un traitement d'urgence sont prises en charge sans délai dans les établissements offrant des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU).

L'amélioration effective de la fonctionnalité des établissements de santé offrant des soins Obstétricaux d'urgence (SOU) en vue de la prise en charge des cas présentant des complications obstétricales selon les N/P sera assurée. Dans cet ordre d'idée, les femmes enceintes à risque présentant des complications obstétricales bénéficieront d'une césarienne par du personnel qualifié. De même, il sera procédé à la création d'établissements offrant des Soins obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) et des Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC), et au renforcement des capacités de ceux existants.

Extrait 4 :

Les malades référés/évacués sont pris en charge correctement au niveau des CSREF ou des établissements de santé privés.

Le renforcement du plateau technique de l'ensemble des CSREF et des anciens CSCOM (en ressources humaines qualifiées, matérielles et financières) permettra de concourir à la production et à la dispensation de soins de qualité tel que prévu en matière d'organisation et de mise en œuvre du système de référence-évacuation. La mise en œuvre efficace et efficiente d'un tel système qui sera étendu à l'ensemble des CSREF, nécessitera le renforcement des capacités des équipes de santé, des Accoucheuses Traditionnelles Recyclées (ATR) et des relais communautaires par zone de pauvreté. Le système ainsi organisé et renforcé permettra entre autres de réduire la mortalité infanto juvénile, les décès maternels dus aux complications obstétricales ; d'améliorer le suivi adéquat des femmes vues en CPN, des femmes opérées pour fistule obstétricale au niveau des établissements compétents ; la vaccination correcte/complète des enfants de moins d'un an et la prise en charge d'enfants malnutris admis dans les établissements de santé selon les Normes et Procédures (NP).

De même, la qualité des services doit être garantie aux accidentés de la voie publique en étroite collaboration avec le département chargé des transports et de l'équipement selon des normes et procédures qui seront définies et développées pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Extrait 5 :

Les besoins en Santé de la reproduction (SR) des femmes, des jeunes et des hommes sont pris en charge à travers un Paquet Minimum d' Activités (PMA) offert à plusieurs niveaux.

Dans ce cadre, il sera développé un certain nombre d'interventions prioritaires portant notamment sur le suivi adéquat et de qualité des femmes enceintes et en suite de couche sur le plan sanitaire et nutritionnel, avec le concours d'ATR régulièrement suivies qui assureront proprement les accouchements normaux à domicile.

Pour accroître les Consultations Périnatales (CPN) et protéger les femmes enceintes contre les risques liés au paludisme, il leur sera offert gratuitement après toutes les 2^{ème} visites une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). De même, les enfants de 0 à 59 mois vus en consultation au niveau des établissements de santé publics et communautaires recevront gratuitement une moustiquaire imprégnée d'insecticide et des médicaments à visée pédiatrique au besoin (chloroquine, paracétamol, amoxicilline, métronidazole, cotrimoxazole, mébendazole, fer/acide folique, rétinol, iode) seront subventionnés.

La promotion et le suivi des interventions de qualité de centres d'écoute et de conseils offrant un paquet de services en santé de la reproduction pour les jeunes adultes seront effectifs dans toutes les régions et dans la majeure partie des établissements de santé.

Certaines interventions spécifiques seront développées notamment dans le domaine du contrôle des centres de dépistage anonyme, volontaire et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le contrôle systématique de sang et de produits sanguins pour tous les receveurs.

D'importants efforts seront déployés en direction de la mère et de l'enfant considérés comme cibles privilégiés dans le cadre du développement sanitaire.

La continuité des services comme élément de qualité sera améliorée notamment à travers l'application des Normes et Procédures (NP) en matière de Consultations Périnatales (CPN), l'inoculation chez les femmes enceintes de 2 doses de Vaccin anti-tétanique (VAT) et de 2 traitements présomptifs intermittents (TPI) à la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) contre le paludisme; la réduction de façon sensible des déperditions de vaccins DTCP.

Les interventions à mener dans ce cadre concerneront les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans dans le cadre de la vaccination régulière au niveau de tous les établissements de santé tant publics, communautaires, parapublics, confessionnels et privés à but lucratif.

Les interventions prioritaires porteront en plus de celles évoquées ci-dessus sur la prise en charge des problèmes de la puberté à la ménopause; la diffusion et l'application des Politiques, Normes et Procédures (PNP) révisés en SR ; la réorientation de la consultation prénatale (CPN) classique à la CPN recentrée qui met l'accent sur la prise en charge des complications liées à la grossesse et sur le dépistage des grossesses à risques.

En outre, elle prend en compte la préparation de l'accouchement et la prévention de certaines endémies majeures qui sont sources de complications chez la femme enceinte, tels que : le paludisme (traitement présomptif intermittent -TPI-, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides MII) ; le VIH ; la prévention des hémorragies du post-partum ; l'approche des soins obstétricaux d'urgence (SOU) basée sur l'application des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales et l'évaluation des performances sur les besoins obstétricaux non couverts (BONC).

Les activités de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) devront intégrer le PMA.

En matière de planification familiale (PF), l'accent sera mis sur : l'augmentation de la prévalence contraceptive afin de satisfaire les besoins en planification familiale non couverts des femmes en union, en tenant compte des préférences des femmes en matière de méthodes contraceptives (méthodes

courtes ou longues durées); l'accessibilité des adolescents et des adultes femmes et hommes aux services de planification familiale, en leur offrant des prestations de PF adaptées et accessibles.

En ce qui concerne la lutte contre les pratiques préjudiciables à la santé de la fille et de la femme, en particulier l'excision, l'approche intersectorielle impliquant les institutions chargées de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, de la société civile, sera intensifiée. La prise en charge médicale ou la référence des complications issues des pratiques préjudiciables à la santé sera poursuivie. L'interdiction de la pratique de l'excision dans les établissements de santé fera l'objet de mesures réglementaires appropriées en vue de sa suppression.

Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents (SRJA), des dispositions seront prises afin d'accroître leurs connaissances à l'effet de minimiser les comportements à risques à travers le renforcement des capacités d'intervention et de coordination des centres pour jeunes, l'engagement et l'implication des ONG et associations de jeunes et de femmes pour la promotion de la santé reproductive.

Compte-tenu de l'état actuel, le domaine de la santé scolaire mérite d'être mieux structuré et coordonné, dans ce contexte, les interventions prioritaires porteront sur la promotion d'un bon état de santé des élèves et étudiants par le renforcement de l'extension de l'accès des élèves et préscolaires aux soins de qualité. A ce titre une visite systématique médicale annuelle sera effectuée par niveau à travers les établissements de santé publics et communautaires, notamment les CSREF et CSCOM ; le déparasitage systématique des élèves du fondamental sera organisé; les élèves des lycées et des grandes écoles/facultés bénéficieront de notions de promotion de la santé notamment dans les domaines de l'hygiène, la nutrition, la santé de la reproduction, l'immunisation des enfants.

Extrait 6 :

L'hygiène dans les établissements classés (établissements de santé, milieu de travail, écoles etc.), ménages /communautés, et des autres lieux publics est améliorée et la lutte contre les vecteurs de maladies assurée.

Il s'agit du renforcement de la prévention des infections nosocomiales, la prévention des intoxications liées aux substances chimiques notamment les pesticides, la promotion des ouvrages d'évacuation des excréta et équipements d'hygiène publique et de salubrité en milieu rural et péri urbain, appui aux collectivités locales en matière de campagne de désinsectisation et de dératisation de masse.

Le contrôle régulier de qualité de l'eau de boisson par le personnel des CSCOM et les techniciens sanitaires au niveau des CSREF seront poursuivis à l'aide de comparateurs de contrôle de chlore résiduel et de kits de contrôle qui seront fournis.

En outre, le contrôle régulier de qualité des aliments servis dans les restaurants et les lieux publics (y compris dans les rues, les écoles...) sera renforcé. A cet effet, des campagnes de CCC seront réalisées sur toute l'étendue du territoire en direction des restaurateurs, des élèves, des enseignants, des vendeurs d'aliments et des ménages et communautés.

L'élimination des déchets biomédicaux au niveau des établissements de santé, publics et privés est fondamentale et sera renforcée à travers la construction/réhabilitation d'incinérateurs.

Extrait 7 :

La supervision des équipes des établissements de santé publics et privés, ainsi que des agents de santé communautaires dans les districts sanitaires est effectuée régulièrement.

La qualité des services sera également appréciée à travers la mesure de la performance d'au moins 60% du personnel des CSCOM, des relais communautaires qui seront supervisés mensuellement ; les équipes des établissements parapublics, confessionnels et privés à but lucratif seront quant à eux supervisés trimestriellement.

Le monitoring/micro planification sera effectif dans 100% des CSCOM avec l'appui des équipes socio sanitaires de cercle qui assureront la supervision trimestrielle de l'ensemble des CSCOM fonctionnels.

Extrait 8 :

La participation communautaire dans l'organisation, le suivi et la gestion des services de santé est renforcée par la responsabilisation des Collectivités Territoriales.

Les élus et les représentants de la société civile bénéficieront d'informations/formation pour leur participation effective dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé. Le niveau communautaire sera appuyé par exemple dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur la prévention des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la petite fille.

Extrait 9 :

La disponibilité en MEG (y compris les ARV) est continue et suffisante et la qualité des prescriptions de MEG est améliorée.

La disponibilité au niveau des CSCOM des médicaments du panier, notamment à visée pédiatrique subventionnés pour les enfants de 0-59 mois sera assurée (parmi d'autres MEG traceurs). Au niveau des CSREF, des dispositions seront prises pour éviter les ruptures de stock des kits d'urgence obstétricale.

A travers le monitoring/micro planification semestriel, la gestion correcte des dépôts de vente en MEG sera assuré.

Des sessions de formation continue seront réalisées pour garantir la qualité des prescriptions et la disponibilité des médicaments essentiels.

Extrait 10 :

La collaboration intersectorielle et la collaboration avec les prestataires du secteur privé et la société civile ont été intensifiées et opérationnalisées.

L'augmentation de l'utilisation des services nécessitera l'implication effective des secteurs privé, traditionnel et des collectivités territoriales en matière de lutte contre la maladie.

Des contrats de performance seront établis à cet effet entre les différents acteurs clés.

A cet effet, les interventions prioritaires porteront sur la formation des prescripteurs dans l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés (MTA), l'élaboration de modules de formation dans le domaine de la médecine traditionnelle pour les écoles de santé ; le recensement des tradi-praticiens reconnus selon « leurs spécialisations » par zone par les ménages et les collectivités territoriales ; la formation du personnel de santé aux approches pour la collaboration efficace avec les acteurs clés de la médecine traditionnelle pour la prise en charge des problèmes prioritaires de santé ; la mise à disposition aux cadres de la santé du district sanitaire d'un ouvrage de référence sur la pharmacopée traditionnelle malienne et d'une base de données sur les plantes médicinales de la flore malienne.

Dans le même cadre, il sera périodiquement organisé des rencontres de concertation sur le plan régional et local pour la promotion de la médecine traditionnelle en impliquant les prescripteurs, les étudiants en médecine, les tradi-praticiens, les collectivités territoriales, les associations, les PTF intéressés.

Le développement des petites et moyennes entreprises, sera encouragé dans le cadre de la contractualisation, afin de multiplier et d'entretenir les ouvrages d'évacuation des eaux et excréta et des ordures ménagères à faibles coûts. Dans le cadre de la multisectorialité, le secteur de la santé participera ou initiera des actions en direction de l'hygiène de l'environnement, de l'hygiène alimentaire et industrielle dans les agglomérations urbaines, les sites d'extraction minière et de grands barrages.

Afin d'augmenter l'utilisation et la performance des services offerts aux ménages et à la communauté, des contrats de performance et monitoring à base communautaire, des approches contractuelles seront développées avec toutes les parties prenantes à l'action sanitaire (collectivités territoriales, communautés organisées, privés, ONG et structures publiques). Un système de suivi et d'évaluation sera élaboré et mis en oeuvre sur la base d'indicateurs de performance pour mesurer le degré de changement de comportement favorable des ménages et l'atteinte des objectifs fixés durant la période du programme.

Par ailleurs, la formation des enseignants à l'encadrement sanitaire des élèves pour l'amélioration du cadre de vie à l'école et dans la communauté sera réalisée à l'aide de modules élaborés/révisés à cet effet. Un cadre consensuel formel de collaboration entre les Ministères de la Santé, de l'Education, de l'Administration Territoriale, les collectivités Territoriales, la FENASCOM, les ONG et Associations intéressées et les syndicats des élèves et étudiants pour la promotion de l'approche « école santé » sera créée et utilisée à bon escient.

Dans le domaine de la santé mentale, le contrôle des pathologies sera effectué par l'application des normes et procédures de dispensation des soins par niveau. A cet effet, des actions seront conduites pour le développement et l'organisation "d'unités de santé mentale" au niveau des CSREF et la formation/recyclage du personnel dans le district sanitaire.

En matière de santé en milieu carcéral, d'importants efforts restent à faire et nécessiteront le renforcement par le département en charge de la justice des infirmeries au niveau des maisons d'arrêt des communes urbaines; l'organisation et le contrôle des mesures d'hygiène et d'assainissement.

En médecine du travail, la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère en charge du travail sera davantage renforcée, en particulier en matière de soins (PMA), d'informations sanitaires, de lutte contre les IST/VIH/SIDA, de santé de la reproduction, d'hygiène industrielle, de référence et de contre référence.

Le partenariat avec les acteurs du secteur privé, les ONG, les Associations et autres acteurs intéressés sera renforcé autour de la promotion de l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides.

Le département de la santé développera à cet effet, des modèles de contractualisation qui seront évalués d'accord parties.

Extrait 11 :

Les équipes de santé de cercle intègrent l'approche genre à la démarche pour la mise en œuvre des interventions communautaires (dont mise en place des structures communautaires).

Il s'agira d'assurer la formation des équipes de santé et les membres des ASACO à l'approche genre.

Extrait 12 :

Les soins de santé préventifs et promotionnels communautaires ont été rapprochés jusqu'au niveau des ménages.

Plusieurs facteurs déterminent le degré d'utilisation des services de santé par les populations cibles. Les stratégies tendant à améliorer l'offre de services seront développées aux niveaux ménage/communautaire, système de santé et politique.

Au niveau ménage et communautaire, les stratégies seront centrées autour des interventions concourant au changement de comportement, la protection du revenu et l'amélioration de la participation des plus pauvres, des femmes et des jeunes au développement sanitaire du district.

L'intensification des séances de Communication pour le changement de comportement (CCC) en direction des ménages dont les hommes contribuerait à l'augmentation de l'utilisation des maternités et des méthodes contraceptives modernes (courte et longue durée). Ces produits seront disponibles dans tous les établissements de santé, les centres d'écoute et de conseils, les relais autant que faire ce peut. Dans ce cadre, le personnel de santé et les ATR seront formés ou recyclés pour mieux faire face à la demande.

En outre, des activités de CCC seront développées en direction des ménages sur l'impact négatif des charges élevées de travail, les croyances/tabous sur l'alimentation des femmes enceintes et en suite de couche

L'appui à la construction et à l'utilisation de latrines améliorées notamment par les ménages en zones 2 et 1 sera effectif avec le concours des ONG et associations intéressées.

Des modules intégrés de formation seront introduits en matière d'hygiène, de nutrition, de santé de la reproduction, de vaccination dans les programmes d'enseignement du fondamental.

Pour améliorer les interventions communautaires au bénéfice des ménages et augmenter l'utilisation des services de santé, il sera réaliser la formation et l'information des équipes de santé à l'approche genre et le suivi adéquat des ménages par les relais communautaires dans le domaine des pratiques familiales essentielles.

Les approches de communication pour un changement favorable de comportement, seront développées et orientées en priorité vers les ménages les plus pauvres.

Un plan national de communication sera élaboré par les services techniques de communication du Ministère de la santé (CNIECS) en collaboration avec d'autres acteurs professionnels. Ce plan veillera, à la mise à disposition des populations des informations relatives à l'hygiène individuelle et collective orientées en priorité vers les élèves (filles et garçons) des écoles fondamentales du premier cycle, (lavage des mains après chaque contact salissant, utilisation adéquate des latrines améliorées, nettoyage des ustensiles, balayage du sol avec port de cache-nez, techniques de filtrage de l'eau de boisson, etc.).

Des plans de communication seront adaptés aux différents niveaux et porteront sur la gestion familiale et communautaire des ordures ménagères ; la participation des parents et des enfants aux séances de vaccination ; la participation des femmes aux consultations prénatales et postnatales ; l'adoption de l'allaitement maternel exclusif en relation avec la recherche d'un meilleur état nutritionnel des mères et des enfants, la prévention de la transmission du VIH de la mère au nouveau-né ; le développement des activités nutritionnelles et culinaires ; la conduite à tenir en cas de diarrhée/toux/fièvre ; l'éducation à la vie familiale, à la santé de la reproduction et en matière de population. Les médias de proximité (modernes et/ou traditionnels) seront davantage impliqués dans l'information, la sensibilisation et l'éducation des populations en matière de promotion de la santé.

Le conditionnement et l'élimination des déchets solides s'effectueront dans les villes et villages avec le concours des collectivités territoriales. Les organisations féminines seront davantage sensibilisées à la promotion de l'hygiène au sein des communautés.

En matière d'interventions pour le changement de comportement, un accent particulier sera mis sur la définition et l'application d'un paquet d'informations essentielles en direction des ménages les plus pauvres. La capacité technique des membres des associations de femmes et de jeunes sera renforcée dans le cadre d'un développement sanitaire harmonieux au niveau communautaire; la subvention des activités spécifiques de promotion de la santé des organisations féminines ; le renforcement et l'accélération de la mise en œuvre de l'initiative « un cercle, une ONG ». Des paquets d'informations et de services à base communautaire seront développés selon les besoins par zone. Les médias modernes et traditionnels notamment de proximité seront davantage mis à contribution.

Les activités essentielles à mener au niveau communautaire, seront relatives à la notification aux établissements de santé, les plus proches, de la survenue des cas de maladies, de décès et de tout phénomène inhabituel; à la participation aux investigations des rumeurs et des cas avec le personnel de santé; à l'exploitation des informations communiquées par les ménages, les relais communautaires et le personnel de santé, en vue de conduire les investigations nécessaires pour la prise de décisions adéquates à temps réel.

Au niveau du CSREF, il s'agit en premier lieu de renforcer les capacités des équipes de santé par la formation et le pré positionnement de stocks de médicaments, de produits, de matériels et de ressources financières, de coordonner les activités de surveillance intégrée des maladies transmissibles et les efforts entrepris pour l'acheminement dans les délais requis des échantillons de produits prélevés sur les cas suspects au laboratoire compétent; de collecter, compiler, analyser et interpréter les données émanant des établissements de santé périphériques afin de caractériser la maladie selon la personne, le lieu et le temps dans le but de déterminer l'ampleur, la gravité, les liens, les tendances épidémiologiques, le degré d'atteinte des objectifs fixés dans le plan de prévention et de riposte adopté. Ces analyses contribueront à la prise à temps des décisions adéquates de proximité et à la rétro information aux différents établissements et responsables concernés.

Extrait 13 :

Les besoins en nutrition des populations notamment des femmes et des enfants sont pris en charge à travers des interventions spécifiques dans le paquet minimum d'activité (PMA).

Il sera développé des interventions prioritaires notamment sur le suivi adéquat et de qualité de la promotion de la croissance des enfants, de l'accélération de la lutte contre les carences en micro-nutriments et des interventions spécifiques en milieux communautaire et scolaire.

Des efforts importants doivent être mis en œuvre pour améliorer la qualité des prestations du suivi de la croissance dans les services de santé et promouvoir des pratiques saines et adéquates de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, incluant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

Des approches de distribution de la vitamine A et l'élargissement de la gamme des aliments à enrichir au sucre et aux farines infantiles seront développées.

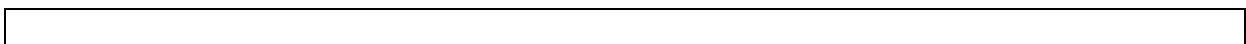
Face à l'échéance de 2005 pour assurer la consommation de sel adéquatement iodé à tous, il est urgent d'accélérer l'iodation universelle du sel conformément aux recommandations de la récente consultation tenue à Dakar en Octobre 2004.

La lutte contre l'anémie portera sur des interventions prioritaires intégrées et liées de la prise en charge de la femme enceinte et du jeune enfant.

La prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA va être assurée de façon intégrée. De même le renforcement de la composante nutrition des programmes de santé scolaire est un axe prioritaire de partenariat avec le ministère de l'éducation nationale.

Le programme de lutte contre les maladies chroniques liées à l'alimentation privilégiera l'analyse de situation et la prévention.

5.5. VOLET 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation



Effet spécifique du volet :

L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres.

Stratégies :

1. La promotion du système de micro planification et monitoring local et la consolidation du monitoring au niveau cercle.
2. La subvention de consommables essentiels en termes de santé publique tels les moustiquaires imprégnées, les préservatifs pour les groupes vulnérables (prostituées, routiers hommes en uniforme ...), les sels de réhydratation orale, les antituberculeux et les médicaments pédiatriques (formes pédiatriques sirops chloroquine et cotrimoxazole).
3. Le renforcement de la mobilisation sociale pour augmenter l'utilisation des services de soins.
4. Les facilités accordées aux groupes les plus pauvres en ce qui concerne le paiement des consultations, des médicaments, préservatifs et des soins préventifs dans les établissements de santé.
5. La promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres dans les comités de gestion des CSCOM.
6. Le renforcement de la capacité de gestion des ASACO et des municipalités.
7. La révision du système de tarification dans les établissements de santé.
8. Le soutien aux formes traditionnelles efficaces de solidarité en particulier appui institutionnel et financier aux organisations féminines et de jeunes incluant les activités de formation et de promotion dans les domaines de développement.
9. Le développement de l'interface entre les établissements de santé et la population avec la mise en place de système de partenariat.
10. Le développement de la micro assurance pour les Soins Obstétricaux d'Urgences (SOU) et enfants malades.

Extrait 1 :

11. Le mécanisme de tiers payant a favorisé l'accès des pauvres aux soins de qualité dans les établissements de santé notamment les CSCOM et les CSREF.

Le principe de non gratuité peut être maintenu par la diminution du prix d'un nombre limité de médicaments essentiels et les textes relatifs à la gratuité légale notamment le décret 02-311, celui relatif aux personnes âgées et autres cibles bénéficiaires doit être appliqué correctement.

Pour privilégier une option une étude s'avère nécessaire d'autant plus qu'il a été constaté que le système de ME dégage beaucoup d'excédents qui ne sont pas toujours utilisés à souhait. Cette étude permettra de mieux apprécier la proportion dans laquelle le coefficient multiplicateur actuel peut être revu à la baisse au niveau des districts sanitaires. Une autre étude permettra d'identifier un mécanisme de prise en charge des démunis dans les établissements de santé et autres établissements de recherche.

Il faudra développer le mécanisme de tiers payant et protéger le revenu des ménages et limiter les dépenses de santé des groupes défavorisés à travers :

Le renforcement et l'extension de la caisse de solidarité pour le soutien de la référence évacuation; renforcement de la mise en œuvre des mécanismes de tiers payant pour les zones pauvres et/ou d'accès difficiles, les CSCOM non viables; la mobilisation des partenaires des caisses de solidarité pour le paiement régulier de leur quotes-parts.

Augmenter la dotation budgétaire de l'Etat au secteur de la Santé et procéder à une ré-allocation des enveloppes du secteur en prenant en compte le critère de pauvreté et les zones défavorisées (aires non viables) par le subventionnement de certaines dépenses dans les établissements de santé publics, communautaires et privés.

Extrait 2 :

Le paquet de services essentiels de santé est subventionné pour les pauvres et les groupes vulnérables.

Le secteur public et communautaire sera les seuls bénéficiaires de cette subvention.

Il faudra évaluer les besoins de la subvention et le recouvrement des montants pour la prise en charge des cibles bénéficiaires.

Les recommandations des études en faveur de la réduction des prix des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés seront appliquées.

Des contrats seront conclus avec le secteur privé et les établissements hospitaliers et autres établissements de recherche pour la réduction du coût des tarifs.

Seront subventionnés: les dépôts répartiteurs de cercles (DRC) et les dépôts de vente (DV); les consommables promotionnels tels les moustiquaires imprégnées et les condoms. Pendant une période de 3 ans une moustiquaire sera distribuée gratuitement à chaque femme effectuant une deuxième CPN et chaque femme accouchant dans un CSCOM. Les préservatifs seront distribués gratuitement aux professionnels du sexe, aux séropositifs, dans les casernes, aux syndicats de routiers et aux prisonniers.

Les possibilités de subvention de médicaments essentiels à visée pédiatrique, une liste de maladies a été retenue notamment le paludisme, les IRA et la diarrhée. A partir de cette liste les médicaments suivants sont concernés : la chloroquine (comprimé de 100 mg et sirop), le paracétamol (comprimé de 100 mg et sirop), l'amoxicilline (suspension 125 mg et 250 mg), l'AAS, le SRO, le métronidazole (suspension pédiatrique), le cotrimoxazole (suspension et comprimé 240 mg), le mébendazole (suspension et comprimé), le fer/acide folique et le rétinol, l'iode.

Le conditionnement vrac seul est retenu pour la subvention ; pour le sirop et suspension, compte tenu des conditions de conservation et les délais d'utilisation limités, la préférence sera donnée à la forme comprimée autant que possible.

Extrait 3 :

Le financement alternatif a contribué à la prise en charge des populations pauvres dans le système de soins.

Il s'agit de promouvoir et mettre en œuvre les mécanisme de financement alternatif de la santé à travers le développement autour de la référence de mutuelles de santé (SOU), sensibiliser les populations sur les différentes formes de financement de la santé (FAM, AMO, AMV etc.).

Pour cela il faudra organiser la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgences (SOU) et enfants malades à travers la micro assurance

Il faudra mettre en œuvre un plan de communication et d'information sur les mécanismes de financements alternatifs (AMO, FAM, AMV, Caisses de solidarité Mutuelles, etc.) en direction des populations.

Extrait 4 :

Les recherches ont contribué à la réduction du coût des tarifs de soins.

La recherche devra aboutir à la révision des systèmes de tarification dans les services publics et associatifs pour les activités de santé essentielles. Le système de recouvrement de coût sera revu pour être plus favorable aux groupes les plus défavorisés (pauvres, enfants, femmes enceintes etc.). Des facilités seront accordées aux groupes les plus pauvres en ce qui concerne le paiement des consultations, des médicaments et des soins préventifs dans les centres de santé et les établissements hospitaliers.

Un fonds d'aide médicale pour les Soins obstétricaux d'urgence (SOU) et pour les enfants malades sera mis en place dans deux aires de santé par région pour la recherche action.

Extrait 5 :

Les populations participent activement à la résolution des problèmes de santé dans 50% des CSCOM qui offrent un PMA de qualité.

Il faudra renforcer la mobilisation sociale pour soutenir la demande, augmenter l'utilisation des établissements de soins et la participation des bénéficiaires. Ceci permettra aux populations et collectivités de s'impliquer mieux à la mise en œuvre d'actions de santé à travers :

- Le renforcement de la capacité de gestion des organes de prise de décision des ASACO et des municipalités : entre autres le renforcement du système de comptabilité, la mise en place de systèmes de monitoring local de la performance en terme de couverture avec les services de santé ;
- La promotion de la participation des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres dans les comités de gestion des centres de santé communautaire ;
- L'accent sera mis sur la participation des jeunes notamment les adolescents pour accroître leur participation aux prises de décisions relatives à la jouissance de leur droit à la santé, à l'identification des problèmes de santé qui les affectent ainsi qu'à la recherche des solutions à y appliquer ;
- La participation des groupes plus spécifiques (PVVIH/SIDA, handicapés, les malades chroniques, les adolescents, etc.) dans la promotion de la santé ;
- Le soutien aux formes traditionnelles efficaces de solidarité en particulier un appui institutionnel et financier aux organisations féminines et de jeunes incluant les activités de formation et de promotion dans les domaines de développement ;
- Le développement de l'interface entre les établissements de santé et la population avec la mise en place de système de partenariat à travers l'approche contractuelle et la collaboration intersectorielle notamment avec le département de l'agriculture, le Développement Social, l'Hydraulique, la Promotion de la Femme, le Département des Infrastructures routières et de l'éducation.

5.6. VOLET 6 : Amélioration de la qualité des services dans les Etablissements Hospitaliers et autres Etablissements de Recherche

Les Etablissements Hospitaliers

Depuis le début du PDDSS, la réforme du système hospitalier est en cours. : Il s'agit de l'adoption de la loi hospitalière qui change leur statut en établissement public hospitalier (EPH) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. La mise en oeuvre des Projets d'Etablissement (PdE), qui aura lieu pendant le PRODESS II, permettra d'adapter le fonctionnement des hôpitaux à leur nouveau statut d'EPH. Cette réforme concerne tous les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence: l'hôpital « Gabriel Touré » ; l'hôpital du « Point G » ; l'hôpital de Kati ; le Centre National d'Odonto-Stomatologie ; l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) ; l'hôpital « Fousseyni Daou » de Kayes ; l'hôpital de Sikasso ; l'hôpital « Nianankoro Fomba » de Ségou ; l'hôpital « Sominé Dolo » de Mopti ; l'hôpital de Tombouctou et l'hôpital de Gao. Au niveau départemental, il faudra formaliser l'aspect institutionnel de la tutelle de ces établissements hospitaliers.

Le Projet d'établissement reste le cadre de référence pour le développement des activités des établissements hospitaliers. Pour aller à l'opérationnalisation de ces projets un appui à la planification, à l'organisation et aux questions institutionnelles est indispensable. Pour cela une structure devra être mandatée afin d'accomplir ces fonctions de tutelle.

Autres Etablissements de Recherche

Les établissements spécialisés assurent un appui aux hôpitaux dans leurs missions de soins, de formation et de recherche. Ils mènent des activités de production de services concourant à la santé sans développer nécessairement une fonction hospitalière. Ils comprennent des institutions de recherche dont la mission principale est la recherche et d'autres dont la mission principale est surtout l'évaluation et l'expertise. Ces établissements dont certains viennent d'être créés n'ont pas été suffisamment renforcés au cours du premier quinquennat. Leur développement se fera dans la complémentarité avec les hôpitaux et les autres structures s'occupant de l'amélioration de la santé.

Effets spécifiques :

Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres.

Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.

5.6.1. Les Etablissements Hospitaliers (EH)**Stratégies :**

1. Disponibilité et amélioration de la qualité des soins
2. Développement du système de référence et de contre référence
3. Organisation de la formation initiale et continue
4. Participation à la résolution des problèmes de santé publique
5. Renforcement du cadre institutionnel
- 6 .Amélioration du cadre gestionnaire des hôpitaux

Extrait 1:

Les établissements hospitaliers fonctionnent selon une logique d'entreprise, qui est basée sur la loi de la réforme hospitalière et leur statut d'EPH, tenant compte du plan économique des projets d'établissement (viabilité à long terme).

La réforme hospitalière engagée au cours de la première phase du PDDSS doit être poursuivie par la signature de conventions entre les hôpitaux et la FMPOS dans le cadre de la mise en oeuvre de la convention hospitalo-universitaire, l'adoption de la carte nationale hospitalière, l'adoption des procédures budgétaires et comptables des EPH, la nomination des membres des Conseils d'Administration, l'élaboration et l'adoption des textes réglementant l'exercice des activités personnalisées au sein des hôpitaux.

La gestion des ressources humaines, matérielles et financières constitue une faiblesse dans les structures hospitalières. L'amélioration du cadre gestionnaire des hôpitaux sera axée sur l'application du référentiel métier des gestionnaires, l'affectation effective des gestionnaires des hôpitaux dans les hôpitaux, l'exploitation des logiciels existants, l'application de la comptabilité matières, l'élaboration des organigrammes des hôpitaux devant comprendre, entre autres, une entité chargée de la gestion des ressources humaines, la mise en place d'une grille de répartition des intéressements et l'instauration d'une prime de rendement.

L'amélioration des ressources financières constitue une priorité. Pour ce faire, le système du tiers payant doit être renforcé. Les actions porteront sur l'identification des malades au niveau du bureau des entrées, la permanence au niveau du bureau des entrées et la régulation du flux des malades. Des actions externes aux établissements hospitaliers doivent être développées pour leur permettre un meilleur recouvrement de leurs recettes. Il s'agit de l'extension de l'assurance maladie, de la mutualité, la mise en place du fonds d'assistance médicale.

L'insuffisance dans la mise en œuvre du Système d'Information Hospitalier (SIH) constitue un problème majeur dû au manque de motivation du personnel, la non perception de l'utilité du SIH par les acteurs, l'insuffisance de formation des agents pour la collecte et le traitement des données et l'insuffisance de la logistique informatique.

Les actions dans ce domaine porteront sur la révision des supports actuels, l'informatisation des services, la formation du personnel, la valorisation du système d'information hospitalier, la sensibilisation du personnel et l'implication des chefs de services.

Extrant 2 :

Les tarifs révisés des hôpitaux assurent à la fois l'accessibilité financière des soins hospitaliers pour l'ensemble de la population cible.

Dans le domaine de la tarification des actes, il sera procédé à l'élaboration et à l'adoption des textes d'application du décret 02 - 311 du 04 juin 2002 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé, l'application du plan comptable hospitalier et la formation du personnel à son utilisation.

Des études seront menées pour identifier des mécanismes d'accès financier appropriés au niveau des Etablissements Hospitaliers et autres Etablissements de Recherche.

Extrant 3 :

Chacun des hôpitaux met en oeuvre son projet d'établissement validé.

Au cours de la 1^{re} année du PRODESS II, l'ensemble des établissements hospitaliers aura son Projet d'Etablissement (PdE) finalisé et validé. Les différents éléments des plans seront intégrés dans les PO/budgets annuels.

Extrant 4 :

La qualité des soins et de la prise en charge générale des malades est améliorée.

L'insuffisance dans l'accueil et la faible qualité des soins constitue des domaines sur lesquels un effort important devra être porté. Pour ce faire, l'accent sera mis sur l'information, l'éducation et la communication, sur l'organisation du circuit des utilisateurs des services, la création d'un service d'accueil et d'information, la mise en place de plans de masse et de panneaux d'orientation, l'élaboration d'un plan de communication interne et externe, l'installation de boîtes à suggestions dans les hôpitaux.

L'amélioration de la qualité des soins passe par l'élaboration et l'adoption des référentiels métiers, l'évaluation interne et externe des soins, le renforcement du plateau technique, la formation/recyclage du personnel. A cet effet, l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux doit être renforcée afin qu'elle puisse jouer son rôle d'évaluation et d'appui conseil aux hôpitaux. L'approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et autres consommables médicaux doit être garanti. Dans ce domaine, la mise en place du comité thérapeutique au sein de la commission médicale d'établissement paraît indispensable.

Les infections nosocomiales constituent un problème majeur pour lequel des actions doivent être entreprises au nombre desquelles la mise en place ou la dynamisation des comités techniques d'hygiène et de sécurité, la recherche sur les germes responsables des infections nosocomiales, la mise en place d'un système de gestion des déchets biomédicaux, l'élaboration de normes et procédures en matière d'hygiène hospitalière, l'application des bonnes pratiques professionnelles.

La prise en charge des cas référés constitue l'une des missions essentielles de l'hôpital. La réalité démontre que les hôpitaux ont du mal à accomplir cette mission pour des raisons diverses telles que le dysfonctionnement du système de référence à tous les niveaux, la faible capacité d'accueil des services des urgences, l'afflux de cas non référés, l'insuffisance de ressources humaines. Les actions dans ce domaine porteront sur l'adoption de la carte hospitalière, l'élaboration de normes et procédures en matière d'évacuation conformément à la loi hospitalière, la mise en place de l'Unité Mobile d'Intervention Rapide dans les hôpitaux, le développement des réseaux de communication, la signature des conventions avec les organisations sous régionales et les hôpitaux.

Le renforcement des hôpitaux existants sera une priorité. Ce renforcement concernera les bâtiments, les équipements et le personnel selon le projet d'établissement. Aussi au cours du quinquennat, un nouvel hôpital sera créé à Bamako permettant ainsi de désengorger les autres hôpitaux et complétera le dispositif de complémentarité entre les hôpitaux. En outre, l'hôpital de Mopti et l'hôpital de Sikasso seront construits sur de nouveaux sites et équipés en conséquence. Un centre des grands brûlés et un centre anti-poison seront réalisés à l'Hôpital du Point G conformément à son projet d'établissement.

Face à l'insuffisance de ressources humaines, l'insuffisance de formation continue du personnel, l'insuffisance dans l'encadrement des élèves et des étudiants, l'absence de certains spécialistes sur le marché de l'emploi notamment les chirurgiens dentistes, les actions dans ce domaine seront orientées essentiellement vers l'élaboration, par les hôpitaux, d'un plan de recrutement et d'un plan de formation. En outre, il sera envisagé le redéploiement du personnel en fonction des besoins exprimés par les hôpitaux et le recours à l'assistance technique. En ce qui concerne le CNOS, il est envisagé, conformément à son projet d'établissement, l'équipement des salles de travaux pratiques et de laboratoire dans la perspective de l'ouverture de la filière odontostomatologie à la FMPOS et la création d'un cadre de collaboration intra et intersectorielle.

La recherche a été, jusqu'ici, peu développée au niveau des hôpitaux. Un accent sera mis sur ce domaine et les actions porteront sur la formation du personnel à la méthodologie de la recherche, la création de centres de documentation dans les hôpitaux, la prévision budgétaire de la recherche par les hôpitaux, le développement de la recherche suivant les problèmes spécifiques des hôpitaux. Un décret portant modalités de mise en œuvre de la convention hospitalo-universitaire sera adopté et appliqué.

Extrait 5 :

Les hôpitaux sont correctement entretenus à travers un système de maintenance hospitalier qui est basé sur la politique et le plan stratégique national en maintenance.

Pour assurer la fonctionnalité permanente des équipements et des infrastructures, la mise en place d'unités opérationnelles de maintenance biomédicale et des infrastructures devient un impératif. Une priorité devra être accordée à la finalisation et à l'adoption du document de politique nationale de maintenance. La création d'un pool national de maintenance avec la possibilité de signer des contrats avec des prestataires de services ainsi que la mise en place d'un système d'achats groupés (dans le souci d'une standardisation) est envisagé avec une réelle implication des biomédicaux dans le processus de passation des marchés.

Extrait 6 :

Les hôpitaux jouent un rôle d'appui en formation aux services de santé des districts.

Il s'agira d'impliquer les hôpitaux dans la formation et la supervision des agents des CSREF et les établissements privés.

En outre, la disponibilité de modules et matériels nécessaires à la formation du personnel des hôpitaux sera assurée, de même que l'organisation de stages de personnels médical et paramédical, conformément à leur projet d'établissement.

5.6.2. Les Autres Etablissements de Recherche**Stratégies :**

1. Amélioration de la qualité de la recherche;
2. Amélioration de la participation des établissements spécialisés à la formation;
3. Amélioration du contrôle de qualité des produits;
4. Amélioration du cadre gestionnaire des établissements spécialisés;
5. Renforcement du cadre institutionnel des établissements spécialisés.

Extrait 7 :

Les activités de recherche sont basées sur une politique nationale de recherche en santé (PNRS) et une instance de coordination assure la pertinence des études et un Fonds de recherche assure la disponibilité de ressources pour des études.

Les actions au cours du prochain quinquennat seront axées sur la mise en œuvre de la politique nationale de recherche en santé (PNRS), la définition de lignes directrices de la recherche, l'élaboration de projets prioritaires et réalistes et leur soumission à l'arbitrage budgétaire. A cet effet, un Comité de Coordination de la Recherche en Santé (CCRS) sera créé, qui coordonne les recherches en tenant compte du public, du privé et d'autres partenaires.

Pour faciliter l'accès aux données utiles pour la recherche et aux résultats, une banque de données accessibles aux chercheurs et aux étudiants sera créée à travers le renforcement du centre de documentation de l'INRSP. Aussi, il est envisagé la mise en place d'un fonds de recherche et la création d'une structure de gestion du fonds.

Extrait 8 :

Les résultats des recherches sont validés et diffusés, les recommandations retenues font l'objet d'un suivi dans les PO annuels du PRODESS.

Des procédures seront adoptées et appliquées pour la validation des résultats d'études et pour l'évaluation de l'impact des recherches dans la résolution des problèmes de santé. Un système pour la vulgarisation et la diffusion des résultats des recherches sera mis en place, en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Un des indicateurs de suivi dans le domaine de recherche sera le nombre d'études validées, dont des recommandations ont fait l'objet d'un suivi.

Les chercheurs en santé participeront aux rencontres scientifiques et de journées scientifiques nationales seront organisées. La dynamisation des revues scientifiques existantes sera également un des axes prioritaires.

Extrant 9 :

Les produits sanguins de qualité sont régulièrement disponibles dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées autorisées.

Pour assurer la disponibilité des produits sanguins et la sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux et les CSREF un document de politique nationale de transfusion sanguine a été élaboré et validé. Ce document est assorti d'un plan d'action sur cinq ans.

Malheureusement, il a été constaté une lenteur dans la mise en œuvre de cette politique. Les actions dans ce domaine doivent s'inscrire dans cette politique dont les éléments clé sont les suivants : création ou dynamisation des antennes transfusionnelles, approvisionnement régulier en réactifs et consommables, contrôle de la qualité des produits sanguins. Aussi, le CNTS sera renforcé en le dotant de nouveaux bâtiments, d'équipements et de personnel adéquats.

Extrant 10 :

La formation des professionnels de la santé a permis d'assurer la sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées.

L'indicateur de suivi sera le nombre de professionnels de la santé formés par année en sécurité transfusionnelle.

Extrant 11 :

Le contrôle de la qualité des aliments, des boissons et des médicaments est amélioré.

Pour permettre au LNS d'améliorer sa performance, il faudra une réhabilitation de sa chaîne de froid, la construction d'une animalerie, la dotation en équipements, logistique roulante et informatique et un renforcement de son effectif.

Extrant 12 :

La redéfinition des missions des différentes institutions de recherche assure la pertinence et la complémentarité de leurs actions, ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour les études.

Les textes régissant certains établissements semblent insuffisants ou inadaptés. Pour ce faire, il est envisagé l'élaboration et/ou la relecture des textes régissant certaines structures. Ainsi, l'INRSP et le CREDOS devront changer de statut pour devenir des EPSTC. Les missions de l'INRSP seront, en outre, recentrées sur des activités essentiellement de recherche. La relecture concernera également le CNESS, le LNS et le CNAM. Aussi, la nomination des membres des comités scientifiques et des comités d'éthique doit s'inscrire parmi les priorités.

Extrant 13 :

En fonction de leur mission et rôle redéfinis en matière de recherche, chacun des autres établissements de recherches est renforcé et met en œuvre son plan d'action en recherche. (Il s'agit de l'INRSP, LNS, CNAM, CREDOS, ANSSA).

Les mesures de renforcement peuvent comprendre la réhabilitation des anciens bâtiments et la construction de nouveaux bâtiments, la dotation en équipements et logistique roulante et informatique. Dans la plupart de cas, leur organigramme doit être complété.

Extrait 14 :

Le CNESS assume mieux sa mission en tant que organe consultatif pour des problèmes éthiques soulevés. La faisabilité d'un Institut Médico-Légal (IML) est analysée et en cas de conclusion positive, l'IML est créé et est opérationnel.

Au cours du prochain quinquennat, le CNESS a besoin d'une réhabilitation de ses locaux, la dotation en équipements, en logistique roulante et informatique. Aussi, il apparaît urgent de compléter l'effectif du comité pour lui permettre d'être plus opérationnel et de mieux assumer ses missions dans un domaine aussi sensible qu'est l'éthique.

En fonction des résultats de l'étude sur la faisabilité de l'Institut Médicaux Légale (IML), une décision sera prise par rapport à la nécessité de créer un IML. Dans le cas affirmatif, l'IML sera opérationnalisé.

5.7. VOLET 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation**Effets spécifiques :**

Les collectivités territoriales, auxquelles le Ministère de la santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières (cf décret 02- 314), sont capables de gérer efficacement les problèmes de santé dans les communes, les cercles et les régions.

Les Services de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en oeuvre du PRODESS II.

Stratégies :

Les stratégies pour améliorer l'accès des pauvres aux soins de qualité requiert la participation de tous les acteurs, l'implication des décideurs, le développement du partenariat (public, privés à l'échelle locale, nationale et internationale) et la collaboration intersectorielle, les respect des engagements pris sur la scène sous régionale et internationale notamment la mise en application des droits des femmes et des enfants.

Le financement du secteur, le développement et la gestion des ressources humaines, la lutte contre la maladie, la recherche, la réforme du secteur et la maîtrise de la croissance démographique constituent les enjeux des politiques de santé et de population dans le cadre de la lutte contre la pauvreté au Mali.

1. Le financement du secteur santé prend plus qu'auparavant en compte les besoins des plus pauvres:
 - L'allocation équitable des ressources financières, humaines et matérielles sur la base des besoins et des performances en ciblant les régions et les groupes socio-économiques défavorisés ;
 - L'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que le prix des services Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
 - L'augmentation de la subvention publique aux régions et groupes les plus vulnérables
 - La participation des communes au financement de la santé à au moins 15% de leur budget ;
 - L'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti retro - viraux ;
 - Le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources complémentaires au secteur de la santé aux niveaux interne et externe.

2. La mise en œuvre de la réforme en matière de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé notamment à travers :
 - La régionalisation des écoles de formations professionnelles de santé
 - Le soutien à la formation du personnel paramédical du secteur privé
 - La poursuite de la mise en œuvre du système de contractualisation du personnel de la santé au niveau des communes
 - La création d'une direction des ressources humaines.
3. La lutte contre la pauvreté inclut un meilleur équilibre entre la dynamique de la population et le développement économique et social. Cet équilibre passe par les stratégies suivantes :
 - L'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement
 - La réduction des inégalités et le respect du genre dans les politiques de développement
 - L'amélioration de la coordination intra et intersectorielle de la mise en œuvre des programmes de population
 - Le renforcement des mesures de prévention contre le VIH/SIDA en ciblant les groupes de population les plus exposés aux facteurs de risque notamment, les jeunes et adolescents, les routiers, les professionnels du sexe, les migrants, les porteurs d'uniforme, les guides touristique, les touristes, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH.
4. L'amélioration des capacités de pilotage et d'orientation du système :
 - Maîtrise et connaissance du système de santé
 - Le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
 - Le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et optimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, le Paludisme, la tuberculose etc.
 - Améliorer l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (notamment l'Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification
 - Améliorer l'efficacité de la collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires
 - Coordonner et évaluer le PRODESS en impliquant les autres acteurs
 - Monitorer et rentabiliser le travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.)
 - Coordonner et suivre la mise en œuvre du volet santé-population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP.
 - Améliorer la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG
 - Promouvoir la redevabilité des établissements de santé, tant vis-à-vis de leurs autorités que vis-à-vis des populations
 - Etudier la possibilité de promouvoir la protection des consommateurs vis-à-vis des soins de santé à travers les organisations communautaires telles que les ASACO ou à travers les organisations de protection des consommateurs
 - Créer une structure de médiation / arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre ASACO, populations, personnels et autorités sanitaires.

