



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ÉTAT DES LIEUX DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ AU MALI



Décembre 2017

Cette publication a été produite en vue d'examen par l'United States Agency for International Development.

Elle a été préparée par Sarah Castle, Bokar Touré, Françoise Armand, Yann Derriennic et Romana Haider pour le Projet Health Finance and Governance.

Le Projet Health Finance and Governance

Le Projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en facilitant l'accès de la population aux soins de santé. Dirigée par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires afin d'augmenter leurs ressources intérieures pour la santé, de gérer leurs précieuses ressources plus efficacement et de prendre des décisions d'achat judicieuses. Ce projet d'envergure mondiale de 209 millions USD d'une durée de six ans a pour but d'augmenter l'utilisation des services de santé à la fois primaires et prioritaires, y compris les services pour le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et la santé de la reproduction. Conçu fondamentalement pour renforcer les systèmes de santé, HFG aide les pays à gérer leurs transitions économiques nécessaires à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

Décembre 2017

Accord de coopération N° : AID-OAA-A-12-00080

Soumis à: Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Citation recommandée : Sarah Castle, Bokar Touré, Françoise Armand, Yann Derriennic et Romana Haider. Décembre 2017 *Évaluation du secteur privé de la santé au Mali* Bethesda, Maryland : Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T : 301.347.5000 | F : 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



ÉTAT DES LIEUX DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ AU MALI

Avertissement

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	iii
Remerciements	v
Synthèse	vi
I. Contexte	I
1.1 Conditions de santé et démographiques.....	1
1.2 Indicateurs économiques et de dépenses de santé.....	1
1.3 Caractéristiques structurelles du système de santé malien.....	3
1.4 L'évolution du secteur privé de la santé	7
1.5 Principaux plans et programmes du Ministère de la Santé	7
1.6 Le rôle du secteur privé : Que savons-nous ?	8
2. Champ d'application et objectifs	11
3. Méthodologie	13
4. Politique et gouvernance	15
4.1 Historique de la pratique privée au Mali	15
4.2 Politiques, mécanismes et gouvernance soutenant le secteur privé de la santé 15	
4.3 Collaboration entre le secteur privé et le secteur public	21
4.4 Cartographie de la couverture des services de santé	23
4.5 Principales conclusions et recommandations	23
5. Le rôle du secteur privé dans le financement de la santé	25
5.1 Financement	25
5.2 Mutuelles	28
5.3 Assurance maladie privée.....	29
5.4 Sous-traitance	30
5.5 Principales conclusions et recommandations	30
6. Prestation de services	33
6.1 Synopsis	33
6.2 L'exercice de la médecine dans le secteur à but lucratif	34
6.3 Les contributions des établissements privés aux objectifs de santé publique ..	38
6.4 Principales conclusions et recommandations	40
7. Médicaments et fournitures	43
7.1 Contexte : Politique et principes directeurs sous-jacents aux secteurs public et privé.....	43
7.2 Approvisionnement dans les secteurs public et privé.....	43
7.3 Coordination entre les principaux acteurs dans le secteur pharmaceutique ..	45
7.4 Respect des règlements, normes et standards.....	46
7.5 Supervision.....	47
7.6 Principales conclusions et recommandations	48
8. Conclusion	49
Annexe A : Parties prenantes interrogées	51
Annexe B : Membres de l'Alliance du Secteur Privé	55
Annexe C : Bibliographie	57



Liste des tableaux

Tableau S-1: Principales conclusions et recommandations.....	vii
Tableau 1: Répartition des principales structures pharmaceutiques fournissant des médicaments au secteur public et privé au Mali par région.....	5
Tableau 2: Évolution de la fourniture des AMM.....	47

Liste des Graphiques

Graphique 1: Comparaison des dépenses effectuées auprès des secteurs public et privé de la santé pour le traitement des maladies conduisant au décès par ménage et par quintile de ressources (FCFA).....	2
Graphique 2: Organisation du système de santé.....	3
Graphique 3 : Structure privées à but lucratif.....	4
Graphique 4: Répartition des pharmacies par région.....	6
Graphique 5: Développement des structures de santé PBL au Mali (1990-2016).....	7
Graphique 6 : Source des méthodes de contraception par secteur pour les femmes âgées de 15 à 49 ans.....	34
Graphique 7: Voies de communication entre le secteur public et le secteur privé de la santé.....	38
Graphique 8: Efforts du gouvernement visant à fournir les médicaments à des prix plus abordables avant et après la dévaluation du CFA.....	44

ACRONYMES

ANLM	Association des Médecins Libéraux du Mali
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
API	Agence pour la Promotion de l'Investissement au Mali
ASACO	Associations de Santé Communautaires
CANAM	Caisse National d'Assurance Maladie
CFA	Communauté Financière d'Afrique
CHE	Dépenses courantes de santé
CPS	Cellule de Planification et de la Statistique
CROCEPS	Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CSCom	Centres de Santé Communautaires
CSRÉF	Centres de Santé de Référence
DHIS	Système d'informations de santé au niveau des districts
DIU	Dispositif intra-utérin
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS	Direction de la Protection Sociale
ESP	Évaluation du Secteur Privé
ESS	Évaluation du secteur de la santé
FCFA	Franc des Communauté Financière de l'Afrique
HFG	Health Finance and Governance (projet)
IFC	International Finance Corporation
INPS	L'Institut National de Prévoyance Sociale
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NHA	Comptes nationaux de la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PBL	Privé à but lucratif

PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPP	Partenariats public-privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
ProFam	Protection de la Famille
PSI	Population Services International
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
SDAME	Schéma Directeur D'approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'informations de santé
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UTM	Union Technique de la Mutualité
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de l'évaluation souhaite remercier l'USAID Mali pour le soutien qu'elle a apporté lors du déroulement de cette évaluation. L'équipe souhaite également remercier le Gouvernement du Mali et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour leur coopération et leur assistance.

L'équipe remercie toutes les personnes œuvrant pour l'USAID, le MSHP, les comités des professionnels de santé, les associations des professionnels de santé, les organismes d'assurances, les polycliniques et cliniques privées, les hôpitaux publics, ainsi que les centres de référence, qui ont partagé leurs points de vue et leur expérience afin de contribuer aux conclusions de ce rapport.



Depuis 1985, le Gouvernement du Mali s'engage dans la promotion des pratiques de soins privés dans le secteur de la santé. La croissance de ce secteur privé relativement jeune n'a pas bénéficié d'un soutien efficace de parties prenantes. Plusieurs lois et règlements ont précisé le rôle et les responsabilités du secteur privé à but lucratif (PBL). Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 et le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III) 2014-2018 sont des documents fondamentaux du gouvernement qui font référence au secteur privé évoqués dans ce rapport.

Quelques études ont été effectuées sur le secteur privé de la santé au Mali au cours des dernières années. L'une de ces études – l'étude du secteur privé de la Banque mondiale achevée en 2011 – s'est traduite par une évaluation complète ayant permis au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) d'identifier des stratégies visant à améliorer la contribution du secteur privé aux objectifs de santé et à développer des partenariats public-privé (Lamiaux, Rouzaud, and Woods 2011). Cependant, les conclusions et recommandations de l'étude ne sont pas bien connues des différents responsables et leurs mises en œuvre ont été retardées. En outre, les connaissances générales sur la nature, le fonctionnement, les possibilités de contribution du secteur privé et de son intégration dans le système de santé malien restent insuffisantes chez les parties prenantes du secteur de la santé. Une étude comparative sur le profil du secteur privé de la santé dans les Etats membres de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest a été réalisée en 2013 (Ballo 2013). Elle permet de situer les pays couverts les uns par rapport aux autres et donc des progrès réalisés dans la sous-région,

Plus récemment, une évaluation du système de santé (ESS) effectuée en 2015 par le Projet Health Finance and Governance de l'USAID a souligné le besoin de répondre à certaines préoccupations spécifiques en gardant comme principal objectif l'augmentation de la contribution du secteur privé aux performances globales du système de santé national. Au terme de l'ESS, le MSHP et l'USAID ont demandé que soit effectuée une évaluation du secteur privé. L'objectif de cette évaluation a consisté à acquérir des connaissances approfondies sur le secteur privé caractérisé dans le cadre de ladite évaluation par les services à but lucratif et les fournisseurs de produits pharmaceutiques dans le but de favoriser un dialogue autour des solutions à apporter aux problématiques suivantes :

- i. le manque d'implication du secteur privé dans la gouvernance du système de santé actuel;
- ii. la faible collaboration entre les secteurs public et privé au sein du système de santé publique; et
- iii. l'insuffisance de mécanismes participatifs, juridiques et financiers visant à renforcer le secteur PBL en vue d'étendre la couverture maladie universelle.

L'équipe d'évaluation du secteur privé (ESP) était composée de quatre experts du Projet HFG. Un consultant local a participé à l'évaluation afin de dresser un inventaire des acteurs du secteur privé au Mali dans le but de concevoir et mettre à jour une base de données des prestataires du secteur privé auxquels le MSHP pourrait avoir accès. Une revue de la documentation et une analyse des données secondaires de l'Enquête démographique et de santé et d'autres sources ont permis d'orienter l'évaluation et de définir le contenu des entrevues avec les informateurs clés. L'équipe ESP a interrogé environ 50 informateurs issus de différentes organisations, y compris de prestataires privés, d'organismes de représentation du secteur privé, d'associations professionnelles, de syndicats et de structures de réglementation, et elle a recueilli d'autres données étayant ses conclusions. Les conclusions sont axées autour de quatre domaines techniques : la politique et la gouvernance, les prestations de services, les médicaments et les consommables, et le financement.

L'évaluation a permis d'identifier de vastes perspectives pour le secteur privé et de présenter des recommandations transversales visant à renforcer la collaboration entre les secteurs publics et privés, la coordination et les possibilités de contractualisation pour le secteur privé. Les principales conclusions et recommandations sont exposées dans le Tableau S-I.

Tableau S-I: Principales conclusions et recommandations

Domaine technique	Conclusions	Principales recommandations
Politique et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • La redevabilité et la coordination entre le secteur public et le secteur privé sont insuffisantes. • Le système actuel de supervision, de normalisation et d'agrément des pratiques par les autorités nationales de santé est fragile. • La collaboration qui existe entre les prestataires du secteur public et du secteur privé est une collaboration d'opportunité, et elle est souvent basée sur des relations personnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions et les mécanismes permettant de renforcer la collaboration entre les deux secteurs doivent être appliqués. • Un représentant du secteur privé devrait participer aux Comités PRODESS afin d'identifier les différents rôles allant au-delà de la fourniture de services gratuits. • Le MSHP doit promouvoir l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali comme interlocuteur et répondant et impliquer les associations privées dans les questions importantes de santé.
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> • La quantité et la qualité des services dans le secteur privé sont étroitement liées à l'accès au financement pour les équipements, à l'enseignement et à la formation continue en matière médicale, et à une meilleure réglementation et supervision des pratiques privées. • Il existe des possibilités pour une collaboration étendue dans les domaines des services clés (VIH, tuberculose (TB), planification familiale), de la surveillance épidémiologique, de la prévention et des services dédiés aux communautés pauvres et rurales. • Une collaboration plus importante entre le secteur public et le secteur privé nécessite que le secteur PBL soit mieux représenté dans les alliances et chez les partenaires, et elle doit s'accompagner de plus d'opportunités de développement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le MSHP doit promouvoir l'Alliance et impliquer les associations privées dans les questions importantes. • Le MSHP doit exister davantage de mécanismes de compensation du secteur public pour les établissements privés proposant des services liés au VIH/sida, à la tuberculose, à la planification familiale et à la prévention. Cela peut résulter d'une participation accrue à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), y compris au Régime d'Assistance Médicale (RAMED). • En outre, les établissements publics devraient être en mesure de conclure des contrats de prestation de services avec le secteur privé.

Domaine technique	Conclusions	Principales recommandations
Médicaments et fournitures	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas suffisamment d'informations précises concernant les fournisseurs pharmaceutiques du secteur privé et cela fait obstacle aux efforts du MSHP, visant à inspecter, superviser et former les fournisseurs privés. • En outre, les structures centrales du MSHP ne remplissent pas leur rôle consistant à soutenir et superviser les pratiques du secteur pharmaceutique privé, ou à diffuser des informations et à organiser des formations appropriées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le MSHP doit promouvoir une participation active des représentants des pharmaciens PBL dans les comités techniques du MSHP, tels que ceux travaillant sur la liste des médicaments essentiels, la pharmacovigilance, et les autorisations de commercialisation des médicaments sur le marché (Autorisation Mise sur le Marché, AMM). • Le MSHP devrait se concentrer sur la formation en milieu de travail pour les représentants du secteur PBL et promouvoir leur accès au financement de sorte qu'ils puissent ouvrir des pharmacies dans les zones où les populations sont mal desservies.
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement et l'élargissement de la couverture de l'AMO offrent aux prestataires de santé privés l'occasion d'améliorer leur base de revenus et la qualité des services. • Les organismes d'assurance privés évolueront probablement vers des prestations d'assurances complémentaires et, par conséquent, les prestataires privés auront besoin de participer à l'AMO pour pouvoir rester compétitifs. • Bien que les contrats de services de santé soient nécessaires, souhaités et autorisés, ils ne sont pas utilisés en raison de connaissances insuffisantes et d'un manque d'instructions détaillées. • Les prestataires de santé du secteur privé font face à des difficultés d'accès au financement et ils doivent acquérir des compétences pour préparer leur analyse de rentabilité. • Dans la mesure où le secteur de la santé ne fait pas parties des priorités d'investissement du gouvernement, il ne bénéficie pas d'incitations supplémentaires (renonciation aux droits de douane sur les intrants et exonération fiscale). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les efforts visant à inscrire les prestataires privés dans l'AMO doivent être encouragés et facilités. • Le RAMED devrait enregistrer davantage d'inscriptions de prestataires privés pour la prise en charge des services « gratuits », et il devrait également envisager des contrats avec les prestataires de santé communautaire. • La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) devrait inclure les compagnies d'assurances privées dans les discussions sur la nouvelle architecture de l'AMO. • Le cadre et les directives de contractualisation doivent être diffusés et leur utilisation doit être encouragée à travers les meilleures pratiques et des narratifs de réussite. • En outre, les possibilités de contrat doivent être identifiées et une aide doit être fournie afin de les mettre en œuvre. • Le gouvernement et les investisseurs privés doivent offrir des possibilités aux prestataires privés de développer leurs compétences professionnelles, et ils doivent améliorer l'accès au financement.

I. CONTEXTE

I.1 Conditions de santé et démographiques

Le Mali est situé en Afrique de l'Ouest et sa population était estimée à plus de 17 millions d'habitants en 2015 ; environ 75 % de cette population vit dans des zones rurales et les 25 % restants vivent dans des zones urbaines (Banque mondiale, 2015). Le taux de fécondité total est l'un des plus élevés du monde avec 6,9 enfants par femme en 2012 (UNICEF 2013), et la croissance annuelle de la population a été estimée à 3 pour cent en 2015 (Banque mondiale, 2015). Comme dans la plupart des pays subsahariens, le Mali fait face à des difficultés importantes en matière de santé, telles qu'une mortalité maternelle élevée (587 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes) (OMS, 2015), une mortalité des enfants de moins de cinq ans de 114,7 pour 1 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile élevé (58 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes) (Banque mondiale, 2015). Certaines maladies évitables telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques restent des causes majeures du fardeau des maladies dans le pays (IHME, 2015). Ces maladies sont souvent liées à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, à la mauvaise qualité de l'eau, à un mauvais assainissement, au faible niveau d'éducation et à un accès insuffisant à des services de santé de qualité et abordables.

I.2 Indicateurs économiques et de dépenses de santé

Bien que la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB) de 5,3 pour cent en 2016 reste importante, le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde, et il est classé à la 175^e place sur 188 selon l'indice de développement humain (PNUD, 2016, P. 200) ; le PIB par habitant est de 724 USD (Banque mondiale, 2015). Comme le précise la Banque mondiale, la pauvreté est beaucoup moins importante dans les zones urbaines, et 90 pour cent des pauvres vivent dans des zones rurales du sud où la densité de la population est la plus élevée (Banque mondiale, 2015). Il a été estimé que 50,4 pour cent de la population vivait avec moins de 1,25 USD par jour de 2007 à 2011 (UNICEF, 2013), ce qui rend difficile l'accès aux soins de santé pour la plupart des Maliens.

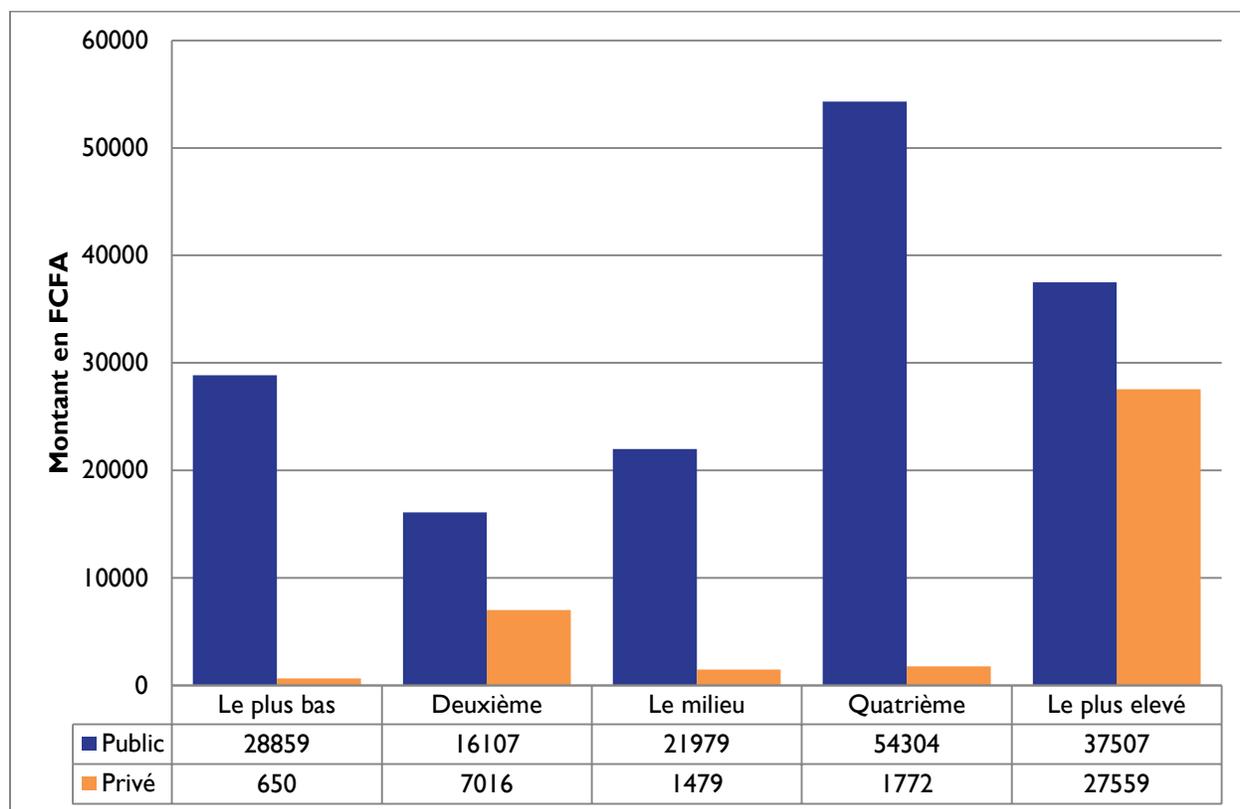
Selon les Comptes nationaux de la santé de 2013, les dépenses de santé des ménages représentent un peu plus de la moitié (53,9 pour cent) des dépenses totales de santé au Mali (183 milliards FCFA) (MSHP, 2015) ; 31,6 pour cent des dépenses de santé des ménages sont effectuées auprès de prestataires de santé privés et 87,7 pour cent concernent des soins thérapeutiques. Bien que la typologie et la classification des prestataires utilisées dans le rapport des Comptes nationaux de la santé ne permettent pas de répartir précisément ces chiffres entre le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif, il est possible que les prestataires PBL représentent une part importante des dépenses des ménages pour les soins thérapeutiques. En revanche, les Comptes nationaux de la santé montrent que la plupart des financements consacrés à la lutte contre les maladies jugées de première importance reviennent au secteur public. Les dépenses de santé relatives au paludisme et payées aux prestataires privés sont estimées à 8,7 pour cent des dépenses totales liées au paludisme, tandis que les dépenses de santé relatives à la tuberculose (TB) sont estimées à 23 pour cent des dépenses totales liées à la tuberculose ; près de 100 pour cent des dépenses relatives au VIH/sida sont effectuées auprès des hôpitaux publics ou d'autres entités publiques. Cela démontre que les interventions de santé publique visant à lutter contre ces maladies de première importance n'impliquent pas notablement les prestataires PBL. Une étude menée par les l'équipe des Comptes nationaux de la santé s'appuyant sur une définition plus explicite des prestataires PBL et sur des données qui leur sont spécifiques pourrait



présenter une vue financière d'ensemble plus détaillée et contribuer à l'élaboration de stratégies judicieuses pour la participation du secteur privé.