Extrait 1 :

Le partenariat entre les collectivités territoriales, les ASACO et les autres acteurs est structuré (dont l'application du décret 02-314).

L'amélioration de l'efficacité de la collaboration entre le département et ses partenaires sera réalisée à travers la coordination et l'évaluation du PRODESS en impliquant les autres acteurs ; le monitoring et la rentabilisation du travail de liaison avec les différents partenaires et les autres départements (jeunesse, éducation, promotion de la femme de l'enfant de la famille, développement social, environnement etc.) ; la coordination et le suivi de la mise en œuvre du volet santé -population du CSLP à travers une unité de coordination et de suivi en liaison avec la cellule nationale de coordination du CSLP et l'amélioration de la collaboration avec la société civile à travers la contractualisation avec les ONG.

Les compétences de l'Etat seront transférées aux collectivités territoriales dont l'effectivité du transfert des ressources financières aux collectivités territoriales pour la prise en charge de l'appui conseil (articles 7 et 10 du décret 96-84) et du personnel contractuel payé sur les ressources PPTTE. Différents textes seront harmonisés: loi d'orientation sur la santé, décrets 02-314, 01-115 et la convention d'assistance mutuelle ; l'élaboration et l'application d'un texte de transfert des hôpitaux de région aux collectivités région ; l'application des conventions d'assistance mutuelle entre les collectivités territoriales et les ASACO ; la sollicitation et implication des services techniques de l'Etat dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans des collectivités territoriales.

D'autres textes devront être appliqués: textes relatifs à l'hygiène, à la santé de la reproduction, à la loi hospitalière et à la loi d'orientation sur la santé.

Un programme sera élaboré et mis en œuvre pour l'application du décret 02-314 (mesures d'accompagnement) en collaboration avec les services techniques de l'administration des collectivités territoriales. Les PDSC seront harmonisés avec les programmes de développement communaux y compris les micro plans des communes.

La carte sanitaire devra être négociée pour la création des CSCOM en mettant l'accent sur la concertation permanente pour trouver les solutions appropriées entre les services techniques et les collectivités décentralisées.

Des concertations seront organisées entre les différents acteurs (collectivités territoriales, agents de l'Etat).

Pour l'intégration des Plans Opérationnels (PO) du secteur et ceux des collectivités territoriales des supports seront élaborés.

Les élus seront impliqués aux processus d'élaboration des PO sectoriels (programmes nationaux non transférés aux collectivités territoriales).

Seront organisées des formations/informations des femmes, des élus et des membres des ASACO sur le PRODESS et le processus de décentralisation.

Le personnel sera recruté notamment sur les ressources PPTTE et le statut des infrastructures de santé précisé.

Extrait 2 :

Les ASACO, les Collectivités territoriales, les ONG et associations participent à la mise en œuvre de la politique de santé sur base de contrats et procédures clairement établies.

Il s'agit d'améliorer la participation des communautés et d'impliquer les autres acteurs. Cette participation sera centrée sur l'amélioration de la représentativité et de la fonctionnalité des comités de gestion avec l'inclusion des pauvres, les représentants des villages éloignés, des femmes et des jeunes dans les ASACO. Egalement sont visés: l'amélioration de la gestion des ressources (humaines, financières et matérielles) des ASACO ; le renforcement de la collaboration entre les services techniques de l'Etat et les collectivités territoriales dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de développement des collectivités territoriales ; le renforcement du contrôle de gestion des ASACO par les maires et le représentant de l'Etat.

Le renforcement de la capacité de gestion des ASACO et des collectivités territoriales en y intégrant l'approche genre se fera à travers le développement des outils de formation des élus, des femmes et des membres des ASACO sur le PRODESS et le processus de décentralisation.

Il y a également la révision et mise en œuvre de la stratégie de formation en impliquant la FENASCOM, la Direction Nationale des Collectivités Territoriales (DNCT) et la Direction Nationale de la Promotion des Femmes (DNPF).

L'approche communautaire et la mobilisation sociale seront renforcées en mettant l'accent sur l'Information, Education, et Communication pour le Changement de Comportement et mobilisation sociale ; le renforcement de l'approche communautaire avant, pendant et après la mise en place du centre de santé communautaire ; le développement de l'interface entre les services de santé et les populations avec la mise en place de partenariat durable ; la contractualisation et monitoring à base communautaire.

Un mécanisme de « redevabilité » vis à vis des consommateurs et vis à vis des autorités sanitaires sera mis en place. Ce mécanisme sera développé à travers la promotion de la protection des consommateurs vis à vis des soins et la création d'une structure de médiations/arbitrage pour résoudre les situations conflictuelles entre les ASACO, les populations, le personnel et les autorités sanitaires.

Extrait 3 :

Les collectivités territoriales mobilisent de façon adéquate les ménages et les communautés pour l'utilisation continue des services de santé de base.

Les capacités des communautés seront renforcées et la participation promue dans les comités de gestion des établissements de santé, notamment des femmes, des jeunes et des groupes les plus pauvres. Il s'agira surtout de l'implication des cibles dans les comités de gestion des centres de santé ; de la promotion des contrats de performance et de monitoring entre les représentants des collectivités, des communautés organisées, des ONG et des structures de l'Etat (rôle, responsabilités, indicateurs de performance) ; de l'appui à la formation des associations des groupes spécifiques (alphabétisation, poste alphabétisation, gestion...)

Extrait 4 :

Les collectivités décentralisées ont mis en place un mécanisme d'allègement de coût des prestations pour les couches défavorisées.

Les dépenses de santé des ménages en particulier les plus pauvres seront réduits à travers l'appui sur le plan institutionnel des organisations féminines, des jeunes et des groupes les plus pauvres pour la promotion d'actions génératrices de revenus et des projets de développement ; la révision des systèmes de tarification des prestations essentielles des centres de santé en faveur des groupes les plus défavorisés (plus pauvres, femmes, enfants...) à travers des études sur l'accessibilité financière des prestations de soins essentiels par région ; la promotion de l'utilisation du fonds d'assistance Médicale (FAM) , la mutualité, l'assurance maladie obligatoire (AMO) en collaboration avec le département chargé de la solidarité; le développement des mécanismes de subventions aux zones et groupes les plus défavorisés.

Extrait 5 :

Les stratégies alternatives pour les soins de santé primaires dans les aires de santé (stratégie avancée, mobile, communautaire) sont définies en normes, procédures et critères de mise en place et leur mise en oeuvre est monitorée.

Le renforcement de l'approche communautaire et la mobilisation sociale notamment l'utilisation des relais communautaires, des accoucheuses traditionnelles formées et supervisées ; la réalisation d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP), sur la perception des usagers et sur l'utilisation des services de santé; l'élaboration et la mise en oeuvre de plans intégrés de communication.

Les relais sont des « agents » qui servent d'interface entre les services de santé et les communautés. Ils mènent des activités promotionnelles et préventives en direction des ménages et des communautés. Les relais choisis interviennent pour tous les programmes de la santé de façon intégrée. Toutefois signalons que la consultation, la prescription, l'injection et d'autres actes techniques restent du ressort du personnel technique qualifié.

Extrait 6 :

La réforme et renforcement des DRS et des CSREF en cours de planification, a été exécutée.

La restructuration des directions régionales de santé et des districts sanitaires à l'image de la DNS sera accélérée et eu égard au contexte de la décentralisation; elle sera accompagnée de la création d'un cadre conceptuel d'organisation du système de référence évacuation entre les CSREF et les hôpitaux afin de garantir la prise en charge complète et efficace des usagers en cas de besoins;

Extrait 7 :

Le SLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche action contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Quant au SLIS, il s'agit premièrement d'amener les régions et cercles à systématiquement rédiger des notes analytiques qui accompagnent les rapports trimestriels d'activités.

Quant à la recherche, il s'agit de la validation et mise en œuvre de la politique nationale de recherche en santé avec l'accélération de l'adoption d'une loi sur la recherche en santé; le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose...); le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et minimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose...); le renforcement des capacités d'intervention du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la Vie; l'amélioration de l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (EDSM, Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification sont les interventions prioritaires de la recherche en santé.

Extrait 8 :

La collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisée et efficace.

Il s'agit par exemple de l'intégration de thèmes sur la santé dans les curriculums des établissements scolaires, et un appui mutuel entre la santé et les autres secteurs dans le cadre des activités promotionnelles.

Extrait 9 :

Des mécanismes/outils ont été développés au niveau central pour mieux assurer l'accessibilité financière des couches défavorisées aux soins de santé.

Il s'agit notamment de la diminution des dépenses de santé des ménages en particulier les plus pauvres en concrétisant le développement des stratégies d'accessibilité financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; l'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que les prix des services PCIME; la révision des systèmes de tarification et fixation des tarifs des services publics et associatifs pour les activités de santé essentielles.

Extrait 10 :

La disponibilité en ressources aux différents niveaux déconcentrés du système de santé est assurée.

Il s'agit tout d'abord d'augmenter la part du secteur santé dans l'utilisation des ressources PPTE et assurer la mobilisation effective des ressources des Partenaires Techniques et Financiers conformément aux dispositions des accords et conventions établis. Par ailleurs, en collaboration avec les PTF, le Ministère de la santé renforcera les missions conjointes de suivi, les évaluations externes et les audits des comptes.

Les allocations budgétaires régionales seront révisées en fonction du degré de pauvreté de la population ;

Des capacités de gestion seront développées à travers l'appui technique de la DAF à monter, suivre et évaluer les dossiers de passation de marchés et suivre l'exécution du budget du secteur de la santé (toutes sources confondues). Le système d'audit interne et externe et du suivi régulier de la DAF sur le terrain sera renforcé et le manuel de gestion financière du programme sera révisé/adapté.

Extrants 11 et 12:

Les outils pour la prise en charge adéquate des maladies prioritaires sont élaborés et adoptés.

Les textes, normes, outils et règlements portant sur l'organisation des soins sont complétés et appliqués.

Il s'agit de: l'appui pour l'amélioration de l'utilisation, de la performance et de la qualité des services de santé en priorisant le renforcement du plateau technique des établissements sanitaires ; le subventionnement des consommables essentiels (moustiquaires imprégnées, préservatifs, sels de réhydratation, les médicaments antituberculeux et les médicaments pédiatriques...) ; le développement de la collaboration intersectorielle : écoles, association de parents d'élèves (APE) ; la supervision intégrée par les équipes de cercle, de région et du niveau central; le renforcement du système de contrôle de qualité des médicaments ; le développement des aspects de prise en charge centrée sur la personne (médicale, psychosociale et économique) et de l'assurance qualité dans la formation de base et continue ; l'accréditation des établissements de soins en fonction des normes de qualité ; la promotion des contrats de performance avec les acteurs privés et des autres départements sectoriels basé sur les résultats; le monitoring et micro planification au niveau des aires et à base communautaire ; l'organisation de la permanence des services à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire ; le renforcement de la sécurité transfusionnelle et de la sécurité des services de soins.

Extrait 13 :

Le SNIS est perfectionné et les activités de recherche sont mieux ciblées, coordonnées, et validées, les résultats sont diffusés et l'exploitation des résultats est assurée.

Le SNIS sera révisé en vue d'intégrer les données de l'ensemble des acteurs. Le DESAM sera développé d'avantage en vue de prendre en compte les données des hôpitaux. Les outils seront révisés afin d'intégrer toutes les questions émergentes.

En ce qui concerne la recherche, une politique nationale de recherche en santé sera élaborée et adoptée et l'adoption d'une loi sur la recherche en santé accélérée ; le développement de la recherche pour connaître les déterminants et la vulnérabilité des problèmes de santé (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose,...) ; le développement de la recherche pour déterminer, maîtriser et minimiser les coûts de la prise en charge des problèmes de santé (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose,...) ; le renforcement des capacités d'intervention du Comité National d'Ethique pour les Sciences de la Vie ; l'amélioration de l'articulation du système d'information sanitaire, des grandes enquêtes (EDSM, Enquête Mondiale Santé) et du processus de planification sont les interventions prioritaires de la recherche en santé.

Extrait 14 :

La mise en place de stratégies alternatives pour l'extension de la couverture géographique en soins primaires est facilitée.

L'amélioration de l'accès géographique des services de santé avec l'intégration d'activités de santé (VIH/SIDA, malnutrition...) dans les secteurs autres que la santé ; la promotion de l'extension de la couverture en eau potable dans les CSCOM notamment ceux des zones défavorisées; l'extension de la couverture géographique physique des services de santé ; le renforcement de la stratégie avancée pour les populations vivant à plus de 5 Km du centre de santé ; le renforcement de la stratégie mobile polyvalente pour les populations ne pouvant pas être touchées par la stratégie avancée ; le développement des stratégies spécifiques pour le milieu urbain, milieu difficilement accessible (Subventions aux zones et groupes les plus défavorisés); le développement des services promotionnels au niveau ménage et communautaire (utilisation des relais communautaires, accoucheuses traditionnelles et matrones); le développement d'un mécanisme pour faciliter l'utilisation et le transfert des usagers du village au CSCOM ; le renforcement de l'organisation du système de référence évacuation (CSCOM et CSREF, CSREF et hôpitaux de région, des hôpitaux de région aux hôpitaux de troisième référence) ; le développement de la contractualisation de certains aspects du PMA avec le secteur privé et parapublic.

Extrait 15 :

Les services centraux, les services rattachés et les services personnalisés sont mieux organisés et assument leur rôle et mission.

Le Secrétariat Général (SG) :

Les capacités d'intervention du Secrétariat Général seront renforcées. Les cadres suivront des cours de recyclage en management et gestion administrative. L'Etat dotera la structure de moyens lui permettant d'exercer ses attributions avec succès.

La Direction de la pharmacie et du médicament (DPM) :

Il conviendrait de prendre les dispositions réglementaires pour lui permettre à DPM d'utiliser les recettes générées lors du processus d'enregistrement des produits pharmaceutiques en vue de conduire les différentes expertises nécessaires pour une meilleure garantie de la sécurité sanitaire des populations.

Pour permettre à la DPM de mieux coordonner le secteur pharmaceutique, elle bénéficiera d'une dotation financière nécessaire à sa documentation, la conduite des missions de contrôle et de suivi, l'édition et la diffusion des différents outils d'aide à la prescription et à la dispensation des médicaments, l'élaboration et l'application des différentes procédures relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques, l'assurance de la qualité des analyses de biologie médicale, l'inspection des établissements pharmaceutiques et l'organisation de concertations entre les différents acteurs du secteur.

Les conditions de travail de la DPM seront renforcées à travers la construction et l'équipement d'un nouveau local, l'amélioration de sa base informatique, la dotation en matériels bureautique et informatique, la dotation en véhicules de liaison et de supervision.

Les capacités d'intervention de l'inspection seront renforcées à travers la construction ou l'affectation d'un nouveau local, l'informatisation du service, la nomination des inspecteurs prévus par le cadre organique, la dotation en véhicules de mission et de liaison, l'affectation des ressources financières nécessaires à la conduite des missions d'inspection.

Pour améliorer la coordination et le contrôle du secteur pharmaceutique, les circuits d'approvisionnement doivent être connus et les procédures établies pour procéder aux contrôles nécessaires notamment l'autorisation de mise sur le marché, les autorisations pour exploiter les établissements d'importation et de vente en gros et les officines.

Les organes désignés pour ce contrôle sont la Direction de la pharmacie et du médicament (DPM), l'Inspection de la santé (IS), le Laboratoire national de la santé (LNS) et l'Ordre national des pharmaciens du Mali (CNOP).

Les interventions préliminaires de la DPM et de l'Ordre des Pharmaciens sont les préalables de l'installation des établissements pharmaceutiques ; l'Inspection et le Laboratoire national agissent quand les établissements pharmaceutiques sont opérationnels. A cette phase aussi, l'Ordre est un acteur du contrôle ; la loi et la réglementation lui donnent des prérogatives pour ce faire.

Les capacités de stockage en vaccins et consommables du niveau central seront renforcées avec une déconcentration à Mopti pour les régions du Nord (Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal). Il sera envisagé une standardisation des équipements de la chaîne de froid et des équipements de laboratoire pour faciliter la maintenance. Le système de distribution sera renforcé par l'achat de camions de ravitaillement. De nouveaux locaux seront construits pour la DPM et l'Inspection de la Santé.

Les structures seront dotées en ressources nécessaires pour organiser des sessions de formation complémentaire en prescription et dispensation pour le personnel, et en gestion des médicaments pour l'ensemble des acteurs y compris les membres des organes de gestion.

Pour l'ensemble des structures de contrôle du département (la DPM, l'Inspection et les ordres professionnels, sauf le LNS), des locaux appropriés seront affectés et ou construits pour les regrouper.

Centre National de Médecine Traditionnel :

la promotion des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ; l'élaboration d'une loi sur la publicité en matière de santé et la vente de médicaments en impliquant la fédération des thérapeutes.

La Direction Nationale de la Santé (DNS) :

Les missions de la Direction nationale de la santé seront renforcées notamment dans la mise en œuvre du PRODESS 2 (i) l'élaboration des normes et procédures dans les domaines de sa compétence, (ii) la coordination, (iii) la supervision intégrée et le monitoring, (iv) l'appui conseil et le contrôle des services régionaux et des services rattachés. En outre ses capacités de compilation et d'analyse préliminaire des indicateurs locaux, régionaux seront renforcées.

Le seul service rattaché à la Direction nationale de la santé (article 35, loi 94-009) est le service d'entretien du parc automobile et du matériel (SEPAUMAT).

Le Service d'Entretien du Parc Automobile et du Matériel (SEPAUMAT) ayant démontré ses limites dans la mise en application de ses rôles et missions, on considérera les deux options suivantes. Scénario 1 : sa transformation en EPA lui permettra de vendre ses prestations au Ministère de la santé et à d'autres secteurs.

Scénario 2 : à défaut du premier scénario, il sera privatisé et ses ressources humaines seront affectées au niveau des services d'entretien des hôpitaux en ce qui concerne les techniciens biomédicaux et au département chargé des transports pour les mécaniciens. L'entretien du parc automobile et informatique du département de la santé sera confié aux particuliers (maisons privées de mécanique ou garages privés) sous forme de contrat ou de marché.

L'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) :

A partir de l'ouverture académique 2004 – 2005, l'Institut de formation en sciences de la santé sera appuyé en encadreurs de qualité et d'enseignants bénéficiant des avantages de la hiérarchisation. L'Institut sera équipé en mobiliers et matériels didactiques adéquats. Les encadreurs et enseignants bénéficieront de formation continue dans les universités de la sous région et/ou en dehors du continent.

La Direction administrative et financière (DAF)

Elle sera professionnalisée à travers sa dotation en personnel qualifié dans l'administration financière, la maîtrise des outils de gestion financière et comptable, l'institutionnalisation de supervision intégrée

et de concertations périodiques avec la CPS, la DNS, la DPM et les services techniques des partenaires.

La DAF, en plus de son rôle de contrôle de l'exécution budgétaire, bénéficiera de l'appui d'auditeurs internes à raison d'un auditeur pour deux régions et d'un auditeur pour la coordination.

Cette disposition lui permettra d'organiser des supervisions formatives de proximité, de vérifier sur place les pièces justificatives afin d'améliorer la disponibilité continue des ressources financières et d'accroître le taux de mobilisation et de décaissement du département ainsi que la simplification des procédures à travers la révision du manuel avec la participation de la CPS et les PTF.

Les interventions des auditeurs internes et externes seront poursuivies tout au long de la mise en œuvre du programme sectoriel.

Le manuel de gestion financière du PRODESS sera évalué périodiquement et les procédures seront simplifiées pour permettre d'intervenir directement au niveau opérationnel avec les collectivités.

Le Ministère de la Santé bénéficiera d'une dérogation auprès du Gouvernement pour minimiser les délais d'acquisition des biens et services.

Une équipe spécialisée sera créée à la DAF pour monter, exécuter et suivre les dossiers de passations de marchés aussi bien au niveau central que régional. Cette équipe sera dotée de ressources nécessaires à l'efficacité de son travail.

L'équipe d'appui DAF – PTF sera renforcée et les recommandations issues de leurs réunions feront l'objet de suivi au niveau du Secrétariat général du département.

Afin de faciliter le transfert de fonds vers les autres Ministères d'appui au secteur de la santé, aux ONG, associations et privés, des conventions et contrats de performance seront établis et évalués.

L'inspection de la santé (IS) :

A court terme le cadre organique sera rempli et adapté au contexte de la décentralisation et de réduction de la pauvreté. Afin de prévenir les problèmes et dans une approche pédagogique, des organes de contrôle de proximités seront créés pour rapprocher le service de contrôle aux établissements sanitaires y compris la formation et information des contrôleurs sur leur rôle dans le respect de la réglementation, l'amélioration de la qualité des services.

Les ordres professionnels de la santé :

Il s'agit de l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens, l'ordre des sages-femmes.

Compte tenu de leur pouvoir de représentation des professions sanitaires auprès des Pouvoirs publics et du renforcement des missions de contrôle dans les secteurs privé et public, et eu égard au manque d'équipements et de logistique, les capacités des ordres professionnels seront renforcées au cours du quinquennat pour préserver leur autonomie d'action. A l'image de l'ordre des pharmaciens, les autres ordres organiseront des semaines d'information et d'initiation pour contribuer à la formation avant emploi des nouveaux diplômés. L'Etat appuiera l'ordre des médecins à élaborer le Guide d'exercice professionnel.

La Cellule de planification et de statistique (CPS) :

Les capacités d'intervention de la CPS seront renforcées à travers la construction de nouveaux locaux, les équipements, la mise à disposition de ressources humaines expérimentées, l'acquisition d'une bibliothèque centrale adéquate. Cette bibliothèque équipée, sera le point focal de la documentation du Ministère de la Santé et sera mise en connexion avec les autres bibliothèques des facultés, des universités et des autres départements/institutions. Il sera prévu également une salle de conférence et des salles de travaux de groupes.

La CPS de part sa fonction centrale de coordination des activités de planification, de coopération en santé, de programmation, de suivi, et d'évaluation, continuera à assurer le secrétariat permanent du PRODESS. Ses fonctions essentielles porteront au cours de l'exécution du PRODESS 2 sur (i) le renforcement de l'approche programme et le transfert de méthodologie en planification sanitaire décentralisée, l'appui aux organismes personnalisés, aux directions centrales, régionales et aux cercles pour l'élaboration de leur plan d'opération annuel et des PDSC (ii) la coordination de l'élaboration de la synthèse des rapports et programmes opérationnels en un seul rapport ou programme opérationnel annuel consolidé du PRODESS en collaboration avec les autres services centraux (iii) le suivi permanent de la mise en œuvre du PRODESS à travers l'organisation de revues périodiques (semestrielles et annuelles) (iv) l'organisation technique et matérielle des différentes sessions des

organes de suivi et de coordination de la mise en œuvre du PRODESS (v) la révision et la simplification des outils de suivi, de planification et de programmation basée sur la gestion axée sur les résultats (vi) la mise en application de ces outils pour faciliter l'harmonisation des rapports périodiques et programmes opérationnels.

En outre, dans le cadre du renforcement des CPS prévu par le Gouvernement dans leur rôle de coordination technique des plans et programmes, un accent sera mis sur la matérialisation de certaines fonctions stratégiques du département de la santé : la gestion des dossiers de coopération en santé, la prospective, le développement des ressources humaines, réformes et politiques de santé, système d'information pour les agrégats nationaux et l'informatisation.

La Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS) : Au cours du quinquennat, les moyens seront renforcés auprès de la DAF au nom de la CEPRIS lui permettant d'intervenir rapidement sur le terrain dans le cadre de la supervision et du suivi rapproché des chantiers d'infrastructures sanitaires.

Le Centre National d'information d'éducation et de communication de la santé (CНИЕCS) :

Il sera étoffé et restructuré ; son expertise en communication pour un changement de comportement sera développée afin de le transformer en centre d'expertise de communication pour le changement de comportement en utilisant une approche intégrée.

Le CНИЕCS sera en étroite collaboration les médias modernes et traditionnels qui seront d'avantage mis à contribution notamment les médias de proximité.

La « ligne téléphonique verte » mise en place pour permettre aux populations de demander des informations sur leur état de santé notamment le VIH SIDA sera évaluée et renforcée.

Le renforcement des capacités du CНИЕCS portera également sur son transfert dans un local approprié et équipée ainsi que sa dotation en ressources humaines qualifiées et leur formation continue. Il aura la possibilité de contractualiser avec d'autres départements et institutions.

L'intégration des activités des programmes verticaux de la lutte contre la maladie se fera à travers l'élaboration et application des normes et procédures pour les maladies non transmissibles (chroniques: diabète, HTA, drépanocytose...) ; l'intégration des données de l'ensemble des domaines et des acteurs dans le SNIS y compris les données hospitalières et certains indicateurs de la nutrition et de la réduction de la pauvreté; l'actualisation des normes et politiques des domaines en application notamment la santé de la reproduction, certaines maladies, l'hygiène et la salubrité publique; le renforcement de la surveillance épidémiologique notamment la capacité des laboratoires pour la surveillance intégrée des maladies transmissibles; l'amélioration de la gestion des fonds pré positionnés pour une riposte rapide aux épidémies et catastrophes ; la supervision intégrée et supervision spécifique pour les maladies en voie d'éradication ou sous contrôle; la formation en cascade et formation groupée de certains domaines afin d'éviter des déplacements fréquents des techniciens de terrain ; la promotion de la recherche opérationnelle mais surtout la recherche action au niveau des établissements de recherche sur les maladies prioritaires, autres maladies transmissibles et sur les déterminants de la santé.

Pour l'amélioration de l'intégration de la lutte contre les IST et VIH/SIDA l'accent sera mis sur l'amélioration de la coordination et du suivi des activités de lutte contre le VIH/SIDA au sein du département de la santé en collaboration avec le Secrétariat permanent de lutte contre le SIDA; l'élaboration d'une politique nationale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA y compris l'accélération de l'extension de l'Initiative malienne d'Accès aux anti-rétroviraux (IMAARV) et le renforcement de la prise en charge psychosociale, médicale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH (PV VIH), la formation du personnel sanitaire...; développement de mécanismes de suivi -évaluation du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA ; le renforcement des mesures de prévention contre le VIH/SIDA en direction des groupes vulnérables ; l'élaboration des textes d'application de la loi 02-044 relative à la SR (cas particulier des mères infectées par le VIH) et de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies ; le renforcement de la sécurité transfusionnelle et de la sécurité des soins ; la participation des groupes plus spécifiques (PV VIH, orphelins et enfants vulnérables, handicapés, malades chroniques, adolescents...) dans la promotion de la santé.

Le bureau de coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) :

Dans le cadre de la restructuration de la lutte contre le VIH/SIDA engagée par le Gouvernement, les missions du PNLS seront redéfinies. Il sera restructuré en vue de centrer les missions sur la coordination, l'appui et le suivi de la mise en œuvre du plan sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Centre de Recherche pour le Développement et la Survie de l'enfant (CREDOS) :

Au cours de quinquennat, les textes du CREDOS seront relus et il bénéficiera de locaux adéquats, de ressources humaines de qualité spécialisées pour combler son cadre organique.

Le Comité National d'Ethique pour les Sciences de la vie (CNESS) :

Le CNESS élaborera les principes fondamentaux de la recherche en santé en collaboration avec les autres services techniques du département.

Cette structure très jeune est cependant confrontée à des problèmes d'organisation, de fonctionnement et de disponibilité des ressources humaines de qualité.

Pour lui permettre d'atteindre un fonctionnement adéquat, le CNESS sera renforcé en équipement et ressources humaines.

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) :

Au cours du quinquennat, une politique nationale en matière de recherche en santé sera adoptée et mise en œuvre. Des organes de gestions seront mis en place dont (i) le comité de coordination de la recherche en santé qui travaillera en étroite collaboration avec le CNESS et les autres comités d'éthique existants (ii) au niveau régional des comités régionaux de recherche seront créés.

Les antennes de recherche de Gossi, de Kolokani, de Sélingué et de Bandiagara seront renforcées.

L'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) :

Au cours du quinquennat, l'Agence sera dotée de ressources humaines, matérielles et financières nécessaires lui permettant d'exercer ses missions. Elle évaluera au moins une fois par an chaque établissement hospitalier. L'ANEH peut faire appel aux experts nationaux et internationaux pour l'évaluation qualitative des hôpitaux et leur classification selon des normes que son conseil d'administration validera. Elle collaborera avec des structures similaires de la région africaine. Les résultats des évaluations seront diffusés et les recommandations seront mises en œuvre après avis des conseils d'administration des établissements concernés. L'ANEH évaluera annuellement la mise en œuvre des recommandations formulées.

Le Laboratoire National de la Santé (LNS) :

Le LNS sera doté d'équipements complémentaires et de la documentation adéquate et les agents bénéficieront de formations continues. La collaboration avec le laboratoire vétérinaire sera renforcée et le partenariat sera développé avec les laboratoires de la région Afrique.

La déconcentration du rôle de contrôle de LNS s'impose, une étude de faisabilité sera menée dès la troisième année de mise en œuvre du programme sectoriel.

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) :

La politique nationale de transfusion sanguine sera adoptée et mise en œuvre au cours des cinq années à venir.

Le Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie (CNAM) :

Une commission chargée de redéfinir les missions du CNAM sera mise en place et prendra en compte les attributions des autres établissements de recherche en santé (INRSP, département des études approfondies de parasitologie (DEAP) de la FMPOS).

L'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) :

L'ANSSA sera opérationnelle et travaillera en étroite collaboration avec les services du LNS, de la DNS, de la CPS et les services des départements de l'environnement, de l'industrie et de l'agriculture.

Un comité national du Codex Alimentarius sera créé pour permettre une participation efficace de notre pays aux travaux de la commission du Codex et de ses comités.

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) :

Le fonds de roulement de la PPM sera augmenté et ces logiciels de gestion seront modernisés. La PPM exploitera d'autres méthodes d'achats autorisées par les marchés notamment les marchés à commandes. La priorité d'approvisionnement sera d'avantage donnée aux structures publiques et communautaires.

L'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP):

Pour l'ouverture du capital l'UMPP, l'Etat gardera une part de manière qu'il puisse empêcher tout bradage de l'usine. Une période de transition de deux ans sera accordée à l'entreprise ; au cours de cette phase l'Etat mobilisera un fonds de roulement conséquent lui permettant d'acheter les matières premières, d'augmenter sa production et plus tard d'accroître sa valeur marchande.

Le MS sera assisté d'un expert de courte durée pour étudier les opportunités de relance de l'établissement afin de contribuer efficacement à la satisfaction des besoins nationaux en médicaments essentiels.

Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) :

Dès la première année d'exécution du programme, les textes d'application de la loi hospitalière seront pris, les membres des conseils d'administration seront désignés conformément à la loi. Ils finaliseront et mettront en œuvre les projets d'établissements auxquels sera liée la contribution de l'Etat à travers les contrat d'objectifs et de moyens.

Le système d'information hospitalier (SIH) sera mis en place et intégré conformément au schéma directeur d'information sanitaire.

Les organes de gestion des hôpitaux seront fonctionnels (Direction, Comité médical d'établissement, Comité des soins infirmiers et obstétricaux, Comité d'hygiène et de sécurité, Comité de direction).

Les Directions Régionales de la Santé (DRS) :

Dans le cadre de la restructuration de la DRS, le poste de directeur régional adjoint sera créé afin de valoriser les cadres dans cette entité administrative. Elle permettra de clarifier les rôles et d'affirmer le caractère continu de l'activité de l'administration.

Conformément à la loi 94- 009 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics dans son article 27, la nomination des chefs de division sera faite par les Gouverneurs de région sur proposition des directeurs régionaux de la santé.

Cinq nouvelles Directions régionales seront construites dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Kidal. Selon les régions deux à trois logements d'astreinte seront construits ainsi que des chambres de passage. Dans chaque région il sera construit un centre de formation continue composé à titre indicatif d'une grande salle, d'une bibliothèque et de quatre salles de travail.

Compte tenu de l'absence d' Etablissement Public Hospitalier (EPH) à Koulikoro, l'actuel DRS sera utilisée pour étendre le plateau technique du CSREF.

La restructuration de la DRS prendra en compte la recherche à travers le chef de division planification et étude qui appuiera les cercles et la région dans le montage des protocoles de recherche, l'exécution et le suivi de la mise en œuvre des résultats de la recherche opérationnelle.

Les directions régionales suivantes seront rénovées : Mopti, Tombouctou, Gao, District de Bamako.

En ce qui concerne les équipements et la logistique y compris les pinasses et les chameaux, au cours des cinq années à venir chaque région sera renforcée en logistique, de matériels informatiques et de bureautique.

Les spécialistes des EPH de région seront sollicités dans les supervisions intégrées et les formations des CSREF

Les collaborations transfrontalières seront renforcées notamment en matière de circonscription des endémo épidémies, l'utilisation des établissements de santé et la mise en œuvre et le suivi de programmes communs.

Les Districts Sanitaires (DS) :

Dans le cadre de la restructuration de la DRS et du DS, le poste de médecin chef adjoint sera créé afin de valoriser les cadres dans cette entité administrative. Cela permettra de clarifier les rôles et d'affirmer le caractère continu de l'activité de l'administration.

Les textes d'application doivent être pris pour créer nommément les DS des cercles et des communes ; ils sont globalement institués par la loi d'orientation (articles 6 et 31, loi 02-049) ; de même devra être présenté leur organigramme (CSREF et CSCOM).

Conformément à la loi 94- 009 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics dans son article 27, la nomination des médecins chef de District sanitaire sera faite par les Gouverneurs de région sur proposition du DRS.

Les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) :

Un décret sera pris en conseil de ministre pour déterminer les conditions de création et les principes fondamentaux du fonctionnement des centres de santé communautaires (article 24, loi 02-049) en remplacement de l'arrêté 94 – 5092.

Conformément au décret 02-314, des conventions d'assistance mutuelles seront signées entre les ASACO et les collectivités territoriales.

Les relais communautaires :

Les relais sont des « agents » qui servent d'interface entre les services de santé et les communautés. Ils mènent des activités promotionnelles et préventives en direction des ménages et des communautés. Les relais choisis interviennent pour tous les programmes de la santé de façon intégrée. Toutefois signalons que la consultation, la prescription, l'injection et d'autres actes techniques restent du ressort du personnel technique qualifié.

Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) :

Au cours du quinquennat l'accent sera mis sur la validation et l'application du guide de partenariat avec les ONG et sur l'acquisition et le contrôle des documents réglementaires autorisant les ONG à donner des prestations dans les Districts sanitaires notamment la reconnaissance et la signature de l'accord cadre avec le Ministère de l'Administration Territoriales et la convention particulière avec le Ministère de la Santé ainsi que le protocole d'accord avec le Gouverneur de région, le Directeur Régional de la Santé et l'ONG concernée.

Le département s'emploiera à appuyer les ONG à travers leur formation au système local d'informations sanitaires (SIS), aux outils de planification, de suivi et évaluation du PRODESS, technique d'enquête et de recherche.

Les ONG seront contractualisées pour la mise en œuvre d'aspects spécifiques du paquet minimum d'activités (PMA) en complémentarité avec les services communautaires en évitant toute situation de concurrence.

La définition et le développement du rôle des ONG et des associations dans leurs missions de soutien aux actions de santé se fera à travers (i) la Contractualisation avec les ONG et Associations, les privés et les collectivités territoriales pour la mise en œuvre de certaines activités du PMA et des hôpitaux (ii) la mise en application du guide de partenariat avec les ONG et Associations (appui conseil, coordination, suivi...) (iii) la diffusion des informations vers les ONG et intégration de leurs données dans le système d'information nationale, (iv) la participation effective aux sessions de formation et recyclage, (v) l'amélioration de la qualité de la participation dans la planification et le monitoring local des activités, (vi) l'amélioration de la mise en place d'actions communautaires de santé, (vii) le renforcement de la capacité de gestion des ASACO et des collectivités territoriales, (viii) le renouvellement régulier des organes de gestion des ASACO (appui FENASCOM) et l'appui à l'alphabétisation des pauvres notamment les femmes.

Les opérateurs privés :

Les dispositions des articles de la loi hospitalière (articles 7 à 20) seront appliquées et permettront de renforcer la complémentarité entre les établissements publics et privés dans le cadre du service public hospitalier.

Conformément à la loi d'orientation sur la santé dans ses articles 17 à 25, les privés participent aux actions de santé publique notamment les actions médico-sociales coordonnées, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Ils peuvent être contractualisés pour la mise en œuvre partielle ou totale du PMA pour compléter la carte sanitaire.

Il s'agira d'établir des contrats de prestations basés sur les résultats entre le public et le privé.

Les Etablissements de santé privés à but non lucratif (confessionnel) :

Ces établissements ont de tout temps contribué à la mise en œuvre du PMA et ils feront l'objet de renouvellement de contrat pour sa mise en œuvre partielle ou complète afin de compléter la carte sanitaire.

Au cours des cinq prochaines années de mise en œuvre du PRODESS, la Convention particulière entre la Conférence épiscopale du Mali et le Ministère de la Santé sera finalisée et signée.

La fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) :

Au cours de ce quinquennat, l'Etat mettra le secteur communautaire dans les conditions lui permettant d'assurer de façon efficace la mission de production de services de santé de proximité.

Les rôles et responsabilités suivant de la FENASCOM (y compris la FERASCOM et la FELASCOM) seront appuyés par l'Etat à travers le Ministère de la Santé, il s'agit de : (i) former et assurer aux ASACO un appui conseil leur permettant d'accomplir la mission de gestion des établissements de santé de base et les missions induites (ii) apporter aux ASACO l'appui conseil nécessaire pour mobiliser les ressources indispensables au financement des actions de santé (iii) mener des actions d'information et de communication à l'effet de mobiliser les populations et les acteurs de la décentralisation autour des actions des ASACO (iv) sensibiliser et amener les ASACO à impliquer les femmes, les jeunes dans leurs organes de prise de décisions (v) assurer la représentation des ASACO auprès des instances de délibération (conseil de gestion des District sanitaires, conseil régional d'orientation et de coordination du programme sectoriel (CROCEP) (vi) assurer plus spécifiquement la formation et l'appui Conseil aux ASACO dans les domaines tels que la planification stratégique, la communication et la mobilisation sociale, la négociation et le plaidoyer, le développement de sources alternatives de financement des actions de santé, la Gouvernance démocratique. La FENASCOM veillera au renouvellement et à la bonne marche des ASACO.

Les Services de santé des Armées et l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) :

Au cours du quinquennat, une collaboration structurée et durable est nécessaire pour créer une synergie et tirer le meilleur parti possible des opportunités ainsi offertes de part et d'autre. Il y a donc lieu de: (i) formaliser, de façon systématique, la collaboration avec l'INPS et les Services de santé des Armées dans des Conventions pour le meilleur de l'action de santé publique au Mali ; (ii) établir des contrats de prestations de services avec le Ministère chargé de la défense pour assurer le service public; (iii) préciser les domaines d'activités où les partenaires sont prêts à s'investir et la contrepartie nécessaire ; (iv) évaluer périodiquement la mise en œuvre des conventions et contrats signés

En ce qui concerne la création des établissements parapublics de l'INPS les dispositions de la loi 85-41 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires et ses textes subséquents prévalent sur les dispositions de la loi 62-68 portant code de prévoyance sociale

Le département de la santé prendra des dispositions nécessaires pour formaliser la collaboration avec les Services de Santé des Armées dans une convention sur la base de la loi 02 –055 portant statut général des militaires (articles 57 et 58). Cette convention précisera les domaines d'actions et les zones d'interventions ainsi que la contrepartie du Ministère de la Santé.

Extrait 16 :

La collaboration intersectorielle est assurée (niveau central).

Le MS signera une convention avec les autres départements et collaborera avec eux sur la base d'un plan d'action commun, accompagné d'un calendrier d'exécution et des résultats ciblés.

Extrait 17 :

La stratégie de partenariat et contrats de performance est mise en œuvre.

Des contrats de prestations basés sur les résultats seront établis entre le MS et les services publics d'une part, et entre le MS et le privé d'autre part.

La contractualisation de la production des prestations de santé sera conforme à la loi d'orientation sur la santé ; à ce titre le secteur privé participera pleinement aux actions de santé publique. Il peut être contractualisé pour la mise en œuvre partielle ou totale du PMA pour compléter la carte sanitaire. Les Etablissements de santé confessionnels feront l'objet de renouvellement de contrat pour la mise en œuvre partielle ou complète afin de compléter la carte sanitaire. En ce qui concerne les Services de santé des Armées et l'Institut national de prévoyance sociale (INPS) il y a lieu de formaliser, de façon systématique, la collaboration avec le Ministère de la Santé à travers des Conventions et des contrats.

Extrant 18 :

La santé des groupes spécifiques (les malades mentaux, les scolaires, les sportifs...) est prise en charge.

Il y a un nombre de groupes spécifiques pour lesquels une stratégie ciblée et un cadre institutionnel et/ou organisationnel sont en train d'être mis en place.

Le plan stratégique national de santé mentale sera validé et mis en œuvre ; le plan d'action sur la santé en milieu carcéral sera élaboré et mis en œuvre. En ce qui concerne la santé scolaire et sportive une politique sera élaborée et mise en œuvre au cours du quinquennat.

Extrant 19 :

La maintenance des infrastructures, biomédical, informatique, ainsi que des véhicules est assurée, couvrant l'ensemble des niveaux et services.

L'élaboration d'une politique de maintenance des infrastructures et équipements dont notamment la maintenance biomédicale ; la transformation du SEPAUMAT en établissement public à caractère administratif afin de lui permettre de jouer son rôle de service public.

Extrant 20 :

Les établissements de santé sont exploités dans les conditions légales.

Les contrôleurs et inspecteurs du département, les ordres professionnels seront formés et informés avec essentiellement une large diffusion des missions des organes de contrôle du Ministère de la Santé auprès des structures soumises aux contrôles; un renforcement des capacités d'intervention des ordres professionnels de santé.

Extrant 21:

La coordination, la gestion et le suivi du PRODESS sont perfectionnés.

Le renforcement de l'approche programme se fera à travers notamment l'amélioration de l'efficacité de la collaboration entre le département et ses partenaires ; la simplification du manuel de procédures de gestion et développement d'outils communs de suivi du PRODESS ; le financement du PRODESS à travers l'appui budgétaire sectoriel ou à défaut harmonisation des procédures de gestion financière ; la dynamisation des organes de coordination, de planification, de contrôle, de suivi et d'évaluation du PRODESS.

Extrant 22 :

Les besoins en ressources par niveau sont satisfaits suivant les critères d'équité (taille de population, genre, incidence de la pauvreté, ..) et l'accessibilité financière des soins de santé est assurée.

L'allocation des ressources du PRODESS II tiendra compte non seulement de la taille de la population, le profil épidémiologique et les particularités de l'environnement, mais également des critères d'équité adoptés.

Extrant 23 :

Les inégalités sur le plan genre dans les services de santé ont été réduites sur la base des orientations et instructions issues au niveau central.

Au moment du recrutement des ressources humaines dans les écoles de formation, le genre sera respecté ainsi que dans l'utilisation des ressources humaines dans les établissements de santé.

Extrait 24 :

Le développement des ressources humaines et notamment leur gestion, est mis en oeuvre sur la base d'un cadre institutionnel et organisationnel adéquat.

L'élaboration d'une politique de développement et de gestion rationnelle des ressources humaines dont l'élaboration de textes spécifiques (voir annexe) pour l'exploitation des établissements de formation aux professions de santé ; la réorganisation de l'Assistance technique qui sera basée sur les besoins du département par niveau et sur leur complémentarité ; la révision de l'intitulé des diplômes d'Etat des écoles de formation aux professions de santé ; la concrétisation de mesures d'incitations financières et non financières (logement d'astreinte, rehaussement de la prime de zone) pour les travailleurs des zones défavorisées ; l'instauration de système de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance ; la création si nécessaire des Ecoles de formation des professionnels de santé dans les régions ; le soutien à la formation du personnel médical et paramédical du secteur privé.

Le Ministère de la Santé créera une Direction des Ressources Humaines (DRH) dès la première année du programme. Cette création nécessitera l'affectation de locaux, du personnel et des équipements appropriés. Elle permettra de définir une politique de développement des ressources humaines et lever les obstacles suivants : la non maîtrise des effectifs, l'absence de fichier individuel, l'obsolescence du cadre organique, l'absence de plan de carrière, l'insuffisance quantitative et qualitative des RH, la faible production des écoles de formation professionnelle, l'insuffisance de suivi des mouvements des agents du secteur, la formation continue impliquant les secteurs privés, associatifs et parapublics.

La réforme en matière de développement des ressources humaines tiendra compte aussi du développement des mécanismes de motivation, de récompense et de sanction du personnel du secteur de la santé.

6. CADRAGE BUDGETAIRE ET MACRO-ECONOMIQUE

Le CDMT est un document qui fournit un éclairage sur la situation macroéconomique probable sur une période de 5 ans (2005-2009). A cet effet, il permet de prévoir les ressources budgétaires attendues sur la période et déterminer de manière prévisionnelle des enveloppes sectorielles de ressources. Ainsi, une meilleure planification des objectifs des secteurs et de leur réalisation pourra être faite. Enfin, le CDMT contribue à la rationalisation de l'affectation des ressources à travers la prise en compte des priorités de développement et favorise une meilleure lisibilité par les agents économiques des intentions du gouvernement sur le moyen terme.

La politique budgétaire reflète les efforts du Gouvernement visant à contenir le déficit de base tout en réduisant la pauvreté et en minimisant l'impact social du programme de libéralisation de l'économie. L'efficacité de l'administration fiscale et celle des dépenses publiques seront améliorées afin d'atteindre ces objectifs.

L'architecture du budget-programme 2005-2009 pour la santé (CDMT santé) se base essentiellement sur celle de la composante santé-population du cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté, et vise à mettre en exergue les intrants essentiels en terme d'accès, de disponibilité et d'utilisation de prestations sanitaires curatives et préventives. Elle s'appuie sur l'architecture du PRODESS en cours, et préfigure l'architecture de la deuxième tranche du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

Sur la base des stratégies de production de santé et de politique de santé qui ont été retenus dans le cadre logique du CDMT santé, on a spécifié la marge budgétaire dont le MS devra disposer en vertu d'une série d'hypothèses et de scénarios quant à l'évolution future du financement du secteur :

on passerait ainsi, avec une augmentation régulière du budget toutes sources confondues de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2005 pour atteindre 133,2 milliards de FCFA en 2009.

Le CDMT donne les principes et les caractéristiques désirées du cadrage : identification claire et précise des sources, des destinations et du ciblage des financements, jusqu'aux résultats attendus.

Ce qui est innovant dans ce document, c'est l'abandon de structuration du cadre de dépense en fonction du coût unitaire d'un PMA au profit d'une planification destinée à surmonter les obstacles.