En 2014, les dépenses de santé prises en charge par les ménages maliens représentaient environ 48 pour cent de leurs revenus (Banque mondiale, 2014), ce qui est considéré comme une situation financière catastrophique telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lorsque ce chiffre dépasse 40 pour cent des revenus des ménages (Xu et al. 2005). Le niveau de dépenses pour les soins de santé varie selon le niveau des revenus et le caractère public ou privé de l'établissement de santé. Comme mentionné dans le Graphique 1, les ménages situés dans le quintile de ressources le plus élevé dépensent nettement plus pour des services de santé privés que les ménages situés dans les autres quintiles (CPS/SSDSPF et al. 2014). Ceci s'explique probablement par le fait qu'ils bénéficient de moyens économiques plus importants et qu'ils résident dans des zones urbaines où les services privés sont plus concentrés et facilement disponibles.

Graphique 1 : Comparaison des dépenses effectuées auprès des secteurs public et privé de la santé pour le traitement des maladies conduisant au décès par ménage et par quintile de ressources (FCFA)

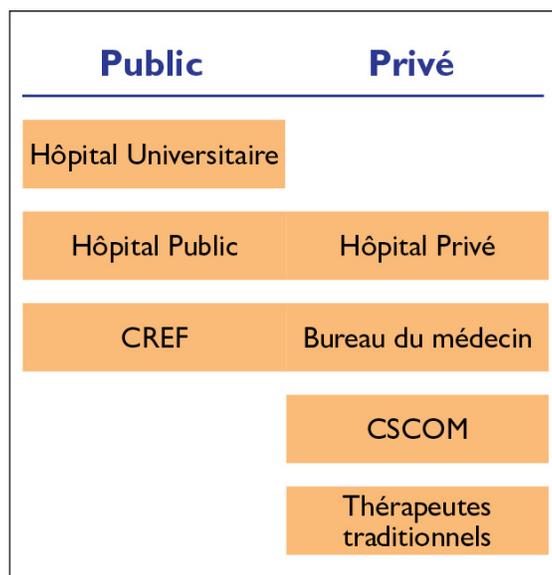


1.3 Caractéristiques structurelles du système de santé malien

Les soins de santé issus du secteur public (Graphique 2) sont fournis par le biais d'initiatives de santé communautaire et comprennent quatre niveaux :

- *Niveau 1* : Centres de santé communautaire privés à but non lucratif (Centres de Santé Communautaire, CSCom) gérés par des associations de santé communautaire (ASACO) proposant un Programme minimum d'activités et régis par certains principes de recouvrement des coûts et de participation communautaire pour le financement et la gestion.
- *Niveau 2 – première référence* : Centres de Santé de Référence (CSRÉF) de chaque commune (préfecture) vers lesquels les CSCom peuvent orienter les patients.
- *Niveau 3 – deuxième référence* : Hôpitaux régionaux, situés dans la principale ville de chaque région, proposant des soins adaptés à des cas complexes pour lesquels le Programme minimum d'activités est insuffisant.
- *Niveau 4 – troisième référence* : Hôpitaux publics et universitaires.

Graphique 2: Organisation du système de santé



Source : Lamiaux, Rouzard et Woods (2011, p. 4)

Remarque : La Figure 2 est une représentation simplifiée de l'organisation du système de santé et elle ne prétend pas être exhaustive dans la mesure où elle n'inclut pas les pharmaciens, les grossistes, etc.

Le Mali a légalement autorisé les pratiques de santé privées en 1985. Les premières lois et les premiers règlements portant spécifiquement sur la privatisation des professions de la santé ont été simultanément adoptés. Cette libéralisation est intervenue après une longue période d'économie socialiste et planifiée au cours de laquelle le système de santé a entièrement été géré et organisé par le gouvernement central.

Le secteur privé de la santé englobe les pratiques cliniques et les hôpitaux à but lucratif ainsi que les établissements à but non lucratif qui représentent ensemble 64 pour cent de la totalité des points de contact cliniques entre la population et le système de santé. En 2008, près de la moitié des 2 546 médecins agréés au Mali pratiquaient dans un établissement privé (Lamiaux, Rouzard et Woods 2011). Il est possible que ce chiffre ait augmenté. Le marché non public des services de santé peut en réalité être bien plus important dans la mesure où il existerait de nombreux prestataires informels au Mali. Il n'existe aucune estimation officielle de l'importance du marché informel qui comprend des prestataires non agréés ainsi que des médecins ou des techniciens agréés pour des pratiques informelles.

Les établissements à but non lucratif sont principalement constitués de CSCoM gérés par des associations de santé communautaire et ils se situent essentiellement dans des zones rurales. Environ 200 médecins du secteur privé ont été employés par un CSCoM en 2008.

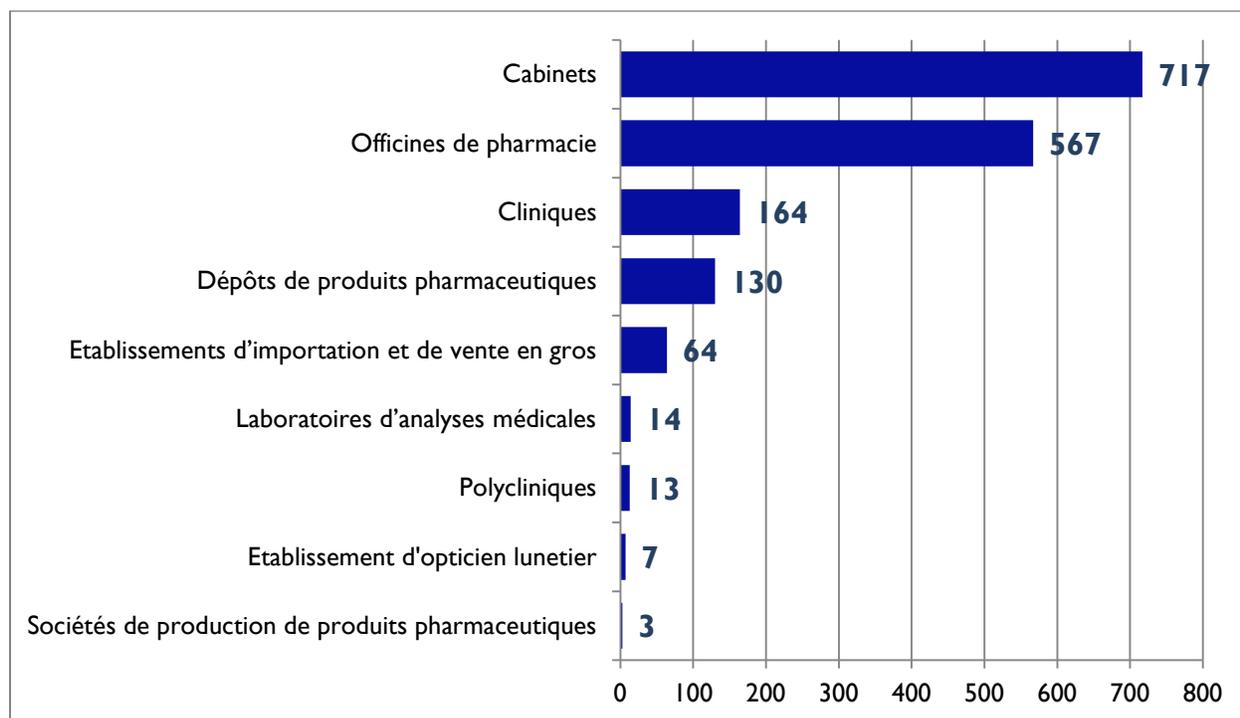
Les établissements à but lucratif représentent 24 pour cent des points de contact entre les patients et les établissements de santé. Sur les 70 hôpitaux privés situés au Mali, 49 sont à Bamako. Les trois-quarts des prestataires de santé travaillant dans le secteur privé en 2008 étaient des praticiens libéraux ou étaient employés dans un hôpital privé (850 au total).

Un inventaire des établissements privés de santé effectué au Mali en 2017 a permis de recenser un total de 1 670 structures, dont 56% est situé à Bamako (Traore 2017) (Graphique 3).



Polyclinique privée à Katy

Graphique 3 : Structure privées à but lucratif



Les produits médicaux, les vaccins et les technologies médicales constituent une composante clé du système de santé. Dans les années 1980, le Mali a cherché à augmenter les lieux physiques d'accès aux médicaments de qualité et à rendre ces derniers plus abordables dans l'ensemble du pays. Dans cette optique, il était prévu de réformer la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) qui était la principale source d'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales pour le public et les établissements de santé CSCoM.

Les performances de la PPM n'ont pas permis d'atteindre les objectifs énoncés dans le Plan de réforme du secteur pharmaceutique de 1989. Bien que la PPM disposait d'un monopole sur la fourniture de médicaments, elle n'a pas été en mesure de respecter les objectifs nationaux en matière d'approvisionnement. Cette situation a conduit à une série de réformes et à la libéralisation du marché des médicaments : les restrictions d'importation ont été levées, permettant ainsi un approvisionnement en médicaments par le biais de pharmacies à but lucratif (incluant les officines et les grossistes) ainsi que la mise en avant d'autres voies d'approvisionnements à l'aide d'un nouveau groupe d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé et mandatées pour approvisionner les CSCoM. Une seconde phase de réformes de la PPM entreprise en 1995 a essentiellement porté sur les médicaments génériques et l'approvisionnement des CSCoM et des hôpitaux publics.

Les faibles performances de la PPM et l'ouverture du marché des médicaments aux fournisseurs privés ont conduit au développement de pharmacies privées à but lucratifs en corrélation avec le nombre croissant de personnes diplômées et formées à la nouvelle faculté de pharmacie du pays. Ces réformes importantes ont permis de renforcer l'accès physique aux produits pharmaceutiques, de réduire les ruptures de stock et d'améliorer la qualité des services médicaux. Cependant, elles n'ont pas permis de rendre ces produits et services plus abordables. Il existait d'autres difficultés importantes liées à la forte dépendance du pays à l'égard des médicaments importés, ainsi qu'à leur transport et leur logistique compte tenu de la taille du pays. Par ailleurs, les financements et les mécanismes prévus pour soutenir les nouveaux pharmaciens souhaitant ouvrir une pharmacie sont insuffisants.

Tableau I : Répartition des principales structures pharmaceutiques fournissant des médicaments au secteur public et privé au Mali par région

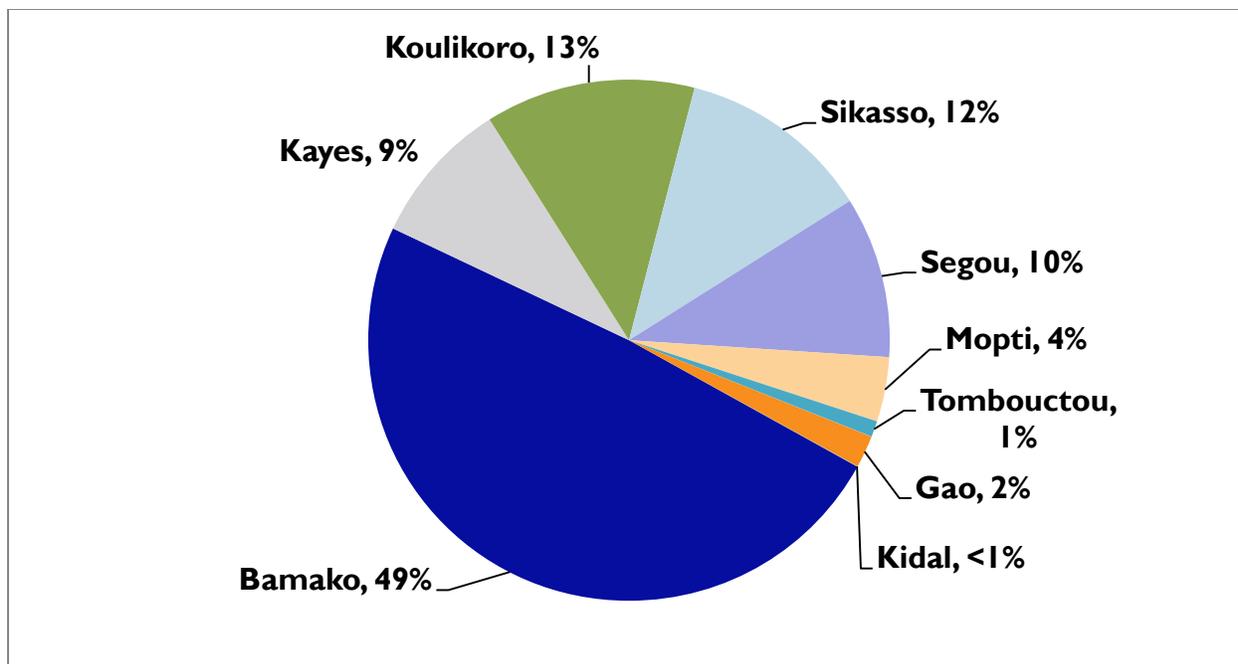
Région	Officines	Détaillants pharmaceutiques agréés (dépôts)	Grossistes	Industriels
Bamako	279	2	49	3*
Kayes	50	22	0	0
Koulikoro	46	31	0	1
Sikasso	61	28	2	0
Ségou	47	16	0	0
Mopti	24	15	2	0
Tombouctou	3	6	0	0
Gao	9	0	0	0
Total	519	120	53	4

Source : MHHPI/Inspection de la santé (2017). Les données pour les régions de Kidal, Taoudénit et Menaka sont compilées à partir des statistiques fournies pour Gao et Tombouctou.

* UMPP (Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques) ; UGC Pharmaco Sma SA Unité de Conditionnement ; Human Well Pharma Afrique

La moitié des pharmacies (50 pour cent), la plupart des grossistes (95 pour cent) et trois usines privées sont situés à Bamako. Quarante-vingt-quinze pour cent des dépôts¹ opèrent à Kayes, Koulikoro, Sikasso et Mopti. Le Graphique 4 montre la répartition des pharmacies par région au Mali.

Graphique 4: Répartition des pharmacies par région



Il existe des pharmacies dans les régions septentrionales de Tombouctou et de Gao, mais leur nombre y est moins important que dans les autres régions en raison des troubles civils qui perdurent depuis 2012. Seulement six détaillants (3 pour cent) existent dans ces régions, et ils sont tous situés à Tombouctou. Tous sont des acteurs privés à but lucratif. Il n'existe aucun grossiste dans ces régions, ce qui rend difficile et coûteux le réapprovisionnement des pharmacies.

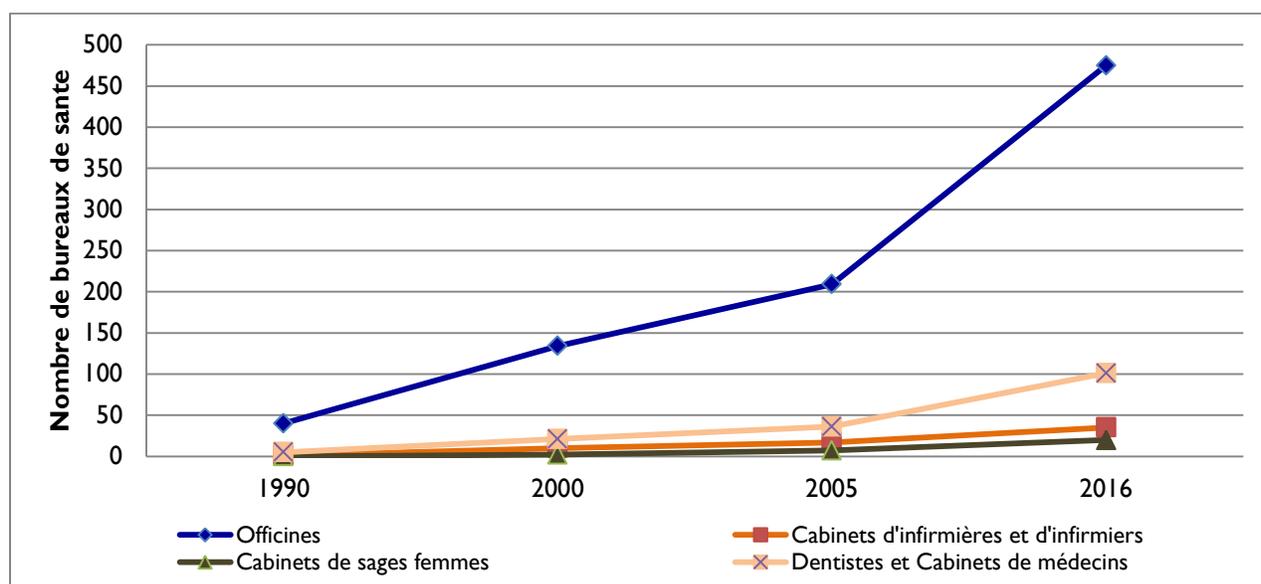
Quarante-neuf des 53 grossistes du pays sont situés à Bamako. Ce total est bien plus important que celui des pays voisins tels que la Côte d'Ivoire (6) et du Sénégal (4 à 5) et il ne peut être justifié par le niveau de croissance économique malienne, ou le volume de la demande et de la consommation de médicaments et de produits de santé. Au Mali, la plupart de ces entités répondent à des appels d'offres publics et seules quelques-unes travaillent avec le réseau des pharmacies privées. Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Mali envisage de réduire considérablement leur nombre dans la mesure où la majorité de ces grossistes sont considérés comme des entreprises virtuelles. Une partie de l'augmentation de leur nombre est due au flux d'investisseurs étrangers qui créent des coentreprises avec des entrepreneurs maliens, comme cela a été observé lors d'une session de formation des membres du conseil national des Ordres organisée par l'Union européenne.

¹ Les dépôts sont des établissements pharmaceutiques habilités à vendre en détail les produits pharmaceutiques dans les localités dépourvues d'officine ouverte au public. Ils sont autorisés à vendre un nombre limité de médicament (les médicaments de la liste essentielle) et sont tenus par du personnel paramédical ou autres, et non des pharmaciens.

1.4 L'évolution du secteur privé de la santé

La légalisation du secteur PBL en 1985 a été considérée comme une victoire pour l'économie de marché et une réfutation des principes socialistes en vertu desquels le pays avait fonctionné jusqu'alors (la santé en tant que « bien public », soins gratuits, implication du gouvernement dans son rôle de garant et de responsable des services de santé). Le gouvernement a dû faire face à un dilemme : certains fonctionnaires ont résisté au changement ; la diversification des prestations de santé imposerait au gouvernement de renoncer à sa position dominante dans le secteur de la santé ; et elle mettrait fin au principe des soins gratuits pour tous. Simultanément, de nombreux jeunes nouvellement qualifiés arrivaient sur le marché du travail et l'ouverture d'un secteur privé aurait conduit à une diminution du chômage en hausse parmi ces jeunes mais qui ne pouvaient pas ouvrir leur propre cabinet. Cette situation explique en partie la présence d'obstacles à l'acceptation des pratiques privées et la croissance lente du secteur PBL depuis 1990 s'agissant des cabinets privés de dentistes, de médecins, de sages-femmes agréées et d'infirmières. Cependant, comme illustré au Graphique 5, le nombre de pharmacies agréées a augmenté de manière exponentielle.

Graphique 5: Développement des structures de santé PBL au Mali (1990-2016)



Source : Inventaire réalisé par l'équipe ESP au Mali (HFG, à paraître, 2017)

1.5 Principaux plans et programmes du Ministère de la Santé

Le Gouvernement du Mali a élaboré deux documents clés pour guider les efforts nationaux visant à réduire les fardeaux de la santé ; tous les deux mentionnent comme prioritaire une collaboration efficace avec le secteur privé de la santé pour renforcer le système national de santé et améliorer ainsi la santé de tous les Maliens.

Les principaux objectifs du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social, PDDSS (2014-2023) du Mali sont les suivants : i) améliorer la santé de la population, ii) accroître la couverture de santé et iii) trouver des moyens d'améliorer la viabilité et la performance du système de santé. Pour atteindre ces objectifs, le PDDSS recommande de développer le rôle du secteur privé dans plusieurs domaines de la santé, p. ex., la passation de contrats avec des cliniques privées pour fournir des services spécifiques dans les districts de santé ayant une couverture de services insuffisantes par le secteur public et le

renforcement des partenariats entre les secteurs public et privé et la société civile afin d'améliorer la coordination de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH.

Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) III 2014-2018 indique que le secteur privé doit devenir un partenaire central pour permettre au secteur de la santé d'atteindre des résultats crédibles. Pour rendre cela possible, il est recommandé ce qui suit.

- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et ses partenaires techniques et financiers doivent réfléchir au rôle du secteur privé pour atteindre des objectifs et définir un cadre de travail pour des partenariats spécifiques avec divers acteurs du secteur privé (prestataires médicaux, institutions de formation, etc.).
 - Les prestataires PBL doivent être inclus dans le mandat de PRODESS III et les prestataires privés doivent être inclus dans le programme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le document conclut que le secteur privé ne participe actuellement que très peu à l'exécution du PRODESS.
 - Les partenariats avec le secteur privé doivent améliorer les contributions du secteur privé aux systèmes nationaux d'informations sanitaires (SIS) et à la production de données pour la prise de décisions, ce qui contribuera à atteindre les objectifs du programme.

1.6 Le rôle du secteur privé : Que savons-nous ?

Deux évaluations principales ont été effectuées au Mali pour permettre de mieux comprendre le système national de soins de santé et le secteur privé de la santé : l'Évaluation du système de santé (ESS) conduite par le projet HFG financé par l'USAID en 2015 (Juillet et al. 2015) et l'Étude du secteur privé conduite par la Banque mondiale en 2009 (Lamiaux, Rouzard et Woods, 2011).

1.6.1 L'Évaluation du système de santé au Mali par l'USAID

Comme indiqué dans le rapport d'ESS, bien que le Mali ait une longue histoire de planification coordonnée de la santé, il n'a pas été suffisamment tenu compte du secteur privé, tout particulièrement dans le cadre du dialogue politique et des statistiques sur les services. L'évaluation a fourni des recommandations dans les domaines suivants :

- *Prestation de services* : Renforcement du système d'agrément pour les établissements du secteur public et du secteur privé à but lucratif aussi bien que non lucratif.
- *Gouvernance* : Développement de partenariats public-privé (PPP) dans un cadre de collaboration et de confiance mutuelle, avec la participation active de représentants du secteur privé dans le dialogue politique.
- *Financement* : Implication du secteur privé de la santé dans la Politique nationale de financement de la santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle.
- *Ressources humaines pour la santé* : Mise en place d'une inspection pour assurer la qualité de l'enseignement et la disponibilité de supports de formation.
- *Industrie pharmaceutique* : Établissement d'une plateforme incluant à la fois des représentants du secteur public et du secteur privé afin d'assurer une stratégie commune pour maintenir la qualité des produits.
- *Surveillance épidémiologique* : Élaboration de synergies améliorées pour assurer une collecte plus complète des données des secteurs public et privé de la santé.

1.6.2 Étude du secteur privé par la Banque mondiale

Évaluation complète du secteur privé à but lucratif et à but non lucratif de la santé, qui n'avait jamais encore été réalisée au Mali, a permis au MSHP d'identifier globalement collectivement des stratégies visant à améliorer la contribution du secteur privé à l'atteinte des objectifs en matière de santé et au développement des PPP. En stimulant une participation très large et active, l'évaluation a facilité les communications entre les secteurs public et privé. Les constatations de l'étude ont alimenté le PDDSS dont il a été question précédemment.

L'étude a identifié des réformes et des partenariats dans les domaines clés suivants : politique et réglementation ; fourniture de soins, de médicaments et d'autres produits et services de santé ; éducation et formation de professionnels de santé ; et financement de la santé. L'évaluation a constaté que 50 % de tous les produits et services de santé dans le pays étaient fournis par le secteur privé. Les constatations récapitulées ont porté sur les domaines suivants :

- **Traitement** : Quarante-vingt pour cent des consultations curatives se sont déroulées dans des établissements privés (à but lucratif et non lucratif) et 50 % des médecins travaillaient principalement dans le secteur privé.
- **Secteur pharmaceutique** : Les acteurs privés représentaient 80 pour cent du chiffre d'affaires (au prix de vente) et 60 pour cent des besoins des entités publiques étaient couverts par des grossistes privés.
- **Éducation et formation** : Environ 50 pour cent des personnes ayant passé avec succès l'examen de technicien supérieur de santé (TSS) avaient étudié dans des écoles privées, de même que 90 pour cent des personnes ayant passé avec succès l'examen de technicien de santé (TS).
- **Assurance maladie** : Toutes les mutuelles avaient le statut d'entités privées.

Les recommandations de l'étude (voir le texte en italique ci-dessous) font partie du champ d'application de la présente étude et forment l'objet de discussions plus approfondies aux chapitres 4-7 (Lamiaux, Rouzaud et Woods 2011 : 62) :

- *Création d'un dialogue public-privé et d'un comité de consultation, en application des recommandations du futur Comité de dialogue. Le rôle du comité pourrait consister à prononcer des opinions sur les propositions de régulation affectant le secteur privé et contribuant à enrichir la législation relative aux soins de santé publique.*
- *Amélioration de l'inclusion du secteur privé commercial au PRODESS.*
- *Création d'une structure représentant l'intégralité du secteur privé de la santé.*
- *Renforcement des capacités d'auto-régulation des associations professionnelles. Par exemple, le renforcement du personnel au sein de ces associations professionnelles doit être effectué.*
- *Soutien de la mise à l'échelle de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) pour étendre la couverture dans le contexte des initiatives visant à étendre globalement l'assurance maladie. L'étude a expliqué que l'une des options impliquait le lancement d'un essai de deux ans dans une ou deux régions. Les leçons tirées à la fin de cet essai auraient fourni les moyens nécessaires à l'adaptation de l'expansion dans le contexte du Mali. Cette mise à l'échelle aurait été effectuée en soutenant l'UTM et les initiatives de mobilisation sociale.*

1.6.3 Autres études

Citons parmi les autres études ciblant le secteur de la santé PBL conduites au Mali :

- Une enquête conduite en 2015 par le Programme SIAPS a porté sur la vente de médicaments traceurs particuliers par des établissements de santé privés au Mali (Kone et al. 2015).
- Une évaluation du secteur pharmaceutique au Mali a été conduite (Maiga et al. 2003).
- Une enquête sur l'assurance qualité et l'accréditation dans les établissements de santé (y compris le secteur privé) au Mali (Ballique et al. 2014).
- Une étude comparative sur le profil du secteur privé de la santé dans les Etats membres de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest a été réalisée en 2013 (Ballo 2013)

En dépit de ces études, les connaissances du secteur privé et de ses opportunités d'intégration au système de santé du Mali par les parties prenantes du secteur de la santé sont encore insuffisantes. En particulier, le MSHP ne connaît pas très bien les conclusions et les recommandations de l'étude de la Banque mondiale, ce qui a retardé leur mise en œuvre. Par ailleurs, après l'ESS conduite en 2015, le MSHP et l'USAID ont demandé au projet HFG de conduire la présente évaluation du secteur privé (ESS) pour améliorer la compréhension de la nature des opérations et de la contribution potentielle de ce secteur aux objectifs et résultats nationaux globaux en matière de santé.

2. CHAMP D'APPLICATION ET OBJECTIFS

Les discussions avec divers acteurs et responsables du secteur de la santé tenues pendant l'ESS ont mis en lumière le besoin de répondre aux préoccupations concernant les façons d'augmenter la contribution du secteur privé à la performance globale du système de santé national.

Le but de la présente évaluation est d'améliorer la compréhension du secteur privé afin de promouvoir un dialogue visant à trouver des solutions aux problèmes suivants :

- Le manque d'implication des prestataires de services et des pharmaciens PBL dans le système de santé actuel.
- La faible collaboration entre les secteurs public et privé au sein du système de santé publique.
- L'insuffisance de mécanismes participatifs, juridiques et financiers visant à renforcer le secteur PBL en vue d'étendre la couverture sanitaire universelle.

Objectifs spécifiques de la présente évaluation :

- Identifier les obstacles qui limitent (i) la collaboration entre les parties prenantes (secteur privé, secteur public, organisations professionnelles) et (ii) la contribution du secteur privé aux interventions de santé publique effectuées par le gouvernement dans le cadre de son programme de développement de la santé.
- Analyser l'efficacité des efforts actuels visant à renforcer le partenariat entre le gouvernement et le secteur privé, comme la passation de marchés et les PPP locaux.
- Identifier les raisons du faible niveau de participation par les prestataires privés (cabinets médicaux, cliniques, pharmacies) aux initiatives d'équité (comme les exonérations d'obligation de paiements de frais à la charge des usagers) et d'assurance qualité prioritaires en matière de santé publique.
- Analyser plus efficacement les opportunités de PPP en réponse aux besoins d'investissement dans le secteur de la santé ainsi que d'autres opportunités telles que la couverture sanitaire universelle et le financement basé sur les résultats.
- Évaluer le caractère adéquat ou non du cadre institutionnel et réglementaire actuel.
- Analyser la contribution du secteur privé à l'atteinte des objectifs des programmes de santé nationaux prioritaires² et du PRODESS, et identifier les obstacles à cette contribution.
- Analyser la relation entre le MSHP, les prestataires de soins privés, les organismes de représentation du secteur privé, les associations professionnelles, les syndicats et les régulateurs du point de vue de la gouvernance et les obstacles à une collaboration efficace.

² Planification familiale, disponibilité des médecins, vaccins et de la technologie, et accès à ces derniers, pour combattre les maladies prioritaires telles que le sida, le paludisme et la tuberculose.



3. MÉTHODOLOGIE

La présente ESP fait partie d'une activité de plus grande envergure qui, conjointement avec l'ESS conduite par le projet HFG en 2015, fournira au MSHP une vue complète du système de santé et lui communiquera des données qui lui permettront d'identifier et de mobiliser des ressources inutilisées du secteur privé et des opportunités de collaboration public-privé. L'ESP a porté sur le contexte de la législation et de la gouvernance, ainsi que sur les relations institutionnelles entre le MSHP et le secteur privé. Elle a examiné la passation de marchés et le financement, la prestation de services, la couverture universelle et l'assurance, ainsi que les PPP. Son principal but était d'identifier des opportunités par le biais desquelles le secteur privé, en particulier le sous-secteur PBL, pourrait accroître sa contribution à l'amélioration de la santé de la population, y compris grâce à sa collaboration renforcée avec le secteur public.

Une note conceptuelle sur l'évaluation a été préparée en décembre 2016, avant le début des travaux. Puis l'équipe HFG chargée de l'ESP a commencé l'évaluation en conduisant un examen documentaire complet pour comprendre le panorama et le contexte, ainsi que les principales difficultés et lacunes dans les informations concernant le secteur privé au Mali. L'examen documentaire a aidé à éclairer le contenu des entretiens avec des informateurs clés qui ont suivi ainsi que le présent rapport.

Après l'examen documentaire, l'équipe HFG chargée de l'ESP a préparé une liste initiale des parties prenantes à interroger. La liste a été préparée en utilisant des listes de personnes ayant été incluses initialement dans l'étude d'ESS (2015) et de personnes ayant été fréquemment incluses dans l'outil de l'évaluation à l'action mis au point par le projet SHOPS (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector) de l'USAID. De plus, des discussions initiales dans le pays ont aidé l'équipe à identifier d'autres parties prenantes qui n'avaient pas été incluses sur la liste initiale. Le responsable du projet HFG au Mali, le Dr Bokar Touré, a aidé à identifier d'autres personnes influentes dans le secteur privé qui n'avaient pas été incluses sur la liste. L'équipe s'est assurée que la liste incluait non seulement les prestataires les plus connus ou établis depuis longtemps, mais également des prestataires privés de plus petite taille, comme des prestataires communautaires. Parallèlement à la préparation d'une liste de personnes à interroger, l'équipe a préparé un guide pour les entretiens avec les informateurs clés qui incorporait les constatations d'ESP antérieures dans plus de 30 pays. Avant de commencer à recueillir des données, l'équipe a préparé une esquisse initiale du rapport sur l'évaluation.

L'équipe, qui comprenait Mme Françoise Armand, le Dr Sarah Castle et M. Yann Derriennic, s'est rendue à Bamako pour conduire des entretiens avec des informateurs clés et recueillir des données du 13 au 24 février 2017. L'équipe était accompagnée du Dr Bokar Touré et d'un consultant du projet HFG, le Dr Boubacar Traoré, qui avait été chargés de mettre à jour et d'harmoniser les bases de données existantes de prestataires de soins de santé du secteur privé pour produire une base de données complète. Dès son arrivée dans le pays, l'équipe a organisé des réunions préliminaires avec le MSHP et l'USAID pour confirmer les buts et la méthodologie de l'ESP. Ensuite, avec l'aide du projet HFG au Mali, l'équipe a identifié un certain nombre de personnes à interroger initialement et a organisé des réunions avec celles-ci. En utilisant le guide pour les entretiens avec les informateurs clés, l'équipe chargée de l'évaluation a conduit environ 50 entretiens et discussions avec des parties prenantes du secteur public et du secteur privé à but lucratif et à but non lucratif, y compris des représentants du gouvernement, des bailleurs, des partenaires de mise en œuvre de l'USAID, des organisations regroupant des prestataires privés, des compagnies d'assurances privées, des membres d'organismes

nationaux de réglementation et de gouvernance des prestataires, des prestataires PBL³ et d'autres personnes actives dans les domaines de l'assurance maladie et du financement qui participaient à des PPP. Une liste complète des parties prenantes interrogées est incluse à l'Annexe A. En plus des entretiens, l'équipe a recueilli une documentation pertinente comprenant des plans, programmes, stratégies et principes d'organisation pour le secteur privé. Parallèlement à la collecte des données, l'équipe chargée de l'ESP a commencé à conduire des analyses préliminaires, à partager des informations, à examiner minutieusement des constatations initiales et à formuler des recommandations concrètes pour l'USAID et le MSHP à la fin de sa visite dans le pays.

A son retour, l'équipe a synthétisé toutes les constatations de sa revue documentaire et de ses entretiens, et elle a incorporé les commentaires de l'USAID et du MSHP.

³ Les ONG privées et les autres prestataires à but non lucratif n'ont pas été inclus.

4. POLITIQUE ET GOUVERNANCE

4.1 Historique de la pratique privée au Mali

Le secteur de la santé PBL (défini dans ce rapport comme « le secteur privé ») a été établi formellement en 1985 par la promulgation de la loi N° 85-41/AN-RM relative à la pratique PBL des professions dans tout le système de santé. C'est le premier texte officiel qui a défini les principes directeurs et l'orientation, et qui a légalisé la prestation de services de santé par le secteur privé dans le contexte des programmes d'ajustement structurel convenus entre les institutions de Bretton Woods et le Gouvernement du Mali. Le principal objectif de la loi était de réduire le fardeau des dépenses publiques. Après l'adoption de cette loi, le gouvernement a lancé une série de réformes visant à améliorer la performance et augmenter la productivité des services publics ainsi qu'à créer un environnement et des conditions favorables pour une économie de marché dans plusieurs secteurs sociaux, y compris la santé.

4.2 Politiques, mécanismes et gouvernance soutenant le secteur privé de la santé

La Constitution nationale garantit un accès universel, égal et équitable aux soins de santé pour tous les Maliens. Cette vision avait été inspirée par la stratégie La santé pour tous adoptée par la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1976), l'Initiative de Bamako (1987) et ensuite le Scénario de développement de la santé en trois phases de l'OMS adopté à Lusaka qui réitérait l'importance des niveaux opérationnels central, régional et local et qui mettait en valeur le concept de la santé au niveau du district (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 1985). Cette stratégie dirigée par l'État pour la fourniture des soins de santé ne prévoyait pas de rôle pour le secteur privé.

En mars 1991, le Mali a adopté un système démocratique faisant suite à une période prolongée de socialisme et de régimes autocratiques. En plus de la privatisation du secteur de la santé privé à but lucratif, ce nouveau contexte a permis une participation plus active de la société civile et de la communauté à la gestion de la santé et à l'élaboration des politiques de santé. Ultérieurement, le gouvernement a adopté une politique de décentralisation qui a permis de transférer certains pouvoirs aux communautés locales. Le secteur de la santé a été considéré comme un pionnier en matière de mise en œuvre de la politique de décentralisation. Jusqu'à présent, le processus de décentralisation et le processus de privatisation ne convergent toujours pas et ils ne sont pas exécutés à la même vitesse, bien que certaines des responsabilités du gouvernement central en matière de supervision des secteurs de la santé et de l'éducation aient été transférées aux autorités locales.

L'ESS de 2015 a révélé que le MSHP avait une grande expérience de la planification stratégique de la santé et de la microplanification au niveau local. Malheureusement, les prestataires PBL n'ont pas été inclus dans ces processus. Ils ne sont pas inclus non plus dans les exercices de formulation et de mise en œuvre des politiques, bien qu'ils soient la cible de certaines décisions ou qu'ils soient affectés par celles-ci. Selon la société DALBERG, que le gouvernement avait engagée pour réviser les manuels et procédures du PRODESS en 2015, les professionnels PBL ne participent pas aux activités du comité directeur ou du comité technique du PRODESS, ou des comités régionaux chargés d'évaluer le PRODESS (CROCEPS), au cours desquelles leurs préoccupations sont souvent discutées, alors que leurs points de vue pourraient être utiles pour résoudre des problèmes liés à la mise en œuvre des programmes publics. Non seulement ils ne participent pas aux débats locaux ou nationaux sur les

stratégies et politiques de la santé, mais ils ne participent pas non plus au suivi des progrès dans les indicateurs de santé. L'ESS a également noté que le pays essaie de mettre en place un SIS avec plusieurs composantes, qui devrait améliorer la surveillance des maladies et les connaissances sur les stocks, l'approvisionnement et l'utilisation des ressources au sein du système national de santé. Actuellement, le secteur privé ne communique que très rarement des données fiables et à jour aux autorités nationales. L'une des conséquences négatives imputables à ces états de fait a été la survenue de l'épidémie de la maladie d'Ebola en 2014. Un cas hospitalisé par une clinique privée de la place dont la notification tardive au comité national de crise a conduit à une augmentation rapide du nombre des cas de maladie d'Ebola parmi les professionnels de santé travaillant dans cette même clinique.

Plusieurs entités centrales du MSHP, telles que l'Inspection de la Santé, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et le Laboratoire du contrôle qualité, collaborent avec les pharmacies, les distributeurs et les grossistes privés par le biais de l'Association des Pharmaciens. Les responsabilités de ces entités publiques incluent la supervision, le contrôle, la supervision, le partage des informations techniques et des conseils pour l'interprétation des règlements nationaux et régionaux, l'octroi de l'AMM et le contrôle de la qualité des médicaments et des produits pour la santé.

4.2.1 Lois et règlements

L'Encadré I montre les lois spécifiques et les procédures standards adoptées par les autorités nationales pour réglementer le rôle du secteur privé de la santé. La Politique Nationale de Santé et de Population de 1990, qui considérait le secteur privé comme un moyen additionnel d'accès aux soins, a été mise à jour en 1995.

En dépit de l'adoption de ces lois et règlements, le rythme de croissance du secteur privé a été ralenti par les facteurs suivants :

- Expérience insuffisante des autorités/cadres nationaux de santé du secteur public en matière de formulation de politiques, lois, règlements et procédures, et gouvernance en ce qui concerne le secteur privé.
- Double défi consistant à mettre en œuvre des approches au niveau communautaire comprenant les CSCom (sur la base de l'engagement communautaire et des services privés à but non lucratif) parallèlement à l'expansion du secteur privé.
- Il n'était pas prévu que les nouveaux diplômés de la Faculté de Médecine travaillent dans un environnement concurrentiel ou se mettent à leur compte (auparavant, les nouveaux cadres étaient formés pour devenir des fonctionnaires), et ils n'avaient ni la formation, ni les compétences nécessaires de gestion d'entreprises privées pour ouvrir leurs propres cabinets.
- Les cadres et professionnels de santé étaient orientés pour fournir de services aux CSCom, qui appartiennent aux ASACO.

Encadré I: Lois et décrets réglementant le secteur PBL

Loi du 12 avril 1986 instituant l'Ordre National des Médecins

Loi du 12 avril 1986 instituant l'Ordre National des Pharmaciens

Le Code de Déontologie, annexe de la loi N° 86-36/AN-RM

Décret N° 92-106/P-RM du 15 mars 1991 (chapitre VI) organisant la pratique PBL dans la santé

Loi 02-049 du 22 juillet 2002 « Orientation sur la santé »

Loi 02-050 du 22 juillet 2002 « Loi hospitalière »

Décret N 2017-0952/P-RM du 4 Décembre 2017 fixant les modalités d'exercice des activités personnalisées dans les établissements Publics Hospitaliers.

- Le modèle des CSCom attirait davantage la plupart des partenaires au développement parce qu'il avait le potentiel de promouvoir l'accès universel aux soins essentiels et aux services de base. Le Fonds Monétaire International, la Banque mondiale et la Banque Africaine de Développement ont été quelques-uns des rares partenaires qui ont facilité financièrement la promotion du secteur privé.
- Le soutien accru des partenaires au développement pour lancer des initiatives de santé communautaire, comme l'assistance financière fournie par le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) de la Banque mondiale signifiait que l'attention et les ressources étaient principalement fournies aux CSCom afin de les mettre à l'échelle.
- Le MSHP ne disposait d'aucun mécanisme ou service qui aurait été chargé de coordonner l'expansion du secteur privé.

4.2.2 Le soutien du gouvernement au secteur privé

Les responsabilités fondamentales du MSHP incluent l'élaboration de la politique nationale de la santé, y compris pour le secteur PBL, la planification stratégique, la supervision globale des systèmes de santé, la fixation de normes et de standards, et le contrôle général de la fourniture optimale de services à la fois préventifs et curatifs. Ces responsabilités sont alignées sur la Politique Nationale Santé et Population de 1990 qui, comme cela est décrit ci-dessus, avait mentionné pour la première fois des programmes et politiques ciblant à la fois la santé communautaire et le secteur privé.

Le MSHP est responsable de l'établissement de la réglementation, de l'autorisation des cabinets professionnels, de la fixation des normes et de la supervision du secteur privé par le biais d'entités désignées dans ce but telles que la Direction Nationale de la Santé (DNS), l'Inspection de la Santé, la DPM et les Directions Régionales de la Santé. Cependant, il n'existe pas de structure hiérarchique établie entre elles et les acteurs du secteur privé, et aucun service n'est responsable du dialogue avec le secteur privé.

Malgré le développement du secteur privé, aucune entité administrative axée sur la promotion de son expansion n'a été établie au sein du MSHP. Par conséquent, les conseils nationaux des divers ordres ont joué ce rôle et, jusqu'à présent, aucun service ou département du Ministère n'est en mesure de produire une image claire du secteur privé.