Les hypothèses Sous-jacentes

Les hypothèses macro-économiques à partir desquelles le scénario retenu a été élaboré sont les suivantes :

Dépenses budgétaires brutes par rapport au PIB : 32,9%

Taux d'inflation 2005-2006 : 2,5%

Taux de croissance du PIB réel 2005-2006 : 6,7%

Service de la dette par rapport aux dépenses budgétaires : 3,6%

Les hypothèses de composition de budget :

Budget santé par rapport aux dépenses totales de l'Etat : objectif de 12% en 2009 après estimation des besoins du secteur ;

Dépenses en capital par rapport aux dépenses totales santé : objectif de 40% en 2009 ;

Niveau central par rapport aux dépenses courantes : 30%

Niveau régional par rapport aux dépenses courantes : 60%

EPA par rapport aux dépenses courantes : 10%

Financement externe par rapport aux dépenses en capital, Budget Spécial d'Investissement (BSI) :60%

Les hypothèses d'autres sources de financement :

Taux de croissance de recettes par recouvrement : 5%

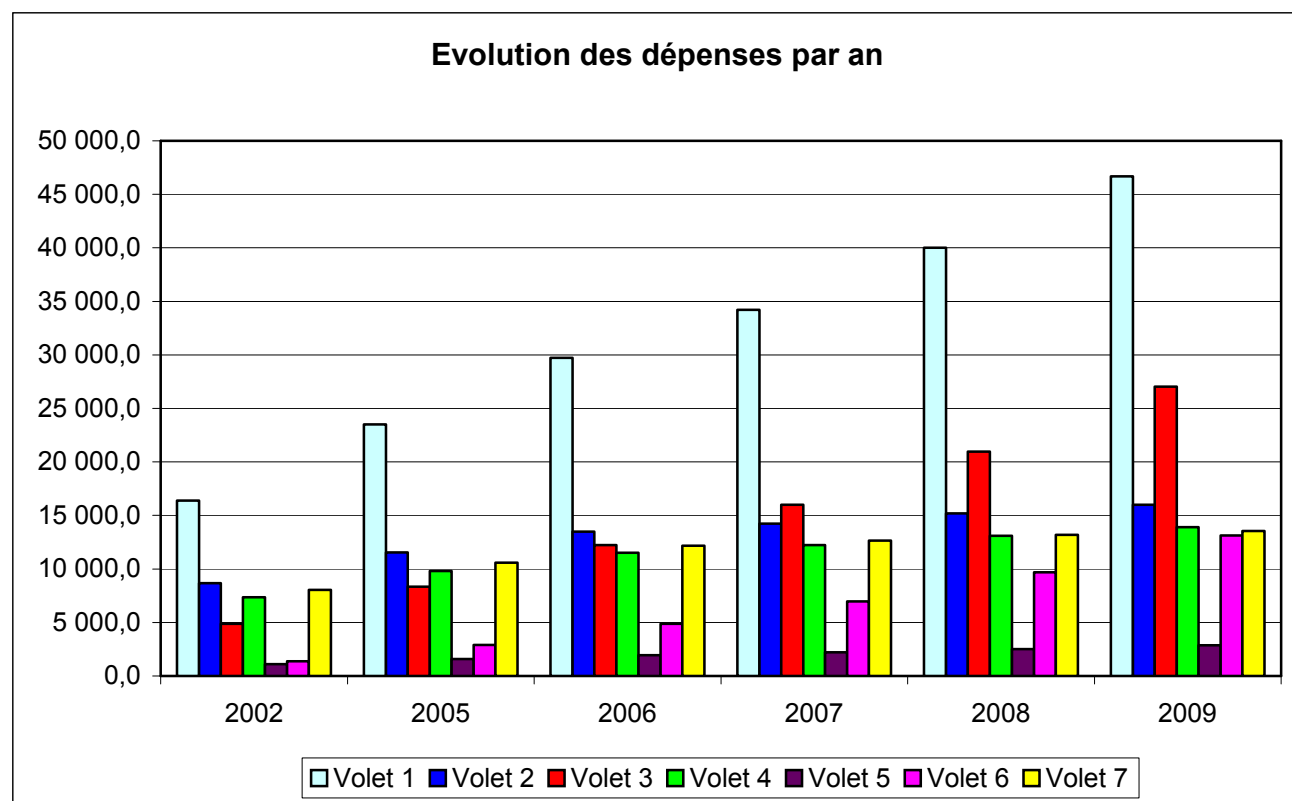
Taux de croissance de recettes des communautés : 5%

Les hypothèses macroéconomiques combinées à l'hypothèse d'augmentation du budget de l'Etat permettent de définir le niveau de financement attendu.

Les hypothèses macroéconomiques combinées aux coûts réels permettent de dégager les dépenses totales couvrant la période de 2005 à 2009.

Les coûts réels sont obtenus en ajoutant annuellement le montant du PO 2002 aux coûts additionnels

Durant la période 2005-2009, la mobilisation des ressources supplémentaires devra permettre une augmentation brute de l'ensemble des 7 volets de la composante notamment les volets visant l'amélioration de l'accès aux services de santé, la disponibilité des médicaments et consommables essentiels, l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la maladie et le développement du secteur tertiaire (voir figure ci-dessous).



Evolution des projections budgétaires des différents volets :

Le diagramme de l'évolution de ce budget total qui intègre les ressources destinées aux investissements, aux fonctionnements et aux coûts de transfert quelle qu'en soit la source, fait ressortir une tendance croissante qui passe de 52,7 milliards de FCFA en 2002 à 133,2 milliards en 2009.

Les cinq premiers volets (accès, ressources humaines, ressources matérielles, qualité et lutte contre la maladie, accessibilité financière et participation) sont considérés comme producteur de santé ; ils représentent 80% des coûts réels de la période 2005-2009. Les deux autres volets (pour 20%) servent de soutien à la production de santé.

La figure ci-dessus montre une augmentation sensible au niveau de certains volets :

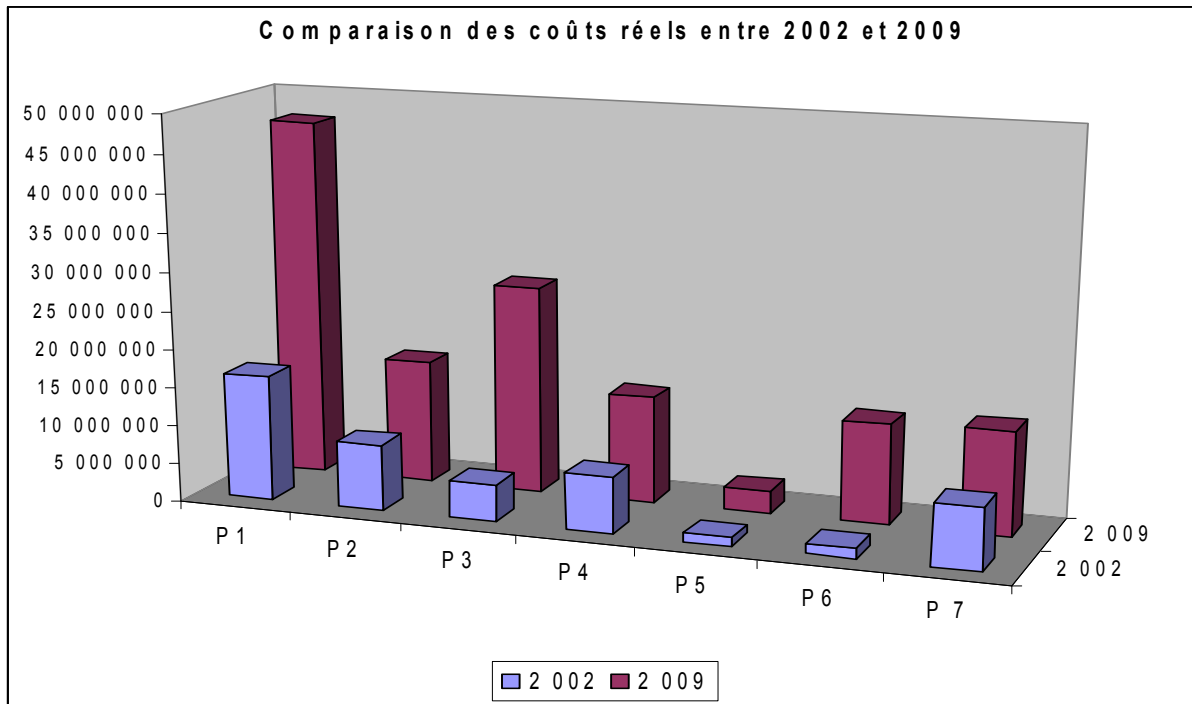
Les prévisions de ressources du volet 1 vont servir à soutenir les constructions et réhabilitations en vue d'une extension rationnelle (surtout au niveau des zones pauvres et défavorisées), l'acquisition d'équipement et de matériels roulant pour une meilleure atteinte des populations suivant les stratégies.

Les ressources additionnelles du volet 2 sont orientées vers la qualification et la motivation des ressources humaines.

Au niveau du volet 3, l'accent est mis sur l'acquisition de médicaments et vaccins, le renforcement de la PPM en tant que central d'achat pour lui permettre de jouer son rôle d'approvisionnement de tout le pays.

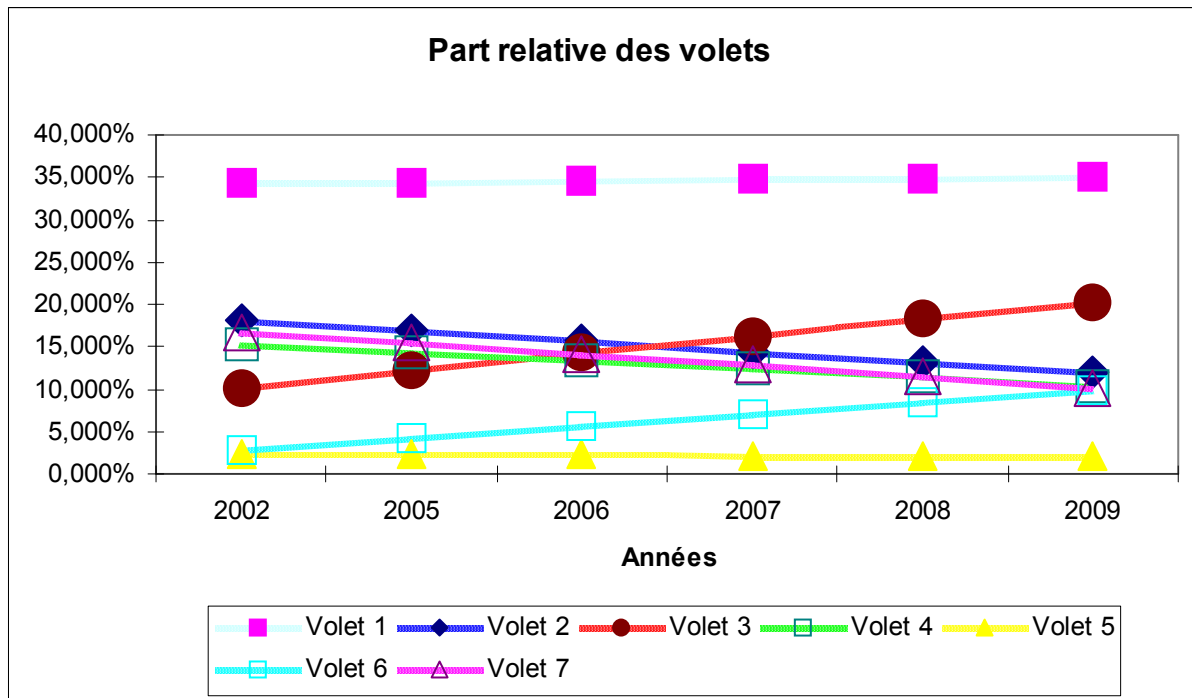
Concernant le volet 4 les efforts sont orientés essentiellement vers les activités de mise en œuvre du programme en vue d'une amélioration de la qualité des prestations et une meilleure utilisation des services de santé.

L'augmentation constatée au niveau du volet 6 est en faveur de la mise en œuvre progressive des projets d'établissement et du développement de la recherche.



NB : Dans ce tableau il faut changer le mot Programmes (et P) par Volets (V)

L'évolution des parts relatives des différents volets montre que seuls les volets 3 et 6 ont une augmentation considérable entre 2002 et 2009, une stagnation en pourcentage pour les volets 1 et 5. Pour les autres volets, une baisse en pourcentage (voir figure ci-dessous).

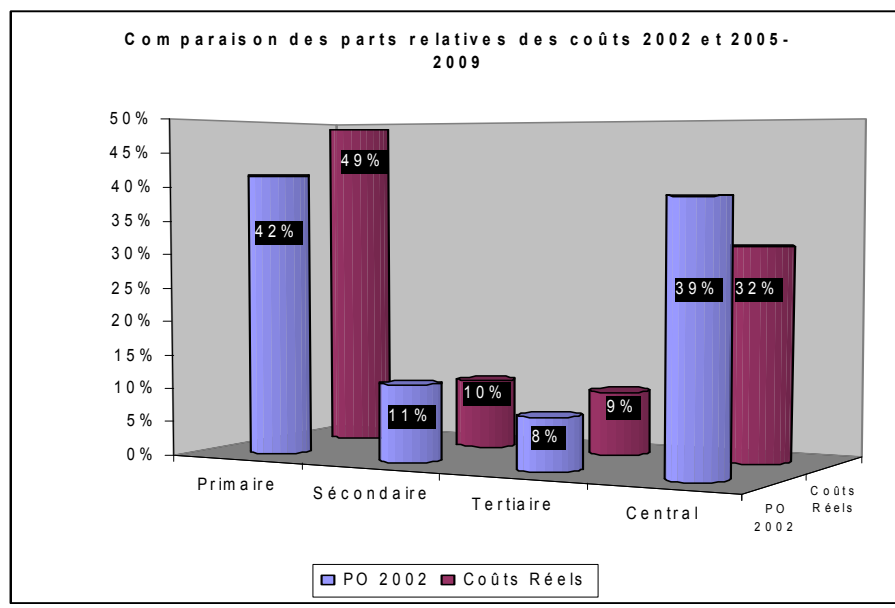


L'évolution des ressources en fonction du niveau bénéficiaire

La comparaison entre le PO 2002 et les coûts réels de 2009 montre une diminution de la part relative du niveau central au profit du niveau primaire.

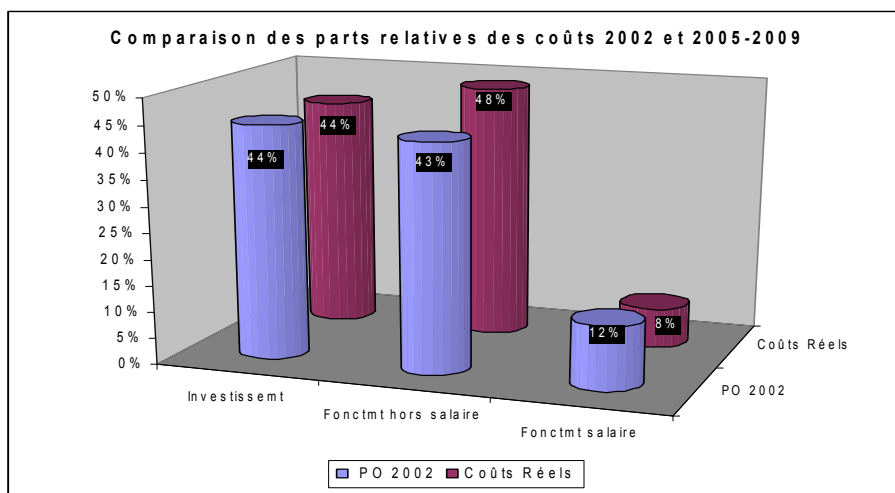
La priorité accordée aux activités qui conditionnent la performance et aux zones les plus pauvres et les plus périphériques ont été à l'origine d'une augmentation de la dépense en faveur du niveau primaire et secondaire à 60% des coûts réels de la période 2005-2009 (voir figure ci-dessous) ; cette disponibilité financière permettra donc l'acquisition d'intrants essentiels pour les activités préventives et curatives au niveau des ménages et des communautés ainsi que la mise en œuvre d'activités fixes avancées et mobiles.

Evolution des parts relatives des ressources par niveau en comparaison entre 2002 et 2005-2009



6.1. L'évolution des ressources en fonction du type des dépenses

La part relative des coûts réels d'investissement au cours de la période 2005-2009 sera maintenue à moins de 45% afin de garantir une absorption efficace des ressources et une efficacité de la dépense de santé ; ceci, tout en continuant l'effort de constructions et d'acquisition nécessaire à l'augmentation de l'accès, à l'amélioration de la qualité de service, à l'accessibilité financière et au développement des ressources humaines.

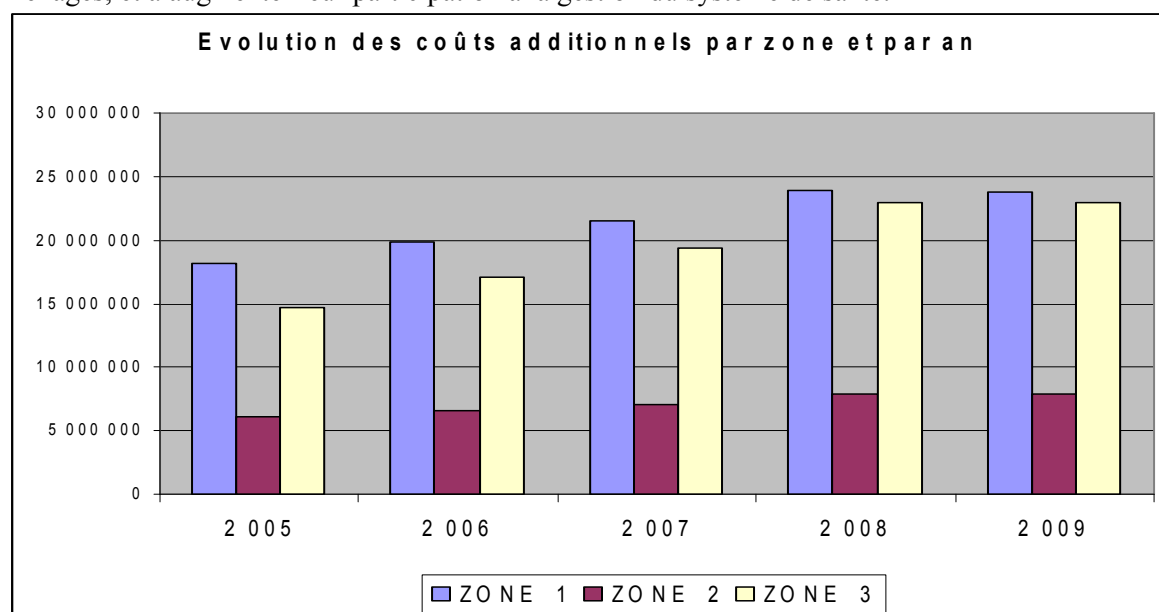


Voir commentaire sur graphe précédent : comparaison entre années ou entre budgets et dépenses.

Le fonctionnement hors salaire passe de 43% en 2002 à 48% des coûts réels en 2009 en vue de maintenir la tendance à la consolidation des acquis. Cependant on note une diminution en valeur relative des salaires qui passent pourtant de 5,8 milliards en 2002 à une moyenne annuelle de 7,3 milliards en valeur absolue.

6.2. L'évolution des ressources en fonction des zones de pauvreté

La répartition des ressources additionnelles sur les zones de pauvreté montre une augmentation croissante (voir figure ci-dessous) des ressources allouées à la zone la plus pauvre (zone 1) ; ce qui répond aux orientations du Cadre Stratégique de Lutte Contre La Pauvreté visant à améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres, à atténuer l'impact de la dépense de santé sur les revenus de ces ménages, et à augmenter leur participation à la gestion du système de santé.



Le niveau relativement bas des ressources en zone 2 s'explique par l'aspect populationnel (elle couvre plus de la moitié du territoire et n'abrite que 17% de la population).

L'importance des ressources affectées en zone 3 découle de l'appartenance à cette zone des hôpitaux nationaux et des structures centrales qui supportent les actions de soutien à la production de santé.

7. PLANIFICATION, GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PRODESS

7.1. La gestion de l'approche sectorielle

Le PDDSS est mis en œuvre selon l'approche sectorielle qui ambitionne de prévenir les problèmes qui auraient été posés par une approche projet. Dans le secteur de la santé au Mali, la Communauté des PTF s'est engagée dans cette approche sectorielle. Elle vise à fournir un cadre pour les dépenses effectuées pour appuyer le développement et la mise en œuvre d'une politique équitable, cohérente et satisfaisante. En d'autres termes, les PTF, au lieu de financer des activités, cofinancent une politique. Ces efforts coordonnés sont déployés sur la base d'objectifs fixés par l'Etat et dans le cadre d'un programme sectoriel cohérent basé sur des priorités communément accordées.

Les premières expériences avec l'approche sectorielle lors du PRODESS I ne sont pas encore assez concluantes par rapport à la performance du système de santé. Les causes de ce résultat mitigé sont

connues : (i) la transition du système de santé sur le plan institutionnel et organisationnel a été difficile et a ralenti la mise en œuvre des volets du PRODESS ; (ii) le renforcement du MS et ces démembrements, qui était en fait une pré condition pour permettre un véritable leadership par le MS, n'a été effectué que partiellement et (iii) la plupart des PTF ont continué à mettre en œuvre leur appui selon des modalités plutôt de l'approche projet traditionnelle. Même à la fin du PRODESS I, le MS et les régions/cercles ont dû gérer un amalgame de procédures et outils, ce qui n'a certainement pas facilité la réduction des coûts de transaction⁹. Le PRODESS II commencera malheureusement avec cet héritage. Entre temps, il est aussi devenu nécessaire de réviser le manuel de procédures du PRODESS. Par ailleurs, le MS et plusieurs PTF sont maintenant en faveur d'une transition rapide vers la modalité de l'appui budgétaire, bien que les avis par rapport au type d'appui budgétaire à préconiser ne sont pas partagés.

Aujourd'hui, il est donc difficile de prévoir un seul scénario pour la mise en œuvre du PRODESS. Les efforts doivent continuer pour amener tous les PTF à se conformer à un seul cadre pour la planification/budgétisation, l'exécution et le suivi des PO, avec des procédures communes. Ainsi, le MS fera de son mieux pour réunir au plus vite possible les conditions permettant le passage vers l'appui budgétaire.

Dans le cas d'une transition vers l'appui budgétaire sectoriel (voir plus loin), la Commission Mixte Mali-Partenaires au développement présidée par le Ministre de l'Economie et des Finances, constituera le cadre de dialogue entre le gouvernement et l'ensemble des PTF, dans le contexte de la réforme de l'aide au Mali.

7.2. Le cadre général

Le Cadre de planification, de suivi et d'évaluation du PRODESS II est défini dans le décret 01-115, qui est en voie de révision pour tenir compte du CSLP.

Le mécanisme de suivi du CSLP est coordonné par le Ministère de l'Economie et des Finances avec la participation de l'ensemble des départements ministériels. Ce mécanisme prévoit au niveau central la commission mixte Gouvernement – partenaires, le comité de pilotage et les groupes thématiques dont le groupe Santé et Population. Ces groupes thématiques, au nombre de 13, produisent les rapports de suivi annuels et les perspectives triennales ; au niveau régional le comité de suivi de la mise en œuvre du CSLP, présidé par le Gouverneur de région, produit le rapport régional.

Le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), programme budgétaire du document de réduction de la pauvreté (CSLP) et outil essentiel de programmation du département de la santé, dispose de ces propres outils de suivi et d'évaluation permettant :

D'une part, de vérifier la prise en compte régulière de ses orientations (montants, équilibres, évolution,...) par les différentes structures chargées de la planification au sein du secteur ;

D'autre part, d'évaluer régulièrement sa pertinence - en vue de sa réactualisation - et de prendre en compte d'éventuels changements sur les hypothèses macroéconomiques et sur les engagements du Gouvernement et des partenaires.

Dans ce cadre, l'unité de suivi et d'évaluation de la composante santé population du CSLP sera chargée de la réactualisation régulière du cadrage financier du PRODESS II et de la révision du CSLP. Par ailleurs, des cadrages annuels seront produits à partir du CDMT pour toutes les régions et niveaux de programmation. Ils prendront en compte les critères de population, de pauvreté, de couverture sanitaire et de prévalence des maladies. Ainsi, à chaque planification annuelle, une analyse permettra de vérifier la conformité des ressources planifiées avec les cadrages et équilibres macro économiques.

Il a été recommandé d'intégrer l'informatisation de la planification, la gestion budgétaire, l'avancement des réalisations physiques et la gestion des contrats. Ceci permettra donc entre autres d'établir le lien entre le PO et les budgets respectifs. Il est également recommandé d'optimiser l'utilisation du logiciel TOMPRO qui permet de faire beaucoup plus que la comptabilité comme elle est faite actuellement, et de compléter ce logiciel avec les modules.

⁹ coûts de transaction (transaction costs) d'un programme : les frais pour la mise en œuvre du programme, qui ne sont donc pas directement liés au contenu du programme.

7.3. Les Fonctions par niveau

Les fonctions sont la planification, la coordination, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. Les responsabilités pour ces fonctions par niveau sont les suivantes :

➤ La planification et la mise en oeuvre :

- L'ensemble des acteurs du PRODESS II (secteur public, ainsi que le secteur privé et la société civile, les collectivités locales) seront impliqués dans le processus de planification /budgétisation annuelle et dans la mise en œuvre des Plans Opérationnels annuels (PO). Pour la planification, il s'agit d'une approche décentralisée avec la micro planification au niveau des CSCOM, la mise en œuvre des PDSC au niveau des cercles et la planification annuelle au niveau régional à travers les CROCEP. L'arbitrage final et l'adoption des plans consolidés se feront au niveau national par le Comité de Suivi.
- Les outils de planification, de suivi du PRODESS 2 seront adaptés par la CPS au système de suivi du CSLP afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté et la décentralisation. Quant à la répartition des enveloppes budgétaires, elle sera faite en fonction des variables de la pauvreté et de la déconcentration à partir des répartitions des enveloppes issues du CDMT basées sur les performances enregistrées.

➤ La coordination :

- La coordination du niveau opérationnel sera assurée par les médecins chefs, les présidents des conseils de cercle, les préfets, les maires. Elle visera l'intégration des moyens et des prestations, la promotion de l'utilisation des services et leur qualité. Les résultats seront présentés lors des réunions statutaires ;
- La coordination régionale consistera au renforcement de la qualité de l'appui de la mise en œuvre et de la mobilisation des ressources financières. Elle est assurée par les Gouverneurs en rapport avec les directeurs régionaux et les présidents des Assemblées régionales.
- La coordination centrale est assurée par le Secrétaire Général en rapport avec les services centraux, les services rattachés et les organismes personnalisés. Elle vise la mobilisation, l'utilisation efficiente des ressources intérieures et extérieures.
- L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation et de la mobilisation des ressources. Ainsi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources. Elle dépendra également de la participation et/ou des interventions des autres secteurs de développement avec lesquels un contrat/convention de résultats sera signé.

➤ La supervision et le suivi :

- La supervision est intégrée en général aussi bien au niveau régional que local. Cependant compte tenu de la particularité de certains domaines, des supervisions spécifiques seront menées.
- Le suivi de la mise en œuvre sera fait de façon intégrée d'une part, et d'autre part conjointement avec les PTF et la société civile à travers entre autres la mission conjointe de suivi du programme. Cependant des Termes de Référence (TDR), canevas et calendriers seront élaborés et validés à tous les niveaux concernés.
- Le guide de monitoring sera révisé et prendra en compte certaines interventions prioritaires du secteur.
- La DAF en collaboration avec la CPS élaborera un guide de supervision financière qui sera une référence aussi bien pour les auditeurs internes que pour les régions ;
- Le suivi du programme sectoriel dépendra en bonne partie de la mobilisation des ressources qui reste tributaire d'une part des aspects macroéconomiques et des engagements politiques, et d'autre part des ressources mobilisées par les différents partenaires du secteur.
- Les organes de coordination et de suivi seront révisés afin de prendre en compte les aspects de lutte contre la pauvreté.

7.4. les acteurs

Les acteurs du PRODESS II seront chargés de :

➤ Au niveau communal :

- Appuyer l'élaboration des plans communaux de développement
- Elaborer les micro plans et les rapports d'activités
- Veiller à l'intégration des aspects de santé ;
- S'assurer de la cohérence des plans communaux avec le PDSC y compris le respect de la carte sanitaire ;
- Suivre les chantiers de construction ;
- Rendre compte au Maire.

➤ Au niveau cercle :

- Elaborer le PDSC et le PO ;
- Préparer les réunions du conseil de gestion ;
- Mettre en œuvre les orientations nationales ;
- Assurer la coordination, le suivi, le monitoring, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans du cercle;
- Faire la recherche opérationnelle et utiliser les résultats ;
- Elaborer les rapports d'activités du cercle.

➤ Au niveau régional :

Les structures régionales et locales de santé sont chargées des appuis conseils aux collectivités territoriales en matière de planification entre autres missions :

- Planifier et appuyer la mise en œuvre des orientations nationales ;
- Assurer la coordination, le suivi, la supervision, l'évaluation et le contrôle de la mise en œuvre des plans et programmes des divisions et services rattachés ;
- Préparer le CROCEP ;
- Elaborer le PO et les rapports d'activités de la Direction Régionale de la Santé
- Compiler, analyser et valider les rapports d'activités et les PO des cercles et de la région.

➤ Au niveau central :

Chaque structure du niveau central joue un rôle prépondérant dans la planification, la supervision, l'évaluation, l'analyse et la prise de décision. Elle élabore également son rapport d'activités (RA) et son plan opérationnel (PO) :

- La DNS et ses services rattachés élaborent un plan de supervision et de suivi de la mise œuvre du programme de développement du secteur de la santé par rapport à leurs missions et leurs priorités ;
- La DPM assure le suivi et le contrôle de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ;
- La CPS élabore les outils de suivi, de planification du programme sectoriel, un plan de suivi des indicateurs. Elle assure la coordination technique, le suivi et l'évaluation des plans et programmes de la mise en œuvre du schéma directeur national d'information sanitaire ; effectue. Elle assure également la gestion des dossiers de coopération ; l'allocation des ressources en collaboration avec la DAF à travers le cadrage budgétaire annuel . Elle fait la synthèse et la consolidation de tous les rapports d'activités et plans d'opération. Elle élabore et publie les données statistiques agrégées et désagrégées par région et par cible.
- La DAF élabore et suit le plan de financement, le plan de passation des marchés et le plan de travail des auditeurs internes. Elle participe à l'audit externe des comptes. Elle assure le suivi de l'exécution budgétaire.
- Le Secrétariat général organise le comité technique et le comité de suivi et valide le PO du secteur.

Rappelons aussi que les activités du département de la santé débordent largement le seul cadre d'intervention du secteur. Ceci implique une nécessaire collaboration multisectorielle avec le Ministère de l'Education nationale (convergence avec le PRODEC par exemple au travers des CED), avec le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (pour tout ce qui concerne les questions de genre, d'approche communautaire et de mobilisation sociale), avec le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées (approche communautaire, mobilisation sociale, financement alternatif de la santé), avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports (mobilisation sociale, santé des adolescents et la médecine sportive), avec le Ministère chargé de l'eau (approvisionnement en eau potable des établissements de santé), avec le Ministère chargé du Développement Rural (nutrition), avec les Collectivités Territoriales, à travers l'Agence Nationale pour l'Investissement des Collectivités Territoriales (pour ce qui concerne le processus de décentralisation), etc.

➤ Le rôle des autres acteurs :

- Dans les organes de coordination, de suivi et d'évaluation du PRODESS II, le rôle d'autres acteurs du secteur sera renforcé notamment les collectivités territoriales et les autres secteurs d'appui à la santé (développement social, éducation, hydraulique, développement rural, promotion de la femme et de la famille, promotion des jeunes...
- Les partenaires techniques et financiers participent à la planification, au financement, à l'appui, à la mise en oeuvre et au suivi. Ils communiquent le niveau de leur contribution annuelle et participent aux réunions statutaires des organes du programme;
- La société civile participe à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme et participe également aux réunions statutaires des organes du programme.
- Au niveau communautaire les ASACO, opérateurs délégués des Maires, gèrent les activités de santé de leur aire.

7.5. Les organes d'orientation, de coordination et d'évaluation

Les organes et instances créés pour assurer l'orientation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PRODESS 2 sont les suivants :

Le Comité de suivi du PRODESS II sera présidé par le Ministre de la Santé (MS), avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS 2.

Le Comité technique du PRODESS II, présidé par le Secrétaire Général du MS est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel.

Le comité de pilotage : également présidé par le Secrétaire Général du MS, regroupe les services techniques centraux des deux départements et ceux des PTFs, ainsi que les représentants de la Société Civile. Il se tient tous les deux mois, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles.

Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS II (CROCEP) est présidé par le Gouverneur. Il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution.

Il regroupe les autorités politiques et administratives de la région, les PTFs et les autres acteurs intervenants dans la mise en œuvre du PRODESS II.

Le Conseil de Gestion est surtout chargé de l'adoption et la validation des plans de développement et plans opérationnels des districts sanitaires au niveau cercle. Il est présidé par le Préfet et composé des autorités politiques, administratives locales, les médecins-chefs, la société civile, les PTF locaux et les autres acteurs du PRODESS. Il se réunit deux fois par an.

Les journées d'évaluation et de planification, présidées par le Ministre de la Santé, regroupent les représentants des services de la superstructure administrative, les services centraux, les services rattachés, les services personnalisés. Elles ont lieu une fois par an avant la deuxième réunion du comité technique.

La mission conjointe de suivi :

Le comité de pilotage en cas de besoin organisera une mission par an pour évaluer et analyser la mise en œuvre du programme aux différents niveaux et fait rapport au comité technique.

Evaluation à mi-parcours et finale

Le PRODESS II fera l'objet de deux évaluations externes : une à mi-parcours et l'autre à la fin du PDDSS. Les thèmes et les TDR de ces évaluations seront définis et les experts choisis conjointement par le MS et les PTF.

Audits du PRODESS II

Les audits internes du MS seront effectués régulièrement et la mise en œuvre du PRODESS II fera l'objet d'un audit annuel externe technique et financier.

Les réunions mensuelles de concertation entre PTF (auxquelles sont invités des représentants du MS) ne font pas partie intégrante du cadre institutionnel du PRODESS II. Néanmoins, elles peuvent jouer un rôle important dans le suivi des dossiers particuliers. Ces organes seront renforcés au cours du PRODESS II.

7.6. Les indicateurs de suivi du PRODESS :

Les indicateurs de suivi ont été définis aussi pour les effets spécifiques et pour tous les extrants des 7 volets. Dans la mesure du possible, les valeurs de départ ont été identifiées, ainsi que des valeurs cibles pour fin 2007 (mi-parcours) et pour fin 2009 (fin du PRODESS II). Le très grand nombre d'indicateurs, ainsi définis, posera probablement de problèmes pratiques, d'autant plus que beaucoup d'indicateurs ne peuvent pas être mesurés sur la base de données de routine et/ou rapport d'activités. Les indicateurs de suivi du CSLP et du CDMT santé sont intégrés dans cette liste. Cependant, il faudra tenir compte des différences de périodicité entre composant santé, CDMT et CSLP.

Ces indicateurs (voir annexe) portent sur les interventions et les cibles prioritaires :

- La disponibilité des ressources humaines ;
- L'accessibilité géographique et financière ;
- L'accès aux médicaments, vaccins et consommables ;
- L'utilisation des soins préventifs maternels, infantiles et curatifs ;
- La couverture effective et continue des soins maternels, des soins infantiles et activités promotionnelles... ;
- La qualité et la continuité des soins par du personnel qualifié, la supervision et le monitoring du personnel qualifié, des relais et membres d'association pour la promotion de la santé, des agents des équipes mobiles et avancées ;
- L'atteinte des objectifs fixés ;
- La satisfaction et la perception des bénéficiaires ;
- L'amélioration des capacités institutionnelles du département ;
- La répartition équitable des ressources de l'Etat (Etat et ses partenaires) dans le secteur de la santé et dans les régions ;
- Les résultats des enquêtes légères, enquêtes démographiques et de santé, des recherches et des évaluations internes et externes.

Une liste « d'indicateurs PRODESS santé » se trouve en Annexe N° 2.

Il est à noter :

8. LIENS ET SYNERGIE AVEC AUTRES PROGRAMMES ET INITIATIVES.

8.1. La synergie avec la composante de Développement Social :

Le lien entre le MS et le MDSSPA dans le cadre de l'élaboration du PRODESS II se situe dans deux domaines : le financement alternatif de la santé, la mobilisation sociale et participation, la décentralisation. Les actions des deux départements s'inscrivent toutes dans le seul document de référence du Mali qui est le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté. Lors de l'élaboration de ce document le groupe thématique Santé et Population a été mandaté pour élaborer les aspects de santé et population et ses liens avec les autres départements. C'est ainsi, que la composante santé et population a été élaborée avec la participation et la contribution des autres secteurs d'appui, des PTF et de la société civile.

Pour la mobilisation sociale et la participation, d'autres départements rentrent en ligne de compte dans cette composante santé et population notamment la promotion de la femme, l'éducation, l'hydraulique et la jeunesse.

En ce qui concerne l'axe de convergence participation communautaire, en terme opérationnel il y a en commun pour les fonctions suivantes : (i) l'approche participative, la mobilisation sociale et l'IEC (ii) le développement de l'approche contractuelle avec les parties prenantes (Collectivités Territoriales, Communautés organisées, ONG et structures publiques, (iii) le développement de l'interface entre les services de santé et la population avec la mise en place de partenariats, (v) la collaboration intersectorielle. Pour la mise en œuvre des activités de chacune des fonctions citées, les compétences techniques des agents de santé et des agents sociaux sont sollicitées de façon intriquée ou individualisée. Ainsi, le Département Santé a pour vocation³¹ d'améliorer l'état de santé des populations par la prestation de santé, la prévention et l'éducation des populations vis-à-vis des problèmes de santé, la promotion nutritionnelle et environnementale. Le Développement social a pour vocation de promouvoir l'intégration, la réinsertion, la réadaptation des individus et des groupes victimes de l'exclusion et la pauvreté par la mise en œuvre d'une dynamique d'auto-promotion au travers de l'approche participative. Au Mali, l'expérience de la participation communautaire au travers de la gestion des centres de santé communautaires (CSCoM) est un atout considérable pour faire la fonction entre les activités de santé et les activités promotionnelles de lutte contre les inégalités. A ce titre, les Associations de Santé Communautaire (ASACO) jouent aussi un grand rôle dans la synergie Santé/Social. En terme de mobilisation sociale, les ASACO sont les mieux placés pour faire appel aux compétences propres à chacun des Départements, c'est-à-dire mobiliser d'une part les agents sociaux pour mettre en place les procédures d'animation sociale et d'autres part mobiliser selon les thématiques les agents de santé pour l'éducation des populations.

Quant à l'axe de convergence « d'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux services de soins, il sera fait à travers les mécanismes de financement alternatifs ». La mise en place de ces mécanismes est un élément fondamental pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé. L'approche mutualiste, avec la création de l'UTM, favorise l'auto-promotion des groupes vulnérables vis-à-vis du risque maladie par la formation des acteurs ainsi que la participation à leur sensibilisation et information. Plus largement, l'UTM vise à établir des partenariats avec des réseaux de caisse d'épargne et de crédit afin d'assurer une meilleure diffusion des garanties auprès de leurs membres. Tout un processus de partenariat et de contractualisation entre l'UTM, la FENASCOM et les Ministères et les ONG est en marche. L'UTM doit jouer son rôle technique pour la convergence de cet axe.

8.2. La synergie avec la décentralisation

Concernant l'axe de convergence de mise en œuvre du processus de décentralisation, selon la littérature : « la politique de décentralisation et la politique sectorielle de santé et population sont loin d'être antinomiques ; elles partagent les mêmes approches, s'agissant de développement à la base : elles responsabilisent les populations, les Communautés et les Collectivités Territoriales dans la conception, le financement et la mise en œuvre d'activités d'intérêt local et régional. Dans le nouveau contexte créé par la décentralisation, il est souhaitable que les différents acteurs des deux politiques prennent rapidement conscience du fait qu'en ces matières le partage des responsabilités l'emporte sur le partage des pouvoirs ».

La dynamique externe de la couverture de l'offre de soins se continue avec la collaboration des Collectivités Territoriales, ASACO et les équipes socio-sanitaires.

Les Collectivités Territoriales sont le troisième partenaire de la convergence décentralisation.

Dans la perspective de l'application effective du décret 02-314 relatif aux détails du transfert des compétences de l'Etat aux Collectivités en matière de Santé, le MS est en train de s'organiser avec le MATCL en vue de concrétiser ce décret. Ainsi un point focal a été désigné au sein du département pour assurer l'interface entre le MS et le MATCL. Autour de ce point focal un certain nombre de cadres sera désigné pour mieux opérationnaliser ledit décret. Sur le terrain, la collaboration sera tissée avec le département de l'éducation et celui de l'hydraulique qui sont engagés dans le même processus de transfert.

8.3. La synergie avec le CSLP

Le triple souci du CSLP (efficacité, équité, viabilité institutionnelle et financière) est reflété dans le PRODESS II. Les trois axes du CSLP sont :

- le développement institutionnel et l'amélioration de la gouvernance et de la participation
- Le développement humain et renforcement de l'accès aux services sociaux de base
- Le développement des infrastructures et appuis aux secteurs productifs.

Le CSLP final poursuit et consolide les orientations et objectifs du CSLP intérimaire adopté par le Gouvernement du Mali en juillet 2000. L'objectif général est de réduire la pauvreté de 64 % en 2001 à 47,5 % en 2006.

Les objectifs globaux en termes de croissance et d'emploi sont les suivants : une croissance moyenne du PIB 6,7% par an, une création minimale de 10.000 emplois par an dans le secteur formel non agricole.

Les principaux objectifs globaux en terme de pauvreté et d'indicateurs sociaux sont les suivants : une baisse de l'incidence et de la profondeur de la pauvreté monétaire avec une réduction des inégalités entre régions, entre milieu rural et milieu urbain, une baisse des taux de mortalité infantile et maternelle, une augmentation des taux de scolarisation et d'alphabétisation avec une réduction des inégalités entre garçons et filles et entre régions.

Pour atteindre ces objectifs, les politiques macroéconomiques et les réformes structurelles sont adaptées pour accompagner et favoriser les engagements ci-dessus. Pour les quatre secteurs prioritaires (santé, éducation, développement rural et infrastructures), les dépenses publiques augmentent de façon significative en termes absolus et relatifs, passant de 47% du budget en 2001 à 60% en 2006 et de 15% du PIB à 20%. A l'intérieur même de ces secteurs, les parts affectées à la réduction des disparités constituent le noyau dur des plans d'action.

Les objectifs du CSLP visent à atteindre à long terme les objectifs du développement du millénaire (ODM) en 2015.

Les orientations du CLSP en matière de politique sanitaire

La nouvelle politique de santé implique les orientations suivantes :

- Adapter la stratégie d'amélioration des indicateurs de santé à la situation concrète des régions en termes de pauvreté et d'état de santé.
 Dans la zone 1 (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro), les indicateurs de mortalité et de morbidité sont les plus élevés du pays et il faut améliorer la qualité et favoriser la fréquentation des structures existantes.
 Dans la zone 2 (Kayes, Tombouctou, Gao et Kidal), les populations ont nettement moins accès aux services essentiels et il faut commencer par renforcer les activités des équipes mobiles.
 Dans la zone 3 (urbaine : Bamako), il s'agit de promouvoir des approches plus multi-sectorielles adaptées aux quartiers les plus pauvres, incluant notamment la lutte contre la malnutrition et la prévention active du VIH/SIDA.
- Renforcer les stratégies IEC, les actions de prévention, les approches multi-sectorielles, décentralisées et participatives ciblant particulièrement les populations pauvres. En particulier, on peut souligner le développement de l'initiative « un cercle, une ONG », la professionnalisation du Centre National d'Information, d'Education et de communication en santé (CNIECS), la promotion de l'approche contractuelle (contrats de performance avec les collectivités locales, les communautés, les ONG et les structures de l'Etat), le soutien aux initiatives innovantes de financement alternatif, de solidarité et de protection sociale, la mise en place de mécanismes assurant la participation effective des groupes cibles (femmes, jeunes, handicapés,...) dans la promotion de la santé.
- Renforcer la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, contre le paludisme, contre le VIH/SIDA et contre les principales maladies opportunistes et évitables. En particulier, un plan national multi-sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA vient d'être adopté (voir 4.2 ci-dessous) ;
- Réviser la politique nationale de population et améliorer la prise en compte des problèmes de population dans les politiques sectorielles (voir aussi 4.3) ;
- Soutenir la lutte contre la malnutrition. Il s'agira entre autre de favoriser la mise en œuvre d'une politique nationale multisectorielle, d'améliorer les conditions des femmes et des enfants, de réduire la prévalence de la malnutrition globale et des carences en micro nutriments (iode et fer) dans des zones périurbaines, rurales, arides et semi-arides.
- Modifier l'allocation et la gestion des ressources humaines et financières du secteur de la santé. Les résultats seront les suivants : augmentation absolue et relative des dépenses publiques de santé, augmentation de la subvention publique aux régions et groupes défavorisés, aux CSCOM non viables, aux personnels en poste dans les zones difficiles, développement des mécanismes de financement des services de santé essentiels pour les pauvres, décentralisation de la gestion.

Composante « VIH/Sida et Développement » :

Les populations considérées comme particulièrement vulnérables au VIH/SIDA sont : les migrants, les camionneurs et leurs apprentis, les vendeuses ambulantes, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale. Les facteurs de vulnérabilité sont : la mobilité (migrations internes et internationales), la précarité économique, les réseaux de prostitution et la faiblesse du cadre éthique et légal.

La précaire situation économique du pays et la couverture sanitaire encore faible sont des contraintes pour la réduction des impacts de l'épidémie. Cependant, le PRODESS a prévu une amélioration substantielle de la couverture sanitaire, la création de Centres de Soins d'Animation et de Conseil (CESAC) dans deux régions pour la prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Le programme de lutte contre le SIDA repose sur l'engagement politique le plus élevé et le plus large au sein des Institutions de la République et de la société civile malienne : il est politiquement coordonné par la Présidence de la République et techniquement par le Ministère de la Santé qui en assure la tutelle. Le programme vise à : prévenir la transmission dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables et la transmission mère-enfant ; à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et à alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ; réduire l'impact sur les services de santé ; à instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

En cohérence avec les objectifs et conformément à la politique gouvernementale, les axes stratégiques ci-dessous ont été retenus pour la mise en œuvre des interventions du Plan Stratégique National 2002-2006 relatives au programme national de lutte contre le SIDA :

- décentralisation des structures et organes de gestion du programme et développement de la réponse locale et développement de partenariats avec les acteurs sur le terrain pour la mise en œuvre;
- prise en charge systématique des IST dans tous les CSCOM et les CSAR selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST ;
- élargissement de la réponse nationale aux secteurs autres que la santé par une approche multisectorielle intégrée ;
- prise en compte de l'épidémie de VIH/SIDA et de ses impacts dans les lieux de travail ;
- poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité : information, éducation et communication à l'intention de la population générale, promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social, concentration sur les groupes de populations les plus vulnérables pour un changement des comportements sexuels à risques ;
- le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins;
- promotion du conseil et du dépistage volontaire ;
- augmentation de l'accès aux anti-rétroviraux ;
- amélioration du système d'information sanitaire concernant le VIH/SIDA et les IST.

Stratégie en matière de Population :

La problématique de population au Mali se caractérise par trois données majeures : (i) l'importance de la population pauvre, qui, avec 64%, avoisine les deux tiers de la population totale; (ii) l'existence de nombreuses inégalités dans l'accès aux services de base, l'accès à l'emploi et aux revenus, l'accès aux facteurs de développement (crédit, formation, services)... avec des disparités entre les milieux rural et urbain, entre les sexes, entre les âges, entre les régions, et à l'intérieur des régions; (iii) une croissance démographique rapide (taux de croissance naturel d'environ 3 % par an) qui accroît les besoins, modérée par une forte émigration (taux d'accroissement net de la population d'environ 2.4%) notamment de la population adulte, avec comme conséquence l'importance prise par la population jeune (46 % ont moins de 15 ans).

La lutte contre la pauvreté implique d'une part le recul de tous ces facteurs de distorsion économique et sociale et, d'autre part, la recherche d'un équilibre entre la dynamique démographique et le développement économique et social.

Ces exigences commandent une intégration plus poussée de la problématique démographique dans la stratégie et les actions du CSLP. Ceci a été fait en matière de santé, d'éducation ou dans l'approche des problèmes d'emploi et de protection sociale. Il reste toutefois des progrès à accomplir durant la mise en œuvre du CSLP. Ils devront concerner :

- l'amélioration de la prise en compte des problèmes de population dans les stratégies sectorielles de développement ;
- la réduction des inégalités qui caractérisent le tissu social et notamment le respect du genre ou l'attention aux problèmes des jeunes ;
- la préparation, par des analyses et réflexions stratégiques, des nouveaux progrès à accomplir dans le ciblage de l'action en faveur des groupes sociaux et des régions (ou sous régions) où dominent les phénomènes de pauvreté ;
- une meilleure coordination intra et inter sectorielle dans la mise en œuvre des programmes et actions à caractère ou à connotation démographique ;
- plus généralement la révision et l'actualisation de la politique nationale de population à la lumière des évolutions récentes de problématique et de stratégie économique et sociale.

Le processus de suivi et d'évaluation du CSLP est à ce stade perçu comme un processus évolutif : certains mécanismes de suivi et d'évaluation et le dispositif institutionnel responsable ont d'ores et déjà été identifiés mais sont appelés à être adaptés/modifiés au fur et à mesure que certains acteurs renforceront leurs capacités à contribuer au processus et que certains outils seront rendus plus performants. Ainsi, il est proposé d'élaborer et de mettre en œuvre un processus de suivi/évaluation

basé tout d'abord sur l'existant : ceci suppose une coordination et la mise en cohérence des mécanismes de suivi existants au niveau des différentes structures et l'exploitation judicieuse des différents outils déjà utilisés par elles.

Le suivi et l'évaluation du CSLP se feront sur la base d'indicateurs de performance distinguant clairement trois niveaux : a) activités, b) résultats et c) impact.

Les indicateurs d'activités (input) sont intimement liés aux plans d'action. Ils comprennent des éléments qui s'apparentent à des intrants. Les indicateurs de résultats (output) permettent de suivre avec précision les effets du CSLP à court et à moyen termes; il s'agit là principalement de suivre la couverture et l'accès aux services sociaux de base. Les indicateurs d'impact résument les changements dans les différentes dimensions de la pauvreté

Ensuite, et si nécessaire, de nouveaux mécanismes et/ou outils ou le renforcement de l'existant seront entrepris afin de mettre en place un système de suivi/évaluation global pérenne. La Cellule de Coordination du CSLP se charge dans ce cadre de coordonner les efforts de diagnostic de l'existant et des besoins et de formuler et de mettre en place un système de suivi/évaluation.

Les objectifs spécifiques dans les domaines de la Santé, Eau potable et Assainissement

Les objectifs spécifiques du CSLP correspondent aux axes d'intervention prioritaires et à l'axe préalable de gestion macro-économique. Dans les domaines de la *Santé, Eau potable et Assainissement* les objectifs spécifiques sont :

- améliorer la santé des populations les plus défavorisées qui devra se traduire par : la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile de 15% de 2002 à 2006 (les taux de base et les taux cibles étant différenciés par région) ; la réduction de la mortalité maternelle de 577 pour 100000 à 450 pour 100000 naissances vivantes ; la réduction de la morbidité liée aux principales maladies et carences nutritionnelles affectant des groupes cibles spécifiques ; l'amélioration des mesures d'hygiène et de salubrité à tous les niveaux et spécifiquement l'hygiène hospitalière ; le renforcement de la surveillance et du contrôle de la qualité de l'eau, des aliments et des médicaments ; et, la maîtrise de la croissance démographique à travers la réduction du taux de fécondité.
- protéger le revenu des pauvres et limiter la dépense de santé des groupes les plus défavorisés par la maîtrise des tarifs de soin, la mise en place de mécanismes de solidarité et toutes autres formes de financement alternatif de la santé en faveur des pauvres, et l'amélioration du statut socio-économique des ménages pauvres et en particulier des femmes.
- développer la participation des populations et les partenariats avec la société civile et les communautés par : l'amélioration de la représentativité et de la fonctionnalité des comités de gestion avec l'inclusion des pauvres, les représentants des villages éloignés, des femmes et des jeunes dans les ASACO ; l'amélioration de la qualité de la participation dans la planification et le monitoring local des activités et la mise en place d'actions communautaires de santé ; le renouvellement régulier des organes de gestion des ASACO ; et l'alphabétisation des pauvres notamment les femmes.
- satisfaire les besoins réels en eau potable et en assainissement dans les milieux rural et semi urbain.

Financement du CSLP :

La stratégie de mise en œuvre du CSLP repose sur un accroissement important des financements intérieurs à travers une plus grande mobilisation des ressources intérieures.

Le budget d'Etat pour la santé financé sur ressources intérieures 2002-2005 (milliards FCFA) :

ANNEE	AVANT CSLP	APRES CSLP	DEP ADD
2002	21.6	21.6	0
2003	22.2	25.5	3.3
2004	22.8	28.6	5.8
2005	23.7	32.1	8.5
2003-2005	68.8	86.3	17.5

Dans le domaine de la Gouvernance, les objectifs du CSLP à réaliser sont : i) améliorer la performance du secteur public; ii) consolider les processus de démocratisation et de décentralisation en cours; iii) améliorer la performance et la crédibilité du service public de la justice; iv) renforcer les capacités de la société civile; v) favoriser et garantir les conditions d'une plus grande participation des femmes dans la conduite des politiques; et vi) lutter efficacement contre la corruption.

Dans le cadre de l'amélioration des performances de l'administration publique, le Gouvernement compte poursuivre le processus de recentrage du rôle de l'Etat autour de ses missions essentielles de service public tout en responsabilisant davantage les autres acteurs du développement (collectivités territoriales, société civile, femmes, secteur privé, etc.) en s'appuyant notamment sur les politiques de décentralisation et de privatisation actuellement en cours dans le pays. A cet effet, un Plan d'action portant sur la réforme de la fonction publique a été élaboré et adopté. Les actions de la réforme s'articulent à deux niveaux, à savoir le niveau institutionnel et la gestion des ressources humaines. Pour le renforcement du cadre institutionnel les actions stratégiques prévues portent essentiellement sur :

- La définition des missions et rôle de l'Etat dans la nomenclature des services publics en vue de laisser plus de place et de responsabilité aux autres acteurs de développement (collectivités territoriales, société civile et secteur privé).
- La restructuration et le renforcement des administrations publiques suite à l'audit organisationnel effectué en novembre 2001.
- L'identification et le transfert au secteur privé des activités qui n'ont pas vocation à être publiques. Ce volet porte sur la poursuite du programme de privatisation des compagnies publiques (électricité, eau, télécommunication), du secteur bancaire, et du secteur cotonnier.
- L'organisation et le transfert effectif aux collectivités territoriales des fonctions et responsabilités qui leur sont reconnues par la loi et l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique cohérente et rationnelle de déconcentration des structures de l'Etat au niveau régional et local, non seulement en vue d'assurer l'accompagnement de la décentralisation mais aussi par le renforcement de l'autonomie de gestion des structures déconcentrées. Ceci permettra une gestion plus efficace des ressources publiques.

Le renforcement de la gestion des ressources humaines sera fait par le biais d'une politique de rémunération et de revalorisation des conditions des agents de la fonction publique. Il s'agit entre autre de l'harmonisation de la grille de la fonction publique, de l'élaboration d'un plan de carrière pour toutes les catégories de fonctionnaires et du recrutement orientée vers le renforcement des capacités en ressources humaines particulièrement dans les secteurs sociaux prioritaires (éducation, santé, services sociaux, etc.) et dans les zones défavorisées.

le Gouvernement a décidé de mettre en place un Plan d'actions pour améliorer la gouvernance et la transparence des finances publiques. L'objectif visé est de passer progressivement à une gestion de la dépense publique basée sur les résultats, traduisant ainsi l'efficacité des dépenses publiques.

Les principales orientations et actions préconisées dans le cadre de la préparation et de la programmation budgétaire portent sur :

- la poursuite de la mise en place d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) au niveau sectoriel, commençant par les ministères prioritaires, santé et éducation. L'exercice d'élaboration du CDMT au niveau global a été initié avec le présent processus et a permis de définir un cadre budgétaire cohérent qui tient compte des contraintes budgétaires et la stabilité macro-économique
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature budgétaire et comptable des collectivités territoriales harmonisée avec la nomenclature fonctionnelle et comptable de l'Etat.
- l'intégration de l'aide extérieure dans la gestion des ressources.
- En ce qui a trait au renforcement de l'exécution budgétaire, les actions préconisées portent sur :
- l'élaboration d'un manuel de procédure de la dépense publique ;
- La conception d'un système d'information intégré reliant les acteurs de la chaîne de la dépense, à savoir le budget, le trésor et le contrôle financier;
- le renforcement du système de suivi des investissements publics ;

- Un renforcement du contrôle budgétaire sera mis en œuvre par le biais d'actions à l'égard des instances du contrôle a priori et a posteriori

Pour ce qui est la réforme de l'aide extérieure, il s'agirait, entre autres, de :

- harmoniser et simplifier les procédures (de mobilisation des ressources, de passation des marchés, de décaissement des financements acquis) des partenaires au développement et de l'État malien. A cet effet, il est souhaitable de poursuivre et d'élargir les expériences d'harmonisation déjà en cours, notamment dans le cadre du PRODESS, du PRODEC, du PRODEJ, du processus de décentralisation (ANICT) et de la Revue / Réforme du Système International d'Aide au Mali ;
- renforcer la capacité nationale en matière de planification, de gestion et de suivi – évaluation des projets et programmes de développement ;
- sensibiliser les partenaires au développement afin d'intégrer leurs appuis dans le processus budgétaire de l'État et d'orienter leurs interventions en direction des activités retenues dans le cadre du CSLP ;
- négocier et privilégier la mobilisation des ressources sous forme de dons et de prêts à des conditions très concessionnelles pour le financement des projets / programmes de réduction de la pauvreté ;
- élaborer et mettre en œuvre une véritable politique saine et cohérente d'endettement extérieur basée sur les principes de rentabilité économique et financière des projets et programmes soumis aux partenaires au développement.

La phase actuelle de réforme du Système International d'Aide au Mali consiste à enclencher un processus de réforme portant sur la coordination et les modalités de l'aide et de parvenir à une aide pilotée et coordonnée par les autorités nationales, maîtrisée par les structures locales et plus efficace au profit des populations maliennes.

Le Gouvernement du Mali, dans le cadre du dialogue social nécessaire à la mise en œuvre du programme de développement économique national, a proposé aux partenaires sociaux dans sa Déclaration de Politique Générale du 6 mai 2000, l'élaboration d'un pacte de solidarité pour la croissance et le développement. Le pacte issu des discussions est conçu sous forme de programme d'actions, et contient les éléments visant l'amélioration de la performance des personnels de la fonction publique.

La réalisation de l'objectif général de la Solidarité au Mali passe par des objectifs spécifiques comme par exemple la protection sociale généralisée et plus spécifiquement la protection des couches plus vulnérables et économiquement faibles contre les risques de marginalisation et d'exclusion; la promotion des mécanismes fondés sur la solidarité (associations, mutuelles, coopératives).

Pour le processus de décentralisation et de déconcentration le Plan d'action pour la consolidation de la décentralisation s'articule autour de cinq axes ci-après :

- le renforcement des capacités locales à travers, d'une part, des formations adaptées aux spécificités et préoccupations des élus et du personnel des collectivités, ce qui permettra de doter celles-ci d'équipes performantes, et, d'autre part, de programmes IEC spécifiques destinés aux populations pour améliorer la citoyenneté locale et le fondement de la démocratie ;
- l'amélioration de la capacité de financement des collectivités à travers des appuis spécifiques : le système de financement par l'intermédiaire de l'Agence Nationale pour l'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT) sera renforcé à travers deux orientations majeures : i) appuis spécifiques aux communes les plus pauvres pour élaborer leurs plans de développement ; ii) appuis supplémentaires aux communes introduisant des innovations techniques et des éléments de protection sociale ;
- le transfert de compétences et de ressources équivalentes pour favoriser la durabilité et la qualité des services de proximité ;

- le renforcement de l'encadrement des collectivités territoriales par les services de tutelle d'une part dans le cadre de la déconcentration, d'autre part à travers les organisations inter collectivités comme l'Association des municipalités du Mali.
- la sensibilisation, formation et soutien des collectivités territoriales pour qu'elles puissent être un acteur majeur de la lutte contre la pauvreté, notamment à travers les micro-réalisations et la promotion d'une économie de proximité communautaire et non communautaire.

Quant au renforcement des capacités de la société civile, ses grandes orientations portent sur :
 la formation des acteurs de la société civile afin de renforcer leurs compétences techniques et leur capacité de gestion;
 une plus grande organisation des institutions membres afin de renforcer leur représentativité;
 des échanges d'informations et d'expériences entre organisations membres;
 et la mise en place de cadres de concertation au niveau national et le renforcement des cadres sectoriels aux niveaux local et régional.

8.4. La synergie avec le CDMT

L'élaboration du CDMT répond à un certain nombre d'objectifs :

- la définition d'un cadre budgétaire cohérent et réaliste qui favorise la stabilité de l'environnement macroéconomique du pays ;
- la mise en place d'un système d'allocation de ressources cohérent avec les priorités stratégiques sectorielles et intersectorielles du gouvernement ;
- la disponibilité d'enveloppes financières sectorielles prévisibles permettant aux ministères d'élaborer des stratégies soutenables d'une part l'élaboration du budget-programme d'autre part.

Le CDMT présente les mêmes sept programmes du PRODESS II, avec leur coût global et leurs résultats qui en sont attendus en termes de production de soins, en termes d'intrants ainsi que leur impact sur les indicateurs principaux par le programme de lutte contre la pauvreté. De ce fait, le CDMT établit un lien dynamique entre les objectifs, les activités, les indicateurs et le budget.

Le cadre de dépenses à moyen terme est important pour les raisons suivantes :

- D'abord parce que les ressources financières mises à la disposition de la Santé par l'Etat et ses partenaires seront en expansion nette dans les années à venir, et que pour pouvoir en tirer profit il faut dès à présent cadrer les efforts de planification. Le chapitre 6 du CDMT montre qu'on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'effort combiné de l'Etat et de ses partenaires permette de passer d'un budget toutes sources confondues de 52,7 milliards FCFA en 2002 à 68,2 milliards en 2003 pour atteindre 133,2 milliards en 2007 ;
- Ensuite, parce que le cadre de dépenses à moyen terme peut fournir le mécanisme de continuité à la programmation au cas où la préparation du PRODESS II accuserait du retard. Ainsi ce cadre permettra d'éviter la perturbation de la planification et la stagnation des activités qui ont accompagné la précédente phase de préparation ;
- L'architecture de ce cadre de dépenses à moyen terme basée essentiellement sur celle de la composante santé-population du cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté, préfigure l'architecture de la deuxième tranche du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social ;
- Parce qu'il se place dans le cadre de la réforme de la gestion publique en cours au Mali, les façons traditionnelles de constituer les budgets (extrapolation du passé et/ou synthèse des PO) sont arrivées à un niveau de rentabilité décroissante à l'heure où la mise en œuvre de la politique sectorielle doit trouver son second souffle. La vision des réformes de la gestion des dépenses publiques au Mali prévoit de passer d'un système basé sur le seul contrôle des dépenses à un système basé sur la recherche de l'efficacité des dépenses et le suivi des résultats.

- Les dépenses doivent permettre d'obtenir des résultats. Il ne s'agit plus seulement de financer les PMA, mais il faut des programmes pour lever les goulots d'étranglement. Le contexte budgétaire des dernières années était marqué essentiellement par le besoin de mobiliser des ressources dans un cadre de restriction budgétaire. La situation actuelle est plus favorable : il y a une possibilité d'extension du budget. Plutôt que de l'utiliser en prévoyant une augmentation linéaire des différents postes budgétaires, le Ministère de la Santé veut utiliser cette marge pour lever les contraintes politiques et opérationnelles qui limitent la fourniture de paquets de services dont on sait qu'ils peuvent faire la différence en matière de santé et d'indicateurs de santé.
- Le CDMT santé constitue un puissant outil de négociation avec l'ensemble des partenaires. Son exécution nécessitera la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation impliquant l'ensemble des acteurs.

8.5. La synergie avec le FONDS GLOBAL et les ODM

Récemment la requête du gouvernement du Mali au Fonds Global pour la Lutte contre le SIDA/VIH et contre le Paludisme et la Tuberculose a été approuvée pour les composantes VIH/SIDA et Tuberculose. Ces ressources, qui sont d'un volume considérable (autour de 120 millions US\$) quand on les compare avec le budget national de la santé, seront disponibles à partir de 2005 pour une période de 5 ans. Les activités prévues dans le cadre de ce fonds seront mises en œuvre à travers le secrétariat exécutif de lutte contre le VIH (bénéficiaire principal du fond) rattaché à la présidence. Le ministère de la santé (bénéficiaire secondaire du Fonds mondial de lutte contre le VIH) utilisera toutes les ressources additionnelles pour la mise en œuvre de son plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA. Les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du PRODESS II s'inscrivent dans le PNLS multi-sectoriel. Cependant, les ressources du Fonds Global seront utilisées et gérées parallèlement. Il existe un *Country Coordination Mechanism* (CCM) et le Fonds propose aux gouvernements de signer un contrat avec un Local Fund Agent (LFA).

Il faut signaler que le Mali bénéficie d'un financement pour la lutte contre le paludisme à travers le Fonds global pour lequel le ministère de la santé est bénéficiaire principal.

Ces LFA sont typiquement des entreprises comptables privées. Leur rôle est de vérifier les rapports de programme et les rapports financiers et de formuler des recommandations au Secrétariat exécutif de lutte contre le VIH/SIDA.

Dans un pays comme le Mali, où le MS et les PTF ont entamé l'approche sectorielle et où un système de monitoring et contrôle global est en train de se mettre en place et a fait preuve de son efficacité, le Fonds Global pourrait évoluer rapidement vers l'utilisation des mêmes structures/procédures comptables. Dans ce cas, la mise en place d'un mécanisme pour assurer ce lien s'impose. En cette phase le renforcement des mécanismes de coordination, de concertation et de financement s'avère nécessaire de façon à garantir la cohérence d'ensemble du PRODESS II.

Les objectifs du CSLP visent à atteindre à long terme les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM) en 2015. Il est généralement reconnu que le Mali est parmi les quelques pays qui seraient en mesure de réaliser la plupart des objectifs fixés.

9. COUT ESTIMATIF ET PLAN DE FINANCEMENT

En ce qui concerne la coordination des financements des activités des deux Composantes il est aujourd'hui difficile d'établir des passerelles en ce sens que la Santé dispose d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) alors que la Composante sociale n'en a pas. De plus la programmation de la Composante sociale n'a pas été réellement élaborée dans le sens de la préparation d'un CDMT spécifique.

En ce qui concerne l'importance relative des volets (programmes P1 à P7 dans le CDMT) en volume de ressources financières requises :

L'importance des volets accès (V1) et renforcement des capacités institutionnelles (V7) devrait permettre de jeter les bases d'un développement du système sanitaire nécessaire à la mise en œuvre d'activités essentielles à l'atteinte des objectifs ; leur part relative devra connaître une baisse progressive dans le cadre d'une augmentation des montants bruts des allocations respectives ;

La disponibilité des ressources humaines (V2) et des ressources matérielles (V3) ainsi que la lutte contre la maladie (V4) devront se maintenir en accroissement afin de garantir la durabilité des résultats.

L'équilibre apparent entre investissement et fonctionnement est en faveur d'une efficacité de la dépense de santé ; il devra évoluer vers un ratio investissement sur fonctionnement d'environ 0,6. Il faut noter que toutes les dépenses « médicaments et consommables » ont été comptabilisées dans le fonctionnement, alors qu'une part non négligeable est destinée à des renforcements de fonds de roulement souvent considéré comme de l'investissement.

C'est aussi le cas de la plupart des formations, recyclages et voyages d'étude qui ont été retenus dans le fonctionnement alors que ces activités sont habituellement considérées comme investissement dans le domaine des ressources humaines.

Malgré une variation dans le ratio investissement sur fonctionnement entre les régions, la moyenne régionale reste favorable à une dépense efficiente en santé, avec un ratio de 0,4. Le programme futur devra veiller à maintenir ce niveau afin de renforcer les activités de mise en œuvre (activités avancées et mobiles, supervision), de permettre la prise en charge de la ressource humaine et d'assurer une bonne maintenance des équipements.

Allocation de la dépense par niveau :

Dans le passé, le niveau secondaire recevait moins de 5% du financement du secteur, tandis que le niveau central/tertiaire recevait 47%. Ceci constitue un déséquilibre sérieux, parce que les structures secondaires restent indispensables à la coordination et à la prise en charge efficace des programmes régionaux.

Il sera donc nécessaire de renforcer la part globale « primaire et secondaire » afin de la porter de 53% à près de 75%, et de faire baisser la part relative du niveau central à moins de 20%.

Allocation de ressources par zone de pauvreté :

La zone 1, qui est la zone la plus pauvre, connaît une dépense relative par habitant inférieure aux deux autres zones considérées moins pauvres ; il s'agit là d'une situation incompatible avec les orientations du CSLP et de sa composante santé. Les allocations futures des ressources devront favoriser les zones pauvres afin de permettre la mise en œuvre de stratégies visant en particulier la réduction des indicateurs dans les franges les plus pauvres ; en effet, l'analyse de situation ci-dessus (voir 2.1.) montre un gradient prononcé entre les indicateurs de santé des quintiles les plus pauvres et les plus riches.

Une action mieux ciblée sur ces franges pauvres permettra une meilleure amélioration des indicateurs nationaux à travers une réduction des mortalités et morbidités dans ces groupes les plus frappés.

Disponibilité de ressources humaines efficaces :

L'analyse de la dépense allouée à la disponibilité des ressources humaines montre que plus de 35% ont bénéficié aux institutions centrales (Ministère de la santé, institutions de coordination) ; ce déséquilibre ne semble pas favorable à une efficience et devrait être analysé en profondeur dans le cadre d'un programme de développement de la ressource humaine axé sur la performance.

La disponibilité de ressources matérielles de qualité :

Cet important sous-programme a constitué en 2002 moins de 10% des allocations financières du secteur ; ces intrants restent cependant essentiels pour le fonctionnement efficace du système de santé, Ils devront ainsi bénéficier d'une attention particulière, et leur part relative devra connaître une augmentation progressive visant l'accompagnement et la rentabilisation des efforts menés au niveau des sous programmes précédents.

Qualité, la demande et la lutte contre la maladie :

Les activités retenues dans le cadre de l'amélioration de la qualité, du renforcement de la demande et de la lutte contre la maladie se limitent à la formation, à la mise en œuvre et au suivi/évaluation ; la recherche a été retenue au niveau du sous-programme 6.

La mise en œuvre de ce Programme devra permettre une amélioration de la qualité des prestations et une meilleure utilisation des services de santé par les populations, tous deux facteurs indispensables à une amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité liée à la maladie.

Ce programme devra garder une importance particulière dans l'allocation des ressources, et de façon croissante afin de rentabiliser au maximum les investissements réalisés au niveau des trois programmes précédents.

L'analyse de l'allocation en 2002 par volet de ce programme montre cependant des disparités qui devront retenir l'attention dans le futur.

La faible proportion de financement allouée à la SR/PECIME et au PEV de routine (activités fixes, avancées et mobiles) devrait faire l'objet d'attention particulière dans le cadre d'une lutte efficace contre les mortalités maternelle et infantile ; l'organisation de JNV dans le cadre de campagnes internationales et sous-régionales ne devrait pas se faire au détriment des activités durables de vaccination.

Le Programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre ainsi que la lutte contre les autres maladies devront bénéficier d'une augmentation de leurs inscriptions financières afin de permettre un réel control de leur propagation et de leurs effets en particulier sur les couches les plus pauvres, tout en maintenant les niveaux des programmes de lutte contre le paludisme et le SIDA.

Répartition des enveloppes budgétaires :

Elle sera faite en fonction des variables de la pauvreté et de la déconcentration. Il s'agira de :

une répartition des enveloppes prévisionnelles de dépenses entre le niveau central et le niveau régional afin de favoriser la déconcentration des dépenses et de promouvoir l'évolution vers la décentralisation; elle variera au cours du quinquennat de 50 à 60% pour le niveau régional (y compris le district sanitaire), de 7 à 10% pour le niveau tertiaire et de 43 à 30% pour le niveau central.

une répartition des enveloppes prévisionnelles de dépenses entre les différentes régions en tenant compte des variables de la pauvreté.

un recentrage des enveloppes prévisionnelles de dépenses régionales sur les actions prioritaires du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté.

Les Plans Opérationnels annuels tiendront compte à la validation des répartitions des enveloppes issues du CDMT.

Les fonds d'appui du programme sectoriel santé des PTF et de l'Etat seront planifiés à travers tous les établissements de santé. En ce qui concerne les districts sanitaires les PO seront validés par le conseil de gestion du cercle. L'arbitrage sera fait au niveau régional lors du CROCEP qui adoptera le budget de fonctionnement. Le budget d'investissement sera adopté au niveau national ainsi que le dépassement du budget de fonctionnement.

Lors de la consolidation nationale la DAF exercera un contrôle et ajustera éventuellement le budget en conséquence.

Pour les détails concernant le cadre budgétaire, veuillez consulter l'Annexe N°3.

10. CONDITIONS DE REUSSITE¹⁰ ET RISQUES

L'atteinte des objectifs du secteur dépendra en bonne partie de la qualité de l'allocation des ressources ; c'est pourquoi, il sera indispensable de prendre en compte les cadrages et orientations du CDMT dans les différentes planifications et utilisations des ressources.

¹⁰ Extrait CDMT santé

10.1. Les conditions de réussite

De façon sectorielle les conditions de réussite dépendent du renforcement des acquis et de la prise en compte de certaines réformes institutionnelles au niveau macro politique :

- **La déconcentration du système de budgétisation** par la mise en place des enveloppes budgétaires au niveau des régions sur la base des contrats de performance assortis de contrôle ex-post et audit financier annuel. Ce système impliquerait systématiquement les communautés, les ASACO, les conseils communaux, les conseils de cercle et les délégués du gouvernement dans les cercles ou les communes.
- **L'intégration des politiques de prévention du VIH/SIDA** dans toutes les composantes du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en se focalisant sur les programmes de prévention/atténuation de l'impact du SIDA et en ciblant les ménages qui étaient pauvres au moment de l'infection à VIH pour empêcher ces familles de sombrer dans une plus grande pauvreté ;
- **La création d'un environnement éthique, juridique** favorable au respect de la dignité et des droits des personnes vivant avec le VIH ;
- **La décentralisation**: les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du CDMT s'appuient sur les options de découpage territorial et de transfert de responsabilités de l'Etat vers les collectivités décentralisées.
- **L'éducation des populations** : les stratégies proposées reposent sur une amélioration du niveau de scolarisation notamment celui des filles. Les taux de scolarisation sont encourageants, de tels résultats permettront d'accroître les performances du programme dont l'amélioration des conditions d'hygiène, de la nutrition, la réduction du niveau de fécondité, la prévention de risques maternels et infantiles ;
- **La situation macro-économique** : la perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus, des ménages, et des communautés à l'effort de financement de la santé. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs, promotionnels et curatifs, l'état doit accroître sa contribution au secteur de la santé. Les partenaires techniques et financiers devraient consolider leurs contributions au financement du programme sectoriel.
- **La collaboration inter sectorielle** : la résolution des problèmes de nutrition, de lutte contre la maladie, de disponibilité en eau potable, de mobilisation sociale, d'implication et de la participation des femmes, la problématique de préservation de l'environnement nécessite l'implication et la participation des autres secteurs au développement notamment le développement rural, l'environnement et l'assainissement, l'hydraulique, la promotion de la femme et de l'enfant, la jeunesse et l'éducation. L'accompagnement du secteur de la santé, par les autres départements, pour lui permettre d'atteindre ses objectifs doit être basé sur un contrat/convention axé sur les résultats.
- **Les nouvelles réformes du secteur** : l'implication de plus en plus importante des communautés, des autres secteurs au développement, du secteur privé et de la société civile dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à renforcer ou à redéfinir les rapports entre eux et les professionnels de la santé. Ce changement de mentalité qui a commencé avec la mise en œuvre du PRODESS I devra se poursuivre en développant de nouveaux partenariats. Le maintien et le renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers doivent être consolidés.
- **Les ressources humaines** : d'une manière générale, l'amélioration des performances du système de santé sera fonction de la qualité du personnel, de sa quantité et de sa motivation. Il est donc important d'élaborer un cadre organique d'emploi et un plan de carrière, et de mettre en œuvre des mécanismes de motivation du personnel de la santé. Il est également important de créer de façon décentralisée de nouvelles écoles de formation professionnelles et d'élaborer un plan de recrutement.

- **L'extension de la couverture sanitaire** : ce processus doit être poursuivi avec la pleine participation et contribution des collectivités décentralisées, des populations et des associations de santé communautaires.

10.2. Les risques

1. Le premier risque est la persistance d'une culture bureaucratique de l'administration publique, qui, contrairement à une culture d'entreprise, n'est pas axée sur la performance. Dans ce cas, le fonctionnement des services de santé continuera de souffrir des problèmes de personnel non motivé, insuffisance de délégation de responsabilités, manque d'évaluation de la performance du staff et des mesures incitatives et de sanction, manque d'efficacité, etc.
2. Le deuxième risque est une lenteur prolongée dans la réforme de l'administration publique, notamment par rapport aux ressources humaines.
3. Le troisième risque concerne la lenteur dans la décentralisation administrative en termes de transfert de compétence, capacités et moyens aux collectivités locales.

11. PERSPECTIVES A MOYEN TERME

Dans différents documents l'intention du gouvernement et de certains PTF est évoquée d'évoluer de l'approche sectorielle vers l'appui budgétaire. Notons que plusieurs PTF fournissent déjà un appui budgétaire macro dans le cadre du programme d'ajustement structurel, c'est-à-dire un apport au budget de l'Etat sans cibler des secteurs spécifiques (BM, UE, Canada, les Pays Bas). **La volonté d'évoluer rapidement vers l'appui budgétaire sectoriel a été clairement affichée par les autorités nationales. Il faut signaler que la prédisposition de nombreux PTF à s'inscrire à l'appui budgétaire se précise de plus en plus. Ainsi l'élaboration des différents instruments devant accompagner la matérialisation du processus devient une urgence (conditionnalités de performances entre autres). Il faut rappeler que l'évolution de l'approche sectorielle vers un appui budgétaire sectoriel peut prendre différentes formes.**

L'environnement dans lequel l'appui budgétaire est à réaliser, doit répondre à certains critères :

- Une politique macro-économique saine et claire
- Une politique sectorielle pertinente et viable à long terme;
- La capacité nationale pour la mise en œuvre ;
- Un système d'administration publique solide et transparent.

Aujourd'hui le MS doit gérer une situation assez complexe :

- Il existe un cadre d'approche sectorielle sur le plan institutionnel et en terme de procédures harmonisées ;
- Le manuel de procédures du PRODESS I doit être révisé pour tenir compte de certains développements (CSLP, CDMT) ;
- Une partie de la communauté de PTF n'adhère pas encore à l'approche sectorielle et continue d'utiliser ses propres modalités d'appui ;
- Le rôle du MS sera d'avantage clarifié dans les domaines convergents avec le MDSSPA;
- Les conditions seront réunies pour justifier le passage vers l'appui budgétaire. Pour cela le MS élaborera une « feuille de route » avec des jalons pour la préparation de l'appui budgétaire sectorielle.

ANNEXES

- Les cadres logiques des 7 volets
- Indicateurs PRODESS II, composante santé
- Détails du budget et plan de financement
- **Textes législatifs et réglementaires adoptés au cours de la mise en œuvre du PRODESS.**

ANNEXE N° 1 : CADRE LOGIQUE PAR VOLET DU PRODESS

VOLET I : ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE DES DISTRICTS SANITAIRES

EFFET SPECIFIQUE	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1 ^{ère} référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté.	l'accès aux structures fixes de 41% à 50% à < 5km et de 66% à 80% à < 15km.	SLIS	
	l'accès aux activités CSCOM et stratégies avancées de 67 % à 77 %.	Rapports de monitoring	
	l'accès aux activités menées au niveau ménage et communautaire de 32% à 60%.	Rapports de monitoring.	
	taux de couverture en PEV : enfants complètement vaccinés.	SLIS	Engagement et participation des communautés, Application du décret 02-314 effective.
	taux de référence au niveau dans CSREF	SLIS	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par <u>stratégie fixe</u> est augmentée par la création de nouveaux CSCOM.	Le nombre de nouveaux CSCOM créés par zone de pauvreté, dans le respect de la carte sanitaire et avec une perspective de viabilité économique 1. Le nombre CSCOM réhabilités (et dotés en équipements complémentaires) par zone de pauvreté. 2. Le nombre de CSCOM relancés (PMA), sur le nombre de CSCOM non fonctionnels (%).	SLIS	Participation des populations dans le cadre de la décentralisation (ASACO, collectivités territoriales)
2	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe est augmentée par <u>la réhabilitation des CSCOM existants</u> et par la relance de CSCOM <u>non fonctionnels</u> .	1. Le nombre CSCOM réhabilités (et dotés en équipements complémentaires) par zone de pauvreté. 2. Le nombre de CSCOM relancés (PMA), sur le nombre de CSCOM non fonctionnels (%).	SLIS	Participation des populations dans le cadre de la décentralisation (ASACO, collectivités territoriales)

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
3	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par des stratégies alternatives est augmentée (stratégie avancée, équipes mobiles et services au niveau communautaires.)	Taux de couverture géographique en stratégie avancée, en stratégie mobile et en stratégie communautaire, par zone de pauvreté	SLIS	1. Participation des populations dans le cadre de la décentralisation (ASACO, collectivités territoriales). 2. la viabilité de cette stratégie à long terme a été vérifiée.
4	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) est augmentée par le développement de partenariats de collaboration avec des prestataires du secteur privé (ONG, associations, for profit).	% de PMA offerts par le par des prestataires du secteur privé	SLIS	Présence de prestataires du secteur privé dans les zones non couvertes
5	L'accessibilité géographique en soins de 1 ^{re} référence est améliorée par la disponibilité d'un plateau technique approprié au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence.	Le pourcentage de cercles, où le CSREF offre un plateau technique selon les normes.	SLIS	
6	L'accessibilité géographique en soins de 1 ^{re} référence est améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des systèmes de (contre)référence et d'évacuation.	Le pourcentage de cercles ou un système d'évacuation/ référence fonctionne (critère : communication, transport, prise en charge financier, continuité des soins et documentation).	SLIS	

	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
Extrait 1 :								
Nouveaux CSCOM Zone 1 : 150, zone 2 : 50, zone 3 : 0								
1	Planifier 200 CSCOM (approche communautaire, études, formation, recrutement...).	Zone 1 : 150 Zone 2 : 50	DNS	25	50	50	50	25
2	Construire 200 CSCOM	Zone 1 : 150 Zone 2 : 50	Collectivités	25	50	50	50	25
3	Equiper 200 nouveaux CSCOM (meubles, bureau, MEG, motos, chaîne de froid) et doter 300 CSCOM existants en équipements complémentaires.	Zone 1 : 150 + 201 Zone 2 : 50 + 77 Zone 3 : 0+ 22	DAF	75	125	125	125	50
4	Matériel de communication, transport, système d'eau.		DAF	25	50	50	50	25

	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
5	Dotation en MEG	Zone 2 : 77+50 Zone 3 : 22+7+45	DPM	75	125	125	125	50
6	Subvention aux nouveaux CSCOM non viables		DAF					
7	Supervision des nouveaux CSCOM.		DNS	25	75	125	175	200
Extrant 2 :								
Réhabilitation de 300 CSCOM et relance de CSCOM non fonctionnels.								
1	Etudes et travaux de génie civil	Génie civil	CEPRIS	50	75	75	75	25
2	Compléments en équipements et MEG	Equipements, médicaments	DAF/DPM	50	75	75	75	25
3	Sensibilisation, négociation, formation, relance	Fonctionnement hors salaire	DNS	50	75	75	75	25
Extrant 3 :								
Stratégies alternatives en soins primaires.								
1	élaboration d'un guide pour la mise en place d'un réseau de relais communautaires dans les zones concernées	Fonctionnement hors salaire	DNS	1				
2	Sensibilisation ; Identification, formation, recrutement, supervision et recyclage des relais.	Total : 1344 Zone 1 : 1 relais/1000 hbt Zone 2 : 1 relais/500 hbt	DNS	344	600	400		
3	Équiper les relais (1344 bicyclettes, ..) et fournir une dotation initiale en consommables	Investissement et fonctionnement	DAF	344	600	400		
4	Évaluer après 2 ans les premières expériences avec la nouvelle stratégie de relais.	Fonctionnement hors salaire	DNS			1		
5	élaboration d'un guide pour la mise en place de la stratégie mobile dans les zones concernées.	Fonctionnement hors salaire	DNS	1				
6	Doter les 30 cercles avec stratégie mobile en personnel supplémentaire (60 infirmiers, 30 chauffeurs).	Salaires	DAF	15	15			
7	Doter les 30 cercles avec stratégie mobile en véhicules additionnels.	Investissement	DAF	15	15			
8	Subvention des frais de fonctionnement de la stratégie mobile : perdiem, carburant, entretien (zone 2 et 2 cercles de la zone 1).	Fonctionnement hors salaire	DAF	15	30	30	30	30
9	Sensibilisation pour la stratégie avancée (855 aires)	Fonctionnement hors salaire	DNS	680	730	780	830	855
10	Doter les aires de santé concernées par la SA en personnel supplémentaire.	Salaires	Collectivités	680	730	780	830	855

ACTIVITES PAR EXTRANT		INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
11	Doter les aires de la SA en motos, matériel.	Investissement	DAF	680	730	780	830	855
Extrant 4 :								
Partenariats de collaboration avec des prestataires du secteur privé								
1	Identification, sensibilisation et accréditation des prestataires privés ; signature de conventions.	Fonctionnement hors salaire	DNS	x	x	x	x	X
2	Formation et recyclages des équipes des prestataires privés	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	x	x	x	x
3	Dotations en supports, MEG, vaccins, contraceptifs, petits matériels.	Fonctionnement hors salaire	DNS/DPM	x	x	x	x	x
4	suivi de la convention et coordination.	Fonctionnement hors salaire	DNS	x	x	x	x	x
Extrant 5 :								
Compléter le plateau technique des CSREF								
1	Construire 10 CREF et réhabiliter 16 CSREF	Génie civil	CEPRIS	3	6	7	6	4
2	Equiper 26 centres de santé de référence (10 nouveaux, 16 réhabilités) pour les soins Médico-Chirurgicaux d'urgence et 28 autres existants.	véhicules 4X4, équipements Médico-Chirurgicaux pour SOU.	DAF	15	22	7	7	4
3	Formations compléments plateau technique.	Fonctionnement hors salaire	DNS	15	22	7	7	4
Extrant 6 :								
Mise en place et perfectionnement des systèmes de (contre) référence.								
1	Planification et mise en place des systèmes (communication, transport, prise en charge financier, continuité des soins et documentation).	Fonctionnement hors salaire	DNS	3	6	7	6	4
2	Équipements (ambulances, RAC etc.).	Investissement	DAF	3	6	7	6	4

VOLET 2 : DISPONIBILITE, QUALITE ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

EFFET SPECIFIQUE

EFFET SPECIFIQUE	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
Les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par de personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant.	<p>Degré de satisfaction des utilisateurs par rapport à la prise en charge technique, l'accueil et l'attitude du personnel.</p> <p>La disponibilité d'au moins 1 infirmier par CSCOM à 100% dans les zones 1 et 2.</p> <p>La disponibilité de 2 infirmiers par CSCOM dans au moins 80% des CSCOM de la zone 1.</p> <p>La disponibilité d'une équipe mobile renforcée (1 infirmier, 1 infirmière obstétrique, 1 chauffeur) dans 100% des cercles de la zone 2 et dans tous les cercles des régions de Koulikoro et Ségou pour la zone 1.</p> <p>la disponibilité de trois médecins dans tous les CSREF dont un à tendance médecine interne, un médecin à tendance chirurgicale et un médecin à tendance santé publique.</p>	<p>enquête</p> <p>SLIS</p> <p>SLIS</p> <p>SLIS</p> <p>SLIS</p>	<p>Synergie avec la réforme de l'administration civile et de la fonction publique. et collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.</p> <p>Synergie avec la réforme de l'administration civile et de la fonction publique. et collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.</p> <p>Synergie avec la réforme de l'administration civile et de la fonction publique. et collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.</p> <p>Synergie avec la réforme de l'administration civile et de la fonction publique. et collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.</p> <p>Synergie avec la réforme de l'administration civile et de la fonction publique. et collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.</p>

EXTRANTS DU VOLET

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	La <u>capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées)</u> est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté.	La capacité totale de l'ensemble des écoles de santé en nombre de diplômés/catégorie par an par rapport aux besoins.	Rapport annuel des écoles.	Respect des exigences du marché de l'emploi.
2	Les <u>élèves profitent de formation en stage (sur le tas)</u> adéquate.	Nombre de lieux de stages accrédités.	Rapport annuel DRH ¹¹	Respect des exigences du marché de l'emploi.
3	Les <u>programmes des filières des écoles de formation ont été adaptés</u> à la politique de santé.	Taux de couverture en lieux de stages : capacité totale par rapport au nombre d'élèves ayant besoin d'un stage. Nbre de filières dont une révision du curriculum a été effectuée et pour lesquelles le nouveau matériel éducatif est utilisé dans les écoles.	Enquête auprès des écoles. Rapports annuels DRH et des écoles.	Respect des exigences du marché de l'emploi. Collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.
4	Les <u>formations continues</u> sont pertinentes et mieux coordonnées ; l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés selon les besoins.	% de formations non programmées (PO annuel au niveau central pour la formation continue) mais effectuées.	Rapport annuel DRH.	Collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.
5	Le <u>personnel est disponible</u> en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé (CSCOM, CSREF, hôpitaux régionaux).	Nombre d'agents formés et évalué sur le lieu de travail. % de structures de santé dotées de personnels selon le cadre qualifiés suivant leur cadre organique (quantitative et qualitative) : 1 infirmier par CSCOM à 100 % dans les zones 1 et 2. 2 infirmiers par CSCOM dans au moins 80 % des CSCOM de la zone 1 équipe mobile renforcée (1 infirmier, 1 infirmière obstétricienne, 1 chauffeur). dans 100 % des cercles de la zone 2 et	Rapport d'évaluation de la formation continue. Rapport système d'information sanitaire et RH.	Collaboration réussie avec le Ministère de l'éducation.

¹¹ Future DRH ou service alternative qui sera responsable du domaine de RH.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
		dans tous les cercles des régions de Koulikoro et Ségou pour la zone I.		
6	La <u>gestion des ressources humaines</u> a fait l'objet d'un <u>paquet de réformes</u> , basé sur une <u>politique de gestion et de développement des ressources humaines</u> et un <u>plan pluriannuel de mise en œuvre</u> , ceci en tenant compte de la réforme de l'administration civile.	Taux de réalisation des réformes prévues dans le PRODESS II. Le redéploiement du personnel de l'ensemble du personnel de santé a eu lieu sur la base de critères pré-établis (cadre organique, pauvreté,..) et d'un plan de redéploiement validé. Des mécanismes incitatifs liés à la performance sont opérationnels dans ...% des CSREF et hôpitaux.	Rapport annuel DRH, DAF. Rapport système d'information RH et DAF. Enquête	Volonté politique Volonté politique Volonté politique
7	Le MS se dote d'un ensemble d' <u>assistance technique (AT)</u> de courte et de longue durée, sur la base d'un plan d'AT pluriannuel glissant.	Taux de réalisation du plan directeur AT.	Rapport annuel DRH.	Volonté politique.