4.2.3 Systèmes d'informations de santé

L'expansion rapide du secteur privé n'a pas été contrôlée, et son impact n'est pas intégré aux SIS. La raison en est que tous les prestataires du secteur privé ne sont pas au courant de leur obligation de communiquer des rapports ; de plus, les formulaires de rapport sur papier coûtent cher pour les prestataires de faible envergure, et les formulaires électroniques sont difficiles à gérer par les prestataires de plus grande envergure qui utilisent un logiciel. Ainsi, les prestataires du secteur privé ne communiquent pas régulièrement de données, et la plus

Encadré 2: Associations de prestataires de soins de santé privés au Mali

- Association des Médecins Libéraux du Mali
- Association des Médecins Ruraux
- Union Nationale des Pharmaciens
- Collectif des Jeunes Pharmaciens
- Association des Laboratoires de diagnostic
- Association des Infirmiers et Infirmières
- Association des Sages-femmes
- Association des écoles privées de santé

grande partie de la collecte de données sur le secteur privé est effectuée par des établissements publics individuels qui s'adressent directement aux prestataires du secteur privé et leur demandent des données. Enfin, la structure actuelle du système d'information de gestion de santé (SIGS) recueille les données sur le secteur public et sur le secteur privé sans les dissocier, ce qui rend impossible une mesure exacte de la contribution du secteur privé.

4.2.4 Représentation des prestataires de services privés

Plusieurs associations représentent des acteurs clés dans le secteur privé de la santé (voir Encadré 2). Certaines soutiennent et défendent les intérêts de professionnels de santé tels que les médecins et les sages-femmes, tandis que d'autres représentent des groupes d'acteurs du secteur (tels que les laboratoires de diagnostic et les écoles formant les professionnels de santé). Ces associations ont un rôle crucial à jouer mais elles ont tendance à être limitées par l'insuffisance de leurs ressources et leur manque d'influence sur le secteur public et sur les politiques de la santé.

4.2.4.1 Le rôle des ordres professionnels

Depuis leur création, les ordres professionnels de médecins, pharmaciens et sages-femmes jouent un rôle actif en faveur du développement et de l'expansion de la fourniture de soins de santé par le secteur privé au Mali. Ils jouent également un rôle important en facilitant l'établissement et la réglementation des cabinets de cliniciens, et ils sont bien placés pour communiquer avec le MSHP au sujet des besoins de la profession. Cependant, comme ils représentent tous les acteurs du secteur de la santé, public et privé, ils ne sont pas conçus pour faire un plaidoyer pour des groupes d'intérêts ou des industries spécifiques, et ils ne sauraient donc se substituer à de robustes associations privées.

Le MSHP a rendu les ordres professionnels nationaux autonomes. Ils sont tous indépendants et placés sous la tutelle du MSHP. Ils sont responsables de la supervision des cabinets professionnels, de la fixation des règles de conduite, du contrôle de l'application du code de déontologie et d'éthique, de la discipline et de la solidarité entre les membres, de la défense des membres, de la prise de mesures disciplinaires et de l'organisation d'une formation de leurs membres. Leurs membres sont des médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers et sage femmes exerçant dans les secteurs privés à but lucratif et non lucratif, des fonctionnaires et dans les institutions de formation et de recherche. En plus de certains membres sélectionnés, le bureau de l'Ordre national est également composé de représentants du Ministère de la Justice et du MSHP, ainsi que d'universitaires et de plusieurs observateurs.

L'Ordre National des Médecins compte 4 536 membres, dont 55 pour cent travaillent dans le secteur privé. Ces ordres sont consultés en cas de questions de déontologie et d'éthique professionnelle, pour résoudre des différends entre les membres, pour encourager la solidarité et l'assistance mutuelle, et pour assurer l'exécution des décisions et des sanctions disciplinaires en cas de faute professionnelle, de conduite inappropriée ou d'activités illégales de leurs membres. Ils reçoivent une subvention de l'État pour assurer leur fonctionnement. Il est à noter que les cotisations de leurs membres ne suffisent pas à couvrir leurs frais de fonctionnement. Les ordres sont décentralisés, ils sont représentés au niveau régional par des conseils régionaux qui ont également des difficultés financières et organisationnelles.

L'Ordre National des Pharmaciens compte 1 130 membres, dont 648, 57%, travaillent dans le secteur privé. Il est divisé en trois sections : A (Distributeurs), B (Grossistes) et C (Industrie). La majorité de ceux-ci (plus de 90 pour cent) sont membres de ces sections. La Section D est composée de fonctionnaires, de représentants d'ONG et de techniciens de laboratoire. L'Ordre National des Sages-femmes a 1 473 membres, dont seulement 26 exercent dans le secteur privé et dont seulement 10 ont des licences.

Les premiers présidents de l'Ordre National des Médecins étaient des fonctionnaires. Cependant, depuis dix ans, les présidents viennent du secteur privé. L'influence du secteur privé est croissante. Cependant, les ordres ne représentent pas que le secteur privé. Les organisations et associations professionnelles représentent les adhérents soit du secteur public ou du e secteur privé.

Les ordres collaborent avec les structures du MSHP, en particulier l'Inspection de la santé. Le ministre invite régulièrement les présidents des ordres à participer aux réunions du cabinet et à assister aux forums et aux activités qu'il organise. La collaboration avec l'Inspection de la Santé est mise en œuvre à la demande de l'une des parties ; par exemple, si l'on soupçonne qu'un établissement ne se conforme pas à la réglementation.⁴

En plus des contraintes financières mentionnées ci-dessus, l'Ordre National des Médecins a identifié d'autres barrières nuisant à son fonctionnement. Citons notamment :

- La lenteur de la communication/dissémination des informations (par exemple, les communiqués du MSHP ou les décisions relatives aux politiques) de l'Ordre National des Médecins à ses membres, en particulier ceux du secteur privé.
- La formation inadéquate ou inappropriée des prestataires privés. Ceci a été mentionné précédemment ; les calendriers/horaires pour les formations ne tiennent pas compte des contraintes particulières associées à la disponibilité des praticiens du secteur privé.

Selon l'Ordre des Médecins, ces problèmes sont aggravés par les faits suivants :

- Le budget affecté par le gouvernement n'est pas suffisant pour couvrir tous les coûts des actions et activités de l'Ordre.
- Le personnel employé par l'Ordre n'est pas suffisant pour exécuter toutes ses activités.
- Un nombre substantiel de membres sont en retard dans le paiement de leurs cotisations (le taux d'encaissement était de 38 pour cent en 2016), tout particulièrement comparé au taux d'encaissement pour les membres de l'Ordre National des Pharmaciens (70 pour cent en 2016) et de l'Ordre National des Sages-femmes (83,5 pour cent des 1 473 membres).
- L'espace de travail restreint attribué aux ordres limite leur efficacité. Le nouvel immeuble que le gouvernement a promis aux ordres n'est pas encore fonctionnel.

La loi adoptée il y a 30 ans pour créer l'Ordre National est en cours de révision afin de mieux répondre aux besoins et au contexte d'aujourd'hui. L'Ordre a lancé ce processus de révision à la demande de ses membres. Une nouvelle version de la loi est prête à être transmise du Secrétariat général du Gouvernement à l'Assemblée nationale. En ce qui concerne l'Ordre National des Pharmaciens, la nouvelle loi inclut de nouvelles catégories de membres, dont des pharmaciens militaires et des pharmaciens travaillant dans des laboratoires. Elle est également conforme aux instructions et aux nouvelles législations recommandées par la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest et l'Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

⁴ En 2013, les données des inspections ont révélé que sur les 744 structures inspectées, 257 propriétaires n'avaient pas de licence (ce qui signifie qu'en principe ils n'avaient pas le droit d'exercer). En 2015, 68 de ces 257 propriétaires avaient obtenu une licence appropriée.

4.2.4.2 Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé

L'Alliance du secteur privé pour la promotion de la santé, créée en 2014, est une structure fédérale comprenant des parties prenantes du secteur privé de la santé à but lucratif et non-lucratif conçue pour représenter les intérêts de ces parties prenantes. L'Alliance a la mission suivante :

- Développer un cadre de travail pour un partenariat et des échanges entre le secteur privé de la santé à but lucratif et non-lucratif et les autorités responsables de la santé publique ;
- Aider à mettre des services de santé de qualité à la disposition de toute la population du Mali ;
- Renforcer la capacité des membres de l'Alliance et des acteurs du secteur privé ;
- Promouvoir les communications entre l'Alliance et ses membres et partenaires ;
- Promouvoir les PPP dans les secteurs sanitaire et social ; et
- Faciliter la participation du secteur privé à la formulation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques socio-sanitaires et la promotion du bien-être de la population.

L'Alliance conduit des activités variées. Elle organise des échanges périodiques de bonnes pratiques. Elle facilite l'accès aux programmes de fourniture de services de santé. Elle mobilise ses propres ressources et accorde des agréments, effectue des auto-évaluations et conduit des contrôles et des évaluations de ses propres activités. Et elle organise des sessions d'éducation continue pour les professionnels de santé, encourage une bonne gouvernance et un sens de redevabilité, et supervise tous les accords conclus avec ses partenaires.

Les membres de l'Alliance sont des structures ou de regroupements de structures appartenant au secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. Les associations médicales et pharmaceutiques, les mutuelles, les organisations non gouvernementales et confessionnelles, les groupements de médecine traditionnelle, les Services de santé communautaire et d'autres organisations sont tous représentés. (Pour obtenir une liste détaillée des organisations membres, veuillez consulter l'Annexe B.) Les membres doivent se conformer à la Charte, aux statuts et aux règles de procédure de l'Alliance. Des partenaires au développement et des représentants de chaque ordre sont membres ex-officio.

Par exemple, l'Association des Médecins Libéraux du Mali (AMLM), un membre de l'Alliance, a été fondée en 1993. Elle rassemble de jeunes médecins qui souhaitent améliorer leurs conditions de travail et leur carrière, et améliorer l'accès à de nouvelles sources de financement. D'après nos discussions avec la direction, cette organisation a besoin d'améliorer sa gouvernance. Selon ses statuts, l'une des tâches que l'AMLM s'est fixée elle-même est de contribuer à l'amélioration du dialogue entre les autorités publiques et les praticiens du secteur privé. Les jeunes membres de l'AMLM n'ont pas encore acquis les compétences et l'expérience nécessaires pour entreprendre de telles négociations de haut niveau, et ils n'ont ni l'expérience, ni les connaissances requises pour gérer des institutions d'une telle nature. Par conséquent, les membres de l'AMLM recherchent le soutien du programme Secteur privé de la santé de la Banque mondiale/International Finance Corporation (IFC). La collaboration entre l'AMLM et l'Alliance a été faible depuis le décès du président de l'Alliance. Avec le nouveau comité de gestion cette situation est en train de s'améliorer, mais elle n'est pas encore stable bien que l'AMLM est un groupe de personnes dynamiques, sûres d'elles-mêmes et enthousiastes, et ce groupe cherche à jouer un rôle plus important et à s'engager davantage avec l'Alliance.

D'après les entretiens conduits dans le cadre de la présente ESP, l'Alliance a eu du mal à jouer son rôle en raison des intérêts variés de ses membres, qui viennent à la fois du secteur privé à but lucratif et du secteur privé à but non lucratif, du manque de ressources financières et humaines, et enfin du décès inattendu de son premier président (l'Alliance est dirigée actuellement par un président intérimaire). Néanmoins, cette Alliance est une solution potentielle pour unir les associations privées dans le but de

s'engager dans un dialogue avec les responsables de la santé et les décideurs. Initialement, l'Alliance avait attiré la participation de plusieurs associations, mais leur enthousiasme et leur implication ont apparemment diminué en raison des ressources limitées, de l'absence d'un cadre de gouvernance et du décès de son président. Il existe cependant toujours de l'intérêt, en particulier de la part de l'Association des Médecins Libéraux, pour faire de cette organisation un organisme représentatif utile pour le secteur commercial privé.

4.3 Collaboration entre le secteur privé et le secteur public

L'ESS de 2015 et l'Étude du secteur privé de la Banque mondiale de 2009 ont révélé une présence insuffisante des acteurs du secteur privé engagés dans un dialogue sur les politiques et la planification stratégique. Par conséquent, les préoccupations du secteur privé ne sont pas reflétées dans la conception, la révision ou l'adaptation des politiques et des indicateurs clés, et les acteurs du secteur privé manquent souvent des occasions d'acquérir des connaissances étendues à leur sujet. Par exemple, les discussions menées pendant les entretiens sur le terrain ont révélé que de nombreux prestataires privés ne connaissent pas bien la politique concernant la gratuité des soins pour certaines maladies comme la tuberculose, et qu'ils n'ont aucune idée du Plan stratégique national de santé, de la Politique nationale de la santé et des nouvelles normes et des algorithmes de traitement visant à lutter contre des problèmes de santé existants ou émergents. Pour cette raison, il est difficile pour les prestataires du secteur privé de soutenir la mise en œuvre des stratégies de santé du gouvernement, et ceci peut avoir un impact sur la qualité des soins fournis.

Le MSHP organise souvent des forums, des conférences et des réunions, mais peu d'acteurs privés y participent ou y sont représentés. Les prestataires privés en dehors des Ordres professionnels sont rarement invités aux réunions du Comité de pilotage du PRODESS. Il serait bénéfique que le MSHP s'engage plus activement avec le secteur privé en renforçant la coordination et la collaboration par le biais de ces diverses structures.

La Banque mondiale (2013) mentionne quatre facteurs qui poussent les gouvernements dans le monde entier à utiliser le modèle des PPP pour améliorer le secteur de la santé.

- Le désir d'amélioration du fonctionnement des services et des établissements de santé publique ainsi que d'accroissement de l'accès à des services de qualité supérieure ;
- L'opportunité de tirer parti des investissements privés pour le bénéfice des services publics ;
- Le désir de formaliser les accords avec des partenaires à but non lucratif qui contribuent à la fourniture d'une partie importante des services publics ; et
- L'augmentation du nombre des partenaires potentiels pour les gouvernements au fur et à mesure du développement du secteur privé de la santé.

Pour renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé, il est important de disposer d'une plateforme formelle et fonctionnelle pour la collaboration. Le secteur privé doit pouvoir organiser ses représentants et ses intérêts globaux pour être en mesure de s'engager efficacement avec le secteur public. Le Mali a fait des progrès sur ces deux plans.

Au Mali, des PPP peuvent être constitués dans le secteur public entre des prestataires publics et privés et entre le secteur de la santé et des entreprises commerciales privées. En 2009, la Banque mondiale a recommandé que les institutions privées au Mali souhaitant participer à des missions de service public, en particulier dans les hôpitaux publics, soient autorisées à le faire sous réserve de l'accord du prestataire public en question. Au niveau local (région ou district sanitaire), un programme pourrait être élaboré pour partager les équipements et les spécialités disponibles afin d'éviter de devoir orienter inutilement les patients vers un niveau plus élevé de soins. Par exemple, un accord permet aux

institutions privées associées qui suivent les procédures prescrites (chaîne du froid, formation du personnel, etc.) de participer aux campagnes nationales de vaccination. Un autre accord autorise les hôpitaux privés à fournir à des stagiaires du secteur public une formation pratique.

La collaboration entre les principaux acteurs du secteur pharmaceutique est traitée au Chapitre 7.

L'étude de 2009 de la Banque mondiale sur le secteur privé (Lamiaux, Rouzard et Woods 2011) a proposé des mécanismes de conception et d'implémentation visant à créer une plateforme de dialogue entre le secteur public et le secteur privé. Son but est de renforcer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé en créant un Comité de dialogue avec des membres des deux secteurs. Le comité consisterait en une plateforme consensuelle qui pourrait aider à tenir compte formellement, systématiquement et régulièrement du secteur privé lors de la formulation et de la mise en oeuvre des politiques et programmes de santé.

Une Charte (constitution) pour la plateforme a été rédigée en 2014. Elle précise la vision, la mission, les objectifs, les principes directeurs, la gouvernance et l'administration du Partenariat Public-Privé dans le secteur de la santé au Mali. Elle indique également la structure du Comité de dialogue et de collaboration entre le secteur public et le secteur privé : le comité doit être composé de sept membres du secteur public, de cinq membres du secteur privé à but lucratif (PBL), de trois membres du secteur privé à but non lucratif et d'un représentant des partenaires au développement dans le secteur de la santé comme suit :

- Public (7 au total) : Santé (2), Développement social (1), Promotion de la famille (1), Éducation (1), Finance (1) et Ministère responsable du secteur privé (1)
- Secteur PBL (5 au total choisi de) : L'AMLM des prestataires de soins de santé, l'Association des Médecins de Campagne (AMC), les guérisseurs traditionnels, les infirmiers, les sages-femmes, les écoles de soins infirmiers privées, le secteur pharmaceutique, les sociétés fournissant des services de santé
- Secteur privé à but non lucratif (3 au total, de) : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), Groupe Pivot Santé Population, UTM
- Partenaires au développement (1) : Chef de file d'un partenaire au développement

Le comité propose d'organiser trois groupes de travail thématique axés sur l'élaboration du plan d'action principal pour promouvoir les PPP :

1. Dialogue politique pour l'engagement du secteur privé
2. Réformes visant à améliorer le cadre réglementaire
3. PPP pour augmenter l'accessibilité et la qualité des services

Le comité est étroitement lié au PRODESS, et ses membres travaillent sous la supervision des structures du PRODESS. Les réunions du Comité sont prévues pour correspondre au calendrier des réunions du PRODESS pour faciliter les communications et l'intégration au PRODESS.

Il est indiqué que le Comité élira un président, un vice-président et ultérieurement un trésorier et un secrétaire. Des représentants des divers secteurs se succéderont en alternance pour exercer leurs fonctions avec un mandat de deux ans. Le fonctionnement et les réunions du Comité sont facilités par un secrétariat permanent. Le secrétariat a quatre membres permanents et un représentant de la Division des Établissements Sanitaires et de la Réglementation (DESR), un département de la DNS. Le reste du personnel du secrétariat n'est pas défini.

Un cadre de travail gouvernemental pour soutenir le dialogue public-privé a été rédigé à l'appui du Comité de dialogue et de la Charte.

4.4 Cartographie de la couverture des services de santé

L'accroissement de l'accès géographique et financier aux soins de santé est l'un des objectifs esquissés par le gouvernement dans le PDDSS 2014-2023 (Section 1.2 du présent rapport). L'une des responsabilités du MSHP consiste à faire le suivi de cette extension de la couverture ; une carte sanitaire doit être mise à jour chaque année pour refléter les progrès. La carte peut être utilisée à des fins de planification et pour guider l'établissement et les emplacements des établissements supplémentaires. Malheureusement, la carte n'est pas mise à jour régulièrement, et bien que le nombre et l'emplacement des CSCom soient assez exacts, les emplacements des établissements privés sont indiqués de façon inadéquate. Ceci est causé par une participation et des incitations insuffisantes pour que les acteurs du secteur privé s'identifient et communiquent leurs activités, par des problèmes afférents au statut juridique d'un certain nombre de cabinets privés et par les difficultés rencontrées par les partenaires pour acquérir des fonds dans le but d'effectuer des enquêtes. Pour ces raisons, la collecte des données est fréquemment orientée vers les établissements communautaires plutôt que vers les prestataires privés. Ce problème est reconnu par le Comité de dialogue qui a été créé à la suite de l'étude de 2009 de la Banque mondiale sur le secteur privé, tel que cela est indiqué au Chapitre 1 du présent rapport.

4.5 Principales conclusions et recommandations

4.5.1 Principales conclusions

- Le secteur PBL s'est développé considérablement au cours des 20 dernières années. Cependant, un système robuste de supervision, de normalisation et d'agrément des pratiques par les autorités nationales de santé ne s'est pas développé en parallèle. L'insuffisance de la supervision entraîne un manque de coordination entre les secteurs public et privé, des occasions manquées de tirer parti de la motivation, de l'expertise et de la capacité du secteur privé, et une qualité variable des services de santé fournis à la population. Bien qu'il existe un mandat très clair permettant au gouvernement de fixer des normes et de réglementer, d'autoriser, et de superviser les prestataires du secteur privé, les règlements ne sont pas appliqués régulièrement et, par conséquent, il n'existe guère de redevabilité entre le secteur public et le secteur privé. Un renforcement de la coordination entre les praticiens libéraux est très nécessaire. La création de l'Alliance est un pas important vers une meilleure coordination, mais depuis son lancement et ses réunions initiales elle a eu des difficultés pour fonctionner en raison du manque de ressources et d'une gouvernance inadéquate.
- Il est difficile d'assurer des communications ponctuelles avec les praticiens libéraux et des inspections fréquentes. Des investissements dans ces activités sont nécessaires, étant donné que les prestataires privés sont souvent la première source de soins de santé dans les régions éloignées. Les ressources actuelles consacrées aux inspections en dehors de Bamako et aux conseils régionaux ne sont pas suffisantes pour répondre au rôle croissant du secteur privé.
- L'Alliance du secteur privé a besoin de s'établir et de fonctionner en tant qu'interlocuteur privilégié pour le secteur de la santé. Elle a besoin de soutien en matière de gouvernance pour gérer ses membres très variés et concilier les intérêts des parties prenantes PBL et à but non lucratif. Certains membres de l'Alliance ont déjà des relations de travail avec le secteur public qui pourraient produire des leçons utiles à appliquer. L'Alliance a besoin du processus de dialogue PPP susmentionné et d'un comité fonctionnel, ainsi que d'une plateforme pour avoir des interactions avec le secteur public. Avec le soutien nécessaire, l'Alliance pourrait faire fonction de secrétariat pour ce Comité.
- La Charte proposée et un décret de soutien pour le Comité de dialogue public-privé sont nécessaires. Le secrétariat du Comité de dialogue n'est pas défini ; son fonctionnement et son financement ne sont pas clairement indiqués.