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
Extrant 1 :								
La capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté.								
1	Formaliser/adapter le cadre de collaboration entre le MS et les écoles privées :	Fonctionnement hors salaires	ME/ MS/DNS	x				
2	Appliquer les textes relus de création des écoles privées de formation en santé à la lumière des problèmes rencontrés.	Fonctionnement hors salaires	ME/ MS/DNS	x	x	x	x	x
3	Formaliser le cadre de concertation entre les écoles publiques et privées	Fonctionnement hors salaires	ME/ MS/DNS	x				
4	Renforcer les capacités des écoles existantes	Fonctionnement hors salaires, génie civile, mobilier, équipements, matériel didactique, formation, salaires.	ME/ MS/DNS	x	x	x	x	x
5	Créer l'INFTESS (ou, si le texte de création existe déjà : L'INFTESS a été construit, équipé et opérationnalisé).	Fonctionnement hors salaires, génie civile, mobilier, équipements, matériel didactique, formation, salaires.	MS/DNS	x				
6	Créer une ESS au niveau des régions de Ségou, Tombouctou et Gao.	Fonctionnement hors salaires, génie civil, équipements, matériel, formation, salaires.	MS/DNS	x	x	x	x	x
7	Former/recycler les enseignants existants en techniques de santé et éducation/didactique.	Fonctionnement hors salaires, formation.	MS/DNS	x	x	x	x	x
8	Recruter/ former de nouveaux enseignants ; résoudre le problème du trop grand nombre d'enseignants vacataires dans les écoles de santé.	Fonctionnement hors salaires, formation.	MS/DAF	x	x	x	x	x
Extrant 2 :								
Les élèves profitent de formation en stage (sur le tas) adéquate								
1	Recensement des lieux de stage et des capacités du personnel sur le plan technique et didactique ; accréditation des lieux de stage.	Fonctionnement hors salaires	INFTESS	x	x	x	x	x
2	mise en place d'un mécanisme de coordination/ collaboration entre les lieux de stage et les écoles ; mise en place d'un mécanisme de contrôle des lieux de stage accrédités.	Fonctionnement hors salaires	INFTESS	x				

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
3	Recyclage du personnel enseignant des lieux de stage (technique et didactique).	Fonctionnement hors salaires, formation.	INFTESS	x	x	x	x	x
Extrant 3 :								
Les programmes des filières des écoles de formation sont adaptés à la politique de santé								
1	Préalable : revue et, si nécessaire, adaptation du profil des différents catégories de personnel de santé, ainsi que des cadres organiques des différentes structures de soins de santé.	Fonctionnement hors salaires	INFTESS	x				x
2	Réviser les curricula de formation existants et les méthodes d'enseignement.	Fonctionnement hors salaires	INFTESS	x			X	
3	Mettre en application et évaluer l'impact des curricula révisés.	Fonctionnement hors salaires.	INFTESS	x			X	
Extrant 4 :								
Les formations continues sont pertinentes et mieux coordonnées ; l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés								
1	Réviser la stratégie nationale de formation continue : (1) recensement des besoins en formation continue, (2) recensement et accréditation d'enseignants du public ainsi que du privé pour la formation continue, (3) la planification des formations sur 5 ans, (4) la coordination et évaluation des formations, (5) le développement de nouveaux modules en fonction des besoins.	Fonctionnement hors salaires	DNS	x			x	
2	Mise en place d'un cadre organisationnel pour la mise en oeuvre du plan d'action pour la formation continue (Voir extrant 6.1).	Fonctionnement hors salaires	DNS	x	x	x	x	x
Extrant 5 :								
Le personnel est disponible en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé (CSCOM, CSREF, hôpitaux régionaux).								
1	Planification, en utilisant la banque de données, des besoins en personnel de santé à moyen terme et en nouveau personnel à former et recruter par catégorie.	Fonctionnement hors salaires	DAF	x	x	x	x	x
2	Redéfinir les critères d'affectation et de mutation	Fonctionnement hors salaires	DAF			x		

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	de personnel ; élaborer un plan de redéploiement du personnel et ensuite procéder au redéploiement.							
Extrant 6 :								
La gestion des ressources humaines a fait l'objet d'un paquet de réformes, basé sur une politique de gestion et de développement des ressources humaines et un plan pluriannuel de mise en œuvre, ceci en tenant compte de la réforme de l'administration civile.								
1	Créer une structure chargée de la gestion et développement de Ressources Humaines avec démembrements régionaux	Fonctionnement hors salaires, génie civile, mobilier, équipements, formation, salaires.	MS		X			
2	La finalisation du sous système d'information sur les RH : une banque de données sur les RH pour le suivi de chaque agent de santé en temps réel, pour la gestion des affectations et mutations, pour la planification des plans de carrière et des recrutements, ainsi que pour la projection des besoins futures en RH.	Fonctionnement hors salaires Logiciel de gestion, équipement informatique, installation réseau.	MS/DAF		X			
3	Mettre en application le décret 02-314 PRM du 4 juin 2002 dans le cadre de la gestion des fonds PPTE (même décret aussi pour décider concernant l'utilisation de ces fonds pour motiver le personnel et pour améliorer les conditions de travail du personnel).	Fonctionnement hors salaires	MS	X	X	X	X	X
4	Former le personnel des services de santé en gestion de R.	Fonctionnement hors salaires, formation	DAF	X	X	X	X	X
5	Instaurer un système de motivation du personnel à travailler dans les zones défavorisées (logements d'astreinte, paquet de motivation).	Fonctionnement hors salaires, Primes, génie civile, ...	DAF	X	X	X	X	X
6	Instaurer un système pour inciter et honorer la performance des services et des agents ; réviser les textes.	Fonctionnement hors salaires, (contrats de performance) Primes.	MS	X	X	X	X	X
Extrant 7 :								
Le MS se dote d'un ensemble d'assistance technique (AT) de courte et de longue durée, sur la base d'un plan d'AT pluriannuel glissant.								
1	Elaboration et adoption d'une politique d'AT (pooling).	Fonctionnement hors salaires	CPS/DNS		X			
2	Revoir le cadre organisationnel pour le recensement des besoins en AT, le recrutement d'AT, la coordination et le	Fonctionnement hors salaires	CPS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
3	suivi de l'AT. Elaborer un plan pluriannuel glissant pour toute AT de longue et de courte durée, par niveau et par domaine, accompagné d'un calendrier.	Fonctionnement hors salaires.	CPS		x			

VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAUX

EFFET SPECIFIQUE

EFFET SPECIFIQUE	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
Les populations du Mali ont accès, de façon continue, à toute la gamme de médicaments essentiels de qualité et abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elles utilisent.	% des médicaments prescrits que les malades des CSCOM, CSREF et hôpitaux ont du acheter dans des pharmacies commerciales	Enquête (à combiner avec la satisfaction des utilisateurs/trices avec les soins de santé à tous les niveaux)	

EXTRANTS

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	La disponibilité des médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que des testes de laboratoire est assurée au niveau des CSCOM et CSREF dans toutes les zones, en particulier dans les zones pauvres et celles d'accès difficile.	la disponibilité en médicaments essentiels (tétracycline ophthalmique) et vaccins est bonne en général. (CDMT !) la disponibilité en vaccins, vit A, SRO dépasse 90% pour les soins préventifs des enfants. (CDMT !) La disponibilité des médicaments qui constituent les kits d'urgence doit passer de 50% à 100% en zone 1 et 10% à 100% en zone 2. En zone 3 elle est de 100%. (CDMT !).	Enquête Rapport d'activités. Enquête Rapport d'activités. Enquête Rapport d'activités.	Implication territoriale décentralisée.
2	Les médicaments essentiels sont <u>financièrement</u> accessibles sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les zones pauvres et dans les zones d'accès difficile et l' <u>usage</u> des médicaments est amélioré.	% des prescriptions selon les protocoles dans le guide thérapeutique. Prix moyen par ordonnance.	Enquête Enquête.	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
		Nombre d'ordonnances entièrement honorées sur le nombre d'ordonnances prescrites dans la même période.	Enquête Rapport d'activités.	
3	La performance de la PPM est améliorée.	% des acquisitions des médicaments et produits assimilés par la PPM fait par la planification et l'organisation d'appels d'offres conformément aux dispositions du code des marchés publics, notamment la pratique des marchés à commandes pour la période du contrat.	Rapport d'activités PPM	
4	La qualité de tous les médicaments importés et produits au Mali est assurée.	% des médicaments produits et importés qui ont fait l'objet d'un contrôle de qualité au LNS.	Rapport d'activités LNS	

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES.	05	06	07	08	09
Extrant 1 :								
La disponibilité des médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que des testes de laboratoire est assurée au niveau des CSCOM et CSREF dans toutes les zones, en particulier dans les zones pauvres et celles d'accès difficile								
1	une liste des analyses de biologie médicale réalisable par niveau de prestation et de compétence sera établie aux fins de l'acquisition des réactifs d'analyses nécessaire.	Fonctionnement hors salaire	DPM	X				
2	Développer par niveau, un support pour faciliter la planification, l'organisation et le contrôle des acquisitions de médicaments, vaccins et consommables.	Fonctionnement hors salaire	DPM	X				
3	Construire ou réaménager les magasins de la PPM et des dépôts régionaux, de cercle et CSCOM (selon les besoins) pour les adapter aux conditions de « bonnes pratiques » de stockage des produits.	Investissement	DAF/PPM/ Collectivités.	X	X	X	X	X
4	Assurer l'approvisionnement adéquat en réactifs des laboratoires des centres de santé de référence des districts sanitaires.	Fonctionnement hors salaire	Districts	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES.	05	06	07	08	09
5	Recrutement de techniciens de biologie pour les analyses de biologie médicale dans les centres de santé de référence.	Salaire et accessoires	DAF/DPM	X	X	X	X	X
6	Le recyclage des gérants des dépôts régionaux , des CSREF et des CSCOM en matière de planification, de l'organisation et du contrôle de l'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables.	Fonctionnement hors salaire	PPM DRS Districts	X	X	X	X	X
7	Renforcer la gestion des dépôts répartiteur de cercle : Adopter les textes de création et de fonctionnement des DRC y compris l'affiliation des CSCOM, déterminer les critères et modes de recrutement des gérants, inclure dans les conventions d'assistance mutuelle comment seront gérés les cas de mauvaise gestion des dépôts (manque de transparence, malversations, détournement des biens).	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X			
8	Instaurer un mécanisme d'incitation des pharmaciens privés à s'installer dans les districts sanitaires, où il n'existe pas. Par exemple : négocier des avantages comme le dégrèvement fiscal lorsque l'installation a lieu milieu difficile.	Fonctionnement hors salaire	MS CNOP	X	X	X	X	X
Extrant 2 :								
Les médicaments essentiels sont financièrement accessibles sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les zones pauvres et dans les zones d'accès difficile et l'usage des médicaments est amélioré.								
1	Former/recycler/sensibiliser les personnels de santé en prescription et en dispensation de médicaments.		Tous les niveaux	X	X	X	X	X
2	Contrôler la prescription rationnelle et le coût des ordonnances pendant les supervisions.		Tous les niveaux	X	X	X	X	X
3	Elaborer et diffuser des outils d'aide à la prescription rationnelle ; supervisions spécifiques.		DPM	X	X	X	X	X
Extrant 3 :								
La performance de la DPM, de l'IS, de la PPM, de l'UMPP, du LNS, des CMT et de l'ordre des pharmaciens, (structures principales responsables pour le secteur pharmaceutique) a amélioré.								
1	Renforcer leurs capacités de planification, d'organisation, d'animation et de contrôle des circuits d'approvisionnements, de stockage, de distribution et de contrôle de qualité des produits. Entre autres : compléter le personnel de la DPM, de l'IS et du LNS en fonction de leurs cadres organiques révisés.	Recrutement et formation, la construction, l'équipement, informatique, mobilier	DAF	X	X	X	X	X
2	Revoir le statut et l'organisation de la PPM et les procédures de gestion, sur la base d'un cadre organique rationnel des ressources		MS PPM	X				

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES.	05	06	07	08	09
3	humaines et le manuel de procédures. développer les capacités de l'équipe cadre de la PPM dans les domaines de la formation en gestion des stocks de médicaments, de réactifs, de vaccins et de consommables		PPM	X	X			
4	Améliorer les moyens logistiques (acquisition de camions DNS et PPM, de logiciels de gestion performants de la PPM, de véhicules de supervision, etc.) et améliorer certains dépôts régionaux (construction dépôt Tombouctou, chambres froides et chaînes de froid Bamako et Mopti).		DAF DNS PPM	X	X	X	X	X
5	Renouveler le contrat plan entre le gouvernement et la PPM (4ème phase de 3 ans). Dans cette approche, il devient un référentiel de l'activité financière du ministère de la santé.		GVT		X			
6	Mettre en place un mécanisme de suivi du contrat plan avec la PPM pour éviter les écarts observés dans l'application des procédures de gestion interne de l'entreprise au cours du PRODESS I Dans le cadre du contrôle des pharmacies privées, renforcer la capacité institutionnelle du conseil national et des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens opérant avec des procédures simplifiées.		MS PPM CNOP	X	X			
7	Recruter ou former pour chaque hôpital EPH un pharmacien biologiste et un pharmacien hospitalier; affecter à chaque CSREF un technicien de laboratoire.		DAF EPH	X	X	X	X	X
8	Augmenter la capacité institutionnel du Département de médecine traditionnelle (DMT) et de la production de médicaments traditionnels améliorés, notamment des centres régionaux de Kolokani et Sikasso.	Recrutement et formation, la construction, l'équipement, mobilier	INRSP	X	X	X		
9	Renforcer l'Usine malienne de produits pharmaceutiques (UMPP) : rénover et compléter les chaînes de production, équiper (chaudière, distillateur adoucisseur pour la déminéralisation de l'eau), rénover la chaîne des comprimés (séchoir à lit d'air fluidisé, mélangeur en V, élévateur de poudre), rénover la chaîne des sirops (capsuleuse pour sirop, étiqueteuse pour sirop ; adoucisseuse) moyens logistiques, 5 kits informatiques et de logiciels de gestion, formation en bonnes pratiques.	Recrutement et formation, la construction, l'équipement, mobilier	MS UMPP	X	X			

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES.	05	06	07	08	09
10	Former les membres des ordres en déontologie.		Ordres	X	X	X	X	X
11	Construire de nouveaux locaux pour la DPM, pour l'Inspection de la Santé, pour les ordres professionnels, Accorder un concours financier aux ordres professionnels ; Equiper les nouveaux locaux de la DPM, de l'Inspection de la santé, des ordres professionnels (mobilier, matériel de bureau, matériel technique, etc.).		MS Ordres	X	X	X	X	X
12	Donner un concours financier au CROP et fournir des équipements bureau et mobiliers.		MS Ordres	X	X	X		
Extrait 4 :								
La qualité de tous les médicaments importés et produits au Mali est assurée.								
1	La lutte contre les médicaments de mauvaise qualité, dans les établissements de santé et dans la rue sera mise en oeuvre par la commission nationale chargée de l'assemblage et de la destruction des produits pharmaceutiques périmés ou non conformes aux normes de fabrication ou stockés dans des conditions ne répondant pas aux bonnes pratiques de stockage de ces produits.		MS	X	X	X	X	X
2	Réglementer et assurer la gestion de dons afin d'en permettre la centralisation et la redistribution au profit des utilisateurs des établissements de santé publics.		DPM EPH Districts	X	X	X	X	X
3	Assurer le contrôle de l'autorisation de mise sur le marché, les autorisations d'exploiter les établissements d'importation et de vente en gros et les officines.		DPM	X	X	X	X	X
4	Contrôler la qualité des médicaments produits au Mali ou importés.		LNS	X	X	X	X	X
5	Déterminer la gamme d'analyses de biologie médicale		DPM	X	X			

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES.	05	06	07	08	09
	faisable par niveau.							
6	Planifier et organiser (procédures) la saisie et la destruction des médicaments périmés.		DPM/ DRS Districts	X	X	X	X	X
7	Former/recycler le personnel des CSCOM en prescription rationnelle.		Districts	X	X	X	X	X

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LES MALADIES

EFFET SPECIFIQUE DU VOLET

EFFET SPECIFIQUE	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
Les populations bénéficient des services de qualité dans les établissements de santé des districts sanitaires, ainsi que des programmes spécifiques de lutte contre les maladies prioritaires.	Nombre de césariennes réalisées/nbre de césariennes attendues: de 50%- 80% en zone 1; de 20%- 60% zone2 et de 90%-90% en zone 3	Rapports d'activités	Adhésion de tous les acteurs, mobilisation effective des ressources
	proportion de cas de TBC et de lépreux guéris après traitement	Rapports d'activités	
	Taux de référence entre CSCOM et CSREF: de 1% à 5%	Rapport d'activités	
	Taux d'achèvement du PEV: de 55%-88% en zone 1; de 42%-63% en zone 2 et de 82%-85% en zone 3	Rapport d'activités	
	% d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation en VIT A: de 36%-60% en zone 1; de 47%-60% en zone 2 et de 58%-70% en zone 3	Enquête	

EXTRANTS DU VOLET

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	<u>L'approche Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) a permis de réduire l'incidence et la létalité dues aux maladies à potentiel épidémique.</u>	<p>Nombre d'agents de santé formés en Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) au niveau des CSREF, des CSCOM, des secteurs privé lucratif, parapublic et confessionnel.</p> <p>Les cas suspects de TBC et les cas dépistés de lèpre sont pris en charge selon la méthode DOT et la PCT.</p> <p>Taux d'abandon au traitement anti-tuberculeux: de 24,67% à moins de 10%.</p> <p>Le % de décès spécifiques dus aux maladies à potentiel épidémique est réduit, létalité: Moins de 2% dus au choléra, moins de 7% à la méningite...</p>	<p>Rapports de formation</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapports épidémiologique</p>	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
		Le % d'usagers demandeurs de dépistage volontaire du VIH, ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH dans les CSREF et les centres de dépistage volontaire (CDV): 100%.	Rapports d'enquêtes	
2	Les malades sont pris en charge dans les établissements de santé selon les <u>normes et protocoles</u> de la pathologie concernée.	<p>Proportion de cas de diarrhées chez les enfants de 0 à 5ans traités avec SRO ou solution salée sucrée augmentée de 67%-80% en zone 1; de 56%-75% en zone 2 et de 80%-90% en zone 3.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave et compliqués, vus dans les centres de santé, diagnostiqués correctement et pris en charge selon les N/P augmente de 29% à 60%.</p> <p>Proportion des malades atteints de diabète, de HTA, de drépanocytose (maladies traceurs chroniques) pris en charge dans les établissements de santé selon les N/P (pas de vateur départ disponible : nouveaux programme élaboré en 2004).</p> <p>Proportion d'enfants malnutris pris en charge dans les établissements de santé selon les N/P.</p> <p>Nombre de malades mentaux pris en charge selon les N/P dans les CSCOM et les CSREF.</p> <p>% de nouveaux nés de mères séropositives ayant bénéficié du traitement à la névirapine: 50%.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre pris en charge dans les 24 heures: de 36%- 60%.</p>	<p>Enquêtes</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>enquêtes</p>	
3	Les femmes enceintes nécessitant un <u>traitement d'urgence</u> sont prises en charge sans délai dans les établissements offrant des SOU.	<p>Proportion de femmes décédées parmi les femmes référées/évacuées pour complications obstétricales dans les établissements de santé offrant des SOU : moins de 1%.</p> <p>% d'établissements offrant des SOUB et des SOUC: 15%</p> <p>Nombre femmes avec fistules obstétricales recensées et référés au niveau des établissements hospitaliers compétents</p>	<p>Rapport d'activités</p> <p>Enquête</p> <p>Rapports d'activités</p>	
4	Les malades <u>référés/évacués</u> sont pris en charge correctement au niveau des CSREF ou des cliniques privées.	<p>Nombre de femmes en âge de procréer vues en consultation et suspects de cancer du sein et de col de l'utérus référées aux établissements hospitaliers.</p> <p>Nombre de filles/femmes avec complications dues à l'excision prises en charge ou référées au niveau des établissements de santé compétents.</p>	<p>Enquête</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Enquête</p> <p>Rapports d'activités</p>	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
		<p>Nombre de femmes en grossesse à risque référées précocement aux établissements de santé compétents par des ATR.</p> <p>Taux de référence entre CSCOM et CSREF: de 1% à 5%.</p>	<p>Enquête</p> <p>Rapports d'activités.</p>	
5	<p>Les <u>besoins en SR</u> des femmes, des jeunes et des hommes sont pris en charge à travers un PMA offert à plusieurs niveaux.</p>	<p>Proportion d'établissements de santé et de centres d'écoute/ conseils offrant le paquet de services SR aux jeunes adultes: 50%.</p> <p>% de services de santé intégrant des notions de genre, et d'écoute pour la prise en charge des problèmes de SR des hommes: 50%.</p> <p>% de femmes enceintes ayant bénéficié les 3 CPN avec prévention du paludisme, de l'anémie et du VIH, la vaccination VAT: au moins 60% en Zone 3 et 1 et 40% en Zone 2.</p> <p>% de professionnels de sexe recensés, de porteurs d'uniformes dans les casernes, de prisonniers ayant reçu des préservatifs subventionnés: 80%</p> <p>Proportion de personnes âgées de 15-49 ans utilisant le condom 50% en zone 1, 25% en zone 2 et 70% en zone 3.</p> <p>% de PVVIH ayant reçu gratuitement les ARV</p> <p>% de femmes en âge de procréer utilisant des méthodes de contraception de longue durée.</p> <p>Taux de prévalence contraceptive</p>	<p>Enquête</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Enquêtes légères</p> <p>Rapports d'enquêtes</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Enquêtes</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p>	
6	<p>L'<u>hygiène dans les établissements classés</u> (établissements de santé, milieu de travail, écoles, établissements alimentaires...), ménages/communautés et des autres lieux publics est améliorée et la lutte contre les vecteurs de maladies assurée.</p>	<p>Nombre de contrôles de qualité de l'eau de boisson par an par l'équipe de santé de cercle.</p> <p>Proportion de populations utilisant des eaux de boisson contrôlées par les techniciens des CSREF: 50%.</p> <p>Proportion de restaurants et de vendeuses d'aliments servant les écoles contrôlés : 50%.</p> <p>Proportion de CSREF et de cliniques privées qui gèrent les déchets biomédicaux selon les normes préétablies</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII: de 33%-67% en zone 1, de 45%-70% en zone 2 et de 42%-50% en zone 3.</p>	<p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p> <p>Enquête</p>	
7	<p>La <u>supervision des établissements de santé publics et privés</u>, ainsi que</p>	<p>Proportion de CSREF supervisés semestriellement</p> <p>Proportion de CSCOM et proportion d'agents de santé communautaires supervisés trimestriellement.</p>	<p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'enquêtes</p>	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	des agents de santé communautaires dans les districts sanitaires est effectuée régulièrement.	Proportion d'établissements de santé parapubliques, confessionnels et privés à but lucratif supervisés trimestriellement.	Rapports d'activités	
8	La participation communautaire dans l'organisation, le suivi et la gestion des services de santé est renforcée par la responsabilisation des Collectivités Territoriales.	Nombre d'élus et de représentants de la société civile ayant bénéficié d'informations/formation pour leur participation effective dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé.	Enquête	
9	La disponibilité en MEG (y compris les ARV) est continue et suffisante et la qualité des prescriptions de MEG est améliorée.	<p>Nombre d'acteurs au niveau communautaire appuyés dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur la prévention des pratiques néfastes à la santé de la femme et de la petite fille.</p> <p>Proportion de CSCOM ayant bénéficié d'un appui pour le monitoring/micro planification semestriel.</p> <p>% d'enfants de 0-59 mois ayant été traités avec des médicaments à visée pédiatrique subventionnés.</p>	<p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p>	
10	La collaboration intersectorielle et la collaboration avec les prestataires du secteur privé et la société civile ont été intensifiées et opérationnalisées.	<p>Proportion de CSREF sans rupture de stock des kits d'urgence obstétricale derniers 12 mois: de 59%-100% en zone 1; de 10%-100% en zone 2 et de 100% à 100% en zone 3.</p> <p>Nombre moyen de jours de rupture de stock en MEG traceurs au niveau CSCOM et CSREF.</p> <p>Proportion d'enfants scolarisés au 1er cycle ayant bénéficié d'une visite médicale générale annuelle: 60%</p>	<p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'enquêtes</p>	
11	Les équipes de santé de cercle intègrent l'approche genre à la démarche pour la mise en œuvre des	% de femmes dans les conseils et comités de gestion des ASACO	Rapports d'activités	

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	interventions communautaires (dont mise en place des structures communautaires).			
12	Les soins de santé préventifs et promotionnels communautaires ont été rapprochés jusqu'au niveau des ménages.	% des relais communautaires formés qui font le suivi des ménages dans le cadre des pratiques familiales essentielles communautaires: 60% % de populations à risque d'onchocercose et de cas dépistés de filarioses lymphatiques traitées sous directive communautaire: 90%	Rapports d'activités Rapports d'activités	
13	Les besoins en nutrition des populations notamment des femmes et des enfants sont pris en charge à travers des interventions spécifiques dans le paquet minimum d'activité (PMA)		Rapports d'activités.	

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
Extrant 1 :								
L'approche Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) a permis de réduire l'incidence et la létalité dues aux maladies à potentiel épidémique.								
1	Poursuivre la formation en SIMR du personnel de santé des établissements de santé dans le district sanitaire.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi	DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
Extrant 2 :								
Les malades sont pris en charge dans les établissements de santé selon les normes et protocoles de la pathologie concernée								
1	Prélever 7% des échantillons par centre de dépistage et les contrôler au niveau d'un laboratoire de référence nationale/internationale (INRSP,...) tous les 6 mois.	Entretien et fonctionnement hors salaire	Méd.CSREF ; resp. CDV	x	x	x	x	x
2	Réaliser les tests du sang des donneurs selon les normes	Equipement, réactifs, consommables médicaux	Méd.CSREF, Direct. Cliniques privées	x	x	x	x	x

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
3	Former/recycler les prescripteurs et les techniciens de labo dans le cadre du dépistage, la prise en charge des cas de TBC et de lepre.	Fonctionnement hors salaire	DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
4	Former/recycler le personnel en PCIME.	Fonctionnement hors salaire.	DNS/ DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
5	Former les prescripteurs et les relais communautaires et à la PEC du Palu.	Fonctionnement hors salaire	Méd.CSREF	x	x	x	x	x
6	Former les prescripteurs à la PEC des cas graves et compliqués de paludisme.	Fonctionnement hors salaire	Méd.CSREF	x	x	x	x	x
7	Former le personnel à la prise en charge des accidentés de la voie publique selon les normes et procédures.	Fonctionnement hors salaire	DNS/ DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
8	Equiper les établissements de santé en médicaments, matériels adéquats pour la PEC des accidentés.	Equipement/médicaments	DNS/DRS	x	x	x	x	x
9	Former/recycler les prescripteurs à la PEC des cas de diabète, d'HTA, de drépanocytose...	Fonctionnement hors salaire	DNS/DRS	x	x	x	x	x
10	Former le personnel médical dans le district sanitaire au dépistage du cancer de sein et du col de l'utérus.	Fonctionnement hors salaire	DNS/DRS	x	x	x	x	x
11	Former le personnel des établissements de santé du district sanitaire en P/N/P des soins infirmiers.	Fonctionnement hors salaire	DNS	x	x	x	x	x
12	Former le personnel de santé des établissements publics et communautaires en récupération nutritionnelle.	Fonctionnement hors salaire	DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
13	Mettre en place et équiper les unités de récupération nutritionnelle.	Equipement, mobilier, fonctionnement hors salaire.	DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
14	Former le personnel de santé pour la PEC des maladies non transmissibles (drépano, HTA, diabète).	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	DNS/DRS	x	x	x	x	x
15	Former/recycler les prescripteurs du district sanitaire à la dispensation des MTA.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS/INRSP/DRS	x	x	x	x	x
16	Mettre à la disposition des cadres de la santé du district sanitaire un ouvrage de référence sur la pharmacopée traditionnelle malienne et une base de données sur les plantes médicinales de la flore malienne.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	INRSP/DNS/DRS	x	x	x	x	x
17	Former le personnel de santé des CSCOM à la prise en charge des malades mentaux selon les normes.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS/DRS	x	x	x	x	x

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
18	Former 40% des cadres du district sanitaire à la méthodologie de la recherche action.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	INRSP/DNS	x	x	x	x	x
Extrant 3 :								
Les malades nécessitant un traitement d'urgence sont pris en charge sans délai.								
1	Organiser un service des urgences pour la médecine, la chirurgie...au niveau des CSREF et des cliniques privées.	Equipement/médicaments	DRS/Méd.CSREF	x	x	x	x	x
Extrant 4 :								
Les malades référés/évacués qui nécessitent un traitement ou un diagnostic approprié sont pris en charge correctement au niveau des CSREF ou dans les cliniques privées.								
1	Recenser les cas de fistules obstétricales pour la référence	Fonctionnement hors salaire	Méd-chef	x	x	x	x	x
2	Mettre en place un mécanisme de financement alternatif de la santé pour la prise en charge des fistules obstétricales.	Fonctionnement hors salaire	Collectivités Territoriales.	x	x	x	x	x
3	Doter les CSREF en ressources humaines, matérielles et financières en vue du fonctionnement du système de référence/évacuation.	Equipements, Fonctionnement hors salaire.	DAF/DNS	x	x	x	x	x
4	Former le personnel en Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) pour la prise en charge des complications obstétricales dans les établissements retenus à cet effet.	Fonctionnement hors salaire	DNS	x	x	x	x	x
5	Equiper/doter les établissements offrant des SOU en matériels, médicaments ressources financières et RH qualifiées.	Equipement, mobilier, fonctionnement salaires.	DAF/DNS	x	x	x	x	x
6	Mettre en place 86 établissements offrant des SOU et 33 offrant des SOUC.	Equipements, mobilier, fonctionnement hors salaire	DNS/DRS	x	x	x	x	x
7	Former/recycler le personnel des établissements de santé au diagnostic correct et précoce des complications obstétricales.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS/DRS	x	x	x	x	x
8	Réaliser des césariennes aux femmes enceintes nécessitant dans les établissements offrant des SOU.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
9	Former les relais communautaires, les ATR et les praticiens à la référence à temps des cas compliqués vers les établissements compétents.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
10	Organiser le système de référence/évacuation des urgences obstétricales et pédiatriques dans l'ensemble des districts sanitaires (organiser la référence pour 37 nouveaux CSREF	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-chefs et Collectivités Territoriales.	x	x	x	x	x

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	et renforcer les 29 existants).							
Extrant 5 :								
Les besoins en SR des femmes, des jeunes et des hommes sont pris en charge à travers un PMA offert à plusieurs niveaux.								
1	Former le personnel des établissements de santé en SRJA	Fonctionnement hors salaire	DNS/DRS	x	x	x	x	x
2	Créer un centre multi-fonctionnel d'écoute et de conseil pour jeunes dans chaque région.	Construction/réhabilitation	DNS	x	x	x	x	x
3	Former le personnel de santé au diagnostic rapide des cas de complications liées à l'excision.	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	DNS	x	x	x	x	x
4	Réaliser des séances de CCC en direction des ménages pour augmenter la fréquentation des maternités pour les CPN et les accouchements assistés.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
5	Réaliser des séances de CCC pour augmenter la demande en matière de PF.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
6	Former/recycler au moins 50% du personnel pour les méthodes de longue durée (DIU, Norplant).	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS	x	x	x	x	x
7	Recruter et former des relais communautaires pour la mise en œuvre des activités de DBC dans les aires de santé.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF/Collectivités Territoriales.	x	x	x	x	x
8	Former et recycler 60% d' ATR sur la détection précoce des grossesses à risque en vue de la référence/évacuation des cas.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suiv.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
9	Traiter gratuitement les femmes enceintes séropositives avec des ARV subventionnés.	Médicaments, gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
10	Traiter gratuitement les PVVIH avec des ARV subventionnés.	Médicaments, gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
11	Faire le dépistage du VIH chez tous les demandeurs volontaires de tests au niveau des centres de dépistage.	Equipements; réactifs,	Méd-CSREF, Resp.CDV.	x	x	x	x	x
12	Former les prestataires de services de santé à l'intégration des notions de genre, d'écoute pour la prise en charge des problèmes de SR des hommes.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS	x	x	x	x	x
13	Organiser les appuis à la demande ou de façon suscitée en matière de lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DRS/Méd-CSREF	x	x	x	x	x

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
	femme et de la petite fille.							

Extrant 6 :

L'hygiène des établissements de santé et des autres lieux publics est améliorée et la lutte contre les vecteurs de maladies est efficace

1	Doter/Former le personnel des CSCOM à l'utilisation des comparateurs de contrôle de chlore.	Equipement, fonctionnement hors salaires.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
2	Doter/Former le personnel des CSREF au contrôle de qualité des eaux de boisson.	Equipement, fonctionnement hors salaires.	DNS/DRS	x	x	x	x	x
3	Construire de nouveaux incinérateurs adéquats dans les CSREF et les cliniques et cabinets privées.	Construction/réhabilitation	DNS	x	x	x	x	x
4	Organiser le transport de déchets biomédicaux vers les incinérateurs existants au niveau CSREF et CSCOM.	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
5	Former le personnel à la collecte et à l'incinération des déchets biomédicaux au niveau CSREF, CSCOM, cliniques privées.	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	Méd-CSREF, direct. cliniques privées.	x	x	x	x	x
6	Réaliser des campagnes de CCC en direction des restaurateurs, des élèves, des enseignants, des vendeurs et les ménages sur l'hygiène alimentaire.	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
7	Réaliser des contrôles des aliments au niveau des restaurants, des écoles, dans les rues...	Fonctionnement hors salaire, Gestion.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x

Extrant 7 :

La supervision des établissements de santé publics et privés, ainsi que des agents de santé communautaires dans les districts sanitaires est effectuée régulièrement

1	Effectuer la supervision intégrée trimestrielle du personnel des CSCOM et les relais communautaires	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
2	Suivre trimestriellement les établissements de santé parapublics, privés et confessionnels	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi	Méd-CSREF	x	x	x	x	x

Extrant 8 :

La participation communautaire dans l'organisation, le suivi et la gestion des services de santé a gagné en importance par la responsabilisation des collectivités décentralisées.

1	Organiser des réunions de concertation périodiques en vue	Fonctionnement hors salaire,	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
---	---	------------------------------	-----------	---	---	---	---	---

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
	d'amener les usagers, les élus locaux, et les représentants de la société civile à participer pleinement à la mise en œuvre des programmes de santé.	Gestion/suivi.						

Extrant 9 :

La disponibilité en MEG (y compris les ARV) et en contraceptifs est continue et suffisante et la qualité des prescriptions de MEG est améliorée

1	Doter en permanence les établissements de santé en médicaments et réactifs pour le diabète, l'HTA, la drépanocytose...	médicaments et réactifs	DPM/DNS/DRS	x	x	x	x	x
2	Approvisionner les centres d'écoute et de conseils en produits contraceptifs.	Produits contraceptifs	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
3	Offrir des médicaments essentiels à visée pédiatrique subventionnés aux enfants de moins de 5 ans.	Médicaments	DPM/DNS	x	x	x	x	x
4	Offrir des condoms subventionner aux personnes à haut risque.	Médicaments	DPM/DNS	x	x	x	x	x
5	Offrir gratuitement les ARV subventionnés aux PVVIH	Médicaments, réactifs	DPM/DNS	x	x	x	x	x
6	Pré positionner les stocks de ressources médicamenteuses, matériels et financière au niveau des DRS et des CSREF.	Médicaments, équipements, Fonctionnement hors salaire.	DNS/DRS	x	x	x	x	x

Extrant 10 :

La collaboration intersectorielle et la collaboration avec des prestataires du secteur privé ont été intensifiées et opérationnalisées

1	Former 50% du personnel de santé aux approches pour la collaboration efficace avec les acteurs clés de la médecine traditionnelle pour la prise en charge des problèmes prioritaires de santé.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	INRSP/DNS/DRS	x	x	x	x	x
2	recenser les tradi-praticiens compétents et reconnus par les communautés par domaine d'activités.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	x	x	x	x	x
3	Former les tradi-praticiens au niveau local à la collaboration avec les structures conventionnelles de santé à travers des réunions/concertations pour la prise en charge et la référence des cas de maladies.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	INRSP/DRS/Méd-CSREF.	x	x	x	x	x
4	Organiser périodiquement des rencontres de concertation sur la plan régional dans le cadre de la promotion de la médecine traditionnelle en impliquant les prescripteurs, les tradi-praticiens,	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	INRSP/DNS/DRS	x	x	x	x	x

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	les collectivités territoriales, les associations, les PTF intéressés.							
5	Effectuer les visites médicales systématiques annuelles des élèves du fondamental.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X
6	Organiser le suivi des soins effectués dans les infirmeries des lycées.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X
7	Organiser le suivi du personnel dans les infirmeries des maisons d'arrêt.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X
8	Organiser des réunions de concertation périodiques en vue d'amener les usagers, les élus locaux, et les représentants de la société civile à participer pleinement à la mise en œuvre des programmes de santé.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF, Collectivités Territoriales.	X	X	X	X	X
9	Elaborer de façon concertée avec les autres départements et acteurs les programmes de santé, en impliquant différents secteurs.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DRS/Méd-CSREF	X	X	X	X	X

Extrant 11 :

Les équipes de santé de cercle intègrent l'approche genre à la démarche pour la mise en œuvre des interventions communautaires (dont mise en place des structures communautaires).

1	Former les équipes de santé à l'approche genre.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DRS/ Méd-CSREF	X	X	X	X	X
2	Former les membres des ASACO à l'approche genre.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF.	X	X	X	X	X

Extrant 12 :

Les soins de santé préventifs et promotionnels communautaires ont été rapproché jusqu'au niveau des ménages.

1	Réaliser des séances de CCC pour la promotion de l'allaitement exclusif au sein les 6 premiers mois après naissance des nouveaux-nés.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X
2	Réaliser des enquêtes sur l'utilisation des mii par les enfants de 0 à 5ans et les femmes enceintes.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS	X	X	X	X	X
3	Organiser des semaines de distribution et les distributions semestrielles de VIT A chez les enfants de 0 à 5 ans.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	DNS	X	X	X	X	X
4	Introduire la VIT A dans l'huile HUICOMA au niveau des usines	Médicaments	M.S	X	X	X	X	X
5	Réaliser des séances de CCC en direction des ménages pour une utilisation accrue du sel iodé.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X
6	Réaliser des séances de CCC en direction des ménages pour une utilisation accrue des latrines améliorées.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.	Méd-CSREF	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS		RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
7	Effectuer le suivi des ménages pour la promotion des pratiques familiales essentielles.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.		Méd-CSREF	x	x	x	x	x
8	Réaliser le traitement des malades atteints d'onchocercose, de filariose lymphatique... en rapport avec les communautés.	Médicaments, fonctionnement hors salaire/gestion/suivi.		Méd-CSREF	x	x	x	x	x
9	Elaborer et appliquer un Plan Intégré de Communication (PIC) en faveur des programmes prioritaires de santé.	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.		DNS/DRS/Méd-CSREF.	x	x	x	x	x
10	Réaliser des séances de CCC en direction d'au moins de 60% des ménages pour l'utilisation de condom (personnes âgées de 15 à 49 ans).	Fonctionnement hors salaire, Gestion/suivi.		Méd-CSREF	x	x	x	x	x
Extrant 13 :									
Les besoins en nutrition des populations notamment des femmes et des enfants sont pris en charge à travers des interventions spécifiques dans le paquet minimum d'activités (PMA).									
1	Mettre en œuvre le plan stratégique sur l'alimentation et la nutrition.	Fonctionnement		DRS, CSREF, CSCOM et Collectivités Territoriales.	x	x	x	x	x

VOLET 5: ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET A LA PARTICIPATION

EFFET SPECIFIQUE

EFFET SPECIFIQUE	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres.	% de population ayant accès aux soins de qualité	Rapport du Système d'Informations sanitaire rapports de suivi du PRODESS, rapports de suivi du CSLP.	La disponibilité de la subvention destinée à la prise en charge des pauvres et des gratuités légales.
	% de pauvres ayant accès aux soins de qualité par zone.		

EXTRANTS

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	Le mécanisme de tiers payant a favorisé l'accès des pauvres aux soins de qualité dans les établissements de santé, notamment les CSCOM et les CSREF.	Nombre de districts sanitaires (par zone de pauvreté) avec système de référence soutenue par une caisse de solidarité par zone de pauvreté. % de cas référés / évacués pris en charge par la caisse de solidarité.	Rapport du Système d'Informations sanitaire rapports de suivi du PRODESS, rapports de supervision.	Volonté des populations de payer régulièrement des cotisations dans le cadre de la solidarité.
2	Le paquet de services essentiels de santé est subventionné pour les pauvres et les groupes vulnérables.	Proportion de services (par zone de pauvreté) subventionnés dans le paquet de services essentiels.	Rapports d'enquêtes, d'études et rapport de suivi du PRODESS, rapports de suivi du CSLP.	
3	Le financement alternatif a contribué à la prise en charge des populations pauvres dans le système de soins.	% d'établissements sanitaires (par zone de pauvreté) ayant établi une micro-assurance pour la prise en charge des SOU et des enfants.	Rapports d'enquêtes, d'études et de recherches, Rapports de supervision, rapports de suivi du PRODESS, rapports de suivi du CSLP.	Volonté des populations de payer régulièrement des cotisations de l'assurance; la collaboration inter sectorielle.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
4	Les recherches ont contribué à la réduction du <u>coût des tarifs de soins</u> .	Le nombre de recommandations des recherches appliquées. Le taux de réduction du coût moyen par ordonnance.	Rapport de suivi du PRODESS.	Aucun.
5	Les <u>populations participent activement</u> à la résolution des problèmes de santé dans 50% des CSCOM qui offrent un PMA de qualité.	% de CSCOM dont le Comité de Gestion s'est réuni au moins une fois par mois. Pourcentage de CSCOM dont les organes de gestion ont été renouvelés au cours des 12 mois passés. Pourcentage des ASACO ayant signé une convention avec la commune.	Rapports de supervision, résultats d'enquêtes.	Pour indicateur 3 : le transfert de responsabilités et ressources à la commune a eu lieu.

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
Extrant 1 :								
Le <u>mécanisme de tiers payant</u> a favorisé l'accès des pauvres aux soins de qualité dans les établissements de santé, notamment les CSCOM et les CSREF.								
1	Application correcte des textes relatifs à la gratuité légale notamment le décret 02-311, celui relatif aux personnes âgées et autres cible bénéficiaire.	Salaires et fonctionnement hors salaire.	Structures sanitaires publics et communautaires.	X	X	X	X	X
2	Renforcement et extension des caisses de solidarité en soutien aux activités de la référence/évacuation.	Salaires, Formations	Directions régionales de Santé.	X	X	X	X	X
3	Renforcement de la mise en œuvre des mécanismes de tiers payant pour les zones pauvres et/ou d'accès difficiles, les CSCOM non viables.	Approches communautaires, formations, suivi.	Directions régionales de Santé.	X	X	X	X	X
4	Mobilisation des partenaires des caisses de solidarité pour le payement régulier de leurs quotes-parts.	Approche communautaire, suivi.	Structures sanitaires publics et communautaires.	X	X	X	X	X
Extrant 2 :								
Le <u>paquet de services essentiels de santé est subventionné pour les pauvres et les groupes vulnérables</u> .								
1	2.1 Evaluation des besoins de la subvention et recouvrement des montants pour la prise en charge des cibles bénéficiaires.	Salaires, Suivi	Structures sanitaires publics et	X	X	X	X	X

	décision des ASACO en tenant compte de la représentativité des femmes et des jeunes.	fonctionnement hors salaire.							
11	5.5 Mobilisation des collectivités territoriales pour l'application effective du décret 02-314/PRM du 04 Juin 2002 et ses textes subséquents.	Approche communautaire, Salaires et Suivi.	DNS, CPS	X	X	X	X	X	X

VOLET 6 : REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE

EFFETS SPECIFIQUES

N°	EFFETS SPECIFIQUES	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres.	Taux de mortalité intra hospitalière.	SIH, Rapport annuel d'activités.	La volonté des cadres hospitaliers à la prise en charge des patients selon les normes.
2	Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.	Taux de réalisation des plans d'action.	Rapport annuel d'activités.	Les établissements de recherche disposent d'un plan action validé et adopté.

EXTRANTS

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
Effet 1 : Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres.				
1	Les établissements hospitaliers fonctionnent selon une logique d'entreprise, qui est basée sur la loi de la réforme hospitalière et leur statut d'EPH et ils et tiennent compte du plan économique des projets d'établissement (viabilité à long terme).	Nombre moyen de réunions du Conseil d'Administration. Taux de récupération des tarifs pour consultation, hospitalisation et ordonnances. % des comptes d'exploitation annuels avec solde positive.	SIH SIH SIH	Le statut d'EPH est effectif dans les faits. Tous les hôpitaux disposent d'un gestionnaire/Directeur capable de piloter les reformes en cours.
2	Les tarifs révisés des hôpitaux assurent à la fois l'accessibilité financière des soins hospitaliers pour l'ensemble de la population cible.	Prix moyen par hospitalisation et autres actes.	Rapports d'enquête et d'évaluation.	
3	Chacun des hôpitaux met en oeuvre son projet d'établissement validé.	% d'hôpitaux dont le projet d'établissement a été validé et intégré dans les PO/budgets	Existence du document.	L'apport de l'Etat aux EPH est lié à l'existence d'un plan quinquennal validé et approuvé.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
4	La qualité des soins et de la prise en charge générale des malades est améliorée.	annuels. Taux de satisfaction des utilisateurs/utilisatrices.	Enquête (à combiner avec le niveau CSCOM et CSREF).	Tous les EPH possèdent un
5	Les hôpitaux sont correctement entretenus à travers un système de maintenance hospitalier qui est basé sur la politique et le plan stratégique national en maintenance.	Nombre de jours de rupture de stock en médicaments et consommables traceurs. % d'équipements non fonctionnels.	Enquête (à combiner avec le niveau CSCOM et CSREF). Existence du document.	
6	Les hôpitaux jouent un rôle d'appui en formation aux services de santé des districts.	Nombre moyen de supervisions de CSREF dans l'année.	Existence du document.	
Effet 2 : Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche ¹² , concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.				
7	Les activités de recherche sont basées sur une politique nationale de recherche en santé (PNRS) et une instance de coordination assure la pertinence des études et un Fonds de recherche assure la disponibilité de ressources pour des études.	Nombre d'études accordées et validées par le Comité de Coordination de la Recherche en Santé (CCRS).	Rapport d'activités CCRS.	
8	Les résultats des recherches sont validés et diffusés, les recommandations retenues font l'objet d'un suivi dans les PO annuels du PRODESS.	Nombre d'études validées, dont des recommandations ont fait l'objet d'un suivi.	Rapport d'activités CCRS.	
9	Les produits sanguins de qualité sont régulièrement disponibles dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées.	Nombre de jours de rupture de stock en produits sanguins de qualité (produits à spécifier).	Rapport d'activités CNTS.	
10	La formation des professionnels de la santé a permis d'assurer la sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées.	Nombre de professionnels de la santé formés par année en sécurité transfusionnelle.	Rapport d'activités CNTS.	
11	Le contrôle de la qualité des aliments, des boissons et des médicaments a amélioré.	Nombre de contrôles effectués par le LNS.	Rapport d'activités LNS.	La participation du LNS à la formation initiale et continue est effective.
12	La redéfinition des missions des différentes institutions de	Nombre d'institutions de recherches	Textes adoptés et	

¹² Instituts de recherche du MS : INRSP, LNS, CNAM, CREDOS, ANSSA

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	<u>recherche</u> assure la pertinence et la complémentarité de leurs actions, ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour études.	dont le statut et/ou la mission ont été redéfinis. % des recherches en santé effectuées, financées par le Fonds.	adaptés.	
13	En fonction de leur mission et rôle redéfini en matière de recherche, chacune des institutions des recherches est <u>renforcé</u> et met en oeuvre son plan d'action en recherche. (Il s'agit de l'INRSP, LNS, CNAM, CREDOS, ANSSA).	Nombre d'institutions ayant bénéficiées d'un paquet de mesures de renforcement.	Rapports d'activités	
14	Le CNESS assume mieux sa mission en tant que organe consultatif pour des problèmes éthiques soulevés. La faisabilité d'un Institut Médico-Légal est analysée et en cas de conclusion positive, l'IML est créé et est opérationnel.	Taux de réalisation du plan d'action du CNESS après la relecture de ces textes. Etude de faisabilité de l'IML effectuée (et en fonction de la conclusion : IML opérationnel.	Rapport d'activités CNESS. Rapport d'étude de faisabilité (Rapport d'activités IML).	

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
Effet 1 : Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres.								
Extrant 1 : Les établissements hospitaliers fonctionnent selon une <u>logique d'entreprise</u> , qui est basée sur la loi de la réforme hospitalière et leur statut d'EPH et ils et tiennent compte du plan économique des projets d'établissement (viabilité à long terme).								
1	Elaborer les différents textes d'application de la loi hospitalière (Commission Interministérielle de réflexion) ; plaider auprès du GVT et adopter les textes.	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X			
2	Opérationnaliser le cadre institutionnel des hôpitaux EPH (Conseil d'Administration,)	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X			
3	Revoir le cadre organique, en conformité au nouveau statut d'EPH en se basant sur les projets d'établissement	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X			
4	Doter les hôpitaux en ressources humaines en qualité et en quantité selon le cadre organique et la charge de travail.	Fonctionnement hors salaire et salaire	EPH	X	X	X	X	X
5	mettre en place les organes et des procédures budgétaires et comptables des EPH ;	Fonctionnement hors salaire	EPH	X				
6	Établir un plan de communication au sein des EPH	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X	X		

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
7	Renforcer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières des hôpitaux à travers la formation, la mise en place d'un référentiel métier, l'application de la comptabilité matière selon les normes, l'utilisation du manuel de procédures, la création d'une entité chargée des ressources humaines, l'évaluation de performance du personnel, l'introduction des instruments de contrôle interne, etc.	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X	X	X	X
Extrant 2 :								
Les tarifs révisés des hôpitaux assurent à la fois l' <u>accessibilité financière</u> des soins hospitaliers pour l'ensemble de la population cible								
1	application du Décret 311 du 04 juin 2002 relatif à la tarification des actes.	Fonctionnement hors salaire	EPH		X	X	X	X
2	Perfectionner le recouvrement de coûts en assurant le paiement des tarifs et des médicaments par chaque malade, si nécessaire à travers un fonds de solidarité, une mutuelle/assurance ou mécanisme pour la prise en charge des indigents (principe de tiers payant).	Fonctionnement hors salaire	EPH		X	X	X	X
Extrant 3 :								
Chacun des hôpitaux met en oeuvre son projet d'établissement validé.								
1	Créer une structure au sein du MS pour la tutelle des hôpitaux ; cette structure est aussi responsable pour l'orientation, la coordination et le suivi de la réforme hospitalière.	Investissement et fonctionnement hors salaire.	MS	X	X			
2	Perfectionner les drafts des projets d'établissements (notamment en ce qui concerne l'aspect financement) et validation formelle des PdE au niveau central.	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X			
3	Intégrer le calendrier pour la mise en oeuvre du PdE dans les PO/budgets annuels.	Fonctionnement hors salaire		X				
4	Mettre en place un système de suivi e évaluation des PdE.			X	X			
Extrant 4 :								
La qualité des soins et de la prise en charge générale des malades est améliorée.								
1	Améliorer l'accueil, le triage et l'admission des malades (circuit des malades) et mettre à l'aise les patients référés. Assurer la continuité des soins par une bonne organisation de la garde.	fonctionnement hors salaire	EPH	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
2	Superviser régulièrement les hôpitaux sur le plan technique, ainsi que par rapport à l'organisation des soins et la gestion.	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X	X	X	X
3	Mettre en place un Comité Thérapeutique dans chaque hôpital sur la base des orientations fournies par le niveau national et encourager l'organisation de « peer group reviews » entre hôpitaux.	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X			
4	Mettre en place une routine d'audits pour tous les cas de décès à l'hôpital.	Fonctionnement hors salaire.	MS		X	X	X	X
5	Améliorer l'approvisionnement et la gestion des médicaments, réactifs et consommables.	Fonctionnement hors salaire	EPH	X	X	X	X	X
6	Améliorer l'hygiène hospitalière et la prévention d'infections nosocomiales ; (supervision, tests labo, entretien préventif).	Fonctionnement hors salaire	EPH/DNS	X	X	X	X	X
7	Renforcer le système de référence et d'évacuation (aspects: communication, transport, accueil, prise en charge financière, documentation) et décourager la demande en soins primaires.	Fonctionnement hors salaire et investissement.	EPH	X	X	X	X	X
8	Mettre en place au niveau de chaque hôpital une unité mobile d'intervention rapide (UMIR) pour la prise en charge des urgences.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
9	Améliorer l'organisation du SIH au niveau central aussi bien qu'au niveau des hôpitaux : production en envoi des rapports, fiabilité des données, analyse des données et suivi des recommandations.	Fonctionnement hors salaire	EPH/CPS	X	X	X	X	X
10	Former le personnel des hôpitaux en recherche opérationnelle pour l'amélioration de la qualité leurs services.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
11	Développer de partenariats de collaboration avec des établissements hospitaliers privés et intégrer ces hôpitaux dans la carte sanitaire et le SIH.	Fonctionnement et salaire	MS		X	X	X	X

Extrait 5 :

Les hôpitaux sont correctement entretenus à travers un système de maintenance hospitalier qui est basé sur la politique et le plan stratégique national en

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
maintenance.								
1	Relancer ou créer un atelier équipé de maintenance au niveau de chaque hôpital.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
2	Organiser la formation/recyclage du personnel d'entretien ; recruter le personnel d'entretien en fonction du cadre organique.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
3	Mettre en place les moyens pour la maintenance préventive et curative des infrastructures, des mobiliers, équipements (non)médical, véhicules : prévoir un budget, assurer la disponibilité des pièces à échanger régulièrement.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
4	Organiser un cadre de contractualisation pour certains types d'entretien (informatique, véhicules, ..).	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X
5	Selon les besoins, réparer les équipements biomédicaux des CSREF.	Investissement, fonctionnement et salaire.	MS	X	X	X	X	X

Extrant 6 :

Les hôpitaux jouent un rôle d'appui en formation aux services de santé des districts.

1	Impliquer le personnel des hôpitaux dans la supervision des CSREF et la formation des agents de santé dans les cercles.	Investissement	EPH	X	X	X	X	X
2	Former le personnel des hôpitaux en techniques d'éducation (didactique) et assurer la disponibilité de moyens pour formations (modules et matériels, ...).	Investissement	EPH	X	X	X	X	X
3	Améliorer l'organisation des stages de personnel médical et paramédical dans les hôpitaux.	Investissement	EPH	X	X	X	X	X

Effet 2 :

Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.

Extrant 7 :

Les activités de recherche sont basées sur une politique nationale de recherche en santé (PNRS), une instance de coordination assure la pertinence des études et un Fonds de recherche assure la disponibilité de ressources pour des études.

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
1	Adopter la politique nationale de recherche en santé.	Fonctionnement hors salaire	MS		X	X		
2	Créer un Comité (ou Conseil) de Coordination de la recherche en santé (CCRS).	Fonctionnement hors salaire	MS		X	X		
3	Mettre en place un Fonds de Recherche et créer une structure de gestion du Fonds.	Fonctionnement hors salaire	MS		X	X	X	X
4	Etablir un cadre de gestion du fonds (manuel de procédures).	Fonctionnement hors salaire.	MS		X	X	X	X
Extrant 8 :								
Les résultats des recherches sont validés et diffusés, les recommandations retenues font l'objet d'un suivi dans les PO annuels du PRODESS.								
1	Elaborer d'un plan/budget pluriannuel de recherches prioritaires.	Fonctionnement hors salaire	MS		X	X	X	X
2	Mettre en oeuvre le plan de recherche : analyser et approuver de protocoles, allouer de financements du Fonds, valider et diffuser les résultats, assurer le suivi.	Fonctionnement hors salaire	MS		X	X	X	X
Extrant 9 :								
Les produits sanguins de qualité sont régulièrement disponibles dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées.								
1	Créer et/ou dynamiser des antennes transfusionnelles	Construction, équipements, véhicules, informatique, salaires	MS		X	X	X	X
2	Renforcer les capacités du CNTS	Construction, équipements, véhicules, informatique, salaires	MS		X	X	X	X
3	Améliorer l'approvisionnement en réactifs et consommables	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X	X	X	X
4	Contrôler systématiquement la qualité des produits sanguins.	Fonctionnement hors salaire.	MS	X	X	X	X	X
Extrant 10 :								
La formation des professionnels de la santé a permis d'assurer la sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux, les CSREF et les cliniques privées.								
1	Contribuer à la formation des agents de santé en matière de sécurité transfusionnelle.	Formation	CNTS	X	X	X	X	X
Extrant 11 :								
Le contrôle de la qualité des aliments, des boissons et des médicaments a amélioré.								
1	Renforcer le LNS	Génie civil, équipements, véhicules, informatique, salaires, formation	LNS	X	X	X	X	X
2	Mettre en oeuvre le plan d'action ou projet d'établissement adopté du LNS	Fonctionnement hors salaire	LNS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
3	Contribuer à la formation des agents de santé en matière de contrôle de qualité des aliments, des boissons et des médicaments et dispositifs médicaux.	Fonctionnement hors salaire.	LNS	X	X	X	X	X

Extrant 12 :

La redéfinition des missions des différentes institutions de recherche assure la pertinence et la complémentarité de leurs actions, ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour études.

1	Compte tenu des nouvelles structures comme le CNAM et CREDOS, mettre en place une Commission chargée de redéfinir les missions des institutions qui sont impliquées dans la recherche de santé (donc y compris DNS, FMPOS, DEAP).	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X			
2	Relire les textes, changer le statut de certaines institutions, adopter de projets d'établissement.	Fonctionnement hors salaire.	MS	X	X			
3	Créer une banque de données accessibles aux chercheurs et aux étudiants ; renforcer le centre de documentation de l'INRSP.	Fonctionnement hors salaire	MS	X	X	X	X	X

Extrant 13 :

En fonction de leur mission et rôle redéfini en matière de recherche, chacune des institutions des recherches est renforcée et met en oeuvre son plan d'action en recherche. (Il s'agit de l'INRSP, LNS, CNAM, CREDOS, ANSSA).

1	Renforcer les institutions de recherche en fonction de leur mission/rôle redéfini.	Construction, équipements, véhicules, salaires, formation, informatique.	MS	X	X	X	X	X
2	Adopter et mettre en oeuvre les plans d'action des institutions de recherche.		MS	X	X	X		X

Extrant 14 :

Le CNESS assume mieux sa mission en tant que organe consultatif pour des problèmes éthiques soulevés. La faisabilité d'un Institut Médico-Légal est analysée et en cas de conclusion positive, l'IML est créé et est opérationnel.

1	Relire les textes régissant le Comité National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la Vie (CNESS).	Fonctionnement hors salaire	MS	X				
2	Renforcer le CNESS	Réhabilitation, équipements,	MS	X	X	X		

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
		véhicules, salaires, informatique. Fonctionnement hors salaire						
3	Effectuer l'étude de faisabilité de l'Institut Médico-Légal (probablement déjà effectuée et validée ; à vérifier).		MS	X				
4	En cas de résultat positif de l'étude de faisabilité, créer l'IML.	Fonctionnement hors salaires	MS		X	X		
5	Le cas échéant, opérationnaliser l'IML.	Fonctionnement hors salaire, investissements, salaires.	MS		X	X	X	X

VOLET 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION

EFFETS SPECIFIQUES DU VOLET 7

N°	EFFETS SPECIFIQUES	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
1	Les collectivités territoriales, auxquelles le Ministère de la santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières (cf décret 02- 314), sont capables de gérer efficacement les problèmes de santé dans les communes, les cercles et les régions.	% de communes dans lesquelles le transfert des compétences (technique et financière) du Ministère de la santé aux collectivités est effectif et où le(s) conseil(s) communal/de cercle jouent un rôle active dans la gestion du système de santé : de 10% à 60%.	Rapports d'activités annuels et d'évaluation (les critères seront définis dans les outils de suivi et de planification du PRODESS 2).	Les représentants des collectivités territoriales disposent des moyens nécessaires pour assumer leur rôle.
2	Les <u>S</u> ervices de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en oeuvre du PRODESS II.	% de services au niveau central et régional dont les missions ont été redéfinies, qui ont été restructurés et qui disposent des ressources nécessaires (humaines, matérielles et financières).	Rapports d'évaluation à mi parcours et final textes de restructuration cadre organique.	Le renforcement des capacités des structures est une priorité du Gouvernement.

EXTRANTS DU VOLET 7

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
Effet 1 : transfert des compétences aux collectivités territoriales				
1	Le partenariat entre les collectivités territoriales, les ASACO et les autres acteurs est structuré (dont l'application du décret 02-314).	% de communes ayant signé une convention spécifique tripartite avec le Médecin chef, l'ASACO ou les ONG/Association et la commune: 90%.	Rapports d'activités annuels et d'évaluation	Les autres secteurs sont disposés à travailler avec le MS
2	Les ASACO, les Collectivités territoriales, les ONG et associations participent à la mise en oeuvre de la politique de santé sur base de contrats et procédures clairement établies.	% de conseils de cercle et de conseils communaux impliqués dans le contrôle ex -post et l'audit financier des CSREF et CSCOM .	Rapports d'activités et d'audit interne et externe	L'implication et la participation des autres acteurs de la santé sont une priorité du département de la santé
3	Les collectivités territoriales mobilisent de façon adéquate les ménages et les communautés pour l'utilisation continue des services de santé de base.	% de femmes enceintes ayant suivi au moins deux CPN.	EDSM IV.	La mobilisation sociale en faveur de la santé est une stratégie faisant intervenir outre les agents de santé, les agents du développement social, de la promotion de la femme, de la

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
4	Les collectivités décentralisées ont mis en place un <u>mécanisme d'allègement de coût</u> des prestations pour les couches défavorisées.	% de communes où l'accessibilité financière pour les couches défavorisées est organisée et assurée	EDSM IV	jeunesse, du développement rural et de l'hydraulique.
Effet 2 : services de santé : régions, cercles, communes				
5	Les <u>stratégies alternatives</u> pour les soins de santé primaires dans les aires de santé (stratégie avancée, mobile, communautaire) sont définies en normes, procédures et critères de mise en place et leur mise en oeuvre est monitorée.	% d'aires de santé ciblées où une ou des stratégies alternatives a/ont été mise(s) en place et fait l'objet d'un mécanisme de monitoring.	Rapport d'enquêtes légères.	
6	La réforme et le renforcement des <u>DRS</u> et des <u>CSREF</u> en cours de planification, ont été exécutés.	% de DRS, ESC et CSREF dont l'équipe est conforme au cadre organique révisé	Rapports d'activités	La déconcentration et la décentralisation sont une priorité, les responsables et les cadres sont conscients de leur rôle et mission.
7	Le <u>SLIS</u> , la surveillance épidémiologique et la <u>recherche action</u> contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	% de régions et cercles ayant systématiquement rédigé des notes analytiques qui accompagnent les rapports trimestriels d'activités.	Rapports de supervision et de contrôle.	Les sous systèmes du schéma directeur du SNISS sont opérationnel.
8	La <u>collaboration intersectorielle</u> entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisée et efficace .	% d'établissements scolaires où les PMA scolaires définis ont été intégrés dans les curriculums.	Rapports d'activités et d'évaluation	Les populations savent que la disponibilité de l'eau potable dans l'aire de santé est déterminant de santé.
9	Des <u>mécanismes/outils</u> ont été développés au niveau central pour mieux assurer l' <u>accessibilité financière</u> des couches défavorisées aux soins de santé.	Nombre de stratégies et mécanismes développés et introduits.		
Effet 2 : services de santé : niveau central				
10	La <u>disponibilité</u> en ressources aux différents niveaux déconcentrés du système de santé est assurée.	% moyen des budgets annuels des cercles mobilisé au cours de l'année.		
11	Des <u>outils</u> pour la prise en charge adéquate des <u>maladies prioritaires</u> ont été élaborés et	% d'outils élaborés et ou révisés (la liste des outils à développer sera la référence, dénominateur).	Rapports de supervision et de contrôle.	L'élaboration et la révision des outils pour la prise en charge des

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
	adoptés.			maladies sont une priorité pour le MS.
12	Les <u>textes, normes, outils</u> et règlements portants sur l'organisation des soins ont été complétés et appliqués.	% de la liste des textes, normes, procédures et règlements complémentaires prévues qui sont élaborés, adoptés et diffusés (liste de référence à établir).	Rapports d'évaluation et d'enquêtes.	Le cadre institutionnel du secteur est favorable à la production de soins de qualité.
13	Le <u>SNIS</u> est perfectionné et les activités de recherche sont mieux ciblées, coordonnées, et validées, les résultats sont diffusés et l'exploitation des résultats est assurée.	% des études/recherches proposées dans le cadre du PRODESS qui ont fait, à priori, l'objet d'une vérification documentée de leur pertinence et à posteriori d'une validation formelle au niveau central.	Rapports de la structure compétente en la matière.	Les agents ont la compétence requise pour mener, analyser et utiliser les résultats de la recherche.
14	La mise en place de <u>stratégies alternatives</u> pour l' <u>extension de la couverture géographique</u> en soins primaires est facilitée.	% des cercles où l'ensemble des aires de santé est couvert par une ou plusieurs stratégies.	Rapport d'activités	
15	Les services centraux, les structures rattachées et les services personnalisés sont mieux organisés et assument leur rôle et mission.	% des structures centrales disposant d'un cadre organique révisé, de personnel conformément au cadre organique, de descriptions de postes et de rapports d'évaluation de la performance du personnel.	Rapports d'évaluation externe et d'enquêtes	Les responsables et les cadres sont conscients de leur rôle et mission.
16	La <u>collaboration intersectorielle</u> est assurée.	% de textes d'application pris et/ou révisés sur l'ensemble des révisions/adaptations prévues (liste des textes à réviser et calendrier à établir).	Rapports d'activités et d'évaluation.	La volonté politique du MS à réviser les textes de création des structures.
17	La <u>stratégie de partenariat</u> et <u>contrats de performance</u> est mise en œuvre.	Nombre de départements avec lesquels le MS a signé une convention et a élaboré un plan d'action de collaboration, accompagné d'un calendrier.	Rapports d'activités et d'évaluation.	
18	La <u>santé des groupes spécifiques</u> (les maladies mentaux, les scolaires, les sportifs...) est prise en charge.	Nombre de contrats de performance signés entre le MS et des services étatiques ainsi que non étatiques.	Rapports d'activités et de contrôle.	L'Etat dispose de ressources pour la prise en charge des groupes spécifiques.
19	La <u>maintenanc</u> e des infrastructures, biomédical, informatique, ainsi que des véhicules est assurée, couvrant l'ensemble des niveaux et services.	Un système de <u>maintenanc</u> e préventive et curative du patrimoine a été <u>développé</u> , adopté et a été mis en place aux différents niveaux du système de santé sur le plan institutionnels, organisationnel, gestion et financier.	Copie de la politique et rapport d'activités.	La volonté pour le MS d'élaborer et d'appliquer une politique en matière de maintenance
20	Les établissements de santé sont exploités dans les <u>conditions légales</u> .	L'exploitation des différents types d'établissement de santé est conforme aux textes d'application légaux.	Rapports d'activités	Les établissements sont installés et exploités selon les textes en vigueur
21	La <u>coordination, la gestion</u> et le <u>suivi</u> du PRODESS sont perfectionnés	Nombre de fois que la non disponibilité au niveau cercle des fonds prévus a occasionné un délai ou suspension des	Rapports d'activités annuels et d'évaluation	Les financements destinés au secteur sont mis à disposition à

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
		interventions prévues.		temps et utilisés pour les besoins du secteur.
		% des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT.	Rapport d'activités et rapports d'enquêtes	La déconcentration du système de budgétisation par la mise d'enveloppes budgétaires dans les régions sur base de contrats de performance assortis de contrôles ex - post et audit financier annuel.
22	Les besoins en ressources par niveau sont satisfaits suivant les <u>critères d'équité</u> (taille de population, genre, incidence de la pauvreté, ..) et l' <u>accessibilité</u> financière des soins de santé est assurée.	L'allocation des ressources du PRODESS II tient compte non seulement de la taille de population, le profil épidémiologique et les particularités de l'environnement, mais également des critères d'équité adoptés.	Rapports d'activités annuels et d'évaluation	le département et ses partenaires (y compris les ONG) tiennent compte des critères d'équité dans la répartition et la mobilisation des ressources.
23	Les inégalités sur le plan genre dans les services de santé ont été réduites sur la base des orientations et instructions issues au niveau central.	Pourcentage de femmes dans les Comités de Gestion des CSREF et des hôpitaux.	Rapports d'activités annuels et d'évaluation	les financements destinés au secteur sont mis à disposition à temps et utilisés pour les besoins du secteur.
24	Le développement des ressources humaines et notamment leur gestion, est mis en oeuvre sur la base d'un cadre <u>institutionnel</u> et organisationnel adéquat	% des filles/femmes parmi les étudiants des écoles paramédicales et à la faculté de médecine ayant reçu une bourse d'étude. Le cadre institutionnel et organisationnel pour le développement des RH est en place et assure la mise en oeuvre d'un plan consolidé de réformes et renforcement.	Rapport annuel DRH Texte de création.	

ACTIVITES

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
Effet 1 : transfert des compétences aux collectivités territoriales								
Extrant 1 :								
Le partenariat entre les collectivités territoriales, les ASACO et les autres acteurs est structuré (dont l'application du décret 02-314).								
1	Elaborer, veiller à l'application et évaluer la mise en œuvre des conventions d'assistance mutuelle/ contrats entre les collectivités et les ASACO et le MC de cercle.	Fonctionnement hors salaire	DNS FENASCOM DRS.	X	X	X	X	X
2	Développer l'interface entre les services de santé et les populations, société civile, ONG et autres services techniques avec mise en place de partenariat.	Fonctionnement hors salaire	CPS DRS ESC.	X	X	X	X	X
3	le transfert des infrastructures aux collectivités territoriales : sensibiliser et informer, formaliser et documenter le transfert.	Fonctionnement hors salaire.	CPS DNS DNCT.	X	X	X	X	X
4	Solliciter et impliquer les services techniques de l'Etat dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de collectivités territoriales.	Fonctionnement hors salaire	CT DRS.	X	X	X	X	X
5	Mettre en œuvre des directives d'application du décret 02-314 (y compris la définition du statut juridique des infrastructures de santé communautaire).	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X
6	Négocier la carte sanitaire dans la création des CSCOM en mettant l'accent sur la concertation permanente.	Fonctionnement hors salaire	ESC	X	X	X	X	X
7	Transférer les ressources financières aux collectivités territoriales pour la prise en charge de l'appui conseil (articles 7 et 10 du décret 96-84).	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
8	2.1.6. Appliquer les dispositions du décret 03-580 sur les relations entre l'administration et les usagers.	Fonctionnement hors salaire.	DRS	X	X	X	X	X
9	transférer les responsabilités en matière de maîtrise d'ouvrage et de gestion des établissements de santé de cercles et régions aux collectivités territoriales.		SG CEPRIS.	X	X	X	X	X
Extrant 2 :								
Les ASACO, les Collectivités territoriales, les ONG et associations participent à la mise en œuvre de la politique de santé sur base de contrats et procédures clairement établies								
1	Harmoniser les PDSC avec les programmes de développement	Fonctionnement hors salaire	ESC	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
	communaux y compris les micro-plans.		CT.					
2	Impliquer les élus aux processus d'élaboration des PO (programmes nationaux non transférés aux collectivités territoriales).	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X
3	Mettre en œuvre la stratégie de formation continue révisée en impliquant la FENASCOM et la DNCT.	Fonctionnement hors salaire	DRS/DNS DNCT FENASCOM.	X	X	X	X	X
4	Renforcer le contrôle de gestion des ASACO par les Maires et les représentants de l'Etat.	Fonctionnement hors salaire	CT/MAIRES	X	X	X	X	X
5	Assurer le renouvellement des organes des ASACO	Fonctionnement hors salaire	FENASCOM CT.	X	X	X	X	X
6	Promouvoir des contrats de performance et de monitoring entre les représentants des collectivités, des communautés organisées, des ONG et de l'Etat.	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC	X	X	X	X	X
7	Faciliter les stratégies spécifiques dans chaque zone défavorisée pour faciliter l'utilisation des services par les ménages et communautés (établir la confiance).	Fonctionnement hors salaire	DRS	X	X	X	X	X
8	Appuyer sur les plans institutionnels les organisations féminines, les jeunes et les groupes les plus pauvres dans les projets de développement.	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X
9	Sensibiliser les associations pour l'utilisation des outils de formation des élus, des femmes et des membres des ASACO sur le PRODESS et la décentralisation.	Fonctionnement hors salaire.	DRS ESC.	X	X	X	X	X

Extrant 3 :

Les collectivités territoriales mobilisent de façon adéquate les ménages et les Communautés pour l'utilisation continue des services de santé de base

1	Promouvoir, sur la base des plans de couverture, la mise en place de relais communautaires pour la promotion de la santé.	Fonctionnement hors salaire	ESC DRS.	X	X	X	X	X
2	Elaborer et mettre en œuvre de plans intégrés de communication pour le changement de comportement.	Fonctionnement hors salaire	DNS/CNIECS DRS/ESC.	X	X	X	X	X
3	Promouvoir les approches communautaires	Fonctionnement hors salaire	ESC	X	X	X	X	X
4	Développer des actions de mobilisation sociale dans les régions	Fonctionnement hors salaire	DRS/ESC CT.	X	X	X	X	X
5	Impliquer les groupes spécifiques dans les comités de gestion des centres de santé (PVV/IIH, jeunes, handicapés, etc.).	Fonctionnement hors salaire	ESC ASACO CT.	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
6	Responsabiliser les collectivités en matière de l'hygiène et l'assainissement des structures publiques (traitement des déchets) selon les normes en vigueur.	Fonctionnement hors salaire	DRS Gouvernorat.	X	X	X	X	X
7	Etablir le lien entre les ASACO, les Collectivités territoriales ciblées et les relais communautaires pour les activités préventives et promotionnelles au niveau des ménages et villages.	Fonctionnement hors salaire.	DRS ESC.	X	X	X	X	X
Extrant 4 :								
Les collectivités décentralisées ont mis en place un <u>mécanisme d'allègement de coût</u> des prestations pour les couches défavorisées								
1	Promouvoir l'utilisation du fonds d'assistance médicale, la mutualité, l'assurance maladie obligatoire, les caisses pour la référence/évacuation et formes d'entre aide traditionnelle.	Fonctionnement hors salaire	DRS CT DRDSES.	X	X	X	X	X
Effet 2 : Services de santé : régions, cercles, communes								
Extrant 5 :								
Les stratégies alternatives pour les soins de santé primaires dans les aires de santé (stratégie avancée, mobile, communautaire) sont définies en normes, procédures et critères de mise en place et leur mise en oeuvre est monitorée.								
1	développer les soins primaires en fonction de la situation locale en stratégie fixe, avancée, mobile et/ou communautaire).	Fonctionnement hors salaire	CT ASACO ESC.	X	X	X	X	X
2	Appliquer les mesures d'hygiène dans les établissements de santé (traitement des déchets), notamment dans les établissements hospitaliers.	Fonctionnement hors salaire	CT DRS ESC.	X	X	X	X	X
3	Renforcer les capacités des services déconcentrés à promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
4	Promouvoir le monitoring et la micro planification à base communautaire au niveau des aires de santé.	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X
5	Adopter et accompagner la mise en place d'un paquet minimum d'activités promotionnelle de santé (VIH/SIDA, malnutrition...) dans les secteurs autres que la santé.	Fonctionnement hors salaire	CNIECS DRS.	X	X	X	X	X
6	Appuyer la formation technique des associations et des groupes spécifiques.	Fonctionnement hors salaire	ESC	X	X	X	X	X
7	Faire appliquer les normes et procédures pour les maladies non transmissibles (chroniques : diabètes, HTA, drépanocytose...).	Fonctionnement hors salaire	IS DPM Ordres.	X	X	X	X	X
8	Développer et mettre en place des mesures de protection des	Formation et fonctionnement hors	LNS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	populations et des usagers contre les risques liés à la transfusion sanguine et les soins y afférents, les maladies hydriques...	Salaire	DNS CNTS.					
9	Assurer la sécurité transfusionnelle pour les professionnels de santé et la prévention des accidents avec exposition au sang.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DRS CNTS.	X	X	X	X	X
10	Renforcer les mesures de prévention contre le VIH/SIDA en direction des groupes vulnérables.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DRS/CNTS PNLS.	X	X	X	X	X
11	Opérationnaliser sur le terrain le plan stratégique sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.	Fonctionnement hors salaire	DRS/CRLS CLLS.	X	X	X	X	X
12	Développer les directives pour la prise en charge médicale de qualité du VIH/SIDA et les activités synergiques.	Fonctionnement hors salaire	PNLS DNS.	X	X	X	X	X
13	Veiller à l'application des conditions d'ouvertures des centres de dépistage volontaires et gratuits.	Fonctionnement hors salaire	PNLS DNS.	X	X	X	X	X
14	Impliquer les PVVIH, les handicapés, les adolescents, les malades chroniques, les personnes âgées à la promotion de la santé.	Fonctionnement hors salaire	ESC	X	X	X	X	X
15	Développer et prendre des mesures ciblées pour mieux informer les groupes vulnérables afin qu'ils adoptent un comportement favorable à la santé.	Fonctionnement hors salaire	DRS CNIECS. ESC	X	X	X	X	X
16	S'assurer que les établissements de santé respectent les normes d'hygiène dans le traitement des déchets.	Fonctionnement hors salaire	DRS	X	X	X	X	X
17	Réviser et/ou intégrer les modules d'hygiène dans les programmes de formation des écoles.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS / DRS écoles	X	X	X	X	X
18	Réviser ou adopter les textes réglementaires en matière d'hygiène et de salubrité.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X			
19	Appliquer la loi 98 - 036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X

Extrait 6 :

La réforme et le renforcement des DRS et des CSREF en cours de planification, ont été exécutés

1	Adopter le cadre conceptuel d'organisation du système de référence/évacuation entre les CSREF et les hôpitaux de région.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS EPH DRS / CT.	X	X	X	X	X
2	Renforcer la supervision intégrée, le monitoring, la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS INRSP etc..	X	X	X	X	X
3	Renforcer le plateau technique y compris la formation du personnel.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DRS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
4	Veiller à l'application des textes de la restructuration les DRS et les Districts sanitaires.	Fonctionnement hors salaire; salaire; équipement; formation des ESR.	DNS DRS.	X	X	X	X	X
5	Construire DRS de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Kidal; rénovation des DRS de Mopti, Tombouctou, Mopti et le District; dotation des DRS en équipements, logistiques; cadre organique complété.	Génie civil; équipements, logistiques fonctionnement hors salaire.	DAF CEPRIS DRS.	X	X	X	X	X
6	Améliorer la coordination et le suivi des activités de lutte contre la maladie.	Fonctionnement hors salaire	DNS DRS.	X	X	X	X	X
	Elaborer un plan consolidé pour la formation continue		DRH	X	X	X	X	X
7	Organiser des formations en cascade et des formations groupées dans certains domaines.	Formation; fonctionnement hors salaire	DRS	X	X	X	X	X
8	Appliquer le manuel de procédures PRODESS simplifié et adapté au contexte de la décentralisation.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DRS ESC.	X	X	X	X	X
9	Réaliser les supervisions intégrées et les supervisions spécifiques pour les maladies en voie d'éradication et/ou sous contrôle.	Fonctionnement hors salaire	DRS	X	X	X	X	X
11	Dynamiser l'organisation de la permanence effective des prestations de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Fonctionnement hors salaire	CSREF/ESC EPH DRS	X	X	X	X	X
12	Planifier le renforcement du plateau technique des établissements de santé publics.	Fonctionnement hors salaire.	DNS/CEPRIS DAF/ DRS.	X	X	X	X	X
Extrant 7 :								
Le SLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche action contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire								
1	Utiliser les résultats des enquêtes, recherches et études dans la planification et programmation des régions et cercles.	Fonctionnement hors salaire	DRS ESC.	X	X	X	X	X
2	Accélérer la diffusion et l'application du Guide de surveillance intégrée de la maladie.	Fonctionnement hors salaire	DRS DNS.	X	X	X	X	X
3	Suivre - évaluer l'application du guide technique de surveillance épidémiologique intégrée des maladies transmissibles et des normes et procédures pour les maladies chroniques.	Fonctionnement hors salaire	DNS DRS.	X	X	X	X	X
4	Promouvoir la recherche opérationnelle et la recherche action au niveau des établissements de santé de région et cercle.	Recherche et formation	DRS INRSP.	X	X	X	X	X
Extrant 8 :								
La collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisée et efficace								
1	Organiser la concertation périodique entre les DRS et les services	Fonctionnement hors salaire	DRS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	déconcentrés d'autres départements, ainsi que entre les ESC et acteurs locaux.		ESC.					

Extrant 9 :

Des mécanismes ont été développés au niveau central pour mieux assurer l'accessibilité financière des couches défavorisées aux soins de santé

1	Développer des mécanismes de subventions aux zones et groupes les plus défavorisés.	Fonctionnement hors salaire	DNS DRS.	X	X	X	X	X
2	développer et mettre en oeuvre les stratégies d'accessibilité financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Fonctionnement hors salaire	EPH DRS ESC.	X	X	X	X	X
3	Entreprendre des mesures d'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires, le prix des services PCIME, préservatifs, sels de réhydratation orale, les médicaments anti-tuberculeux...). Différentiation des prix des MEG en favorisant des médicaments à visée pédiatriques.	Fonctionnement hors salaire	FENASCOM DRS DAF DNS DPM.		X			
4	Mettre en place un système cohérent de prise en charge médicamenteuse des PVVIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Fonctionnement hors salaire	PNLS DPM DNS.		X			

Extrant 10 :

La disponibilité en ressources aux différents niveaux déconcentrés du système de santé est assurée

1	Assurer que les équipes des DRS/District sanitaire disposent des ressources financières nécessaires à l'accomplissement de leur mission en tenant compte de l'incidence de la pauvreté.	Fonctionnement hors salaire	DAF CPS.	X	X	X	X	X
2	Rendre disponibles les fonds épidémies et catastrophes au niveau des régions sur la nouvelle ligne budgétaire.	Fonctionnement hors salaire	DAF DNS.	X	X	X	X	X
3	Pré-positionner les stocks de médicaments, consommables, produits, matériels et finances pour épidémies et catastrophes.	Fonctionnement hors salaire	DAF DNS DPM.	X	X	X	X	X
4	Doter et/ou stabiliser le personnel qualifié dans les zones défavorisées.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DAF / CT DRS.	X	X	X	X	X
5	Réaliser des points d'eau potable dans les villages sites des CSCOM.	Génie civil; équipements, fonctionnement hors salaire.	DRS / ESC CT.	X	X	X	X	X
6	Rendre visibles les contributions financières de certains partenaires locaux dans la mise en oeuvre du PRODESS.	Fonctionnement hors salaire.	DRS DAF.	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
Effet 2 : Services de santé : niveau central								
Extrant 11 :								
Les outils pour la prise en charge adéquate des maladies prioritaires sont élaborés et adoptés								
1	Prendre des mesures pour satisfaire les besoins du pays en médecine légale.	Fonctionnement hors salaire	ANEH		X	X		
2	Actualiser les normes et procédures de gestion des maladies prioritaires, la santé de la reproduction, l'hygiène et la salubrité.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X		
3	Améliorer la coordination et le suivi des activités de lutte contre la maladie.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
4	Mettre en place les fonds pré positionnés pour une riposte rapide aux épidémies et catastrophes.	Fonctionnement hors salaire	DNS DAF.	X	X	X	X	X
5	Elaborer les textes d'application des conditions d'ouvertures des centres de dépistage volontaires et gratuits sont adoptés et maîtrisés par les acteurs.	Fonctionnement hors salaire	PNLS DN.		X	X	X	X
6	Renforcer la sécurité transfusionnelle et la prévention des accidents avec exposition au sang.	Fonctionnement hors salaire	CNTS	X	X	X	X	X
7	Développer des aspects de prise en charge centrée sur la personne et de l'assurance qualité dans la formation de base et dans la formation continue.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X

Extrant 12 :

Les textes, normes, outils et règlements portants sur l'organisation des soins sont complétés et appliqués

1	Harmoniser les textes (loi d'orientation sur la santé décret 02-314, 01-115 et la convention d'assistance mutuelle.	Fonctionnement hors salaire	IS DNS Ordres.	X	X	X	X	X
2	Veiller à l'application de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.	Fonctionnement hors salaire	IS DNS.		X	X	X	X
3	Veiller à l'application des directives pour la prise en charge médicale de qualité du VIH/SIDA et les activités synergiques.	Fonctionnement hors salaire	IS PNLS DNS.	X	X	X	X	X
4	Elaborer une politique nationale de prise en charge médicale et nutritionnelle des PVVH.	Fonctionnement hors salaire	PNLS	X				
5	Accélérer la promulgation des textes d'application de la loi 02-044 relative à la SR (cas particulier des mères infectées par le VIH) et	Fonctionnement hors salaire	DNS PNLS.		X			

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
6	de la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies. Réviser le guide de supervision en intégrant les maladies d'éradication.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X				
7	Accélérer l'adoption et ensuite appliquer le texte de transfert des EPH aux collectivités territoriales des régions.	Fonctionnement hors salaire	ANEH DNS / CPS DNCT.	X	X	X	X	X

Extrant 13 :

Le SNIS est perfectionné et les activités de recherche sont mieux ciblées, coordonnées, et validées, les résultats sont diffusés et l'exploitation des résultats est assurée

1	Mettre en place un mécanisme et des procédures pour la planification des études et pour assurer que les résultats des enquêtes et études sont diffusés et exploités (Création Conseil de Coordination de Recherche).	Fonctionnement hors salaire	CPS INRSP CCR.	X	X	X	X	X
2	Réviser le SNIS en vue d'intégrer les données de l'ensemble des domaines et des acteurs y compris les données hospitalières et du secteur privé et certains indicateurs sur la nutrition et liés à la pauvreté.	Fonctionnement hors salaire	CPS	X	X			
3	Promulguer une loi régissant la recherche et déterminer la politique et le contrôle.	Fonctionnement hors salaire	CPS DNS.	X	X	X	X	X
4	Développer les capacités en matière de recherche opérationnelle et recherche action au niveau des établissements de santé et de recherche sur les maladies prioritaires, autres maladies transmissibles et sur les systèmes et déterminants de santé au niveau des établissements chargés de la recherche.	Formation et fonctionnement hors salaire	CPS		X	X	X	X
5	Promouvoir la protection des consommateurs vis à vis des soins de santé à travers les organisations communautaires ou à travers les organisations de protection des consommateurs.	Fonctionnement hors salaire	DNS FENASCOM..	X	X	X	X	X
6	Créer une structure ou une commission de médiation pour résoudre les situations conflictuelles entre l'ASACO, populations, personnel et autorités sanitaires.	Fonctionnement hors salaire	SG		X			
7	Promulguer les décrets relatifs à la loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.	Fonctionnement hors salaire.	DNS		X			

Extrant 14 :

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
La mise en place de stratégies alternatives pour l'extension de la couverture géographique en soins primaires est facilitée.								
1	Suivre, appuyer et évaluer la stratégie avancée dans les zones défavorisées pour les populations vivant à plus de 5Km du Centre de santé.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
2	Renforcer la stratégie mobile polyvalent dans les zones défavorisées et/ou d'accès difficiles pour les populations ne pouvant pas être touchées par la stratégie avancée.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
3	Renforcer les stratégies spécifiques pour le milieu urbain, milieu difficilement accessible (subventions aux zones et groupes les plus défavorisées).	Fonctionnement hors salaire	CPS DNS INRSP.	X	X	X	X	X
4	Développer des services promotionnels au niveau ménages et communautaires (utilisation des relais communautaires, accoucheuses traditionnelles et matrones).	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS	X	X	X	X	X
5	Développer avec les CT un mécanisme pour faciliter l'utilisation et le transfert des usagers du village au CSCOM. Appuyer et inciter.	Fonctionnement hors salaire	DNS CPS.	X	X	X	X	X
6	Suivre, appuyer et évaluer l'organisation du système de référence évacuation (CSCOM-CSREF, CSREF - hôpitaux de région, hôpitaux de région - hôpitaux de troisième référence.	Fonctionnement hors salaire	DNS ANEH.	X	X	X	X	X
Extrait 15 :								
Les services centraux, les structures rattachées et les services personnalisés sont mieux organisés et assument leur rôle et mission								
1	Réviser et adapter es textes de toutes les structures centrales et services rattachés conformément aux orientations du PRODESS 2 (y compris PPM).	Fonctionnement hors salaire	SG IS	X	X	X	X	X
2	renforcer des capacités d'interventions du Secrétariat Général, des Services centraux, Services rattachés, Services personnalisés.	Fonctionnement hors salaire génie civile, équipements et logistique, formation	SG DAF		X			
3	Améliorer la collaboration entre les différents Services du Ministère de la santé	Fonctionnement hors salaire	SG	X	X	X	X	X
4	Intégrer sur le plan institutionnel et organisationnel les programmes de lutte contre la maladie et autres domaines de santé dans la DNS	Fonctionnement hors salaire	SG DNS	X	X	X		
5	Revoir le rôle de la CEPRIS en tenant compte des compétences que l'Etat a transférées aux collectivités territoriales	Fonctionnement hors salaire	SG	X	X			
6	Renouveler le contrat plan avec la PPM et l'adopter par Décret pris en conseil de Ministres	Fonctionnement hors salaire	Cabinet/MS	X				

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
7	Renforcer la capacité de la PPM, entre autres par l'amélioration de la gestion des stocks de produits pharmaceutiques notamment par la conception d'un nouveau logiciel de gestion des stocks et l'aménagement de bonnes pratiques de stockage des produits.	Fonctionnement hors salaire	DPM PPM.	X	X	X	X	X
8	Développer les capacités nationales de fabrication des médicaments génériques et des MTA.	Fonctionnement hors salaire	INRSP DAF/ SG.		X	X	X	X
9	Transformer le SEPAUMAT en EPA pour assurer la fonctionnalité continue des moyens logistiques et biomédicaux du département.	Fonctionnement hors salaire	SG	X				
10	Créer les conditions nécessaires pour l'accréditation de la LNS auprès de l'OMS et assurer son rôle de laboratoire de référence internationale.	Fonctionnement hors salaire	SG	X				
11	Identifier les besoins en assistance technique et recruter des AT/ bureaux.	Fonctionnement hors salaire recherche, équipements et logistique, formation.	CPS SG.	X	X	X	X	X
12	Instituer la mise en place de l'unité mobile d'intervention rapide (UMIR) dans les hôpitaux.	Fonctionnement hors salaire	ANEH		X	X	X	X
13	Promulguer les textes prévus par la loi hospitalière et la loi d'orientation sur la santé.	Fonctionnement hors salaire	SG	X				
14	Instituer l'Institut Médico-légal	Fonctionnement hors salaire	SG		X			
15	Construire des centres régionaux de médecine traditionnelle à Kolokani et Sikasso.	Fonctionnement hors salaire génie civil, équipements et logistique.	INRSP, UMPPP/DAF/ SG.		X	X	X	
16	Assurer sur le plan institutionnel et organisationnel la tutelle du secteur hospitalier.	Fonctionnement hors salaire.	SG		X			
Extrant 16 :								
La <u>collaboration intersectorielle</u> est assurée								
1	Renforcer la collaboration entre les Services du Ministère de la santé et ceux des autres départements et la société civile dans les régions et cercles.	Fonctionnement hors salaire	CPS DNS.	X	X	X	X	X
Extrant 17 :								
La stratégie de <u>partenariat</u> et <u>contrats de performance</u> est mise en oeuvre								
1	Etablir des <u>contrats de prestations</u> entre le public et le parapublic/privé pour certains aspects du PMA basés sur les	Fonctionnement hors salaire.	SG CPS.		X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
2	renforcer les capacités d'intervention des ordres professionnels de santé	Fonctionnement hors salaire	CPS / IS OPS.		X	X	X	X
Extrant 18 :								
La santé des groupes spécifiques (les malades mentaux, les scolaires, les sportifs...) est prise en charge								
1	Développer des modules d'hygiène et de salubrité dans le curriculum des écoles de formation.	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS	X	X	X	X	X
2	Renforcer les mesures de prévention contre le VIH/SIDA en direction des groupes vulnérables.	Fonctionnement hors salaire	PNLS	X	X	X	X	X
3	Accélérer l'extension de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAAARV).	Fonctionnement hors salaire, équipements, réactifs, médicaments, (génie civil).	DNS PNLS.		X	X	X	X
4	Impliquer les groupes spécifiques (PV VIH, handicapés, malades chroniques, adolescents, personnes âgées...) dans la promotion de la santé.	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
5	Informier et sensibiliser les groupes vulnérables	Formation et fonctionnement hors salaire.	DNS	X	X	X	X	X
6	Valider et mettre en œuvre le plan stratégique de santé mentale	Fonctionnement hors salaire	DNS	X				
7	Développer un plan d'action de santé en milieu carcéral	Fonctionnement hors salaire	DNS			X		
Extrant 19 :								
La maintenance des infrastructures, biomédical, informatique, ainsi que des véhicules est assurée, couvrant l'ensemble des niveaux et services								
1	Développer et adopter une politique de maintenance des infrastructures et équipements ; mettre en place le système.	Fonctionnement hors salaire, équipements, génie civil, formation.	SG/CEPRIS ANEH DAF..	X	X	X	X	X
Extrant 20 :								
Les établissements de santé sont exploités dans les conditions légales.								
1	Adopter un texte interdisant la publicité et la vente illicite des médicaments.	Fonctionnement hors salaire	DNS SG.		X			
2	Initier une loi sur la publicité en matière de santé et la vente de médicaments.	Fonctionnement hors salaire	SG DNS.	X				
Extrant 21 :								
La coordination, la gestion et le suivi du PRODESS sont perfectionnés								
1	Suivre l'application des normes et procédures harmonisées de gestion et de la programmation financière.	Fonctionnement hors salaire	DAF CPS.	X	X	X	X	X
2	Progressivement réunir les conditions pour le passage vers l'appui	Fonctionnement hors salaire	SG	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
	budgétaire.		DAF.					
3	Simplifier les procédures de passation des marchés publics pour l'acquisition de biens et services par la PPM.	Fonctionnement hors salaire	DAF PPM DGMP.					
4	Renforcer les capacités de la DAF à monter, suivre et évaluer les dossiers de passation de marchés.	Formation et fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	
5	Prendre les dispositions nécessaires pour assurer que les marchés soient exécutés conformément à la réglementation en vigueur	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
6	Assurer la disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre des PO à tous les niveaux est continue et à la hauteur des prévisions.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
7	Assurer la prise en compte dans les programmations budgétaires le cadrage financier du CDMT comme document de référence.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
8	Veiller à la discipline budgétaire dans l'utilisation des ressources à tous les niveaux.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
9	Diffuser largement les missions des organes de contrôle du MS auprès des structures soumises au contrôle.	Fonctionnement hors salaire	DNS IS OPS/SG.	X	X			
10	Dynamiser les concertations avec les PTF en vue de leur adhésion financière à l'approche programme.	Fonctionnement hors salaire	SG / CPS DAF.	X	X	X	X	X
11	Créer un cadre de médiation et de règlement des conflits dans le cadre de la mise en oeuvre du PRODESS II.	Fonctionnement hors salaire	SG CPS.	X				
12	Renforcer le système d'audit interne, externe et du suivi régulier de la DAF sur le terrain.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X				
13	Améliorer l'information et la communication entre la DAF et les services financiers des régions d'une part et d'autre part entre les services financiers des régions et les comptables des cercles.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
14	Amener les établissements publics à appliquer les textes réglementaires de la comptabilité matières et la comptabilité publique.	Fonctionnement hors salaire	DAF	X	X	X	X	X
15	Renforcer les capacités de gestion des Services de santé	Formation et fonctionnement hors salaire.	DAF	X	X	X	X	X
Extrant 22 :								
Les besoins en ressources par niveau sont satisfaits suivant les critères d'équité (taille de population, genre, incidence de la pauvreté, ..) et l'accessibilité financière des soins de santé est assurée.								
1	Maîtriser les prix au niveau des établissements pharmaceutiques	Fonctionnement hors salaire	Cabinet/MS	X	X	X	X	X

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON-SABLES	05	06	07	08	09
	privés à travers la réglementation du prix des médicaments dans le secteur privé (cf ordonnance 92-021 relative à la libéralisation du prix).							
2	Réviser les systèmes de tarification des prestations essentielles des centres de santé en faveur des groupes les plus défavorisés (plus pauvres, femmes).	Fonctionnement hors salaire	CT, SG, DNS FENASCOM, ASACO.	X				
3	Accorder des subventions aux zones et groupes pauvres pour faciliter leur accès aux soins de qualité.	Fonctionnement hors salaire	SG DAF.	X	X	X	X	X

Extrant 23 :

Les inégalités sur le plan genre dans les services de santé ont été réduites sur la base des orientations et instructions issues au niveau central.