4.5.2 Recommandations

Le MSPH

- Collaborer avec les associations privées sur des questions essentielles (réglementation actuelle et proposée dans le domaine de la pratique clinique, accès au financement, traitement fiscal).
- Faciliter la signature de la loi créant le Comité de dialogue, conformément à la recommandation de l'étude de la Banque mondiale sur le secteur privé au Mali (Lamiaux, Rouzaud et Woods, 2011).
- Assurer une représentation efficace du secteur privé dans les comités du PODESS en augmentant et élargissant la participation du secteur privé.
- Pour améliorer et mettre à l'échelle la collaboration opérationnelle :
 - Documenter et disséminer ces initiatives, y compris les succès et les défis à relever
 - Formaliser ces efforts : directives, instructions et indicateurs
 - Initier des actions concrètes d'extension de la présence des principaux acteurs
- Créer des conditions favorables afin de motiver les prestataires privés pour recueillir et communiquer les données clés (p. ex., données sur l'utilisation, méthodes de paiements des usagers) dont le gouvernement a besoin à des fins de formulation des politiques et de planification, et pour élaborer, en outre, des plans visant à dédommager les prestataires pour les revenus perdus pendant le temps passé en formation. Formaliser la collaboration dans le domaine de la transmission des données et envisager de développer des logiciels en vue d'emploi dans le secteur privé (tel que le module DHIS 2 pour le secteur privé).
- Le MSHP et le Ministère de la Justice, en collaboration avec les ordres professionnels, doivent trouver des solutions aux questions judiciaires concernant les fautes professionnelles, en particulier dans le secteur privé, afin d'aider à améliorer la qualité des services fournis par le secteur privé et sa crédibilité.
- L'Alliance du Secteur Privé au Mali ; En fonction de l'expérience du soutien des plateformes/de la structure du secteur privé comme l'Alliance en Afrique de l'Ouest, l'Alliance du Secteur Privé au Mali devrait chercher un promoteur pour fournir de l'assistance financière et technique pendant au moins trois ans. Ceci permettrait à l'Alliance d'engager un coordinateur à plein temps pour gérer les affaires au quotidien et représenter l'Alliance dans ses interactions avec de multiples partenaires. L'Alliance a besoin d'une présence simple : un siège social (même s'il est établi dans les locaux de l'un de ses membres), du personnel (un coordinateur et un assistant), une présence sur Internet, des réunions périodiques et un plan de travail annuel.

5. LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

5.1 Financement

5.1.1 Objectifs de la politique de financement de la santé

L'Objectif stratégique 9 du PRODESS III est énoncé comme suit : « élaborer une stratégie de financement visant à augmenter la mobilisation des ressources et à les utiliser plus efficacement, à mieux accéder aux services de santé et à encourager les prestataires et les utilisateurs à être plus⁵ efficaces. » Les cinq résultats stratégiques sont :

- Mobilisation accrue des ressources et affectation de celles-ci en tenant compte des disparités ;
- Amélioration de la gestion du secteur financier ;
- Renforcement de l'assistance sociale ;
- Accroissement de la couverture de la population par des systèmes de protection sociale ;
- Amélioration de la performance des organisations sociales.

En liaison avec ces résultats attendus, quatre domaines stratégiques ont été définis dans la politique de financement de la santé élaborée en 2013 :

- Amélioration du niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle ;
- Meilleure affectation des ressources ;
- Mise en place du programme d'assurance à cotisations obligatoires AMO par le biais d'un régime cohérent et complet ;
- Amélioration de la gouvernance financière.

La politique de financement de la santé esquisse le cheminement pour l'accès à des soins de santé de qualité quelle que soit la capacité financière des patients pour toute la population du Mali, selon les besoins, et en les protégeant contre les risques de santé. En cela, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) est une stratégie clé du gouvernement pour améliorer la qualité des soins et la protection sociale.

La Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle (2014-2023) facilite le développement de l'accès universel. Au cœur de cette initiative il existe une stratégie financière pour l'assurance maladie sous les auspices du Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires.

⁵ PRODESS III, page 150.

5.1.2 Mise en œuvre de l'assurance maladie pour la couverture sanitaire universelle

Jusqu'en 2009, l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) assurait une protection sociale pour quatre types de travailleurs et d'employeurs en finançant leurs contributions (qui ne s'appliquait qu'aux travailleurs du secteur formel). Il s'agissait des régimes suivants :

- Régime de prestations familiales ;
- Régime d'indemnisation et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- Régime d'assurance retraite, incapacité et décès, et
- Assurance maladie. Cependant, ce dernier élément a été remplacé par le déploiement de l'AMO, établie en 2009 pour les groupes couverts auparavant par l'INPS. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) a été créée alors pour financer l'AMO.

L'AMO, pour les employés du secteur formel, a été introduite en 2009 et a commencé à fonctionner en 2010. En raison du manque de préparation et de communication, son introduction a été controversée et a causé un certain malaise. Le président de l'époque, Amadou Toumani Touré, a « suspendu » son caractère obligatoire en donnant aux employés la possibilité de s'en retirer. Cependant, l'AMO n'a pas été abandonnée, et la mise en place de l'AMO et de son régime associé pour les indigents, le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) continue.

L'AMO s'est fixée pour but de couvrir 12 pour cent de la population. Elle vise à mobiliser des contributions des bénéficiaires dans un fonds commun et à produire un impact important sur la qualité des services. D'après les entretiens conduits dans le cadre de l'ESP avec le directeur de la CANAM, le nombre des bénéficiaires a augmenté de 120 429 en 2016, pour atteindre un total de 1 015 911. Le ratio des assurés par rapport aux bénéficiaires est de 3,5. Tous les hôpitaux publics secondaires et tertiaires, la moitié des CSRÉF et quelques CSCoM y participent.

L'AMO est financée par des contributions directes ou indirectes des participants. Les employés du secteur privé contribuent 3,1 pour cent de leur salaire et leurs employeurs contribuent pour 3,5 pour cent. Les employés du secteur public contribuent 3,6 pour cent de leur salaire et leurs employeurs contribuent 4,4 pour cent. Les travailleurs indépendants peuvent s'y inscrire. Leur contribution s'élève à environ près de 6,6 pour cent de leurs revenus. Il n'existe pas d'informations sur le nombre des travailleurs indépendants qui se sont inscrits à l'AMO. Les revenus trimestriels des travailleurs indépendants sont classés en cinq catégories de revenus qui déterminent le montant des cotisations pour les prestations familiales, les pensions et l'AMO.

En 2017, le budget de la CANAM s'élève à 53 milliards CFA, et elle ne devrait pas recevoir de fonds de l'État. Le gouvernement a soutenu les investissements dans les systèmes de gestion dans le passé. Comme les performances de la CANAM se sont améliorées, les contributions ont augmenté et la CANAM est devenue presque autonome. Étant donné que les investissements de la CANAM dans la gestion des indemnités ont augmenté et que le montant des primes a également augmenté, le gouvernement a réduit son soutien financier d'un milliard CFA à 50 millions CFA en 2016. La CANAM prévoit de dépenser 63,7 pour cent du budget pour améliorer sa capacité, sa plateforme technique et sa gestion des fraudes.

La CANAM a environ 50 cliniques sous contrat, et environ 80 pour cent des 596 pharmacies privées ont signé un accord avec la CANAM. La liste des médicaments et des produits médicaux consommables approuvés est très longue (elle couvre des médicaments de marques et de dentifrices de grandes marques, par exemple) et le directeur de la CANAM souhaite réduire le nombre des médicaments et autres intrants couverts afin de contrôler les coûts. Il a estimé que 80 pour cent des débours de la CANAM sont pour les médicaments.

Le remboursement des prestataires par la CANAM dans des délais acceptables a eu pour effet que de plus en plus de prestataires privés souhaitent conclure des contrats avec la CANAM. Pour les cabinets de prestataires privés, l'adhésion à la CANAM n'entraîne pas de dépenses additionnelles substantielles étant donné qu'ils participent déjà à des régimes d'assurance privés. Les prestataires privés individuels peuvent éprouver des difficultés pour établir des systèmes de contrôle de l'admissibilité des bénéficiaires et de facturation de la CANAM, mais leurs investissements devraient leur être bénéfiques en les aidants à développer leur clientèle. Pour ces prestataires privés, l'acceptation de bénéficiaires du RAMED serait une suite logique après l'acceptation de l'AMO. La participation des prestataires privés au RAMED dépendra de l'évolution du régime et de son financement. Le menace pour les prestataires privés est que les organismes d'assurance privés évolueront peut-être vers des prestations d'assurances complémentaires et, par conséquent, que les prestataires privés auront besoin de participer à l'AMO pour pouvoir rester compétitifs.

Le RAMED vise à couvrir 900 000 des habitants les plus pauvres du Mali (5 pour cent de la population). Géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), le RAMED n'a pas encore atteint son objectif en terme de couverture, mais ce n'est pas à cause d'une insuffisance du financement par le gouvernement – le plus gros problème est l'identification et la certification des indigents. Le RAMED avait enregistré 58 595 personnes à la fin de 2016, soit 6,5 pour cent de l'objectif (Agence Nationale d'Assistance Médicale, 2017). Sur ce chiffre, 32 963 (56 pour cent) étaient inscrites dans le cadre du programme d'assistance sociale de protection « Jigisèmèjiri » financé par la Banque mondiale. 9 854 personnes de plus (17 pour cent) étaient inscrites par le biais de l'UNICEF et 14 606 (25 pour cent) étaient inscrites par le biais des services de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Économie Solidaire du Ministère de l'Action Humanitaire. L'utilisation du RAMED est en hausse étant donné que ce programme est de plus en plus connu.

L'équipe d'ESP a identifié d'autres problèmes à résoudre pour construire le programme :

- L'insuffisance du financement des communes et des villes ; les collectivités locales sont censées rembourser 30 pour cent des indemnités du RAMED, mais cet objectif a été ramené à 15 pour cent en 2016 en raison du manque de ressources des collectivités locales ;
- Le manque de ressources à la disposition des bureaux locaux des Directions de la Protection sociale (DPS) pour conduire des enquêtes auprès des ménages pour identifier des bénéficiaires ; et
- La réticence des conseils communaux à délivrer des certificats d'indigence.

Le RAMED a reçu l'approbation de son Conseil pour conclure des contrats avec des pharmacies privées et, bien que ce processus n'ait pas encore été lancé officiellement, plusieurs pharmacies y participent et cherchent à obtenir des remboursements. Dans le cadre du RAMED, les médicaments et fournitures médicales admissibles sont totalement couverts. En 2016, le RAMED a traité 10 128 demandes de remboursement (9 963, 98 pour cent, ont été jugées valides). Si l'on ventile les origines des demandes de remboursement par type de prestataire, 7 688 (76 pour cent) provenaient d'hôpitaux publics, 2 102 (21 pour cent) des CSRÉF, 297 (2,9 pour cent) des CSCOM et 41 (0,4 pour cent) des pharmacies ; seulement quatre pharmacies privées ont soumis des demandes de remboursement. 33,6 pour cent de la valeur des demandes portait sur des médicaments, 23,0 pour cent sur l'imagerie, 18,5 pour cent pour les procédures, 14,0 pour cent pour des services de laboratoire, 7,5 pour cent pour l'hospitalisation et 3,4

pour cent pour des consultations. Le remboursement moyen s'élevait à 1 903 CFA pour les consultations, 11 353 CFA pour les services de laboratoire, 13 250 CFA pour les médicaments, 18 006 CFA pour l'hospitalisation et 20 453 CFA pour les procédures.

Bien que les délais de remboursement par l'AMO et le RAMED aient été améliorés substantiellement, ils sont toujours trop longs pour certains établissements de santé de petite envergure, notamment à but non lucratif, et ils expliquent le faible niveau de participation des CSCOM à ces régimes. Pour l'AMO, la gestion des demandes de remboursement et les remboursements est décentralisée au niveau régional. Les organisations engagées sous contrat pour gérer les demandes de remboursement – le Fonds de Sécurité Sociale du Mali pour les fonctionnaires et l'INPS pour les travailleurs du secteur privé – traitent les demandes et remboursent directement les prestataires. La gestion des demandes de remboursement et les remboursements par le RAMED est centralisée à l'ANAM, à Bamako ; les dossiers de demandes sont transmis par les Directions Régionales pour le Développement Social et de l'Économie Solidaire. Les demandes de remboursement envoyées aux agences de gestion des demandes sont vérifiées à deux niveaux. La première vérification consiste à mettre à jour les contributions des bénéficiaires. La deuxième vérification est un audit médical et financier, l'audit médical portant sur le caractère approprié des soins et des médicaments prescrits, et l'audit financier visant à assurer que les barèmes des prix des services et des médicaments ont été respectés.

L'AMO et le RAMED utilisent les mêmes barèmes de remboursement pour les services et les médicaments. Les barèmes sont négociés chaque année par la CANAM avec l'Ordre des médecins et le MSHP. Afin de promouvoir l'acceptation du programme par les personnes les plus aisées qui sont habituées à être couvertes, la liste des médicaments couverts n'a pas été limitée aux médicaments génériques comme prévu initialement. De plus, le taux de remboursement des prestations dans le secteur privé est plus élevé que pour le secteur public et est déterminé dans le cadre de négociations avec les conseils médicaux.

5.2 Mutuelles

La stratégie du gouvernement en 2010 pour assurer une couverture médicale aux personnes travaillant dans les secteurs informel et agricole visait à couvrir près de 80 pour cent de la population par le biais des Mutuelles, avec un objectif intérimaire de 40 pour cent pour 2023 (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, Secrétariat Général, 2010). L'Union Technique de la Mutualité (UTM) est la structure responsable pour la promotion des Mutuelles.

La stratégie propose que la plupart des travailleurs du secteur informel soient couverts par les Mutuelles. À la fin de 2015, 186 Mutuelles avaient été identifiées, mais seulement 101 étaient fonctionnelles, couvrant une population de 308 354 personnes (soit 4,5 pour cent de la population ciblée⁶). Sur les 101 mutuelles qui étaient opérationnelles en 2015, 87 (86 pour cent) étaient membres de l'UTM. L'appartenance à l'UTM rend les mutuelles admissibles pour recevoir un soutien technique de l'UTM. Les Mutuelles membres de l'UTM peuvent également recevoir des subventions de l'État équivalent à 50 pour cent des primes des adhérents.

En 2000, dans le cadre d'un effort visant à rendre les mutuelles plus attrayantes, l'UTM a lancé un mécanisme d'assurance pour soutenir les mutuelles urbaines, le programme d'Assurance Maladie Volontaire (AMV). Les mutuelles participantes sont regroupées dans des réseaux et ont accès à plus de prestataires et de services. L'AMV a conclu des contrats avec 80 établissements publics, 34 pharmacies privées et quatre prestataires privés. Le coût d'adhésion initial est de 2 500 CFA par famille et les primes s'élèvent à 575 CFA par personne et par mois. À la fin 2016, selon le rapport annuel de l'UTM pour 2015, l'AMV avait enregistré un faible taux

⁶ Équipe d'évaluation de l'UTM, novembre 2015

d'adhésions, un faible recouvrement des primes et une utilisation limitée de l'assurance par les assurés. Bien que l'AMV n'ait pas été à la hauteur des attentes, elle n'est pas en faillite : son taux de sinistralité est de 36,9 pour cent. Selon le directeur de l'UTM, elle surveille l'évolution de l'AMO afin de déterminer si elle devra orienter l'AMV vers une couverture complémentaire tandis que l'AMO se développe pour fournir la couverture principale.

Comme dans de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, les mutuelles du Mali ont du mal à fournir une couverture d'assurance substantielle à la population ciblée. Bien qu'un programme de subventions soit en place, le manque de ressources, à la fois financières et humaines, a ralenti la croissance de la couverture. En tant qu'organisations communautaires, les mutuelles concluent généralement des contrats avec les CSCOM, des établissements communautaires à but non lucratif, et très peu d'entre elles concluent des contrats avec des prestataires privés. Le régime d'AMV de l'UTM n'a pas répondu aux attentes. Si et quand les mutuelles deviennent un facteur important en assurance maladie, elles pourraient conclure des contrats avec des prestataires privés.

5.3 Assurance maladie privée

Le marché de l'assurance privée ne s'adresse qu'au secteur formel, la plupart des polices étant souscrites par des sociétés du secteur privé et d'autres organisations (ambassades, organisations multilatérales, etc.) pour leur propre personnel. En 2014, il existait 11 compagnies d'assurances en activité. Ces compagnies travaillaient par le biais de 222 intermédiaires : 33 courtiers, 104 agents et 85 conseillers en assurance-vie. Le marché de l'assurance autre que vie au Mali est dominé par Saham Insurance (27,5 pour cent), Lafia Insurance (17,3 pour cent) et Allianz Insurance (14,5 pour cent). Il existe cinq autres compagnies d'assurances qui fournissent des polices d'assurance maladie sur le marché. L'assurance maladie représente 14,3 pour cent du marché de l'assurance autre que vie. Pour identifier les prestataires privés, les compagnies d'assurance maladie répondent aux demandes des sociétés et des membres de leur personnel. Les compagnies d'assurances s'assurent généralement de la qualité des prestataires par le biais de visites sur place. Ainsi, les plus grandes compagnies concluent des accords d'agrément avec des prestataires privés et les plus petites adoptent leurs certifications. La couverture spécifique varie considérablement, allant de polices sans ticket modérateur à des tickets modérateurs avec une couverture de paiement maximum. Le personnel des compagnies d'assurances traite les demandes de remboursement reçues des prestataires.

Les compagnies d'assurances suivent l'évolution de l'AMO étant donné que leurs clients commencent à douter du besoin d'acheter une couverture totale car ils doivent cotiser à l'AMO⁷ et ils demandent aux compagnies de créer des polices d'assurances complémentaires. Les compagnies d'assurances ont exprimé leur désir de collaborer avec la CANAM pour rationaliser la couverture. En échange, le secteur des assurances pourrait fournir une assistance technique à la CANAM en passant en revue les polices/la couverture d'assurance.

Les fonds provenant des employeurs proviennent de la fourniture directe de services de santé et des cotisations payées par les employeurs à l'AMO. Selon les CNS de 2013, les paiements ou remboursements sont estimés à 1 312 453 878 CFA (0,36 pour cent des Dépenses Courantes de Santé (DCS)). La contribution des employeurs à l'AMO était de 2 929 504 550 CFA (0,81 pour cent des DCS) (MSHP 2015). Ces montants reflètent la très modeste part des cotisations des employeurs du secteur formel aux dépenses totales de santé au Mali.

⁷ La suspension des contributions ne concernait que les employés ; les employeurs paient leur part.

5.4 Sous-traitance

Un mécanisme très répandu de collaboration entre le secteur public et le secteur privé est la sous-traitance. Dans le contexte du secteur de la santé, la « sous-traitance » désigne l'utilisation d'entités externes pour fournir des services de santé. Par exemple, le gouvernement pourrait demander à des prestataires privés de fournir des services spécifiques tels que des services de radiologie ou de laboratoire. Les organisations privées qui fournissent ces services à l'intérieur d'établissements publics sont appelés des « sous-traitants ». Par exemple, une clinique privée visitée dans le cadre de l'évaluation sous-traite ses services de laboratoire et de radiologie à un prestataire est hébergé à l'intérieur de la clinique.

Sur la base des visites et des entretiens de l'ESP, la sous-traitance ne semble pas être utilisée pour des services médicaux dans le secteur public au Mali ; en d'autres termes, les prestataires privés ne sont pas engagés pour fournir des services avec des financements publics, et ils ne fournissent pas de services dans des établissements publics, à l'exception de l'AMO susmentionnée. Ceci n'est pas la conséquence de l'absence d'un cadre réglementaire car un tel cadre existe pour la sous-traitance. Un informateur du secteur public a fait état de sa frustration : « J'ai reçu l'accord de notre conseil d'administration, mais quand nous nous sommes adressés au Ministère, nous n'avons jamais reçu de réponse. » Cet informateur voulait sous-traiter des services de laboratoire et d'imagerie parce que les coûts élevés des intrants et de la maintenance empêchaient son établissement de fournir ces services de façon économique.

5.5 Principales conclusions et recommandations

5.5.1 Principales conclusions

- L'AMO évolue actuellement dans un sens positif, bien qu'il existe certains problèmes de manque d'efficacité et des risques structurels à moyen et à long terme. Le problème immédiat est la réduction nécessaire du généreux forfait de prestations en matière de médicaments afin de contrôler les coûts. L'agence chargée de gérer ce régime, la CANAM, a du mal à vérifier et contrôler les remboursements pour empêcher la fraude.
- Le régime de remboursement différent entre les prestataires publics et privés risque d'être critiqué.
- L'expérience à l'échelle mondiale est claire : le paiement à l'acte entraînera une utilisation excessive, et l'AMO doit donc élaborer une stratégie lui permettant d'évoluer vers des mécanismes d'achat plus stratégiques comme un système de paiement par capitation pour les soins de santé primaires et les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) ou un autre mécanisme pour les soins hospitaliers afin de créer les incitations nécessaires pour les prestataires et pour contrôler les coûts.
- L'évaluation de l'architecture de protection sociale actuelle pour la santé révèle une duplication des fonctions administratives. Une initiative a été lancée pour changer la conception du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO/CANAM) afin d'absorber le régime d'assistance médicale pour les indigents (RAMED), entraînant ainsi l'abolition de l'ANAM pour une meilleure efficacité. La CANAM gèrerait alors l'intégralité des fonds d'assurances mis en commun.
- La CANAM est autofinancée actuellement, mais ceci ne durera peut-être pas. Le financement du RAMED est insuffisant, bien que les paiements actuels des prestataires (un total de 97 181 602 CFA pour 2016) représentent 60 pour cent des dépenses et que les coûts en personnel aient représenté 14,45 pour cent des dépenses pour 2016. Le goulot d'étranglement faisant obstacle à l'accroissement des adhésions est toujours la certification du statut d'indigence par les services sociaux.