1	Mettre au point les orientations et directives en matière de genre.	Fonctionnement hors salaire	DNS CPS.	X	X			
2	Assurer la prise en compte de la dimension genre au niveau central (Exemple : respecter le genre dans le recrutement des Ressources Humaines).	Fonctionnement hors salaire	DNS CPS SG.	X	X			
3	Respecter le genre dans le recrutement des RH dans les écoles de formation.	Fonctionnement hors salaire	DNS DAF.	X	X	X	X	X
4	relancer les régions et les cercles par rapport à la prise en compte de la dimension genre dans leurs activités.	Fonctionnement hors salaire	DNS DRS.		X	X	X	X
5	Mise en oeuvre d'un plan de collaboration avec le MPFEF (au niveau central, ainsi que sur le terrain).	Fonctionnement hors salaire	DNS	X	X	X	X	X
6	Tenir compte de la dimension genre dans les études de recherche.	Fonctionnement hors salaire	INRSP CPS.	X	X	X	X	X
7	Créer un cadre de partenariat/collaboration avec des ONG actives dans le domaine genre.	Fonctionnement hors salaire	CPS	X	X	X	X	X
8	Instruire les cercles de faire des efforts spéciaux pour assurer l'implication active de femmes dans l'organisation des soins primaires (CSCOM, relais, SA, santé communautaire).	Fonctionnement hors salaire	DNS	X				
9	Développement/mise au point des stratégies de prévention d'avortements à risque et de violence contre les femmes, de prise en charge des femmes veuves âgées et isolées, etc.	Fonctionnement hors salaire.	DNS		X			

Extrant 24 :

Le développement des ressources humaines et notamment leur gestion, est mis en oeuvre sur la base d'un cadre institutionnel et organisationnel adéquat

1	Assurer la dotation des établissements de santé publics en ressources humaines qualifiées notamment dans les zones	fonctionnement hors salaire	DAF DRH.		X	X	X	X
---	--	-----------------------------	----------	--	---	---	---	---

N°	ACTIVITES PAR EXTRANT	INTRANTS	RESPON- SABLES	05	06	07	08	09
	défavorisées ; redistribution équitable sur l'ensemble du territoire. Créer et/ou renforcer en cas de besoins des écoles de formation aux professions de la santé dans les régions.	fonctionnement hors salaire, génie civil, équipement, logistique, formation, salaire.	DRH	X	X	X	X	X
3	Elaborer et appliquer les textes sur les écoles de formation aux professions de la santé, y compris les dispositions relatives à la conformité des qualifications des paramédicaux Créer une Direction des ressources humaines		DNS DAF.		X	X	X	X
4		génie civil, équipement, logistique, fonctionnement hors salaire, formation,	DNS SG	X				
5	Instituer des incitations financières et non financières (logements d'astreinte, rehaussement de la prime de zone) pour les travailleurs des zones défavorisées.	Fonctionnement hors salaire	SG	X	X	X	X	X
6	Instaurer un système de primes de performance pour le personnel à l'intérieur des contrats de performance.	Fonctionnement hors salaire.	SG	X	X	X	X	X

ANNEXE N°2 : INDICATEURS DE SUIVI DU PRODESS**NOTE SUR LES OBJECTIFS CHIFFRES DU PRODESS II**

Des objectifs ont été fixés pour les indicateurs de suivi retenus dans le cadre du PRODESS II.

1. **Les indicateurs d'impact** sont fournis par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) dont la périodicité est quinquennale. De ce fait, les dernières valeurs disponibles pour ces indicateurs sont celles de l'EDSM-III (2001) ; la valeur retenue pour ces indicateurs en 2005 est donc la valeur de 2001. L'objectif chiffré proposé pour 2009 sera évalué par comparaison à la valeur estimée à l'occasion de la prochaine EDS qui aura lieu en 2006.
2. **De nouveaux indicateurs** ont été retenus pour le suivi du PRODESS II alors qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un recueil de données auparavant. Pour ces indicateurs, il n'est pas possible à l'heure actuelle de fixer un objectif chiffré pour 2009, dans la mesure où le niveau de départ n'est pas connu. Le calcul de ces indicateurs nécessitera une modification des supports de collecte de données ; une valeur de départ pourra être disponible en 2005 ou 2006 au plus tard. Néanmoins, la pertinence de ces indicateurs a été jugée suffisante pour les inclure dans le suivi en dépit de cette difficulté.
3. Dans le cas des **indicateurs qui faisaient déjà l'objet d'un suivi** la détermination des objectifs chiffrés pour les années 2005 à 2009 a été faite en tenant compte de l'évolution des séries chronologiques des années antérieures, ainsi que de l'effet attendu des stratégies innovantes mises en œuvre dans le PRODESS II, lesquelles devraient permettre une accélération des progrès attendus en matière de santé des populations.

Indicateurs de suivi du ProdeSS II : Projections de 2005 à 2009

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffree disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
1	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (malnutrition chronique)	EDS	CPS	38 % (EDS III, année 2001)					28%
2	Taux de mortalité maternelle	EDS	CPS	582 p 100 000 (EDS III, période 1996-2001)					574 p 100000
3	Taux de mortalité infanto juvénile	EDS	CPS	229 p 1000 (EDS III, période 1996-2001)					211 p 1000
4	Taux de mortalité infantile	EDS	CPS	113 p 1000 (EDS III, période 1996-2001)					93 p 1000
5	Taux de mortalité néonatale	EDS	CPS	57,1 p (EDS III, période 1996-2001)					51 p 1000
6	Indice synthétique de fécondité	EDS	CPS	6,8 (EDS III, période 1996-2001)					6
7	Taux de prévalence du VIH/SIDA	EDS	CPS	1,7 % (EDS III, année 2001)					1,30%
8	Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans	EDS ou autre enquête	CPS						
1.1	Proportion de la population vivant dans un rayon de 5 Km autour d'un CSCOM fonctionnel	SLIS	DNS	46% (annuaire SLIS 2003)	48%	50%	52%	54%	56%
1.2	Proportion de la population en zone rurale vivant dans un rayon de 15 Kms autour d'une structure de santé offrant le PMA en centre fixe et des activités de stratégie avancée	SLIS	DNS						
1.3	Pourcentage de villages situés à plus de 5 Kms d'un centre fixe atteints par au moins trois passages d'équipes mobiles et/ou avancées dans l'année	SLIS	DNS						
				55/59 soit 93% (2004)					

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible selon les informations fournies par les régions	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
1.4	Pourcentage de districts sanitaires avec CSREF dotés d'un plateau technique complet y compris RAC/téléphone et ambulances	SLIS	DNS			95%			98%
2.1	Ratios personnels soignants de santé/habitants	système d'information sur les ressources humaines	CPS santé	médecins : 1/11 806 sages femmes : 1/25 147 IDE : 1/10 323 infirmier 1er cycle : 1/9264					
2.2	Taux de couverture des besoins en spécialistes hospitaliers par niveau	SIH	CPS santé						
2.3	Taux de couverture des besoins en personnel par catégorie et par spécialité au niveau des CSREF	SLIS	DNS						
2.4	Taux de couverture des besoins des CSCOM en personnel par catégorie	SLIS	DNS						
2.5	Proportion de CSCOM disposant d'un chef de poste en place depuis au moins deux ans	SLIS	DNS						
2.6	Nombre de diplômés sortant des écoles de formation par catégorie et par spécialité et par an	Rapport des écoles	INFSS/Ecoles privées/Faculté de médecine						
3.1	Disponibilité des médicaments du panier	Rapport de supervision ou enquête	DPM	86,10% (2004)	88%	90%	95%	95%	95%
3.2	Disponibilité des vaccins du PEV	Rapport de supervision ou enquête	DNS	99% (2004)	100%	100%	100%	100%	100%
3.3	Disponibilité des ARV	Rapport de supervision ou enquête	DPM	98% (2004)	98%	100%	100%	100%	100%
3.4	Disponibilité des tests VIH	Rapport de supervision ou enquête	DPM	85,50% (2004)	85,50%	90%	100%	100%	100%
3.5	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat	DAF santé	DNB/Min. des Finances	98,20% (2003)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
	alloué à l'achat des médicaments et vaccins								
3.6	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Rapport de supervision ou enquête	DPM	3,2 (2004)	3	3	3	3	3
3.7	Proportion d'échantillons ayant échoué aux tests de qualité du LNS	Rapport annuel	LNS	Nombre d'échantillons ayant échoué aux tests de qualité du LNS (2002) : secteur public : 25/229 secteur privé : 29/378	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%
4.1	Taux d'utilisation de la consultation curative	SLIS+SIH	DNS+CPS	0,23 nouveaux contacts par habitant et par an (2003)	0,25	0,27	0,29	0,31	0,35
4.2	Taux d'accouchements assistés	SLIS + SIH	DNS + CPS	42 % (2003) (SLIS)	47%	50%	53%	56%	60%
4.3	Taux de couverture vaccinale DTCP3 des enfants de moins d'un an	SLIS	DNS	79 % (2003)	88%	90%	91%	92%	94%
4.4	Taux de couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de moins d'un an	SLIS	DNS	72 % (2003)	79%	83%	87%	91%	92%
4.5	Taux de couverture effective en CPN	SLIS+SIH	DNS+CPS						
4.6	Taux d'utilisation de la CPN	SLIS	DNS	59 % (2003)	64%	68%	72%	76%	80%
4.7	Nombre moyen de consultations prénatales par femme	SLIS	DNS	1,98 (2003)	2,20	2,49	2,60	2,80	3,00
4.8	Proportion de grossesses à risque dépistées	SLIS	DNS	60% selon des informations de 2004	64%	68%	72%	76%	80%
4.9	Proportion de grossesses à risque prises en charge	SLIS+SIH	DNS+CPS						100%
4.10	Proportion d'accouchements référés/évacués pris en charge	SLIS+SIH	DNS+CPS						100%
4.11	Proportion de malades du SIDA mis sous ARV	SLIS+SIH	DNS+CPS						

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
4.12	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	SLIS+SIH	DNS+CPS	80% selon les données des sites PTME	90%	100%	100%	100%	100%
4.13	Proportion de CSCOM, de CSREF et de cliniques privées qui gèrent les déchets biomédicaux selon les normes préétablies	SLIS (2)	DNS			30%	40%	50%	50%
4.14	Taux de prévalence contraceptive	EDS	CPS	8 % (EDS III, année 2001)					15%
4.15	Nombre de couples année protection (CAP)	SLIS	DNS		96050 (6%)	112058 (7%)	128066 (8%)	144075 (9%)	160083 (10%)
4.16	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans atteints de fièvre présumée palustre pris en charge dans les 24 heures	EDS ou enquête du PNLN	CPS (EDS) et PNLN (enquêtes spécifiques)	20% (2004)	25%	35%	45%	55%	60%
4.17	Besoins obstétricaux non couverts	SLIS	DNS	51,29% (outils de suivi du Prodess 2003)	46%	40%	35%	30%	25%
4.18	Taux de réalisation de césarienne	SLIS+SIH	DNS+CPS		1%	2%	3%	4%	5%
4.19	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	Enquête	PNLN	17% (2004)	22%	32%	42%	52%	60%
4.20	Pourcentage de la population sexuellement active ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque	EDS	CPS	Le rapport ONUSIDA 2004 fournit pour un indicateur proche : « Pourcentage de la population sexuellement active de 15 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à risque au cours de l'année écoulée » : 30 % (2001)	50%				100%
5.1	Proportion de districts sanitaires (par zone de pauvreté) ayant un système de référence soutenu par une caisse de solidarité.	SLIS	DNS	59% selon des données de 2004	69%	89%	95%	99%	100%

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
5.2	Pourcentage de cas évacués pris en charge par la caisse de solidarité.	SLIS	DNS						
5.3	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau	Enquête	DPM	1876 F Cfa : secteur public en 2004	≤ 2000 FCfa	≤ 2000 Fcfa	≤ 2000 FCfa	≤ 2000 FCfa	≤ 2000 FCfa
5.4	Coût moyen de la césarienne dans les structures de première référence	SLIS	DNS						
5.5	Nombre de structures de santé ayant signé une convention avec une mutuelle	SLIS ou rapport annuel	DNS ou UTM						
6.1	Proportion des patients admis sur référence/évacuation	SIH	CPS						
6.2	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	SIH	CPS						80% (norme OMS)
6.3	Proportion d'établissements ayant bénéficié d'une évaluation des soins datant de moins de deux ans	SIH	CPS						
6.4	Coût moyen par type d'épisodes hospitaliers (césarienne, analyses biologiques spécialisées, imagerie...)	SIH	CPS						
6.5	Taux de satisfaction des utilisateurs/utilisatrices	Enquête légère intégrée auprès des ménages	CPS/DNSI						
6.6	Nombre de jours de ruptures de stock en médicaments et consommables traceurs	Enquête	DPM						
6.7	Nombre de jours de rupture de stock en produits sanguins de qualité	Enquête	DPM						
6.8	Proportion d'EPH et autres établissements de recherche ayant un service de maintenance et/ou un contrat de maintenance avec le secteur privé	SIH	CPS						
6.9	Proportion de supervisions d'équipes de CSREF	SLIS	DNS						

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
	effectuées chaque année par les cadres hospitaliers								
6.10	Proportion d'accouchements dystociques référés.	SIH	CPS						
6.11	Proportion d'établissements disposant d'un système de gestion des déchets biomédicaux et autres déchets dangereux	SIH	CPS						
6.12	Part de recouvrement dans le budget total de l'établissement.	SIH	CPS						
6.13	Nombre d'études/recherches accordées et validées par le comité de coordination en recherche en santé (CCRS)	Rapport annuel	CCRS						
7.1	Taux d'exécution budgétaire	DAF santé	DNB/Min. Finances	88,30% (2003)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
7.2	Part du budget de la santé dans les charges récurrentes du budget d'Etat	Loi de finances	DNB/DAF santé	10,50% (2003)	11,5%	12%	12,5%	13%	13,5%
7.3	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT	DAF santé	DAF/Santé						
7.4	Respect des critères d'équité dans la clé de répartition budgétaire	DAF santé	DAF/Santé						
7.5	Pourcentage de communes ayant signé une convention spécifique avec les services techniques, les ASACO et les ONG/associations.	SLIS	DNS						
7.6	Pourcentage d'aires de santé effectivement administrées par les autorités communales (en respectant la délégation de la gestion aux ASACO)	SLIS	DNS						
7.7	Pourcentage de CSREF administrés par les conseils de cercle conformément au décret 02-314 de juin 2002	SLIS	DNS						
7.8	Proportion d'établissements (CSCOM et CSREF) avec un indice de maintien du capital médicaments supérieur ou égal à 1	SLIS	DNS						
7.9	Pourcentage de Plans de Développement Socio-sanitaires de Cercle (PDSC) qui prennent en compte		Point focal décentralisation						

N°	Indicateur	Source	Responsable	Dernière valeur chiffrée disponible	Projections				
					2005	2006	2007	2008	2009
	le volet santé des plans de développements socioéconomiques et culturels des communes								
7.10	Pourcentage de femmes dans les conseils et comités de gestion des ASACO	SLIS							

Indicateurs d'impact retenus pour le suivi du PRODESS II composante santé (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	Intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
1	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (malnutrition chronique).	Le retard de croissance est défini comme un rapport taille pour âge inférieur à -2 écarts types de la référence internationale de croissance (National Center for Health Statistics/Organisation mondiale de la santé).	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un rapport taille pour âge inférieur à 2 ET par rapport à la référence internationale de croissance, x 100. Dénominateur : effectif total des enfants de moins de 5 ans.	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Reflète les effets cumulatifs à long terme d'apports alimentaires inadéquats et de mauvaises conditions sanitaires dues à un manque d'hygiène et à des maladies récurrentes, dans des environnements pauvres. La prévalence de la malnutrition chronique est une mesure valide de la pauvreté endémique et constitue un meilleur indicateur que le revenu par habitant.	38 % (EDS III, année 2001).
2	Taux de mortalité maternelle.	La mort liée à la maternité est définie comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.	Numérateur : Total des décès maternels durant une période donnée x 100 000 Dénominateur : total des naissances vivantes (1) durant la même période.	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Renseigne sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que sur la santé des femmes en général et indirectement sur leur situation économique et sociale.	582 p 100 000 (EDSM-III, période 1996-2001).
3	Taux de mortalité infantile-juvénile.	Probabilité qu'un enfant meure avant son 5 ^{ème} anniversaire pour 1 000 naissances vivantes.	Numérateur : Nombre d'enfants décédés avant leur cinquième anniversaire une année donnée x 1000. Dénominateur : nombre de naissances vivantes (1) la même année.	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. La baisse de ce taux est considérée comme un des	229 p 1000 (EDS III, période 1996-2001).

4	Taux de mortalité infantile.	Probabilité qu'un enfant meure entre la naissance et son 1 ^{er} anniversaire pour 1000 naissances vivantes.	Numérateur : Nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire une année donnée x 1000. Dénominateur : nombre de naissances vivantes (1) la même année.	Impact	EDS	quinquennale	CPS	meilleurs critères de développement d'un pays. Idem 3	113 p 1000 (EDS III, période 1996-2001).
---	------------------------------	--	---	--------	-----	--------------	-----	--	--

Indicateurs d'impact retenus pour le suivi du PRODESS II composante santé (2)

5	Taux de mortalité néonatale	Probabilité qu'un enfant meure entre la naissance et la fin du premier mois de vie pour 1000 naissances vivantes	Numérateur : Nombre d'enfants décédés avant d'atteindre un mois exact pour une année donnée x 1000. Dénominateur : nombre de naissances vivantes (1) la même année	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Idem 3	57,1 p 1000 (EDSM-III, période 1996-2001)
6	Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge de la période considérée.	L'ISF est calculé à partir du cumul des taux de fécondité par âge, eux-mêmes calculés en rapportant les naissances issues de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes de ce groupe.	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Renseigne sur le niveau de fécondité des femmes pour une période donnée.	6,8 (EDSM-III, période 1996-2001)
7	Taux de prévalence du VIH/SIDA	Nombre de personnes infectées par le VIH à un moment donné, rapporté à l'effectif total de la population considérée au même moment	Numérateur : Nombre de cas d'infection à VIH au moment t x 100. Dénominateur : effectif de la population à risque de développer cette maladie au moment t	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Apprécie l'importance de l'infection à VIH en terme de santé publique dans le pays	1,7 % (EDSM-III, année 2001)
8	Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans	Nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans infectées par le VIH à un moment donné, rapporté à l'effectif total de la population des femmes enceintes de 15 à 24 ans au même moment	Numérateur : Effectif de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans avec un test VIH positif au temps t x 100	Impact	Rapport des sites sentinelles	tous les trois ans	CPS	Apprécie l'importance de l'infection à VIH en terme de santé publique dans le pays	2,2 % pour la ville de Bamako en 2003 (Rapport ONUSIDA)

VOLET 1 : ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE DES DISTRICTS SANITAIRES (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Période	Responsable	Intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
1.1	Proportion de la population vivant dans un rayon de 5 Km autour d'un CSCOM fonctionnel	Proportion de la population d'une zone (aire, cercle, région ou pays), domiciliée dans un rayon de 5Km autour d'un CSCOM fonctionnel (1)	Numérateur : Nombre de personnes de la zone géographique concernée (aire, cercle, région ou pays) vivant à moins de 5 Kms (distance <= 5 Kms) d'un CSCOM satisfaisant à la définition de fonctionnalité proposée, x 100 Dénominateur : nombre de personnes vivant dans la zone géographique	Ressources	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie la disponibilité et l'accessibilité géographique des soins pour la population	46 % (annuaire SLIS 2003)
1.2	Proportion de la population en zone rurale vivant dans un rayon de 15 Kms autour d'une structure de santé offrant le PMA en centre fixe et des activités de stratégie avancée	Proportion de la population en zone rurale domiciliée dans un rayon de 15Km autour d'une structure de santé qu'elle soit (communautaire ou privée conventionnée avec une population de responsabilité) offrant le PMA en centre fixe et des activités de stratégie avancée	Numérateur : Nombre de personnes vivant en zone rurale à moins de 15 Kms (distance <= 15 Kms) d'une structure de santé offrant le PMA en centre fixe (2) et des activités de stratégie avancée (3), x 100 Dénominateur : nombre de personnes vivant dans la zone concernée.	Ressources	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie la disponibilité et l'accessibilité géographique des soins pour la population vivant en zone rurale, en intégrant l'offre de soins du secteur privé	
1.3	Pourcentage de villages, situés à plus de 5 Kms d'un centre fixe, atteints par au moins trois passages d'équipes mobiles et/ou avancées dans l'année	Proportion de villages ayant reçu au moins trois visites d'une équipe mobile ou avancée au cours d'une année, parmi l'ensemble des villages se trouvant à plus de 5 Kms d'un centre de santé fixe	Numérateur : Nombre de villages situés à plus de 5 Kms d'un centre de santé fixe, et ayant bénéficié d'au moins trois visites d'une équipe mobile ou avancée au cours de l'année, x 100 Dénominateur : Nombre de villages se trouvant à plus de 5 Kms d'un centre de santé fixe	Ressources	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie l'accessibilité des services de santé pour les populations vivant à plus de 5 Kms d'un centre fixe	

VOLET 1 : ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTE DES DISTRICTS SANITAIRES (2)

<p>1.4 Pourcentage de districts sanitaires avec CSREF dotés d'un plateau technique complet y compris RAC/téléphone et ambulances.</p>	<p>Proportion de districts sanitaires ayant un CSREF équipé d'un plateau technique selon les normes, ainsi que de RAC ou téléphone et ambulance(s) pour assurer la référence/évacuation.</p>	<p>Numérateur : Nombre de districts sanitaires disposant d'un centre de santé de référence doté d'un plateau technique complet (selon les normes de la DNS) ainsi que de RAC et/ou d'un téléphone et d'au moins une ambulance, x 100. Dénominateur : Nombre de districts sanitaires.</p>	<p>Ressources</p>	<p>SLIS</p>	<p>annuelle</p>	<p>DNS</p>	<p>Apprécie la disponibilité et l'accessibilité géographique des soins de première référence pour la population</p>
--	--	--	-------------------	-------------	-----------------	------------	---

(1) Un CSCOM fonctionnel est un CSCOM dirigé au moins par un infirmier du premier cycle, dispensant des soins curatifs, préventifs et promotionnels, dans un local en matériaux durables composé d'un dispensaire, d'une maternité, d'un dépôt de vente, et géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO)

(2) Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) complet comprend des soins préventifs, curatifs et promotionnels.

(3) Par activité de stratégie avancée on entend la délivrance de services de vaccination pour les enfants de 0 à 1 an sur une base au moins trimestrielle, la délivrance de consultations prénatales y compris vaccination des femmes enceintes sur une base au moins trimestrielle, la délivrance de consultations postnatales (incluant la planification familiale) sur une base au moins trimestrielle.

VOLET 2 : DISPONIBILITE, QUALITE ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	Intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
2.1	Ratios personnels soignants de santé/habitants (1)	Nombre de personnel soignants de santé, par catégorie, rapporté au nombre d'habitants. Il s'agit bien ici du personnel soignant de santé, à l'exclusion du personnel de santé exerçant une activité strictement administrative.	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnels soignants de santé d'une catégorie donnée exerçant dans une zone géographique (aire, cercle, région ou pays) <u>Dénominateur</u> : nombre d'habitants de la zone.	Ressources	Système d'information sur les ressources humaines	annuelle	CPS santé	Suivi de l'évolution de la répartition du personnel dans le pays	médecins : 1/11 806 sages femmes : 1/25 147 IDE : 1/10 323 infirmier 1 ^{er} cycle : 1/9264
2.2	Taux de couverture des besoins en spécialistes hospitaliers par niveau	Proportion des postes de spécialistes hospitaliers effectivement pourvus, par niveau, conformément à la carte sanitaire (EPH de seconde et troisième référence)	<u>Numérateur</u> : Nombre de spécialistes hospitaliers présents dans les EPH de seconde et troisième référence, x 100 <u>Dénominateur</u> : nombre théorique de postes nécessaires.	Ressources	SIH	annuelle	CPS santé	Apprécie l'effort de formation des spécialistes hospitaliers et la mise à disposition effective de ces spécialistes dans les EPH.	

VOLET 2 : DISPONIBILITE, QUALITE ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (1)

2.3	Taux de couverture des besoins en personnel par catégorie et par spécialité au niveau des CSREF	Proportion des postes (par catégorie et spécialité) au niveau des CSREF effectivement pourvus	Numérateur : Personnels présents dans les CSREF, par catégorie et spécialité, x 100 Dénominateur : effectif théorique de personnel nécessaire (par catégorie et spécialité)	Ressources	SLIS (2)	annuelle	DNS	Apprécie l'effort de mise à disposition de personnel spécialisé au niveau des CSREF.
2.4	Taux de couverture des besoins des CSCOM en personnel par catégorie	Proportion des postes de personnel (médecin, infirmier, sage femme) au niveau des CSCOM effectivement pourvus	Numérateur : Personnels présents dans les CSCOM par catégorie, x 100 Dénominateur : effectif théorique de personnel nécessaire (par catégorie).	Ressources	SLIS (3)	annuelle	DNS	Apprécie l'effort de mise à disposition de personnel dans les CSCOM
2.5	Proportion de CSCOM disposant d'un chef de poste en place depuis au moins deux ans	Proportion de CSCOM ouverts depuis plus de deux ans et ayant conservé le même chef de poste depuis au moins deux ans	Numérateur : Nombre de CSCOM ouverts depuis plus de deux ans et disposant du même chef de poste depuis au moins deux ans, x 100 Dénominateur : ensemble des CSCOM ouverts depuis plus de deux ans	Résultat	SLIS (4)	annuelle	DNS	Apprécie la stabilité du personnel en poste, et de façon indirecte sa motivation, celle-ci étant considérée comme un des éléments de la stabilité du personnel en poste.
2.6	Nombre de diplômés sortant des écoles de formation par catégorie, par spécialité et par an	Il s'agit du dénombrement des diplômés sortant des écoles de formation (écoles de formation paramédicales privées et publiques et faculté de médecine), par catégorie et par an	cf définition	Ressources	Rapport des écoles	annuelle	INFSS/Ecoles privées/ Faculté de médecine	Apprécie la disponibilité théorique du personnel de santé sur le marché de l'emploi national

Cet indicateur n'est pas calculé actuellement et nécessitera un effort de compilation de données particulier de la part de la CPS. Les dernières données disponibles, qui datent de 2003, concernent uniquement les secteurs public et communautaire, et ne distinguent pas le personnel soignant du personnel de santé exerçant des fonctions purement administratives.

(3) Les données permettant le calcul de cet indicateur figurent dans les supports du SLIS, mais ne sont pas exploitées de cette façon actuellement.

(4) Cet indicateur n'est pas calculé actuellement et nécessitera une légère modification des supports de collecte du SLIS.

VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAux (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	Intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
3.1	Disponibilité des médicaments du panier	Il s'agit de la disponibilité dans le temps (1) des médicaments du panier, évaluée sur un échantillon de structures de distribution	$100\% - (\text{total jours de rupture} / 10 \times \text{nombre de jours}) \times 100$	Résultat	Rapport de supervision ou enquête	annuelle	DPM	Renseigne sur la disponibilité des médicaments essentiels pour la population	Secteur public, 2002 : 87,3 % (durée moyenne de rupture de stock : 45, 4 j)
3.2	Disponibilité des vaccins du PEV	Il s'agit de la disponibilité dans le temps (1) des vaccins du PEV évaluée sur un échantillon de structures de distribution	Numérateur : Nombre d'items de vaccin du PEV n'ayant pas connu de rupture, x 100 Dénominateur : nombre d'items nécessaires retenus dans le cadre du PEV de routine.	Résultat	Rapport de supervision ou enquête	annuelle	DNS	Renseigne sur la disponibilité des vaccins pour la population	
3.3	Disponibilité des ARV	Il s'agit de la disponibilité dans le temps (1) des médicaments anti-rétroviraux évaluée sur un échantillon de structures de distribution	Pourcentage de jours de disponibilité des items médicaments ARV nécessaires retenus conformément au schéma thérapeutique en vigueur évalué au niveau des structures de prise en charge thérapeutique.	Résultat	Rapport de supervision ou enquête	annuelle	DPM	Renseigne sur la disponibilité des médicaments anti-rétroviraux pour la population	
3.4	Disponibilité des tests VIH	Il s'agit de la disponibilité dans le temps (1) des tests VIH évaluée sur un échantillon de structures de distribution	Pourcentage de jours de disponibilité des items réactifs nécessaires retenus conformément aux directives nationales évalué au niveau des structures de prise en charge (sites).	Résultat	Rapport de supervision ou enquête	annuelle	DPM	Renseigne sur la disponibilité des tests VIH pour la population	
3.5	Taux d'exécution du budget ordinaire de l'Etat alloué à l'achat des médicaments et vaccins	Montant du crédit liquidé pour l'achat des médicaments et vaccins rapporté au crédit budgétaire d'Etat consacré à l'achat des médicaments et vaccins	Numérateur : Crédit liquidé pour l'achat de médicaments et vaccins x 100 Dénominateur : crédit budgétaire d'Etat consacré à l'achat de médicaments et vaccins	Ressources	DAF santé	annuelle	DNB/DAF santé	Disponibilité en routine du crédit budgétaire de l'Etat consacré uniquement à l'achat de médicaments et vaccins.	95 % (2003)
3.6	Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Nombre moyen de médicaments présents sur une prescription médicale, évalué sur un échantillon d'ordonnances provenant de structures de soins	Numérateur : total des médicaments prescrits sur les ordonnances considérées dans les structures visitées Dénominateur : effectif des ordonnances considérées dans les structures visitées.	Résultat	Rapport de supervision ou enquête	annuelle	DPM	Elément d'appréciation de la qualité de la prescription	Secteur public, 2002 : 2,8

VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAMENTS (2)

3.7	Proportion d'échantillons ayant échoué aux tests de qualité du LNS	Pourcentage d'échantillons de médicaments (secteur public et secteur privé) ayant échoué aux tests de qualité effectués par le LNS	Numérateur : Nombre d'échantillons de médicaments (secteur public et secteur privé) ayant échoué aux tests de qualité effectués par le LNS Dénominateur : Nombre d'échantillons de médicaments testés.	Résultat	Rapport annuel	annuelle	LNS	Elément d'appréciation de la qualité des médicaments présents sur le marché dans le pays	secteur public (2002) : 25/229 secteur privé (2002) : 29/378
-----	--	--	---	----------	----------------	----------	-----	--	---

La disponibilité dans le temps inclue, selon la définition de la DPM, le nombre de jours de rupture de stock.

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE et LUTTE CONTRE LA MALADIE (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	Intérêt	Valeur chiffrée la plus récente
4.1	Taux d'utilisation de la consultation curative	Nombre de nouveaux cas par habitant et par an	Numérateur : Nombre de nouveaux cas vus en consultation curative au cours d'une année Dénominateur : population totale au milieu de la même année	Résultat	SLIS+SIH	Annuelle	DNS+CPS	Apprécie le recours aux soins par la population	0,23 nouveaux contacts par habitant et par an (2003) (SLIS)
4.2	Taux d'accouchements assistés	Proportion d'accouchements effectués par un personnel de santé, y compris les ATR suivies, au cours d'une année.	Numérateur : Nombre d'accouchements effectués par un personnel de santé, y compris les ATR suivies, au cours d'une année dans une zone donnée (aire, cercle, région ou pays), x 100 Dénominateur : nombre d'accouchements attendus pour l'année dans la même zone géographique	Résultat	SLIS + SIH	Annuelle	DNS + CPS	Apprécie l'effort fourni par le pays en faveur de la santé maternelle et infantile	42 % (2003) (SLIS)
4.3	Taux de couverture vaccinale DTCP3 des enfants de moins d'un an	Proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu les trois doses de DTCP	Numérateur : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu les trois doses de vaccin DTCP, x 100 Dénominateur : nombre total d'enfants de moins d'un an de la zone (aire, cercle, région ou pays) considérée	Résultat	SLIS	Annuelle	DNS	Apprécie les efforts consentis par le pays pour lutter contre la mortalité infantile	79 % (2003)
4.4	Taux de couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de moins d'un an	Proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu la vaccination rougeole	Numérateur : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu la vaccination rougeole, x 100 Dénominateur : nombre total d'enfants de moins d'un an de la zone (aire, cercle, région ou pays) considérée	Résultat	SLIS	Annuelle	DNS	Apprécie les efforts consentis par le pays pour lutter contre la mortalité infantile	72 % (2003)

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE et LUTTE CONTRE LES MALADIES (2)

4.5	Taux de couverture effective en CPN	Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois consultations prénatales au cours de l'année	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois consultations prénatales au cours de l'année, x 100 Dénominateur : effectif théorique attendu de femmes enceintes la même année	Résultat	SLIS+SIH	Annuelle	DNS+CPS	Evalue la qualité de la couverture préventive des femmes enceintes	non disponible
4.6	Taux d'utilisation de la CPN	Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale au cours de l'année	Numérateur : Nombre de nouvelles consultantes en CPN, x 100 Dénominateur : effectif théorique des femmes enceintes pour la même période	Résultat	SLIS	Annuelle	DNS	Evalue la couverture préventive des femmes enceintes	59 % (2003)
4.7	Nombre moyen de consultations prénatales par femme	Nombre moyen de CPN dont chaque consultante enceinte a bénéficié au cours du suivi de sa grossesse	Numérateur : Nombre total de consultations prénatales effectuées au cours d'une année Dénominateur : nombre de femmes enceintes venues consulter la même année	Résultat	SLIS	Annuelle	DNS	Evalue la qualité de la couverture préventive des femmes enceintes	1,98 (2003)
4.8	Proportion de grossesses à risque dépistées	Pourcentage de grossesses à risque dépistées parmi l'ensemble des femmes vues en consultation prénatale une année donnée	Numérateur : Nombre de grossesses à risque détectées une année donnée, x 100 Dénominateur : nombre de consultantes prénatales vues la même année dans les mêmes formations sanitaires	Résultat	SLIS	Annuelle	DNS	Elément d'appréciation de la qualité du suivi prénatal	
4.9	Proportion de grossesses à risque prises en charge	Proportion de grossesses à risque prises en charge par les formations sanitaires par rapport à l'ensemble des grossesses à risque dépistées	Numérateur : Nombre de grossesses à risque prises en charge par les formations sanitaires, x 100 Dénominateur : nombre de grossesses à risque dépistées par les mêmes formations sanitaires	Résultat	SLIS+SIH	Annuelle	DNS+CPS	Elément d'appréciation de la qualité de la prise en charge des grossesses à risque	

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LES MALADIES (3)

4.10	Proportion d'accouchements référés/évacués pris en charge	Proportion d'accouchements référés/évacués par les établissements du premier échelon (publics, privés et communautaires) pris en charge dans les CSREF et les hôpitaux	Numérateur : Nombre d'accouchements référés/évacués par les établissements de premier échelon (publics, privés et communautaires) vers les CSREF ou les EPH, x 100 Dénominateur : total des accouchements effectués dans les CSREF et les EPH	Résultat	SLIS+SIH	Annuelle	DNS+CPS	Evalue le fonctionnement du système de référence/évacuation, ainsi que le rôle des CSREF et EPH dans la pyramide sanitaire.	
4.11	Proportion de malades du SIDA mis sous ARV	Pourcentage de patients recevant un traitement par ARV parmi l'ensemble des malades du SIDA estimés pour le pays et éligibles	Numérateur : Nombre de malades du SIDA traités par ARV, x 100 Dénominateur : nombre de malades du SIDA estimés et éligibles (1)	Résultat	rapport annuel	Annuelle	PNLS/HCLS	Apprécie les efforts dans la prise en charge des malades du SIDA	Au 1 ^{er} janvier 2004, 1073 patients bénéficiaient de la trithérapie sur le total estimé de 8000 personnes « éligibles » au niveau national, soit 13 %.
4.12	Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement anti-rétroviral complet pour réduire le risque de TME (2)	Pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant un traitement par ARV parmi l'ensemble des femmes enceintes séropositives détectées	Numérateur : Nombre de femmes enceintes séropositives détectées recevant un traitement par ARV, x 100 Dénominateur : ensemble des femmes enceintes séropositives dépistées	Résultat	SLIS+SIH	annuelle	DNS+CPS	Evalue les efforts en matière de réduction de la transmission mère enfant du VIH	54 % (2004) sur 9751 femmes enceintes ayant accepté le test et 160 trouvées séropositives dans 14 sites de Bamako, Ségou, Koulikoro et Banamba
4.13	Proportion de CSKOM, de CSREF et de cliniques privées qui gèrent les déchets biomédicaux selon les normes préétablies	Pourcentage de CSKOM, CSREF et cliniques privées respectant les normes de gestion des déchets biomédicaux	Numérateur : Nombre de CSKOM, CSREF et cliniques privées, qui respectent les normes de gestion des déchets biomédicaux, x 100 Dénominateur : nombre total de CSKOM, CSREF et cliniques privées	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie les efforts dans la gestion des déchets biomédicaux	

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA

DEMANDE et LUTTE CONTRE LA MALADIE (4)

4.14	Taux de prévalence contraceptive	Il s'agit de la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent, à un moment donné, une méthode de planification familiale	Numérateur : Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui utilisent, au moment de l'enquête, une méthode de planification familiale quelle qu'elle soit, x 100 Dénominateur : effectif total des femmes de 15 à 49 ans au même moment	Impact	EDS	quinquennale	CPS	Evalue l'impact des programmes de planification familiale	8 % (EDSM-III, année 2001)
4.15	Nombre de couples année protection (CAP)	Il s'agit du nombre de couples protégés par une méthode contraceptive au cours d'une année	Les CAP sont calculés à partir du nombre de produits contraceptifs distribués, en utilisant les facteurs de conversion suivants : - préservatifs : 100 par couple et par année - pilules : 13 plaquettes par couple et par année - tablettes spermicides : 100 par couple et par année - stérilets : 0,4 par couple et par année - injectables : 4 par couple et par année Le nombre de CAP est égal à la quantité de produits distribués, divisée par le facteur de conversion. La prévalence contraceptive s'estime par le rapport du nombre de CAP/population cible (hommes + femmes).	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Evalue la diffusion des méthodes contraceptives dans la population.	32 657 (Outils de suivi du PRODESS – juin 2003), ce qui correspond à un taux de prévalence contraceptive de 2,04 %
4.16	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans atteints de fièvre présumée palustre pris en charge dans les 24 heures	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté une fièvre étiquetée palustre pour laquelle ils ont été pris en charge dans un délai de moins de 24 heures.	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté une fièvre étiquetée palustre et pris en charge dans un délai de 24 heures pour celle-ci, x 100 Dénominateur : effectif total d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté une fièvre étiquetée palustre.	Résultat	EDS ou enquête du PNLP	au minimum quinquennale	CPS (EDS) et PNLP (enquêtes spécifiques)	Apprécie la qualité de la prise en charge du paludisme présumé en même temps que l'accessibilité des soins pour la population.	20 % (2002) (estimation du PNLP, extraite du Rapport de la mission consultative « faire reculer le paludisme au Mali », 10-14 novembre 2003)

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE et LUTTE CONTRE LA MALADIE (4)

4.17	Besoins obstétricaux non couverts	Proportion de besoins non couverts par rapport à l'ensemble des besoins obstétricaux théoriques	Nombre de femmes enceintes, multiplié par le risque de complications majeures, moins le nombre d'interventions obstétricales majeures (3) pour indication maternelle absolue, divisé par nombre de femmes enceintes, multiplié par le risque de complications majeures	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie l'accessibilité réelle des soins obstétricaux pour les femmes	51,29 % (outils de suivi du PRODESS, juin 2003)
4.18	Taux de réalisation de césarienne	Il s'agit du pourcentage d'accouchements effectués par césarienne par rapport au nombre de grossesses attendues dans la même zone	Numérateur : nombre d'accouchements par césarienne dans une zone géographique, x 100. Dénominateur : nombre de grossesses attendues dans la même zone	Résultat	SLIS+SIH	annuelle	DNS+CPS	Apprécie à la fois de façon indirecte l'accessibilité des soins obstétricaux et la qualité de ceux-ci	
4.19	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	Proportion de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII, par rapport à l'ensemble des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée, x 100 Dénominateur : nombre total de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans. Ne peut être apprécié que par enquête nationale, à priori réalisée chaque année par le Programme Paludisme.	Résultat	Enquête	annuelle	PNLP	Apprécie les efforts déployés en matière de lutte contre le paludisme au niveau communautaire	17 % (2003) (estimation du PNLIP)

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE (4)

4.20	Pourcentage de la population sexuellement active ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à risque	Pourcentage de la population sexuellement active (15-49 ans) ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (avec une ou un partenaire occasionnel)	Numérateur : Nombre d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel Dénominateur : effectif total des hommes et femmes de 15 à 49 ans.	Résultat	EDS	quinquennale	CPS	Apprécie les efforts faits en matière de diffusion des moyens de prévention des IST/VIH au niveau communautaire	Le rapport ONUSIDA 2004 fournit pour un indicateur proche : « Pourcentage de la population sexuellement active de 15 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, parmi ceux/celles qui ont signalé des pratiques sexuelles à risque au cours de l'année écoulée » : 30 % (2001)
------	---	---	---	----------	-----	--------------	-----	---	--

Le rapport 2004 de l'ONUSIDA donne, pour le Mali, une population de 140 000 personnes, adultes et enfants [44 000 – 420 000] vivant avec le VIH à la fin de l'année 2003. Cette estimation est obtenue à partir du dernier taux de séro-prévalence connue, auquel on applique un pourcentage correspondant à la proportion attendue de malades du SIDA parmi l'ensemble des personnes infectées. Le nombre de personnes « éligibles » au traitement anti-rétroviral est une estimation du PNLS. Cet indicateur pourrait être remplacé à terme par l'indicateur d'impact suivant : « pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elle mêmes infectées par le virus ». Ce dernier indicateur ne peut actuellement être valablement suivi en raison de la proportion élevée de perdus de vue parmi les enfants nés de mères infectées.

On entend par interventions obstétricales majeures : la césarienne, la laparotomie pour brèche utérine, l'hystérectomie pour rupture utérine, la version par manœuvre interne, la craniotomie.

VOLET 5 : ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET PARTICIPATION

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
5.1	Proportion de districts sanitaires (par zone de pauvreté) ayant un système de référence soutenu par une caisse de solidarité.	Pourcentage de districts sanitaires dotés d'un système de référence soutenu par une caisse de solidarité.	Numérateur : Nombre de districts sanitaires dotés d'une caisse de solidarité fonctionnelle, x 100 Dénominateur : nombre total de districts sanitaires.	Indicateur de ressources	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie l'existence de mécanismes de solidarité et la dynamique communautaire.	
5.2	Pourcentage de cas évacués pris en charge par la caisse de solidarité.	Proportion de cas évacués par les structures de premier niveau (CSCOM) pris en charge par la caisse de solidarité	Numérateur : Nombre de cas évacués par les structures de santé de premier niveau pris en charge par la caisse de solidarité, x 100 Dénominateur : ensemble des cas évacués par les structures de santé de premier niveau	Indicateur de résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie le fonctionnement et l'impact des caisses de solidarité mises en place	
5.3	Coût moyen de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau	Moyenne du coût de l'ordonnance dans les établissements de santé par niveau	Moyenne du coût d'un échantillon d'ordonnances pris au hasard dans plusieurs établissements de santé, obtenue lors d'une enquête	Indicateur de résultat	Enquête	annuelle	DPM	apprécie l'accessibilité financière des médicaments pour la population	
5.4	Coût moyen de la césarienne dans les structures de première référence	Moyenne du coût de la césarienne dans les structures de première référence	Moyenne du coût de la césarienne évaluée sur un échantillon de structures de première référence	Indicateur de résultat	SLIS	annuelle	DNS	Élément d'appréciation de l'accessibilité financière des soins pour la population	
5.5	Nombre de structures de santé ayant signé une convention avec une mutuelle	Nombre de structures de santé ayant signé une convention avec une mutuelle	Il s'agit d'un dénombrement	Indicateur de résultat	SLIS ou rapport annuel	annuelle	DNS ou UTM	Apprécie le développement de moyens de financement alternatif de la santé	

VOLET 6 : REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
6.1	Proportion des patients admis sur référence/évacuation	Pourcentage de patients admis sur référence/évacuation	$\frac{\text{Nombre de patients admis dans un EPH par référence/évacuation, x 100}}{\text{total des admissions pour la même période dans le même établissement}}$	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Permet d'apprécier le rôle de référence que joue l'établissement	
6.2	Taux d'occupation des lits (chirurgie/médecine)	Degré d'utilisation des lits disponibles durant une période donnée (une année)	$\frac{\text{nombre total de journées d'hospitalisation x 365 jours x 100}}{\text{nombre total de lits}}$	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Donne une indication globale de l'utilisation d'un hôpital et des différents services, et permet d'ajuster les ressources aux besoins	
6.3	Proportion d'établissements ayant bénéficié d'une évaluation des soins datant de moins de deux ans	Pourcentage d'EPH ayant bénéficié d'une évaluation des soins datant de moins de deux ans	$\frac{\text{Nombre d'établissement ayant bénéficié d'une évaluation des soins dans les deux dernières années, x 100}}{\text{nombre d'établissements publics hospitaliers}}$	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Apprécie l'existence d'une démarche qualité et évaluation des soins au sein des EPH	
6.4	Coût moyen par type d'épisodes hospitaliers (césarienne, analyses biologiques spécialisées, imagerie...)	Coût moyen d'une liste restrictive d'épisodes dans les établissements publics hospitaliers	Liste à établir	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Apprécie l'accessibilité financière des soins hospitaliers pour la population	
6.5	Taux de satisfaction des utilisateurs/utilisatrices	Il s'agit d'apprécier la perception des soins hospitaliers par les patients eux mêmes (en terme de qualité ressentie, accessibilité géographique et financière) au moyen d'enquêtes légères en population		Résultat	Enquête légère intégrée auprès des ménages	annuelle	CPS/DNSI	Apprécie la qualité et la disponibilité des soins hospitaliers du point de vue de la population	

VOLET 6 : REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE (2)

6.6	Nombre de jours de ruptures de stock en médicaments et consommables traceurs	Il s'agit d'apprécier au moyen d'enquêtes annuelles le nombre de jours de rupture de stock annuel d'une liste définie de médicaments et consommables	La liste des médicaments et consommables traceurs est à définir par la DPM, en relation avec les EPH.	Résultat	Enquête	annuelle	DPM	Apprécie la disponibilité des médicaments et consommables au niveau des EPH												
6.7	Nombre de jours de rupture de stock en produits sanguins de qualité	Il s'agit d'apprécier au moyen d'enquêtes annuelles le nombre de jours de rupture de stock annuel d'une liste définie de produits sanguins	La liste des médicaments et consommables traceurs est à définir par la DPM, en relation avec le CNTS.	Résultat	Enquête	annuelle	DPM	Apprécie la disponibilité des produits sanguins au niveau des EPH												
6.8	Proportion d'EPH et autres établissements de recherche ayant un service de maintenance et/ou un contrat de maintenance avec le secteur privé	Il s'agit d'apprécier l'existence, dans l'établissement, soit d'un service de maintenance capable d'assurer la maintenance préventive des équipements, soit d'un contrat liant l'établissement à un service de maintenance extérieur.	Numérateur : Nombre d'EPH disposant d'un service de maintenance ou d'un contrat de maintenance avec un service extérieur, x 100 Dénominateur : nombre total d'EPH	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Apprécie les efforts faits en matière de maintenance des installations dans les EPH												
6.9	Proportion de supervisions d'équipes de CSREF effectuées chaque année par les cadres hospitaliers	Proportion de supervisions d'équipes de CSREF effectuées chaque année par les cadres hospitaliers	Numérateur : Nombre de supervisions d'équipes de CSREF effectuées chaque année par les cadres hospitaliers, x 100 Dénominateur : nombre de supervisions de CSREF réalisées dans l'année, avec ou sans la Direction Régionale de la Santé	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie les efforts de supervision des EPH vis-à-vis des CSREF												
6.10	Proportion d'accouchements dystociques référés.	Proportion d'accouchements dystociques référés parmi l'ensemble des accouchements effectués dans un hôpital	Numérateur : Total des accouchements dystociques référés effectués au niveau de l'hôpital, x 100 Dénominateur : total des accouchements effectués au niveau du même hôpital.	Résultat	SIH	annuelle	CPS	Renseigne sur la façon dont l'hôpital est utilisé par la population												

VOLET 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION (1)

N°	Indicateur	Définition	Mode de calcul	Type	Source	Périodicité	Responsable	Intérêt	Dernière valeur chiffrée disponible
7.1	Taux d'exécution budgétaire	Pourcentage des dépenses totales effectuées par rapport au budget total arrêté.	<p>Numérateur : montant des dépenses totales effectuées par le programme, x 100</p> <p>Dénominateur : budget total prévu pour le programme</p>	Ressources	DAF santé	annuelle	DNB/DAF santé	Apprécie la capacité d'absorption du programme	88,30 % (rapport 2003 du PRODESS) (taux de mobilisation : 61,69 %)
7.2	Part du budget de la santé dans les charges récurrentes du budget d'Etat	Pourcentage des dépenses récurrentes (dépenses de fonctionnement) de l'Etat consacrées au secteur de la santé.	<p>Numérateur : dépenses de fonctionnement de l'Etat consacrées à la santé x 100.</p> <p>Dénominateur : total du budget de fonctionnement de l'Etat</p>	Ressources	Loi de finances	annuelle	DNB/DAF santé	Apprécie l'effort gouvernemental consenti au secteur de la santé	10,5 % (2002)
7.3	Pourcentage des ressources financières utilisées en conformité avec le CDMT	Montant annuel des ressources mobilisées par le secteur santé rapportées aux prévisions du CDMT	<p>Numérateur : montant des dépenses effectuées conformément aux prévisions du CDMT</p> <p>Dénominateur : total des dépenses effectuées</p>	Ressources	DAF santé	annuelle	DNB/DAF santé	Apprécie la cohérence du cadrage budgétaire du programme avec les prévisions du CDMT	La première valeur de référence sera celle de 2005
7.4	Respect des critères d'équité dans la clé de répartition budgétaire	Répartition des allocations budgétaires selon les critères arrêtés par zone de pauvreté	<p>Numérateur : proportion des ressources totales reçue par une région donnée</p> <p>Dénominateur : proportion des ressources totales théoriquement prévue pour la même région</p>	Ressources	DAF santé	annuelle	DNB/DAF santé	Apprécie le respect des critères prédéfinis d'équité dans l'allocation des ressources aux régions	Une valeur devrait être disponible pour 2004, ou au moins 2003.
7.5	Pourcentage de communes ayant signé une convention spécifique avec les services techniques, les ASACO et les ONG/associations.	Pourcentage de communes ayant signé une convention spécifique avec les services techniques, les ASACO et les ONG/associations.	<p>Numérateur : Nombre de communes ayant signé des contrats avec les services techniques, les ASACO et les ONG/Associations, x 100</p> <p>Dénominateur : nombre total de communes que compte le pays.</p>	Processus	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie le degré de transfert de compétence aux collectivités	
7.6	Pourcentage d'aires de santé effectivement administrées par les autorités communales (en respectant la délégation de la gestion aux ASACO)	Pourcentage d'aires de santé effectivement administrées par les autorités communales (en respectant la délégation de la gestion aux ASACO)	<p>Numérateur : Nombre d'aires de santé administrées par les autorités communales via une ASACO, x 100</p> <p>Dénominateur : nombre total d'aires de santé existantes</p>	Processus	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie le degré de transfert de compétence aux collectivités	

VOLET 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES ET DECENTRALISATION (2)

7.7	Pourcentage de CSREF administrés par les conseils de cercle conformément au décret 02-314 de juin 2002	Pourcentage de CSREF administrés par les conseils de cercle conformément au décret 02-314 de juin 2002	Numérateur : nombre de CSREF administrés par les conseils de cercle, x 100 Dénominateur : total des CSREF	Processus	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie le degré de transfert de compétence aux collectivités	
7.8	Proportion d'établissements (CSCOM et CSREF) avec un indice de maintien du capital médicaments supérieur ou égal à 1	Proportion de CSCOM et CSREF disposant d'un capital médicaments supérieur ou égal au capital de départ	Numérateur : Nombre de CSCOM et CSREF disposant d'un capital médicaments égal ou supérieur à 1, x 100 Dénominateur : Total des CSCOM et CSREF	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie la viabilité des CSCOM et CSREF	
7.9	Pourcentage de Plans de Développement Socio-santaires de Cercle (PDSC) qui prennent en compte le volet santé des plans de développements socioéconomiques et culturels des communes	Pourcentage de Plans de Développement Socio-santaires de Cercle (PDSC) qui prennent en compte le volet santé des plans de développements socioéconomiques et culturels des communes	Numérateur : Nombre de PDSC prenant en compte le volet santé des plans de développements socioéconomiques et culturels des communes, x 100 Dénominateur : Total des PDSC	Résultat		annuelle	Point focal décentralisation	Elément d'appréciation de l'effectivité de la décentralisation	
7.10	Pourcentage de femmes dans les conseils et comités de gestion des ASACO	Pourcentage de femmes dans les conseils et comités de gestion des ASACO	Numérateur : Nombre de femmes siégeant dans les conseils et comités de gestion des ASACO, x 100 Dénominateur : nombre total de membres de ces conseils et comités de gestion.	Résultat	SLIS	annuelle	DNS	Apprécie la prise en compte de l'aspect genre au sein des organes de gestion des ASACO	

ANNEXE N° 3

LES DÉTAILS DU BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

Prévisions de Financement

<i>(millions de FCFA)</i>	Exercice 2002	Evolution en fonction de la cible à atteindre en 2009				
		2005	2006	2007	2008	2009
(1) PIB (Nominal) /1	2 094 000	2 291 000	2 473 500	2 637 300	2 879 932	3 144 885
A. Dépenses totales de l'Etat	631 312	511 568	594 308	682 771	782 895	891 972
- Service de la dette	99 505	95 380	29 296	31 236	34 110	37 248
B. Budget de l'Etat hors dette	531 807	416 188	565 012	651 535	748 785	854 724
C. Allocation à la Santé (%)	7,44%	8,35%	9,27%	10,18%	11,09%	12,00%
Taux d'investissement (%)	49,27%	47,42%	45,56%	43,71%	41,85%	40,00%
D. Dépenses Min Santé	39 578	34 767	52 350	66 306	83 028	102 567
- Dépenses courantes	20 078	18 282	28 498	37 325	48 278	61 540
- Dépenses en capitale	19 500	16 485	23 852	28 981	34 751	41 027
(2) Eclatement des ressources de l'Etat	39 577	34 767	52 350	66 306	83 028	102 567
E. Niveau central	12 657	17 154	21 654	26 154	30 654	35 154
<i>dont PPTE</i>	<i>3 300</i>	<i>6 000</i>	<i>6 000</i>	<i>6 000</i>	<i>6 000</i>	<i>6 000</i>
F. Niveau régional	3 255	5 506	15 970	22 983	32 802	45 714
G. Budget Spécial d'Investissement (BSI)	19 500	28 634	29 479	28 225	27 927	27 068
<i>Financement interne</i>		<i>6 118</i>	<i>8 218</i>	<i>10 318</i>	<i>12 418</i>	<i>14 518</i>
<i>Financement externe</i>	<i>17 930</i>	<i>22 516</i>	<i>21 261</i>	<i>17 907</i>	<i>15 509</i>	<i>12 550</i>
H. Etablissements Publics Administratifs	4 165	5 989	6 508	6 851	7 155	7 181
(3) Autres ressources /2	13 159	10 985	12 353	14 254	16 156	18 058
I. Recouvrement des coûts	1 020	10 472	11 924	13 931	15 938	17 946
J. Contributions des communautés	159	513	429	323	218	112
K. Appuis des partenaires (hors BSI) /3	7 605	0	0	0	0	0
L. Ministère de Development Social / 4	4 375	0	0	0	0	0
<i>dont investissement</i>						
(4) Total, cadrage de base	52 736	68 268	85 964	98 467	114 693	133 175

M. Total, hors EPA	48 571	62 279	79 456	91 616	107 539	125 994
<i>N. Total, selon Plan Operational</i>	<i>48 571</i>					

Notes

/1 Selon FMI jusqu'à 2005, selon hypothèses 2006-2007

/2 Non disponible pour 2001

/3 Chiffre estimé (résiduel) = en 2002, la différence entre total cadré (hors EPA) et total plan opérationnel (48, 571) = 7, 584
Chiffre estimés = la différence entre les dépenses totales du Ministère de la Santé hors EPA et financement externe (en 2002 =

/4 39, 578 - 17.930 - 4, 165 = 17,483) et les dépenses totales de l'état du Plan Opérationnel (21, 858)

Hypothèses du Cadre Macroéconomique

Dépenses budgétaires brutes par rapport au PIB	32,9%
Service de la dette par rapport aux Dépenses Budgétaires Brutes	3,6%
	12,0%
Budget Santé par rapport au Dépenses Totales de l'Etat (niveau cible en 2007)	
Dépenses en capital par rapport aux dépenses totales Santé (niveau cible en 2007)	40,0%
Taux d'inflation 2005-6	2,5%
Taux de croissance du PIB réel 2005-6	6,7%

Hypothèse de la composition du budget

<u>Par rapport aux dépenses courantes:</u>	
Niveau central	30,0%
Niveau régional	60,0%
EPAs	10,0%
<u>Par rapport aux dépenses en capital (BSI):</u>	
Financement externe	60,0%

Hypothèse des autres sources de financement

<u>Taux de croissance de:</u>	
Recettes par recouvrement	5,0%
Recettes des communautés	5,0%

CATEGORIES DE DEPENSES	TOTAL 2005/9									
	Exercice 2001	Exercice 2002	Exercice 2005	Exercice 2006	Exercice 2007	Exercice 2008	Exercice 2009	TOTAL 2005/9		
Constructions et Réhabilitations	-	6.242,8	8.583,4	10.398,7	11.442,0	12.781,0	14.206,0	57.411,0		
Matériel Roulant	-	304,0	570,0	889,1	1.214,8	1.643,6	2.174,0	6.491,5		
Equipement et mobilier	-	5.530,1	7.476,7	8.892,3	9.587,3	10.470,1	11.348,0	47.774,4		
Entretien et Fonctionnement	-	3.834,9	6.253,1	8.856,7	11.270,6	14.439,2	18.288,5	59.108,1		
Formation et recherches spécifiques	-	478,9	615,0	688,2	689,6	688,4	665,8	3.347,0		
TOTAL (VOLET 1)	19.064,1	16.390,7	23.498,1	29.725,0	34.204,3	40.022,3	46.682,5	174.132,1		
Masse Salariale et accessoires	-	5.725,9	7.367,1	8.264,4	8.306,8	8.325,0	8.098,2	40.361,5		
Gestion et suivi	-	396,1	565,7	712,9	817,2	952,6	1.107,0	4.155,4		
Autres Primes de Zones	-	0,7	93,3	233,7	400,9	622,0	902,3	2.252,2		
Logements/bâtiments/écoles	-	19,3	241,5	573,6	965,7	1.484,3	2.141,0	5.406,1		
Formation et remise à niveau	-	2.530,7	3.274,2	3.698,3	3.750,0	3.801,5	3.756,4	18.280,4		
TOTAL (VOLET 2)	10.263,1	8.672,7	11.541,9	13.482,9	14.240,5	15.185,5	16.004,9	70.455,7		
Médicament & Réactifs	-	3.848,0	5.149,4	6.053,8	6.441,4	6.928,8	7.378,6	31.952,1		
Vaccins et consommables	-	1.026,3	1.617,5	2.229,3	2.774,1	3.488,1	4.348,4	14.457,4		
Autres équipements et consommables	-	1,6	139,3	348,0	596,2	924,7	1.341,0	3.349,2		
Formation, gestion et suivi	-	4,8	1.436,8	3.609,9	6.197,5	9.621,3	13.961,3	34.826,8		
TOTAL (VOLET 3)	2.806,8	4.880,7	8.343,1	12.241,0	16.009,3	20.962,8	27.029,4	84.585,5		
Construction et véhicules	-	214,3	275,2	308,0	308,6	308,0	298,0	1.497,8		
Equipement et mobilier	-	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	4,5		

CATEGORIES DE DEPENSES	TOTAL 2005/9									
	Exercice 2001	Exercice 2002	Exercice 2005	Exercice 2006	Exercice 2007	Exercice 2008	Exercice 2009	TOTAL 2005/9		
Fonctionnement, gestion et suivi	-	5.996,2	7.774,6	8.804,7	8.957,1	9.118,9	9.062,4	43.717,7		
Recherche et Formation	-	1.138,4	1.472,0	1.661,7	1.683,5	1.704,8	1.682,2	8.204,3		
Consommables gratuits ou promotionnels	-	4,2	298,5	744,3	1.274,6	1.976,1	2.865,3	7.158,8		
TOTAL (VOLET 4)	8.120,5	7.353,7	9.821,2	11.519,6	12.224,7	13.108,8	13.908,8	60.583,1		
Mise en œuvre de l'approche communautaire	-	29,8	171,6	378,5	619,7	938,7	1.341,7	3.450,3		
Formation	-	317,3	407,5	456,2	457,4	456,8	442,2	2.220,2		
Recherche	-	12,2	15,7	17,5	17,6	17,5	17,0	85,3		
Suivi	-	7,1	9,2	10,4	10,5	10,6	10,4	51,1		
Transferts	-	754,4	970,5	1.088,5	1.093,8	1.095,9	1.065,6	5.314,2		
TOTAL (VOLET 5)	1.818,1	1.120,7	1.574,4	1.951,1	2.199,0	2.519,5	2.876,9	11.121,0		
Renforcement des Hôpitaux Régionaux	-	39,7	446,3	1.052,6	1.767,6	2.713,5	3.910,8	9.890,8		
Renforcement des Hôpitaux Nationaux	-	1.134,7	2.040,0	3.098,7	4.156,3	5.548,2	7.263,1	22.106,4		
Renforcement des Ecoles et Institutions de Formation	-	0,6	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	4,2		
Renforcement des instituts spécialisés et de recherche	-	199,9	427,8	718,1	1.028,1	1.436,9	1.946,5	5.557,3		
TOTAL (VOLET 6)	8.104,1	1.374,9	2.914,9	4.870,2	6.952,9	9.699,5	13.121,3	37.558,8		
Fonctionnement	-	3.098,6	4.149,3	4.881,6	5.198,6	5.597,4	5.967,8	25.794,7		
Recherche et Formation	-	1.542,9	2.010,8	2.291,6	2.349,6	2.416,1	2.433,0	11.501,2		
Equipement et mobilier	-	1.194,6	1.534,0	1.716,8	1.720,4	1.717,1	1.661,0	8.349,3		

CATEGORIES DE DEPENSES	Exercice	Exercice	Exercice	Exercice	Exercice	Exercice	Exercice	Exercice	TOTAL
	2001	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2005/9	
Véhicules	-	2.210,3	2.838,4	3.176,5	3.183,1	3.177,2	3.073,2	15.448,4	
Génie Civil	-	0,0	42,8	107,7	185,0	287,4	417,1	1.040,0	
TOTAL (VOLET 7)	12.497,6	8.046,3	10.575,3	12.174,3	12.636,7	13.195,2	13.552,1	62.133,7	
FINANCEMENT TOTAL	62.674,3	47.839,7	68.268,7	85.964,2	98.467,5	114.693,6	133.175,8	500.569,8	

ESTIMATION COUTS ADDITIONNELS ET DISPONIBILITES EN FONCTION HYPOTHESES D'AUGMENTATION BUDGET ETAT

VOLETS	CATEGORIES DE DEPENSES	SYNTHESES DES COUTS ADDITIONNELS			TOTAL GENERAL	
		ZONE 1	ZONE 2	TOTAL Zone 1 et 2		ZONE 3
Amélioration de l'accessibilité géographique aux paquets de services essentiels de santé	1	14.050.107	5.821.130	19.871.237	0	19.871.237
	2	4.900.319	1.358.351	6.258.670	39.200	6.297.870
	3	7.403.095	5.754.516	13.157.611	0	13.157.611
	4	37.537.112	4.154.486	41.691.598	4.899.720	46.591.318
	5	0	0	0	0	0
	Total Programme 1 =	63.890.633	17.088.482	80.979.115	4.938.920	85.918.035
Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées	1	347.040	144.864	491.904	0	491.904
	2	500.000	500.000	1.000.000	1.000.000	2.000.000
	3	1.911.596	1.329.647	3.241.243	0	3.241.243
	4	4.428.850	2.223.800	6.652.650	950.000	7.602.650
	5	749.451	42.140	791.591	63.140	854.731
	Total Programme 2 =	7.936.936	4.240.452	12.177.388	2.013.140	14.190.528
Disponibilité des Médicaments et consommables	1	3.601.114	1.692.700	5.293.814	2.000.000	7.293.814
	2	6.932.373	2.429.954	9.362.327	1.143.195	10.505.522
	3	3.027.697	1.060.361	4.088.057	726.288	4.814.345
	4	123.720	43.696	167.416	50.013.815	50.181.231
	Total Programme 3 =	13.684.903	5.226.711	18.911.614	53.883.298	72.794.912
Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie	1	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0
	3	1.064.279	1.341.822	2.406.101	189.104	2.595.205
	4	255.000	89.000	344.000	13.500	357.500
	5	6.967.035	2.254.997	9.222.032	1.060.885	10.282.917
	6	0	0	0	0	0
	7	0	0	0	0	0
	Total Programme 4 =	8.286.313	3.685.819	11.972.133	1.263.489	13.235.622
SOUS TOTAL DES 4 PROGRAMMES POUR LA PRODUCTION DE LA SANTE		93.798.786	30.241.464	124.040.250	62.098.847	186.139.097

VOLETS	CATEGORIES DE DEPENSES	SYNTHESES DES COUTS ADDITIONNELS				TOTAL GENERAL
		ZONE 1	ZONE 2	TOTAL Zone 1 et 2	ZONE 3	
Accessibilité financière aux soins de santé et participation	1 Mise en œuvre de l'approche communautaire	1.988.000	1.988.000	3.976.000	700.000	4.676.000
	2 Formation	2.000	2.000	4.000	0	4.000
	3 Recherche	0	0	0	0	0
	4 Suivi	1.000	1.000	2.000	0	2.000
	5 Transferts	29.900	29.900	59.800	0	59.800
	Total Programme 5 =	2.020.900	2.020.900	4.041.800	700.000	4.741.800
Reforme des hôpitaux et Institutions de Recherche	1 Renforcement des Hôpitaux Régionaux	11.060.000	2.805.000	13.865.000	0	13.865.000
	2 Renforcement des Hôpitaux Nationaux	0	0	0	20.445.000	20.445.000
	3 Renforcement des Ecoles et Institutions de Formation	0	0	0	0	0
	4 Renforcement des instituts spécialisés et de recherche	0	0	0	6.000.000	6.000.000
	Total Programme 6 =	11.060.000	2.805.000	13.865.000	26.445.000	40.310.000
Renforcement des capacités institutionnelles	1 Fonctionnement	207.600	207.600	415.200	5.551.900	5.967.100
	2 Recherche et Formation	200.000	200.000	400.000	635.000	1.035.000
	3 Equipement et mobilier	0	0	0	0	0
	4 Véhicules	0	0	0	0	0
	5 Génie Civil	0	0	0	1.500.000	1.500.000
	Total Programme 7 =	407.600	407.600	815.200	7.686.900	8.502.100
SOUS-TOTAL DES 3 PROGRAMMES POUR LE SOUTIEN A LA PRODUCTION DE LA SANTE		13.488.500	5.233.500	18.722.000	34.831.900	53.553.900
TOTAL GENERAL =		107.287.286	35.474.964	142.762.250	96.930.747	239.692.997

VOLETS	SOUS PROGRAMMES	SYNTHÈSE DES COUTS ADDITIONNELS					Couts des activités additionnelles	Couts PO 2002	Couts Réels de 2005 en 2009	% Reels	HYPOTHESE: Part de la Santé -15% Project 2009	HYPOTHESE: Part de la Santé -12% Project 2009	HYPOTHESE: Part de la Santé -10% Project 2009
		TOTAL		ZONE 3	ZONE 2	ZONE 1							
		Zone 1 et 2	Zone 3										
Amélioration de l'accessibilité géographique aux paquets de services essentiels de santé	1 Constructions et Rehabilitations	14 050 107	19 871 237	0	19 871 237	0	6 242 797	51 085 222	10,67%	66 430 737	52 147 439	46 779 205	
	2 Matériel Roulant	4 900 319	6 258 670	39 200	6 297 870	0	304 010	7 817 920	1,63%	7 610 199	8 694 821	7 678 932	
	3 Equipement et mobilier	7 403 095	13 157 611	0	13 157 611	0	5 530 054	40 807 881	8,52%	55 197 791	41 060 701	36 934 522	
	4 Entretien et Fonctionnement	37 537 112	41 691 598	4 899 720	46 591 318	0	3 834 937	65 766 003	13,73%	69 032 033	71 741 625	63 576 936	
	5 Formation et recherches spécifiques	0	0	0	478 878	0	0	2 394 365	0,50%	3 844 597	2 239 869	2 043 839	
Total Programme 1 =	63 890 633	17 088 482	4 938 920	80 979 115	4 938 920	16 390 671	167 871 390	35,05%	202 115 357	175 884 455	157 013 434		
Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées	1 Masse Salariale et accessoires	347 040	144 864	0	491 904	0	5 725 912	29 121 464	6,08%	46 373 839	27 350 300	24 936 730	
	2 Gestion et suivi	500 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	0	396 128	3 980 640	0,83%	4 821 944	4 162 462	3 717 212	
	3 Autres Primes de Zones	1 911 596	1 329 647	0	3 241 243	0	700	3 244 743	0,68%	2 666 127	3 746 298	3 287 226	
	4 Logements/baliments/écoles	4 428 850	2 223 800	950 000	6 652 650	0	19 277	7 699 035	1,82%	6 395 242	8 869 792	7 785 774	
	5 Formation et remise à niveau	749 451	42 140	63 140	791 591	0	2 530 675	13 503 106	2,81%	11 087 849	3 909 505	3 430 313	
Total Programme 2 =	7 936 936	4 240 452	2 013 140	12 177 388	2 013 140	8 672 692	57 553 988	12,02%	71 345 001	48 038 358	43 457 254		
Disponibilité des Médicaments et consommables	1 Médicament & Réactifs	3 601 114	1 692 700	2 000 000	5 293 814	0	3 847 973	26 533 679	5,54%	36 880 148	26 421 396	23 813 788	
	2 Vaccins et consommables	6 932 373	2 429 954	1 143 195	9 362 327	0	1 026 319	15 637 117	3,27%	16 862 968	16 932 376	15 025 227	
	3 Autres équipements et consommables	3 027 697	1 060 361	4 088 057	4 814 345	0	1 600	4 822 345	1,01%	3 964 601	5 567 144	4 885 036	
	4 Formation, gestion et suivi	123 720	43 696	50 013 815	167 416	0	4 779	50 203 126	10,48%	41 228 593	57 972 209	50 967 283	
	Total Programme 3 =	13 684 903	5 226 711	53 883 298	18 911 614	53 883 298	4 880 671	97 198 267	20,30%	98 936 311	106 883 125	94 591 335	
Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie	1 Construction et véhicules	0	0	0	0	0	214 300	1 071 500	0,22%	1 720 492	1 002 362	914 636	
	2 Equipement et mobilier	0	0	0	0	0	650	3 250	0,00%	5 218	3 040	2 774	
	3 Fonctionnement, gestion et suivi	1 064 279	1 341 822	189 104	2 406 101	0	5 998 671	32 588 560	6,80%	50 280 543	31 046 420	28 224 132	
	4 Recherche et Formation	255 000	89 000	13,500	344 000	0	1 138 357	6 049 286	1,26%	5 737 370	5 220 773	5 220 773	
	5 Consommables gratuits ou promotionnels	6 967 035	2 254 997	1 060 885	9 222 032	0	4 158	10 303 707	2,15%	8 473 902	11 894 278	10 437 067	
	6 Médicament & Réactifs	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	
	7 Vaccins et consommables	8 286 313	3 685 819	1 263 489	11 972 133	0	7 356 136	50 016 304	10,44%	69 912 821	49 683 470	44 799 382	
Total Programme 4 =	1 988 000	1 988 000	700 000	3 976 000	700 000	29 777	4 824 885	1,01%	4 077 260	5 539 176	4 865 116		
Accessibilité financière aux soins de santé et participation	1 Mise en œuvre de l'approche communautaire	2 000	2 000	0	4 000	0	317 260	1 590 300	0,33%	2 550 382	1 488 564	1 358 125	
	2 Recherche	0	0	0	0	0	12 198	60 990	0,01%	97 931	57 055	52 061	
	3 Suivi	1 000	1 000	0	2 000	0	7 113	37 565	0,01%	58 748	35 580	32 385	
	4 Transferts	29 900	29 900	0	59 800	0	754 392	3 831 760	0,80%	6 105 667	3 597 633	3 280 353	
	Total Programme 5 =	2 020 900	2 020 900	700 000	4 041 800	700 000	1 120 740	10 345 500	2,16%	12 889 988	10 718 007	9 688 040	
SOUS TOTAL DES 5 PROGRAMMES DE PRODUCTION DE LA SANTE	95 819 686	32 262 364	62 798 847	128 082 050	62 798 847	38 420 910	382 985 448	79,97%	455 199 478	391 217 415	349 148 445		
Réforme des Etablissements hospitaliers et des autres Ets de Recherche	1 Renforcement des Hôpitaux Régionaux	11 060 000	2 805 000	0	13 865 000	0	39 698	14 063 490	2,94%	11 699 511	16 197 142	14 218 351	
	2 Renforcement des Hôpitaux Nationaux	0	0	20 445 000	1 134 692	0	1 134 692	26 118 460	5,45%	25 891 648	28 917 499	25 559 090	
	3 Renforcement des Ecoles et Institutions de Formation	0	0	0	0	0	600	3 000	0,00%	4 817	2 806	2 581	
	4 Renforcement des instituts spécialisés et de recherche	0	0	6 000 000	199 900	0	199 900	6 999 500	1,46%	6 529 859	7 863 876	6 932 767	
Total Programme 6 =	11 060 000	2 805 000	26 445 000	13 865 000	40 310 000	1 374 890	47 184 450	9,85%	44 125 834	52 981 323	46 712 770		
Renforcement des capacités institutionnelles	1 Fonctionnement	207 600	207 600	5 551 900	415 200	0	3 098 619	21 460 195	4,48%	29 775 009	21 384 281	19 271 218	
	2 Recherche et Formation	200 000	200 000	635 000	400 000	0	1 542 868	8 749 290	1,83%	13 236 282	8 411 757	7 633 676	
	3 Equipement et mobilier	0	0	0	0	0	1 194 571	5 972 855	1,25%	9 590 527	5 567 458	5 098 452	
	4 Véhicules	0	0	0	0	0	2 210 278	11 051 390	2,31%	17 745 057	10 338 301	9 433 508	
	5 Génie Civil	0	0	1 500 000	1 500 000	0	1 500 000	1 231 244	0,31%	1 231 244	1 732 217	1 519 888	
Total Programme 7 =	407 600	407 600	7 686 900	815 200	8 502 100	8 046 326	48 733 730	10,18%	71 578 118	47 454 014	42 956 752		
SOUS TOTAL DES 2 PROGRAMMES POUR LE SOUTIEN A LA PRODUCTION DE LA SANTE	11 467 600	3 212 600	34 131 900	14 680 200	48 812 100	9 421 216	115 703 953	20,03%	115 703 953	100 435 338	89 669 522		
TOTAL GENERAL =	107 287 286	35 474 964	142 762 250	142 762 250	239 692 997	47 842 126	478 903 628	100,00%	570 903 431	491 652 752	438 818 967		

Programme de production de la santé	382 985 448	79,97%
Programme pour le soutien de la production de la santé	95 918 180	20,03%
TOTAL =	478 903 628	100,00%

Evolution des coûts additionnels par zones (en milliers de Fcfa)

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	TOTAL	%
ZONE 1	18 225 902	19 890 887	21 457 457	23 889 325	23 823 714	107 287 286	44,76%
ZONE 2	6 085 157	6 590 736	7 094 993	7 852 480	7 851 599	35 474 964	14,80%
ZONE 3	14 687 037	17 040 037	19 386 149	22 911 057	22 906 465	96 930 747	40,44%
TOTAL =	38 998 097	43 521 660	47 938 599	54 652 862	54 581 779	239 692 997	100,00%

Evolution des coûts réels par zones (en milliers de Fcfa)

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	TOTAL	%
ZONE 1	33 381 269	35 046 254	36 612 824	39 044 691	38 979 081	183 064 120	38,23%
ZONE 2	12 648 254	13 153 832	13 658 089	14 415 576	14 414 695	68 290 447	14,26%
ZONE 3	40 810 700	43 163 700	45 509 812	49 034 720	49 030 128	227 549 062	47,51%
TOTAL =	86 840 223	91 363 787	95 780 726	102 494 988	102 423 905	478 903 629	100,00%

Repartition des coûts additionnels par niveaux (en milliers de Fcfa)

	Zone 1	Zone 2	Zone 3	TOTAL	%
Ménage et Communauté	8 518 683	3 223 746	915 110	12 657 539	5,28%
Centre de Santé Communautaire	24 230 443	10 714 764	2 089 073	37 034 280	15,45%
Centre de Santé de Référence	59 921 110	16 831 713	7 781 524	84 534 347	35,27%
Direction Régionale	3 557 051	1 899 740	2 115 040	7 571 831	3,16%
Hôpital Régional	11 060 000	2 805 000	0	13 865 000	5,78%
Hôpitaux Nationaux et Ets Spécialisés	0	0	26 445 000	26 445 000	11,03%
Structure Centrale	0	0	57 585 000	57 585 000	24,02%
TOTAL	107 287 286	35 474 964	96 930 747	239 692 997	100,00%

Repartition des coûts additionnels par niveaux (en milliers de Fcfa)

	Zone 1		Zone 2		Zone 3		TOTAL	
Primaire	92 670 236	86%	30 770 223	87%	10 785 707	11%	134 226 166	56,00%
Sécondaire	14 617 051	14%	4 704 740	13%	2 115 040	2%	21 436 831	8,94%
Tertiaire	0	0%	0	0%	26 445 000	27%	26 445 000	11,03%
Central	0	0%	0	0%	57 585 000	59%	57 585 000	24,02%
TOTAL =	107 287 286	100,00%	35 474 964	100,00%	96 930 747	100,00%	239 692 997	100,00%

Repartition des coûts réels par niveaux (en milliers de Fcfa)

	Montant PO 2002		Coûts Réels	
Primaire	19 944 296	42%	233 947 646	49%
Sécondaire	5 451 221	11%	48 692 938	10%
Tertiaire	3 758 110	8%	45 235 550	9%
Central	18 688 499	39%	151 027 495	32%
TOTAL =	47 842 126	100,00%	478 903 629	100,00%

Repartition des coûts additionnels par nature de dépenses (en milliers de Fcfa)

	Zone 1		Zone 2		Zone 3		TOTAL	
Investissement	60 653 428	56,53%	19 177 542	54,06%	24 455 275	25,23%	104 286 247	43,51%
Fonctionnement hors salaire	44 474 622	41,45%	13 476 966	37,99%	70 355 072	72,58%	128 306 661	53,53%
Fonctionnement salaire	2 159 236	2,01%	2 820 456	7,95%	2 120 400	2,19%	7 100 091	2,96%
TOTAL	107 287 286	100,00%	35 474 964	100,00%	96 930 747	100,00%	239 692 999	100,00%

Repartition des coûts réels par nature de dépenses (en milliers de Fcfa)

	Montant PO 2002		Coûts Réels	
Investissement	21 288 130	44%	210 726 895	44%
Fonctionnement hors salaire	20 697 120	43%	231 792 260	48%
Fonctionnement salaire	5 856 877	12%	36 384 476	8%
TOTAL	47 842 126	100%	478 903 631	100%

Evolution des coûts additionnels par programme et par an (en milliers de Fcfa)

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	TOTAL
Programme 1	17 190 495	17 190 495	17 183 607	17 179 015	17 174 423	85 918 035
Programme 2	1 363 643	2 147 707	2 838 106	3 951 758	3 889 314	14 190 528
Programme 3	14 565 054	14 565 054	14 558 982	14 554 935	14 550 887	72 794 912
Programme 4	2 647 124	2 647 124	2 647 124	2 647 124	2 647 124	13 235 622
Programme 5	948 360	948 360	948 360	948 360	948 360	4 741 800
Programme 6	1 100 000	4 581 000	8 062 000	13 283 500	13 283 500	40 310 000
Programme 7	1 183 420	1 441 920	1 700 420	2 088 170	2 088 170	8 502 100
TOTAL =	38 998 097	43 521 660	47 938 599	54 652 862	54 581 779	239 692 997

Evolution des coûts réels par programme et par an (en milliers de Fcfa)

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	TOTAL
Programme 1	33 581 166	33 581 166	33 574 278	33 569 686	33 565 094	167 871 390
Programme 2	10 036 336	10 820 399	11 510 798	12 624 450	12 562 007	57 553 990
Programme 3	19 445 725	19 445 725	19 439 653	19 435 606	19 431 558	97 198 267
Programme 4	10 003 260	10 003 260	10 003 260	10 003 260	10 003 260	50 016 302
Programme 5	2 069 100	2 069 100	2 069 100	2 069 100	2 069 100	10 345 500
Programme 6	2 474 890	5 955 890	9 436 890	14 658 390	14 658 390	47 184 450
Programme 7	9 229 746	9 488 246	9 746 746	10 134 496	10 134 496	48 733 730
TOTAL =	86 840 223	91 363 787	95 780 726	102 494 988	102 423 905	478 903 629

Repartition des coûts additionnels par acteurs et par an (en milliers de Fcfa)

	2005		2006		2007		2008		2009	
TOTAL	49 755 841	9 136 968	9 544 068	22%	9 951 168	21%	10 561 818	19%	10 561 818	19%
Etat	7 554 389	1 510 878	1 510 878	4%	1 510 878	3%	1 510 878	3%	1 510 878	3%
Communautes	178 519 448	28 284 587	32 047 551	73%	35 703 890	74%	41 277 252	76%	41 206 169	75%
Collectivites	3 863 319	65 664	419 164	0%	772 664	2%	1 302 914	2%	1 302 914	2%
TOTAL	239 692 997	38 998 097	43 521 660	100%	47 938 599	100%	54 652 862	100%	54 581 779	100%

Tableau de comparaison de l'apport attendu des acteurs

	2005		2006		2007		2008		2009		
	TOTAL										
Etat	339 018 000	34 767 000	51%	52 350 000	61%	66 306 000	67%	83 028 000	72%	102 567 000	77%
Communautes	6 841 000	1 238 000	2%	1 300 000	2%	1 365 000	1%	1 433 000	1%	1 505 000	1%
Baillleurs	154 710 825	32 263 735	47%	32 314 177	38%	30 796 494	31%	30 232 617	26%	29 103 802	22%
TOTAL	500 569 825	68 268 735	100%	85 964 177	100%	98 467 494	100%	114 693 617	100%	133 175 802	100%

Projections de 12% des dépenses globales par programme de 2005 à 2009 (en milliers de Fcfa)

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	TOTAL	%
Programme 1	23 498 086	29 724 955	34 204 286	40 022 279	46 682 476	174 132 083	34,79%
Programme 2	11 541 852	13 482 913	14 240 547	15 185 461	16 004 887	70 455 660	14,08%
Programme 3	8 343 061	12 241 025	16 009 292	20 962 811	27 029 357	84 585 545	16,90%
Programme 4	9 821 151	11 519 622	12 224 707	13 108 841	13 908 772	60 583 094	12,10%
Programme 5	1 574 420	1 951 145	2 199 003	2 519 517	2 876 926	11 121 011	2,22%
Programme 6	2 914 858	4 870 224	6 952 928	9 699 489	13 121 277	37 558 775	7,50%
Programme 7	10 575 307	12 174 293	12 636 731	13 195 218	13 552 108	62 133 657	12,41%
TOTAL =	68 268 735	85 964 177	98 467 494	114 693 617	133 175 802	500 569 825	100,00%

Tableau des hypothèses de projection du budget de l'Etat (en milliers de Fcfa)

	Projection 15%	Projection 12%	Projection 10%	Coûts réels
Programme 1	202 116 434	174 132 083	155 475 849	167 871 390
Programme 2	81 276 511	70 455 660	63 241 760	57 553 988
Programme 3	98 936 845	84 585 545	75 018 013	97 198 267
Programme 4	69 913 191	60 583 094	54 363 030	50 016 304
Programme 5	12 890 057	11 121 011	9 941 647	10 345 500
Programme 6	44 126 074	37 558 775	33 180 575	47 184 450
Programme 7	71 578 495	62 133 657	55 959 320	48 733 730
TOTAL =	580 837 606	500 569 825	447 180 194	478 903 628

Comparaison des coûts réels entre 2002 et 2009 (en milliers de Fcfa)

	2002	2009
Programme 1	16 390 671	46 682 476
Programme 2	8 672 692	16 004 887
Programme 3	4 880 671	27 029 357
Programme 4	7 356 136	13 908 772
Programme 5	1 120 740	2 876 926
Programme 6	1 374 890	13 121 277
Programme 7	8 046 326	13 552 108
TOTAL	47 842 126	133 175 802

Tableau de comparaison de l'apport attendu des acteurs

	PO 2002	Coûts année 2009
Etat	26 022 000	102 567 000
Communautes	1 179 000	1 505 000
Bailleurs	25 535 000	29 103 802
TOTAL	52 736 000	133 175 802
	100%	100%
		77%
		1%
		22%

ANNEXE N° 4

Textes législatifs et réglementaires adoptés au cours de la mise en œuvre du PRODESS :

Ordonnance n°01-020/P-RM du 20 mars 2001 portant création de la Direction Nationale de la Santé ;
Décret n°01-219/P-RM du 24 mai 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé ;

Décret n°01-249/P-RM du 7 juin 2001 déterminant le cadre organique de la Direction Nationale de la Santé.

Ordonnance n°00-039/P-RM du 20 septembre 2000 portant création de la DPM ;

Décret n°00-585/P-RM du 23 novembre 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la DPM ; et,

Décret n°00-601/P-RM du 4 décembre 2000 déterminant le cadre organique de la Réhabilitation.

Ordonnance n°00-040/P-RM du 20 Septembre 2000 portant création du LNS (EPSTC) ;

Décret n°00-586/P-RM du 14 Août 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du LNS.

Ordonnance n°01-006/P-RM du 19 février 2001 portant création du CНИЕCS

Décret n°01-109/P-RM du 26 février 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du CНИЕCS ;

Décret n°01-120/P-RM du 09 mars 2001 déterminant le cadre organique du CНИЕCS

Décret n°99-105/P-RM du 12 mai 1999 portant création de la MARH ; le Décret n° 02-094 P-RM du 28 février 2002 prolonge la durée de la mission de 18 mois à partir du 12 mai 2001 ;

Arrêté n°0212/MSPAS-SG du 18 janvier 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la MARH ;

Décret n°99-106/P-RM du 12 mai 1999 portant création de la MDRH ; le Décret n° 02-095 P-RM du 28 février 2002 prolonge la durée de la mission de 18 mois à partir du 12 mai 2001 ;

Arrêté n°0211/MSPAS-SG du 16 janvier 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la MDRH.

Ordonnance n°01-021/P-RM du 20 mars 2001 portant création de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP) ;

Décret n°01-220/P-RM du 24 mai 2001 fixant organisation et modalités de fonctionnement de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP) ;

Décret n°01-250/P-RM du 7 juin 2001 déterminant le cadre organique de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP).

Ordonnance n°00-064/P-RM du 29 septembre 2000 portant création Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant ;

Décret n°01-320/P-RM du 26 juillet 2001 fixant organisation et modalités de fonctionnement Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant.

Décret n°01-322/P-RM du 26 juillet 2001 déterminant le cadre organique Centre de Recherche,

Décret n°94-282/P-RM du 15 août 1994 déterminants les conditions d'ouverture de cabinets privés de consultations et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés ;

Arrêté n°95-1319/MSSPA-SG du 22 juin 1995 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de cabinets privé de consultations et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés.

Ordonnance 00-058 portant création de l'Inspection de la santé ratifiée par la loi 01-008.

01-074 / P-RM du 12 février 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Inspection de la Santé ;

01-125 / P-RM portant cadre organique de l'Inspection de la Santé.

01-2293 fixant le détail des modalités d'organisation et de fonctionnement des départements de l'Inspection de la santé.

Ordonnance 00-041 portant création du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) avec un conseil d'administration, une direction générale et le comité scientifique et technique.

Ordonnance 02-025 portant création du PNLS

Décret 02-066 / P-RM du 12 février 2002 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du Programme national de lutte contre le SIDA ;

Décret 02-109 / P-RM du 06 mars 2002 déterminant le cadre organique du Programme national de lutte contre le SIDA.

Loi 02-050 portant loi hospitalière

Loi 02-049 portant loi d'orientation sur la santé

Loi 02-048 portant modification de la loi 94-009 du 22 mars 1994

Loi 02-044 relative à la santé de la reproduction.

Loi 98-036 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies.

Loi 96-032 portant statut général des établissements publics à caractère professionnel.

Loi 94-032 du 25 juillet 1994 fixant le statut de l'enseignement privé en république du Mali

Loi 99-046 portant loi d'orientation sur la santé

Les Comités techniques et de suivi du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS), présidé par le ministre de la santé, le Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP) présidé par le Haut commissaire de la région et le conseil de gestion du district sanitaire présidé par le président du conseil de cercle (décret 01-115).

La loi 93-008 déterminant les conditions de libre administration des collectivités territoriales et le code des collectivités territoriales et la loi 95-034 portant code des collectivités territoriales ont commencé à être appliquées notamment avec le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales.

Décret 01-115 / P-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement sanitaire et social.

Décret 02-314 / P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux communes et cercles en matière de santé.

Compte tenu de l'ampleur de la vente illicite des produits pharmaceutiques, aux termes du décret 02-075 / P-RM du 15 février 2002, la Commission nationale de lutte contre la vente illicite de médicaments a été instituée pour mieux l'analyser à l'effet d'en amoindrir les conséquences sur la santé publique.

Dans le souci de moderniser son contenu, le décret 83-243 a été remplacé par le 02-311 / P-RM du 04 juin 2002 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé. Ceci permet de prendre en compte des questions comme le diagnostic du sida, l'exploitation du scanner, etc.

On peut noter aussi l'existence d'un statut particulier des fonctionnaires du cadre de la santé aux termes du décret 99-346

les adaptations résultant de la création de la DPM ; ainsi, le décret 01-232 / P-RM du 6 juin 2001 porte modification du décret 95-009/P-RM du 11 janvier 1995 instituant un visa des produits pharmaceutiques activité menée auparavant par le Laboratoire national

Des modifications ont été portées aux textes fondamentaux des écoles publiques de formation aux professions de santé aux fins de relever leurs niveaux de recrutement respectifs au baccalauréat pour le second cycle et au diplôme d'études fondamentales pour le 1er cycle. C'était avec les décrets 97-239 / P-RM du 15 août 1997 qui modifie le décret 160 / PG-RM portant organisation et modalités de fonctionnement de l'école secondaire de la santé publique et 99-086 / P-RM du 19 avril 1999 portant organisation et modalités de fonctionnement de l'école secondaire de la santé.

De même, on peut noter l'adoption de la loi 96-032 qui crée les établissements publics à caractère professionnel dont les ordres professionnels de la santé sont des éléments. Elle ouvre la possibilité pour eux d'une restructuration aux fins d'une adaptation à l'environnement de la décentralisation administrative. Ainsi, ils sont créés et structurés par décrets avec une structure légère : un organe délibérant et un organe exécutif.

Décret 02-270/P-RM du 24 mai 2002 portant modification de l'annexe 2 au décret 142/PG-RM du 14 août 1975 fixant les conditions et les modalités d'octroi des indemnités allouées aux fonctionnaires et agents de l'Etat.

Décret n°065/P-RM du 04 Mars 2004 fixant les l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA).

Décret n° 066/P-RM du 04 Mars 2004 portant création d'un Conseil National de Sécurité Sanitaire des Aliments.

Décret n°04- 550/P-RM du 25 Novembre 2004 fixant la composition du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA.

Loi 02-053 portant statut général des fonctionnaires,

Un comité d'éthique a été créé pour systématiser les activités de recherche particulièrement dans le secteur de la santé (décret 02-209 portant création).