- Au niveau opérationnel, il existe un besoin et un désir de sous-traiter certains services entre les prestataires du secteur public et du secteur privé (dans les deux groupes). Ceci est autorisé par la réglementation, mais celle-ci est mal connue, il n'existe aucune directive disponible et le processus de la sous-traitance est donc sous-utilisé.

5.5.2 Recommandations

- L'augmentation de la couverture de la population par l'AMO offre des occasions pour les prestataires de soins de santé privés pour étendre leur base de ressources et améliorer la qualité de leurs services en satisfaisant aux stipulations d'agrément et en participant à ce régime. Les efforts actuels visant à inscrire les prestataires privés dans l'AMO doivent donc être encouragés et facilités.
- Le RAMED devrait développer son recrutement de prestataires privés pour couvrir des services « gratuits » étant donné que de nombreux prestataires privés communautaires fournissent des services gratuits et que cela pèse sur leurs résultats financiers.
- La CANAM devrait inclure les compagnies d'assurances privées, y compris les courtiers et les agents, dans les discussions portant sur la nouvelle architecture de l'AMO étant donné qu'ils connaissent bien le marché et les pratiques de l'assurance, et qu'ils veulent avoir un régime national solide.
- La CANAM échange les informations avec l'assurance privée pour qu'ils puissent développer des produits d'assurance complémentaires afin d'assurer l'efficacité et la cohérence.
- La capacité de sous-traitance du MSHP devrait être développée davantage pour permettre aux prestataires publics de bénéficier des compétences et des capacités du secteur privé. Le Ministère devrait identifier des opportunités de sous-traitance de haute valeur dans les établissements (hôpitaux) du secteur public et soutenir la mise en place des processus de sous-traitance des services avec le secteur privé. Dans les autres pays, tels que l'Éthiopie, le gouvernement est en discussion pour la contractualisation des services cliniques. La contractualisation est actuellement limitée aux services non-cliniques, par exemple les services de blanchisserie, de sécurité et de nettoyage.

6. PRESTATION DE SERVICES

6.1 Synopsis

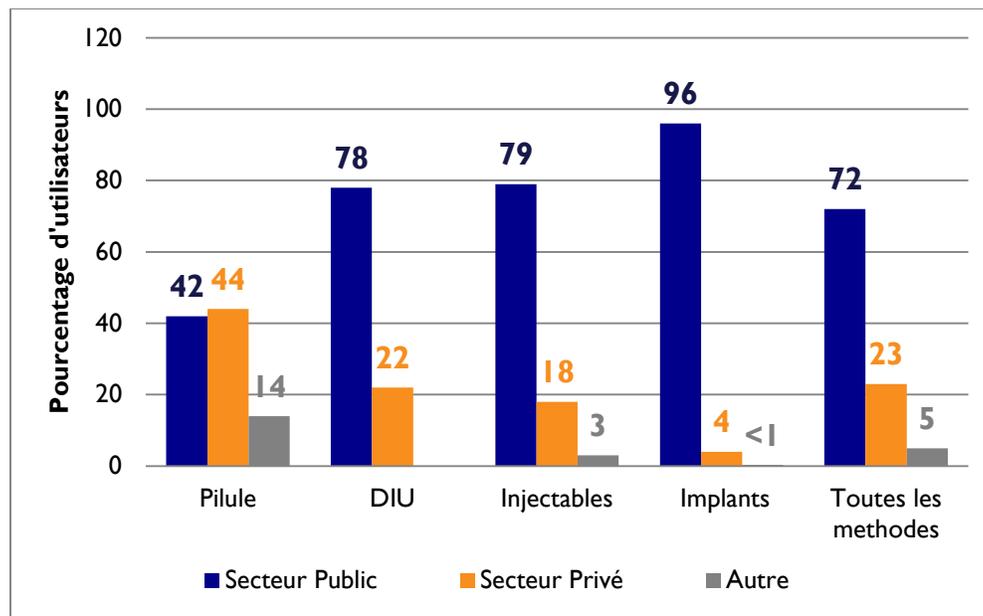
Le secteur médical privé au Mali joue un rôle considérable dans le système sanitaire de ce pays. Cependant, les établissements privés à but lucratif et à but non lucratif ont tendance à être très différents en ce qui concerne leurs capacités et leur désir de collaborer avec le secteur public. Les établissements communautaires et confessionnels travaillent souvent en partenariat avec les autorités de la santé aux niveaux national et local, mais les cliniques et hôpitaux privés suivent les règles du marché et collaborent généralement très peu avec les programmes de santé du secteur public. Cette section met à jour des conclusions antérieures sur les prestataires PBL et elle explore davantage des solutions possibles et des occasions d'améliorer leur contribution à l'atteinte des buts du système sanitaire national.

6.1.1 Utilisateurs des services de santé privés

Une grande proportion des Maliens de tous les quintiles de revenus, des régions urbaines comme des régions rurales, indiquent qu'ils reçoivent des services de santé du secteur privé (plus de 60 pour cent de tous les contacts avec le système de santé se produisent chez des prestataires privés). Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays, le recours aux prestataires privés pour obtenir des services spécifiques est plus répandu dans le domaine des services thérapeutiques, où le secteur privé peut offrir une valeur qui justifie le paiement d'un prix plus élevé (comme une meilleure perception de la qualité des soins, un traitement personnalisé, des délais d'attente plus courts et la proximité). Dans les domaines où le secteur public fournit des services gratuits, le secteur privé a généralement un taux de participation beaucoup plus faible.

Pour les services de planification familiale, par exemple, le Graphique 6 montre comment les utilisatrices de contraceptifs oraux sont pratiquement aussi susceptibles d'obtenir cette méthode dans le secteur privé (généralement dans une pharmacie) que dans un établissement public. Par contre, la gratuité des implants et des DIU incite à obtenir ces méthodes en s'adressant au secteur public, et les prestataires privés ne sont pas du tout incités à les fournir.

Graphique 6 : Source des méthodes de contraception par secteur pour les femmes âgées de 15 à 49 ans



Source : Enquête démographique et de santé du Mali 2012-2013 (CPS/SSDSPF et al. 2014)

6.2 L'exercice de la médecine dans le secteur à but lucratif

6.2.1 Développement des ressources humaines

Sauf s'ils ont l'intention de travailler pour un grand établissement public, de nombreux prestataires de services de santé doivent créer un cabinet privé, ou travailler pour un cabinet privé existant. Leur carrière devient alors liée au succès de ce cabinet privé. Ce succès est lié à de nombreux facteurs qui vont au-delà de leurs compétences cliniques, comme les compétences commerciales du propriétaire, la capacité d'accéder à un financement, la disponibilité de personnel adéquatement formé et les opportunités de continuation de la formation professionnelle. L'étude de la Banque mondiale sur le secteur privé a noté que dans le district de Bamako, où il existe une



Propriétaire d'une clinique privée à Bamako

concentration élevée de prestataires privés, le marché pour les établissements de santé privés commençait à se saturer, avec 175 cabinets/centres de santé et 49 hôpitaux en service en 2009 pour une capacité d'absorption estimée de 194 et de 50, respectivement (Lamiaux, Rouzard et Woods 2011). Bien que le soutien des bailleurs pour l'établissement de cabinets privés dans les CSCom ait aidé à

attirer de jeunes médecins dans les zones rurales au début des années 2000, les conditions précaires dans lesquelles ils travaillaient suggéraient que ce n'était pas une option de carrière viable (Juillet et al. 2015).

En plus des difficultés rencontrées par les jeunes médecins pour trouver un emploi ou ouvrir un cabinet, le secteur privé de la santé est également caractérisé par une pénurie de spécialistes, en partie à cause du coût des études. Par exemple, il a été indiqué qu'un prestataire avait financé l'éducation de son jeune médecin au Sénégal en échange de la promesse qu'il travaille pendant plusieurs années dans le cabinet.

Pour la plupart des cliniques et des polycliniques, la meilleure façon d'offrir des services spécialisés consiste à employer un spécialiste du secteur public à temps partiel. Cette pratique, bien qu'elle réponde à un besoin réel des deux côtés, a été très critiquée parce qu'elle prive les établissements publics de nombreux spécialistes, en particulier en leurs capacités de mentors et d'enseignants pour les jeunes médecins. Dans le secteur privé, la dépendance par rapport aux spécialistes du secteur public conduit parfois au fait que ces derniers dictent leurs conditions et manquent parfois à leurs engagements envers les patients.

Toutefois, dans l'ensemble, il semble exister un consensus selon lequel l'exercice alternatif de la médecine par les prestataires dans les deux secteurs est inévitable mais doit être mieux réglementé. Cependant, ce système de partage du temps des prestataires entre le secteur public et le secteur privé est à sens unique : alors que les prestataires du secteur public fournissent souvent des services dans des établissements privés, les prestataires privés ont peu d'opportunités de faire de même dans les établissements publics parce qu'il n'existe pas de cadre juridique leur permettant de le faire. Il existe peut-être une perception selon laquelle le secteur public n'a pas besoin d'eux étant donné que les établissements publics sont remplis de professionnels de santé très compétents et expérimentés. De surcroît le gouvernement a adopté en 2017 un décret qui autorise les activités personnalisées (privées) des médecins, pharmaciens et dentistes dans les hôpitaux publics. La situation est différente pour les CSCoM, qui bénéficient de l'engagement de prestataires par la direction régionale grâce à l'initiative de financement des pays pauvres très endettés.

Une collaboration systématique et réglementée de la formation des ressources humaines et de leur répartition entre les autorités publiques de la santé et les établissements de santé privés en utilisant les ordres nationaux ou l'Alliance comme intermédiaire pourrait améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé fournis dans les deux secteurs.

Les établissements PBL ne semblent pas avoir de mal à attirer des travailleurs de santé de niveau inférieur, comme des infirmiers et des sages-femmes. Ceci peut être expliqué par les meilleures conditions de travail offertes à ces membres du personnel dans le secteur privé. La Global Health Workforce Alliance a noté en 2016 que la faible motivation des travailleurs de la santé dans le secteur public causait une migration des agents de santé les plus qualifiés du secteur public au secteur privé de la santé (Ressources humaines stratégiques pour le Plan de développement de la santé (PNS/RSS), 2009-2015). Il convient cependant de noter que peu de cabinets PBL peuvent se permettre d'engager un personnel important et qu'ils ne sont donc pas en mesure d'absorber beaucoup des travailleurs de santé qui pourraient rechercher de meilleures conditions de travail.

Il incombe aux médecins libéraux d'entretenir leurs compétences cliniques. Les médecins ne sont pas légalement tenus de continuer leurs études médicales après avoir obtenu leur diplôme de médecin. Comme cela n'est pas obligatoire, la demande pour l'éducation continue payante est faible, et il existe peu d'établissements qui en fournissent. Par contre, le secteur public de la santé et les projets de santé financés par les bailleurs fournissent généralement et fréquemment de multiples opportunités de formation à leurs prestataires salariés. À l'exception des programmes impliquant des prestataires privés (comme la franchise ProFam), les prestataires privés bénéficient rarement des programmes de formation conçus spécifiquement pour eux. Bien qu'ils soient parfois invités à participer à des ateliers conçus pour

des travailleurs du secteur public, ils ne sont pas toujours en mesure de quitter leur cabinet ou de permettre à un membre important de leur personnel de s'absenter pour y participer pendant les heures d'ouverture du cabinet.

Comme cela a été indiqué ci-dessus, il n'existe pas de système en place pour assurer que les prestataires agréés et exerçant leur profession dans le secteur de la santé mettent régulièrement à jour leurs compétences cliniques. Le document PRODESS III indique que l'assurance qualité dans le secteur privé reste une « préoccupation majeure », ce qui renforce peut-être la perception selon laquelle cette collaboration avec ce secteur est naturellement délicate. Il ne fait guère de doute qu'un accès inadéquat au financement, le manque d'équipements, de formation et de professionnels de santé expérimentés, ainsi que l'application insuffisante des normes légales concernant la pratique clinique, permettent de douter de la qualité des services dans ce secteur. Ceci ne signifie cependant pas que les prestataires privés ne s'efforcent pas de fournir des services de qualité élevée ou qu'ils n'ont pas leurs propres moyens de s'assurer qu'ils fournissent de tels services. Les prestataires interrogés dans le cadre de la présente évaluation ont mentionné qu'ils avaient participé à des congrès médicaux à l'étranger et à des séminaires sponsorisés par le secteur pharmaceutique, et qu'ils étaient abonnés à des revues médicales. Cependant, les établissements dans lesquels les ressources ne sont pas suffisantes pour soutenir la formation continue des prestataires sont beaucoup plus susceptibles de dépendre des invitations du secteur public pour participer à des programmes de formation, et ces invitations sont rares.

Il existe peu ou pas de collaboration ou de coordination en matière de surveillance des maladies, et il n'existe aucun programme structuré visant à assurer la participation des prestataires privés à la formation. Bien que certains prestataires privés soient invités à des formations administrées par le secteur public, ces formations ne sont pas toujours adaptées à leurs besoins et à leur disponibilité. Comme indiqué plus haut, certaines initiatives de collaboration avec les prestataires privées sont lancées à l'occasion. Elles sont basées sur des relations personnelles et des efforts individuels, et elles couvrent des activités orientées vers la santé publique telles que l'administration de vaccins, la fourniture de réfrigérateurs, des vaccins, etc. D'autres efforts de collaboration sont axés sur des activités telles que des campagnes de vaccination et des campagnes contre la polio, des efforts de contrôle de la tuberculose et des distributions de moustiquaires imprégnées. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'activités de santé publique axées sur la prévention, les prestataires privés ne sont rémunérés qu'au-delà des intrants.

6.2.2 Financement de l'installation et des équipements médicaux

Le caractère inadéquat de l'accès au financement pour les nouveaux cabinets et les nouvelles cliniques a été documenté par l'étude de la Banque mondiale sur le secteur privé de 2009 (Lamiaux, Rouzard et Woods 2011), et ces problèmes n'ont toujours pas été résolus. Cette barrière élevée faisant obstacle à l'expansion du secteur privé a été mentionnée par de nombreux propriétaires et prestataires de cliniques. Les prestataires bien établis n'ont guère de difficultés pour obtenir du crédit auprès des banques locales étant donné que ce crédit peut être garanti en partie par l'infrastructure existante. Cependant, les prestataires privés qui ne sont pas encore bien établis ou dont le cabinet/la clinique est de faible envergure ont du mal à obtenir du crédit en raison de l'absence de garantie et également parce qu'ils n'ont pas les connaissances et les compétences nécessaires pour préparer une demande d'emprunt.

Un établissement à Bamako a fait état de beaucoup de difficultés en essayant de financer son expansion en tant que polyclinique à deux prestataires pour fournir des services de gynécologie/d'obstétrique. Étant donné qu'il n'est pas possible de louer des équipements au Mali, cet établissement doit se procurer des équipements médicaux d'occasion qui ont tendance à cesser de fonctionner au bout de quelques mois. Le dysfonctionnement des équipements est un problème très répandu dans les cliniques privées qui a pour effet que ces cliniques doivent orienter de nombreux clients vers d'autres établissements pour établir des diagnostics. C'est également un problème dans les établissements publics, ce qui crée des opportunités de sous-traitance.

Dans les petits établissements situés dans des zones où la population a de faibles revenus, le manque de ressources pour acheter des équipements entraîne des orientations systématiques vers le secteur public. Par exemple, une clinique venant d'ouvrir ses portes dans une zone péri-urbaine de la Commune III a indiqué qu'elle avait orienté des patients ayant besoin d'échographies vers une autre clinique et toutes les femmes enceintes ayant des complications vers le CSRÉF le plus proche, en partie parce que la clinique ne disposait pas des équipements de base pour les nouveau-nés et de matériel pour les réchauffer. Le manque de financement pour les équipements empêche les établissements privés d'accepter de nouveaux patients et d'offrir de nouveaux services, ce qui crée un état de précarité permanente.



Salle d'examen dans une clinique privée



Équipement haute tension dans établissement de diagnostic

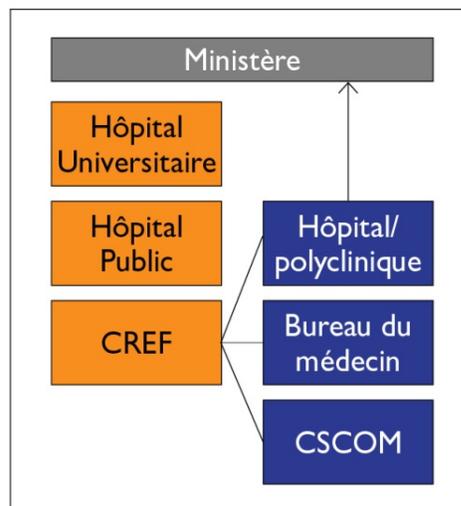
Certains établissements privés n'ont pas de mal à obtenir des fonds pour acheter des équipements et pour développer leur infrastructure. Un grand laboratoire de diagnostic de Bamako s'est procuré des équipements très pointus avec des services de maintenance inclus auprès de fabricants en France et en Allemagne en utilisant des investissements privés, des prêts bancaires et des fonds de la Banque mondiale. Le laboratoire a également acheté deux générateurs, une ligne d'alimentation électrique haute tension et sa propre source d'alimentation en eau. Dans le contexte du pays, ce cas est exceptionnel ; il montre qu'il existe des possibilités d'améliorer les infrastructures et les équipements, mais les conditions et les arrangements ne sont pas assez clairs pour pouvoir construire des stratégies de financement afin d'appliquer ce modèle de développement des affaires.

L'Agence de Promotion de l'Investissement (API) facilite les communications entre les investisseurs et le secteur privé au Mali. Bien que le secteur de la santé ne soit pas un secteur prioritaire, les investissements par des prestataires privés peuvent bénéficier d'incitations variées (exonérations fiscales, réduction des droits de douane) s'ils sont suffisamment importants. L'API a indiqué avoir facilité récemment un investissement dans la santé – un grand hôpital privé tertiaire construit avec des fonds turcs. Cet hôpital a pour but de soigner des patients qui sont évacués actuellement vers le Maroc ou la Tunisie pour recevoir des soins. Il espère également recevoir des clients d'autres pays d'Afrique de l'Ouest dans le cadre du tourisme médical. Les prestataires privés peuvent bénéficier de l'accroissement des informations et des communications par l'API en ce qui concerne les mesures incitatives existantes et la réglementation fiscale en vigueur, et ceci peut également être facilité par l'Alliance du Secteur Privé.

6.3 Les contributions des établissements privés aux objectifs de santé publique

La collaboration entre les secteurs public et privé n'est pas rare ; elle inclut généralement des rapports de routine, des activités de surveillance et des services communautaires. Toutefois, ce type de collaboration n'est pas systématique ou formalisé. Cette collaboration varie considérablement en fonction du type d'établissement et de la communauté dans laquelle il est situé. Comme les CSCOM, les établissements privés communiquent avec les CSRÉF de leurs communes respectives. Les polycliniques et les hôpitaux privés, qui sont implantés dans la même localité qu'un établissement public, semblent également communiquer principalement avec les CSRÉF (**Error! Reference source not found.**). À l'occasion, le propriétaire d'un établissement privé peut communiquer directement avec le Ministère sur un sujet de haut niveau, comme une préoccupation relative à une politique ou un PPP proposé.

Graphique 7: Voies de communication entre le secteur public et le secteur privé de la santé



6.3.1 Transmission de données sur les prestations de services

La production et le partage des statistiques sur les services contribuent à la surveillance précise et ponctuelle des indicateurs prioritaires de santé publique.

Bien que la plupart des prestataires privés interrogés dans le cadre de la présente évaluation aient dit qu'ils transmettent les statistiques sur leurs services au MSHP, nos investigations révèlent que les prestataires privés ne communiquent pas régulièrement des données à jour. Généralement, les grandes cliniques disposent d'un personnel administratif chargé d'enregistrer les données, mais dans les petits établissements les prestataires doivent le faire eux-mêmes. Certains propriétaires de cliniques ont admis qu'ils ne peuvent pas toujours enregistrer et communiquer les données. Un établissement privé ne transmettant pas les données n'est pas passible de sanctions, ce qui fait croire que cette transmission de données n'est pas obligatoire et qu'elle constitue essentiellement un geste de bonne volonté (encadré). La transmission des données peut faire l'objet d'un quid pro quo officieux (mais pas illégal) qui permet à l'établissement d'acquérir la réputation d'être un non collaborateur et augmente ses chances de recevoir des produits gratuits ou des invitations à des formations.

« Nous recueillons des données sur les activités individuelles de nos médecins, mais nous ne les synthétisons pas et nous ne les analysons pas – pourquoi devrions-nous le faire ? Personne ne nous l'a jamais demandé. Nous sommes simplement ici pour soigner les gens. »

Propriétaire d'une clinique privée à Bamako

6.3.2 Surveillance épidémiologique et campagnes de vaccination

Les prestataires privés et les propriétaires d'établissements interrogés dans le cadre de cette évaluation ne connaissaient pas de mécanisme formel de transmission de données sur les cas de maladies contagieuses. La plupart d'entre eux ont cependant déclaré que la collaboration avec le secteur public en matière de surveillance est facile à faire par le biais des CSRÉF. De même, il n'existe pas de protocole formel pour aider à coordonner les campagnes de vaccination entre le secteur public et les établissements PBL. Cependant, les propriétaires d'établissements et les prestataires y travaillant ont indiqué qu'ils collaboraient avec les CSRÉF chargés de la coordination des campagnes dans leurs communes, et certains ont même fait savoir qu'ils recevaient des vaccins. La maintenance de la chaîne du froid peut être un problème pour certains établissements : une clinique a dû se retirer de la campagne parce qu'elle ne pouvait pas se permettre d'avoir un réfrigérateur constamment alimenté en électricité pour y conserver les vaccins.



Stockage de vaccins reçus gratuitement dans une clinique privée

Pour les cliniques ayant des patients aux revenus élevés et ayant une assurance privée, la collaboration avec le secteur public dans le cadre des campagnes de vaccination ne semble pas se produire couramment. Ceci peut être la conséquence de la rémunération (limitée au coût des intrants seulement) qui est fournie par le gouvernement.

6.3.3 Services communautaires

Au Mali, les établissements PBL se spécialisent dans la fourniture de services curatifs parce que ce sont les services pour lesquels les patients, employeurs et régimes d'assurance privés sont le plus susceptibles de payer. Ceci ne signifie pas que les prestataires privés ne peuvent jamais fournir de services préventifs ou traiter les patients à faibles revenus sans assurance, mais cela doit rester l'exception pour que leur cabinet/clinique puisse rester viable. Il n'existe actuellement aucun mécanisme de rémunération des prestataires privés pour le traitement des pauvres ou la fourniture de services qui doivent être gratuits en vertu de la loi (comme les services de lutte contre le VIH ou la tuberculose, la vaccination ou la planification familiale). Par conséquent, la collaboration avec le secteur public dans ces domaines est limitée et risque fort de continuer à être limitée à l'avenir. Il est très risqué pour les établissements privés de demander à leur personnel de consacrer beaucoup de temps à fournir des services ne produisant pas de revenus, sauf s'ils sont rémunérés en vertu d'un mécanisme de financement de la santé comme un régime national d'assurance pour les patients indigents.

L'amélioration de la contribution du secteur PBL à des services clés comme la santé maternelle et néonatale peut être possible en augmentant le nombre des établissements agréés actuellement par le programme d'Assurance Maladie Obligatoire pour le secteur formel (AMO) et le Régime d'assistance médicale pour les indigents (RAMED). Cependant, certains services doivent être gratuits en vertu de la loi et ils ne sont pas couverts par le RAMED. Toutefois, le remboursement des services fournis aux pauvres peut être possible par le biais du RAMED. Un établissement situé dans une communauté pauvre de la Commune III a fait état d'une collaboration étroite avec le CSRÉF en matière de vaccination, d'orientation de patients et d'autres activités préventives, ainsi que de sa participation régulière au programme de sensibilisation à la planification familiale géré par Marie Stopes. Comme ces activités ne produisent pas de revenus et comme jusqu'à 30 pour cent des patients concernés ne peuvent pas payer, cet établissement a reconnu qu'il n'est pas en mesure de faire des bénéfices et qu'il s'endette actuellement pour aider à couvrir ses frais d'exploitation.

6.4 Principales conclusions et recommandations

6.4.1 Principales conclusions

- De nombreux prestataires libéraux au Mali continuent à mentionner des obstacles importants à leur exploitation quotidienne ainsi qu'à leurs plans d'expansion. Ils ont des compétences limitées en matière de préparation de plans de gestion des affaires et peu de garanties à proposer, ce qui réduit leur capacité d'obtenir du financement pour alimenter leur croissance.
- La quantité et la qualité des services dans le secteur privé sont étroitement liées à l'accès au financement pour les équipements, à l'enseignement et à la formation continue en matière médicale, et à une meilleure réglementation et supervision des pratiques privées.
- Il existe une collaboration au niveau opérationnel entre les prestataires du secteur privé et du secteur public, mais ces efforts sont assez irréguliers et souvent basés sur des relations personnelles. Cette collaboration opérationnelle est axée sur la fourniture de services gratuits, ce qui ajoute des coûts pour ces prestataires privés – au lieu d'aider les prestataires à produire des revenus, en fournissant des services qui peuvent leur coûter de l'argent.
- Il existe des possibilités pour une collaboration étendue dans les domaines des services clés (VIH, tuberculose, planification familiale), de la surveillance épidémiologique, de la prévention et des services dédiés aux communautés pauvres et rurales.

- Une collaboration accrue entre les secteurs public et privé nécessite un secteur PBL mieux représenté avec plus d'opportunités de croissance et un soutien plus important pour promouvoir l'établissement de prestataires privés dans les zones difficiles.

6.4.2 Recommandations

- Augmenter la participation des prestataires privés aux programmes de formation du secteur public et aux mises à jour du secteur public par le biais d'une approche mieux adaptée (durée plus brève, thèmes applicables au secteur privé, comme la planification des affaires).
- Augmenter le soutien public pour le financement de nouveaux cabinets médicaux/cliniques par le biais de la promotion du secteur de la santé comme secteur prioritaire pour qu'il ait droit à des incitations financières telles que des exonérations fiscales et des réductions des droits d'importation.
- Explorer des mécanismes de rémunération pour les établissements fournissant des services en liaison avec le VIH/sida, la tuberculose et la planification familiale, et de participation à des programmes de prévention.
- Augmenter la participation des prestataires privés à l'AMO, y compris le RAMED.

7. MÉDICAMENTS ET FOURNITURES

7.1 Contexte : Politique et principes directeurs sous-jacents aux secteurs public et privé

La Politique nationale relative aux Pharmacies et aux Médicaments a été formulée en 1998 et elle précise la vision du gouvernement, qui consiste à « assurer l'accès géographique et financier à des médicaments essentiels de qualité et sûrs par toute la population. » La Politique nationale définit également i) les rôles et la mission de chacun des acteurs en termes de responsabilités, de droits et d'obligations ; ii) la place du secteur pharmaceutique dans la pyramide de santé ; iii) le cadre de fourniture des médicaments essentiels (Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels, SDAME) ; iv) le contrat entre la PPM et le gouvernement pour fournir des médicaments génériques dans le pays ; et v) la législation et la réglementation pertinentes. La loi sur l'exercice des professions pharmaceutiques définit et organise le rôle des prestataires PBL au sein du secteur pharmaceutique.

Il existe une responsabilité partagée entre le MSHP et les pharmacies et les distributeurs privés à but lucratif et à but non lucratif pour mettre en œuvre la vision énoncée dans la politique nationale. Le Ministère est chargé de formuler les politiques et les stratégies ; d'accorder des contrats et des licences ; de fixer les normes, comme la Liste des médicaments essentiels ; d'octroyer les autorisations de commercialisation des médicaments (AMM) ; d'effectuer des contrôles de qualité ; de vérifier le respect des réglementations et des instructions nationales et régionales ; et de normaliser et d'harmoniser les pratiques. Ces stratégies, politiques et réglementations nationales ne sont pas bien connues par la majorité des fournisseurs de médicaments du secteur privé. Afin d'améliorer leurs connaissances, l'Ordre National des Pharmaciens s'est efforcé d'organiser des formations et des ateliers de sensibilisation mais, jusqu'à présent, ceci reste à une très petite échelle en raison du manque de ressources.

7.2 Approvisionnement dans les secteurs public et privé

Les grossistes PBL et les pharmaciens privés sont les principaux fournisseurs de médicaments dans le pays. Les pharmacies privées fournissent des médicaments aux ménages payant eux-même le prix des médicaments. Les grossistes fournissent des médicaments aux pharmaciens privés et, indirectement, aux établissements publics, en participant à des appels d'offres par le gouvernement. La majorité d'entre eux sont situés à Bamako.

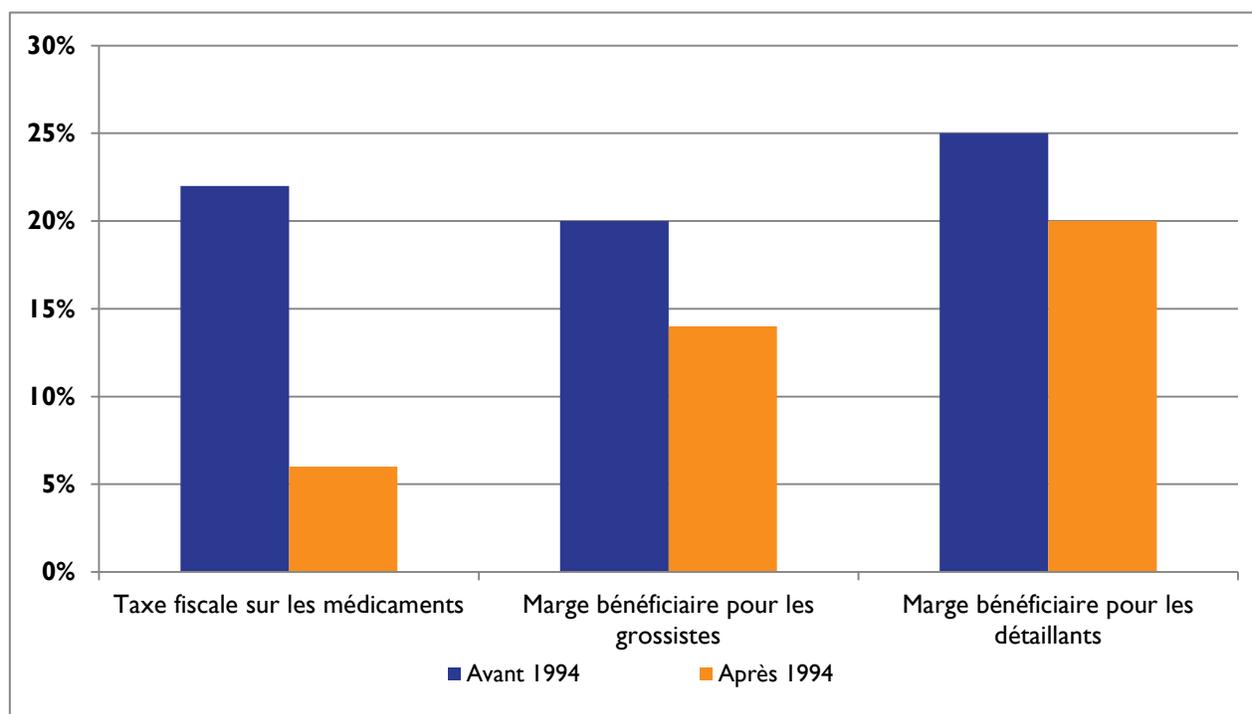
La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) importe des médicaments génériques et les distribue aux établissements publics. Selon le cadre de référence pour l'approvisionnement en médicaments essentiels, tous les médicaments et toutes les fournitures médicales pour le secteur public (y compris les CSCoM) doivent être achetés par le biais du réseau de distribution de la PPM, en vertu d'accords contractuels préexistants. En cas de pénurie de médicaments dans la PPM et dans ses entrepôts, le cadre de référence pour l'approvisionnement en médicaments essentiels autorise l'approvisionnement par le secteur privé. Cependant, la méthode de distribution, la durée et les produits autorisés par cette exception ne sont pas clairs. Comme le système de distribution de la PPM a du mal à assurer un approvisionnement permanent, cette « exception » ouvre la possibilité d'approvisionnement des établissements du secteur public par des fournisseurs privés. Le gouvernement a conclu des accords

pour permettre aux distributeurs et détaillants privés de fournir des produits génériques aux établissements publics avec une marge.

La majorité des distributeurs de médicaments est concentrée dans la capitale, Bamako. Il faut noter que les distributeurs PBL sont les seuls qui sont établis dans les zones dangereuses du nord du pays, où le contrôle du gouvernement est quasi inexistant. Il semble que les autorités nationales ne reconnaissent pas ce rôle important du secteur pharmaceutique privé et qu'elles ne le récompensent pas pour le soutien qu'il a fourni à la population exposée de ces régions.

Plusieurs initiatives internationales fournissent des médicaments tels que des médicaments antirétroviraux, des traitements pour le paludisme, des préservatifs et d'autres produits de planification familiale, des médicaments pour les soins obstétricaux d'urgence, des suppléments vitaminiques pour les enfants et des antibiotiques. Pour la plupart des maladies prioritaires, ces initiatives internationales fournissent des fonds pour l'achat de médicaments. Les pharmaciens PBL vendent des médicaments pour ces maladies, mais en raison du manque d'interactions avec le gouvernement ils ne sont pas toujours au courant de l'évolution des protocoles de traitement. Ils risquent donc de ne pas se conformer aux normes de prescription, ce qui risque d'entraîner la résistance aux médicaments.

Graphique 8: Efforts du gouvernement visant à fournir les médicaments à des prix plus abordables avant et après la dévaluation du CFA



Source : Tefft et al. (1997)

L'un des défis que doivent relever les autorités nationales publiques de la santé est le problème de l'augmentation importante du prix des médicaments, qui peut les rendre moins abordables. Un tel incident s'est déroulé au Mali en 1994, lors de la dévaluation du franc CFA (Tefft et al. 1997). Anticipant une telle situation, le gouvernement a pris des mesures pour contrôler le prix des médicaments, notamment en concluant un accord entre les distributeurs privés et le MSHP qui fixait la marge maximum à appliquer pour les médicaments essentiels génériques. La nouvelle structure de marges bénéficiaires adoptée est montrée dans le Graphique 8.

Un décret fixant le prix maximum pour 107 médicaments vendus sur ordonnance visant à accroître la pénétration et le caractère abordable de ces médicaments a également été adopté. Une étude conduite en 2006 (Maiga et William-Jones 2010) a montré que ce décret n'a pas eu d'impact négatif sur la disponibilité des médicaments pour les grossistes et les détaillants. Un autre décret, 94-350/P-RM, a accordé une exonération des droits de douane pour les médicaments essentiels, les réactifs et les produits de stomatologie, ainsi que pour les produits de diagnostic et thérapeutiques. Dans le rapport « *Les Prix des Médicaments au Mali (2005)* », Ouattara et al. ont indiqué que les prix des médicaments étaient devenus très élevés et qu'à long terme la fixation des prix par le marché n'avait pas fonctionné comme on aurait pu l'espérer. Les médicaments génériques, vendus à leur prix le plus élevé dans le secteur privé, sont toujours inabornables pour la majorité de la population. Dans le même article, Ouattara et al. suggèrent de réviser la politiques des prix et sa mise en œuvre pour permettre un accès continu et à un prix abordable aux médicaments génériques.

Depuis 1996, le SDAME fixe la politique d'approvisionnement en médicaments génériques pour le pays. Les entrepôts décentralisés de la PPM fournissent des médicaments aux CCom, aux CSRÉF et à d'autres établissements publics, comme les hôpitaux. Le SDAME fonctionne dans l'esprit et les stipulations de la Politique Pharmaceutique Nationale et il autorise la fourniture des médicaments au secteur public et à des entités du secteur privé à but lucratif et non lucratif, comme les établissements de santé communautaires. Le rôle des pharmaciens à but lucratif n'est pas très important en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments génériques. Il semble que le secteur privé pourrait jouer un plus grand rôle qu'il ne l'est maintenant dans la mise en œuvre du SDAME.

La production locale de médicaments est limitée. Une usine chinoise à but lucratif produit actuellement 31 médicaments. Les informations sur sa direction, son personnel et ses procédés de fabrication sont difficiles à obtenir. La majorité des employés de cette usine sont des Chinois. Une deuxième usine, l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques, a besoin de rénovation et est au bord de la faillite. Un rachat possible par d'anciens employés a été suspendu dans l'attente d'une décision du gouvernement.

7.3 Coordination entre les principaux acteurs dans le secteur pharmaceutique

Les nombreux acteurs qui développent, réglementent ou supervisent le secteur pharmaceutique PBL devraient mieux coordonner leurs efforts et leurs interventions. Les principaux acteurs sont le MSHP (octroi de licences et d'agrément, supervision) ; le Ministère du Commerce (importation, opérations douanières) ; le Ministère de l'Industrie (usines) ; le Ministère des Investissements Privés et de la Promotion du Partenariat Public-Privé ; l'Agence pour la Promotion de l'Investissement (API) ; les agences et institutions de financement ; et l'Ordre National des Pharmaciens (déontologie, éthique, règles de conduite et questions relatives à la gestion commerciale de la profession). Ils doivent résoudre de nombreux problèmes en liaison avec les activités des pharmaciens PBL en particulier, et le secteur pharmaceutique en général. Le MSHP s'efforce de coordonner toutes ces parties prenantes ; ses efforts ne sont cependant pas très coordonnés et n'ont qu'un impact limité sur le développement des professions libérales dans le secteur de la santé. Par conséquent, le travail est effectué par le biais d'une collaboration très peu efficace entre les acteurs. Par exemple, les acteurs PBL ne sont pas inclus dans les réunions du comité qui autorise la consommation des médicaments (AMM) ; de plus, les négociations sur les questions fiscales entre le Ministère de l'Économie et des Finances et les professionnels PBL n'incluent pas le MSHP, qui pourrait souhaiter s'attaquer à certains problèmes spécifiques.

La communication entre le MSHP et les pharmaciens du secteur privé est faible et ne permet pas aux pharmaciens de se familiariser avec la politique et la stratégie du gouvernement pour la santé, ou de travailler de façon proactive avec les programmes et projets de santé prioritaires au niveau national. L'Ordre National des Pharmaciens est critiqué parce qu'il ne dissémine pas les documents et

déclarations du MSHP concernant les politiques, tels que le PRODESS et le PDDSS, ou même la Politique Pharmaceutique Nationale. L'Ordre organise parfois des formations à l'intention des pharmaciens privés sur des thèmes ou sujets particuliers, souvent avec le soutien de partenaires au développement (REMED, Banque mondiale/ICF, Union européenne), mais elles ne sont pas basées sur un plan structuré. La faiblesse de l'affectation budgétaire du gouvernement à l'Ordre National des Pharmaciens semble constituer le principal obstacle à l'expansion de ce programme de formation. Bien que le pourcentage des membres payant des cotisations à l'organisation soit plus élevé (70 pour cent) et que le taux d'encaissement des cotisations soit également plus élevé que ceux des autres ordres professionnels, le montant recueilli ne suffit pas à couvrir les activités que l'association souhaite entreprendre, comme la formation à la gestion.

Les interactions avec d'autres partenaires portent sur des problèmes spécifiques tels que les règlements et procédures, qui concernent généralement les activités commerciales (droits de douane, taux d'intérêt, impôt sur le revenu, TVA, prêts, etc.) et au sujet desquels le MSHP n'a pas les compétences nécessaires. Par conséquent, les pharmaciens du secteur privé ne bénéficient pas d'un soutien approprié dans ces domaines. En 2014, un atelier sur les PPP a été organisé ; il a également examiné la manière de poursuivre la mise en œuvre des recommandations de la Banque mondiale de 2009 sur le secteur privé au Mali (Lamiaux, Rouzaud et Woods 2011). Le projet sur la Santé en Afrique (Banque mondiale et IFC 2011) a permis à la Banque mondiale de lancer un partenariat important qui a pour objet de former 100 pharmaciens en gestion des petites et moyennes entreprises (le kit PME). Ce partenariat fait partie d'un plan ambitieux visant à améliorer la capacité de gestion des praticiens de santé PBL.

Des commissions économiques sous-régionales, comme la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'UEMOA, sont actives dans les réformes du secteur pharmaceutique, avec une réglementation qui incite de plus en plus à réaliser l'intégration économique (établissement d'un régulateur, harmonisation des tarifs douaniers, intégration de la réglementation, harmonisation des pratiques, homologation, achats en gros, etc.) Les progrès sont rapides dans ce domaine, mais le manque de coordination entre les ministères freine le suivi des nouvelles initiatives et règles.

Un autre problème est la communication entre les acteurs sur les activités des pharmaciens PBL. Les préoccupations relatives à la confidentialité en ce qui concerne les opérations de financement et de comptabilisation limitent la communication, même pour les activités qui nécessitent que les autorités anticipent les décisions en matière de santé publique, comme le lancement d'analyses prospectives pour éclairer l'élaboration des politiques et stratégies visant à anticiper et prévenir les faillites de pharmaciens dans les zones instables où il est nécessaire de maintenir la présence de fournisseurs de médicaments. Ceci pourrait affecter toutes les cinq régions du nord, où les troubles civils sont endémiques.

7.4 Respect des règlements, normes et standards

La DPM est l'entité du MSHP qui est chargée de rédiger les règlements et de fixer les normes pour le secteur pharmaceutique, y compris ceux qui concernent le contrôle de l'importation des médicaments dans le pays.

Des comités d'experts pour l'autorisation de mise sur le marché (AMM) donnent l'autorisation de vendre de nouveaux produits sur le marché et font savoir aux distributeurs et aux prestataires de services de santé quels sont les médicaments interdits. La coordination de l'AMM est une fonction importante exercée par un comité sous la coordination de la DPM. Le nombre des AMM accordées chaque année est indiqué au tableau 2.

Tableau 2: Évolution de la fourniture des AMM

Année	2012	2013	2014	2015	2016	Total
AMM demandées	535	481	871	301	367	2551
AMM accordées	397	301	717	267	217	1899

Source : Données fournies directement par la DPM (2016).

Pour pouvoir être autorisés pour la consommation par le public, les nouveaux médicaments doivent respecter un certain nombre de normes. Une demande doit être soumise à un comité indépendant chargé d'accorder les AMM qui se réunit tous les trois mois.

Un autre comité est chargé de réviser la périodiquement la liste des médicaments génériques à la demande des autorités nationales. Dans la pratique, l'Ordre National des Pharmaciens représente les pharmaciens privés lors des réunions de ce comité. Bien que la promotion des médicaments génériques ne soit pas la principale responsabilité des prestataires privés, ceux-ci ont été associés étroitement aux autorités nationales de la santé dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique adoptée en ce qui concerne les médicaments génériques.

L'obtention des agréments et des licences nécessaires pour ouvrir une pharmacie ou un dispensaire privé prend souvent un temps anormalement long. Ceci est frustrant pour les jeunes diplômés qui cherchent leur premier emploi ou qui créent un établissement, et de nombreux distributeurs travaillent sans avoir reçu l'autorisation formelle nécessaire. En 2014, une activité conjointe visant à réduire le nombre des pharmaciens travaillant sans licence a été lancée par l'Inspection de la Santé du MSHP et l'Ordre National des Pharmaciens. En 2013, 35 pour cent des 744 distributeurs en activité n'étaient pas en mesure de montrer leur licence, et seulement 68 (27 pour cent) d'entre eux ont pu normaliser leur situation avant la date limite fixée.

Dans de nombreux cas, les autorités régionales ou locales de la santé n'ont pas pu organiser de visites sur place (ce qui est impératif avant d'octroyer la licence). Le personnel de toutes les usines et de tous les dispensateurs PBL doit faire l'objet de contrôles périodiques ; dans la plupart des magasins inspectés, le nombre des effectifs et les qualifications du personnel étaient inférieurs aux normes applicables.

Un grand nombre de fournisseurs illégaux ne répondant pas aux exigences fixées pour l'autorité et qui ne se conforment pas aux règlements et aux normes de la chaîne logistique ont été identifiés dans l'ensemble du pays. Cette pratique a un impact négatif sur l'implémentation du SDAME, et elle a entraîné la prolifération du trafic de médicaments contrefaits et de faux médicaments qui sont vendus illégalement sans avoir fait l'objet du contrôle qualité officiel des autorités. Ce phénomène croissant a des implications négatives pour les revenus des distributeurs et des détaillants, et il met en danger la vie de la population.

7.5 Supervision

Par le biais de ses Directions Régionales de la Santé et de ses Équipes de Santé des Districts, le MSHP est responsable de la supervision et du contrôle des pharmaciens du secteur privé aux niveaux régional et local. Malheureusement, le nombre des pharmaciens travaillant dans le secteur public n'est pas suffisant pour pouvoir effectuer de telles tâches. De plus, les pharmaciens PBL estiment qu'ils sont indépendants des autorités de la santé et qu'ils ne doivent pas faire l'objet de supervision, sauf sur certaines questions sous l'autorité des inspecteurs agréés par l'Ordre. Ceci entraîne un manque de dialogue et d'échanges avec les pharmaciens PBL, et la supervision n'est pas assurée adéquatement.

À un niveau plus basique, l'inventaire d'identification/de localisation des établissements de santé publics et privés, y compris les pharmacies, qui doit obligatoirement être réalisé périodiquement, n'est pas à

jour et ne représente pas de façon exacte les dispensaires, pharmacies, entrepôts et usines qui existent. De tels inventaires faciliteraient les visites de supervision des pharmaciens du secteur privé et aideraient également le gouvernement à assurer une couverture des services de santé dans tout le pays et à réagir rapidement en cas d'épidémies et d'autres situations d'urgence.

7.6 Principales conclusions et recommandations

7.6.1 Principales conclusions

- Le manque d'informations exactes sur les prestataires pharmaceutiques du secteur privé (inventaire de localisation) nuit aux efforts visant à comprendre la couverture nationale des produits pharmaceutiques et à assurer des services de qualité grâce à la supervision, des inspections et des formations de recyclage.
- Les structures centrales du MSHP ne remplissent pas le rôle qui est attendu d'elles, à savoir le soutien et la supervision des pharmacies privées, le partage d'informations et l'organisation de formations appropriées.
- Les pharmaciens du secteur privé ont le potentiel de jouer un plus grand rôle dans les interventions de santé publique ciblant les maladies prioritaires par le biais d'actions telles que la prévention de la résistance aux médicaments et la fourniture ininterrompue des médicaments vitaux en cas de risque de pénurie.

7.6.2 Recommandations

- Le MSHP devrait produire une carte montrant les emplacements des divers établissements de santé et incluant le secteur pharmaceutique privé dans le cadre de la coordination assurée par la Cellule de Planification et de la Statistique (CPS) et en collaboration avec l'Agence Nationale de Télé-santé et d'Informatique Médicale, l'Inspection de la Santé, l'Ordre National des Pharmaciens, la Direction des Ressources Humaines, la DNS et la DPM. Cette carte devrait être mise à jour périodiquement, par exemple chaque année, pour permettre d'évaluer la couverture nationale.
- Le MSHP devrait promouvoir la participation active de représentants des pharmaciens PBL dans les divers comités techniques établis par le MSHP, comme celui qui élabore et tient à jour la liste des médicaments essentiels et est responsable de la pharmacovigilance et des AMM en plus de l'Ordre National des Pharmaciens où ils sont déjà représentés. De même, il faudrait inclure systématiquement le secteur privé dans les discussions visant à promouvoir la disponibilité des médicaments appropriés pour traiter les maladies prioritaires et l'accès à ceux-ci, lutter contre les faux médicaments pour éviter la résistance aux microbes, contribuer à garantir l'accessibilité des médicaments, donner des conseils appropriés aux patients et mieux coordonner leurs activités avec celles des autorités de santé et des responsables de la lutte contre les épidémies afin de pouvoir commander les médicaments appropriés en fonction des besoins épidémiologiques.
- Les pharmaciens PBL devraient être représentés.
- Conformément aux résolutions de l'UEMOA et de l'Union africaine, le Mali devrait établir une autorité de réglementation nationale pour les médicaments.
- Le MSHP devrait envisager de changer les stipulations pour l'octroi de licences en ayant pour objectif de réduire le nombre des grossistes et de maintenir en activité les opérateurs les plus expérimentés par le biais d'une analyse objective par la DPM, l'Ordre National des Pharmaciens et un groupe de pharmaciens expérimentés connaissant bien le sujet.

8. CONCLUSION

Il y a plus de 20 ans, après l'adoption par le Mali de l'économie de marché et les réformes qui ont suivi, la Politique Santé et Population (1990) a énoncé la direction stratégique pour le développement du secteur privé de la santé. Le gouvernement a adopté des textes concernant les prestataires de santé privés et il a institué des ordres professionnels. La croissance du secteur privé s'est développée parallèlement à ces initiatives dans un contexte marqué, entre autres, par les caractéristiques suivantes :

- L'absence d'une entité administrative publique dédiée pour promouvoir le secteur privé et surveiller son développement (en dépit des annonces de plans de développement successifs pour le secteur privé) ;
- Une concentration des investissements de l'État favorisant le développement du secteur privé des soins primaires à *but non lucratif* (CSCcom), des hôpitaux publics et d'interventions axées sur la prévention ;
- Le manque de soutien financier soutenu pour faciliter l'installation des nouveaux diplômés dans le secteur privé à but lucratif ;
- La marginalisation du secteur PBL en liaison avec les processus de prise de décisions stratégiques pour la santé ;
- Le dialogue presque inexistant et l'absence d'écoute de l'autre secteur, qui ont entraîné un manque de confiance entre les acteurs des deux secteurs ; et
- La faible participation des prestataires PBL à l'assurance sponsorisée par le gouvernement.

Ces contraintes ont eu pour conséquence que les acteurs et les parties prenantes n'ont pas pu saisir de nombreuses opportunités de renforcement des PPP. La présente ESP a confirmé que le dysfonctionnement institutionnel et le manque de dialogue mis en lumière par l'étude de la Banque mondiale sur le secteur privé publiée en 2011 caractérisent toujours la situation actuelle et sont aussi pertinents aujourd'hui. Cinq ans plus tard, certaines des recommandations de cette première étude n'ont toujours pas été mises en œuvre. Les recommandations de cette ESP reprennent – et renforcent – celles de la Banque mondiale.

Les efforts visant à promouvoir et renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé nécessitent la connaissance et la compréhension de leur importance ainsi que leur mise en œuvre de façon efficace. Certaines des recommandations énumérées ci-dessous peuvent produire des bénéfices immédiats :

- L'adoption de la Charte du Secteur Privé et l'établissement du Comité de dialogue. En signant le Règlement établissant le Comité, le MSHP instituera un cadre de référence pour les communications et pour un dialogue permanent sur les questions d'intérêt stratégique pour les deux secteurs.
- L'administration centrale ainsi que les organismes régionaux et locaux doivent disposer d'un bureau désigné ou dédié, ou d'un point focal pour faciliter la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, et pour soutenir le développement du secteur privé. Ce bureau ou cette personne/ces personnes devront avoir les connaissances et les capacités nécessaires pour aider le secteur privé sans remplacer ou dupliquer le rôle des ordres professionnels, des associations ou des associations professionnelles.

- Étendre la participation des acteurs PBL aux divers forums de planification, de prise de décisions et de normalisation.
- Permettre aux associations venant d'être créées, comme l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali et l'Association des Médecins Libéraux du Mali, d'exercer toutes leurs prérogatives et de participer aux débats.
- Promouvoir une sous-traitance accrue pour le bénéfice des prestataires privés dans le cadre de l'AMO et du RAMED.
- Accroître la coopération entre les organismes d'assurances sociales (CANAM et ANAM) et les compagnies d'assurances privées pour assurer une meilleure complémentarité entre l'assurance maladie sociale et privée.

Une partie substantielle de cette évaluation a consisté à mettre à jour l'inventaire du secteur PBL dans la santé. Certaines des données de cet inventaire ont été utilisées dans ce rapport. Cet inventaire a été réalisé en exploitant un grand nombre de bases de données gérées par des institutions différentes, en combinant diverses bases de données et en effectuant les corrections nécessaires pour éliminer les multiples redondances. Ces bases de données ne sont pas liées les unes aux autres, et elles ne communiquent pas les unes avec les autres. Il serait dans le meilleur intérêt de toutes les parties prenantes que ces bases de données soient combinées, ou associées les unes aux autres, de façon à produire une seule base de données consolidée qui répondrait aux attentes des acteurs.

Les experts qui ont participé à cette évaluation ont noté à la fois chez les acteurs du secteur public et du secteur privé une sensibilisation croissante à ce besoin et une grande volonté de collaboration. À cet égard, ce rapport est produit au moment opportun et pourrait servir d'opportunité pour intensifier le dialogue sur la collaboration entre le secteur privé et le MSHP, ce qui pourrait améliorer la performance du système de santé pour le bénéfice de tous les Maliens.

ANNEXE A : PARTIES PRENANTES INTERROGÉES

Organisation	Nom du répondant	Fonction du répondant
USAID		
USAID Mali	Daniel Moore	Directeur de la mission
USAID Mali	Sidi Cissé	
Ministères et agences du gouvernement au niveau national		
MSHP	Dr Bakary Diarra	Secrétaire Général
Direction Régionale de la Santé de Koulikoro, MSHP	Dr Simaga Ismaila	Médecin-Chef
MSHP et Conseil National de l'ordre des Médecins du Mali et Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du District de Bamako	Dr Traoré Aguibou	Secrétaire Général
MSHP	Mme Djiguiba Zènèbou Touré	Conseiller Technique Chargé des Questions Juridiques, MSHP
DPM	Dr Yaya Coulibaly	
Direction Nationale de la Protection Sociale	Aliou Ouattara	
DNS	Dr Mama Coumaré Aïssata Ly	Directeur Secrétaire
Direction Nationale du Développement Social et de l'Économie Solidaire	Mme Koné Sissi Odile Dakouo	
DNS/DESR	Dr Boureïma Pléa	
Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, Présidence de la République	Malick Sene	
Institut National de Formation en Sciences de la Santé	Mme Dicko Fatoumata Maïga	Directeur universitaire
Inspection de la Santé	Dr Nama Magassa	Inspecteur en Chef
Programmes prioritaires : Cellule Sectorielle de Lutte Contre le Sida	Mme Diallo Fanta Siby	Coordinatrice
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens	Dr Abdou Doumbia	
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens	Dr Bokary Diallo	Conseiller en charge des Établissements Hospitaliers
Conseiller en charge du Secteur Pharmaceutique	Dr Sekou Oumar Dembélé	Conseiller en charge du Secteur Pharmaceutique
CHU-Gabriel Touré	Pr. Kassoum M. Sango	Directeur Général

Organisation	Nom du répondant	Fonction du répondant
CPS	Dr Amadou Sogodogo	Directeur Général
CPS/SS-DS-PF	Dr Sidiki Kokaina	
CPS/SS-DS-PF	Guindo Keïta	
CPS/SS-DS-PF	Mme Touré Bintou Kané	
CPS/SS-DS-PF	Oumarou Alou Maïga	
CPS/SS-DS-PF	Alpha Mahamoud Touré	
CPS/SS-DS-PF	Atumarou Alan Maïga	
CPS/SS-DS-PF	Touré Bintou Konaté	
Ordres professionnels		
Ordre des Médecins du Mali, Conseil National (CNOM)	Dr Lassana Fofana	Président, Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé
Ordre des sages-femmes	Aoua Guido Mme Yalcouyé	Présidente
Associations du secteur privé		
Santé Sud Association de Solidarité Internationale	Dr Cheick Mohamed Mansour SY	Directeur Santé Sud Mali
Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali	Dr Nimaga Karamoko	
Association des Médecins Libéraux du Mali	Moustapha Cissé	
Association des Médecins Libéraux du Mali /Liste Réunion du 21/02/2017	Boureïma Afo Traoré	
Association des Médecins Libéraux du Mali /Liste Réunion du 21/02/2017	Dr Mamadou Dienta	
Association des sages-femmes	Mme Yelcouyé Aoua Guindo	Coordinatrice
Structures et compagnies d'assurances		
Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire CANAM	Akoundio Luc Togo	Directeur Général
CANAM	Dr Ankoundio Luc TOGO	Directeur Général
ANAM	Modibo Diarra	Chef du département Communication et Partenariat
Assurance Médicale Gras Savoye Mali Willis Towers Watson	Maryvonne Sidibé	Directrice Générale
Mutualité Malienne	Issa Sissouma	Directeur Général

Organisation	Nom du répondant	Fonction du répondant
Polycliniques privées et autres cliniques		
Clinique ALDY	Abdel Karim Coulibaly	Directeur
Clinique Algi	Dr HN Algiman	
Clinique médico-chirurgicale « Source de Vie »	Dr Sanogo Félix	DES Gynéco-Obstétrique
Clinique ODJENE	Dr Sidi Yaya Doumbia	Directeur
DNS Clinique FARAKO	Mme Richard Marcelle	Fondatrice / sage-femme Directrice
Polyclinique Guindo	Anaguiré Guindo	Directeur Général Adjoint
Polyclinique Pasteur	Pr Diarra Mamadou Bocary	Cardiologue
Fondation pour l'enfance (Hôpital—Mère Enfant—Le Luxembourg)	M. Baby Abdoul Kader	Directeur administratif et des relations extérieures
Hôpitaux publics et centres de référence		
CSREF Commune III	Mme N'Diaye Aoua Thiam	Directrice
CSREF DE KATI	Dr Ismaïl Simaga	Directeur
Banque Mondiale/IFC, Spécialiste du Secteur Privé	Alexandre Laure	
Groupe de la Banque Mondiale Santé, nutrition et population	Tshiya A. Subayi	Responsable des opérations
Palladium KJK	Badara Konaté	Chef d'équipe, Marketing social
Projet KJK	Dr Issiaga Daffé	Directeur
PSI-MALI	Alex Brown	Représentant
Autres		
École Privée Issa Paul Diallo	Issa Paul Diallo	Directeur
École de soins infirmiers privée Issa Paul (La chaîne grise)	Issa Paul	Fondateur
API Mali Agence pour la promotion des investissements	Moussa Bouaré	Analyste de projet
Groupe CATEK	Marc Ibrahim Traoré M. Thiam	Directeur Général
	Dr Boubacar Diarra	
	Dr Adama Issa Kone	
	Dr Ramondon Dienta	

ANNEXE B : MEMBRES DE L'ALLIANCE DU SECTEUR PRIVÉ

Membres constituants de l'Alliance du Secteur privé pour la Promotion de la Santé au Mali :

A) Médical :

- 1) Association des Médecins Libéraux du Mali
- 2) Association des Médecins Ruraux du Mali
- 3) Association des sages-femmes libérales

B) Pharmaceutique :

- 4) Syndicat Autonome des Pharmaciens Privés d'Officine (SYNAPPO)
- 5) Association des Grossistes Pharmaceutiques Privés

C) Formation :

- 6) Association des Écoles Privées de Formation en Santé (AEPFS)

D) Services de santé fournis par les sociétés :

- 7) Coalition du Secteur Privé pour la Santé et le Développement Durable (CSP)

E) Mutualité (Mutuelles) :

- 8) Union Technique des Mutualités (UTM)

F) ONG travaillant dans le secteur de la santé :

- 9) Santé Sud, Groupe Pivot Santé et Population (GP/SP), PSI, Horizon Vert, etc.

G) Médecine traditionnelle :

- 10) Fédération Malienne des Associations de Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH)

H. Services de santé communautaire :

- 11) Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire

I) Prestataires de santé confessionnels

- 12) Structures de santé confessionnelles musulmanes
- 13) Établissements de santé catholiques
- 14) Établissements de santé protestants

J) Biologie médicale :

- 15) Association des Médecins et des Pharmaciens Biologistes du Privé (AMPBP)

ANNEXE C : BIBLIOGRAPHIE

- Avenir Health /Track 20. 2015. Family Planning Program Effort Scores in 2014 : Mali Consulté sur le site : http://www.track20.org/download/resources/track20_materials/FPE%20Policy%20Briefs%202014/FPE%20brief%202014%20Mali.pdf
- Balique, H. Simpara, C. T., Koita, N., Diabate, O., Diallo, B. 2014. Rapport de la Mission d'Analyse du Processus d'Accréditation et d'Assurance Qualité au Mali. Rapport Final. Bruxelles: Agence Européenne pour le Développement et la Santé.
- Ballo, B, Haidara A. 2013. Rapport de l'étude sur le profil du secteur privé de la santé dans les Etats membres de la CEDEAO.
- Banque mondiale. 2013. Public Private Partnerships for Health. Africa Health Forum – Finance and Capacity for Results Working Paper. Washington DC : Banque mondiale.
- Banque mondiale. 2014. Données sur le Mali de la Banque mondiale. Consulté sur le site : <http://data.worldbank.org/country/mali>
- Banque mondiale. 2015. Données sur le Mali de la Banque mondiale. Consulté sur le site : <http://data.worldbank.org/country/mali>
- Banque mondiale. 2017. World Development Indicators: Mali. Consulté sur le site : <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.STA.MMRT&country=>
- Banque mondiale et International Finance Corporation. 2011. Partenariat pour la santé : comment l'État collabore avec le secteur privé pour améliorer la santé en Afrique. Résumé analytique de 16 pages.
- Brunner, B., Carmona, A., Kouakou, A., Dolo I., Revuz, C., Uwamahoro, T., Miles, L. et Kotchofa, S. 2014. The Private Health Sector in West Africa: Six Macro-Level Assessments. Bethesda, Maryland: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
- Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé 1985. AFRO 35th Regional Committee proceedings, 1985: A strategy for the three phase's health development scenario.
- Canavan, A., Toonen, J. et Elovainio, R. 2008. Performance based financing: an international review of the literature. KIT. Development policy and practice. Consulté sur le site : <http://www.bibalex.org/search4dev/files/305434/135297.pdf>
- Castle, S. 2011. A Pre-service Training Assessment of Family Planning Curricula in Mali. A Report to the Institute of Reproductive Health, Georgetown University.
- Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT, et ICF International. 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. Consulté sur le site : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR286/FR286.pdf>
- Diarra, B., Goita, D., Tounkara, S., Sanogo, M., Baya, B., Togo, A. C. G., ... et M'Baye, O. 2016. Tuberculosis drug resistance in Bamako, Mali, from 2006 to 2014. BMC Infectious Diseases 16(1), 714.
- Franco, L. M., Simpara, C. H. T., Sidibe, O., Kelley, A. G., Diop, F. P., Makinen, M. et Burgert, C. R. 2006. Equity initiative in Mali: evaluation of the impact of mutual health organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso Districts in Mali. Bethesda, Maryland: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Haut Conseil pour la Lutte contre le VIH/SIDA. 2013. Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH et le Sida (CSN 2013 – 2017).

- Projet Health Finance and Governance 2014. Case Study: l'Union Technique de la Mutualité Malienne: Premium collection for community-based health insurance. Consulté sur le site : https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2014/06/14-0613-Mutuelles-Mali_Case-Study_Final.pdf
- Projet Health Finance and Governance À paraître, 2017 Mali PSA Inventory.
- IHME. 2015. Mali GBD Profile. Consulté sur le site : <http://www.healthdata.org/mali>
- Institut National de Statistiques du Mali, Santé, Emploi, Sécurité alimentaire et dépenses de consommation des ménages. 2015. Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP).
- Juillet, A., Toure, B., Ouedraogo, H. et Derriennic, Y. 2015. Évaluation du Système de Santé Mali 2015. Bethesda, Maryland: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Kone, D., Rutta, E., Diarra, S., Doumbia, S, Konate M, Yattara, A. et Touré, C. 2015. Étude de faisabilité de l'élargissement de l'accès aux TDR et CTA dans les pharmacies du secteur privé au Mali : Rapport de recherche. Washington, DC : USAID/SIAPS. Consulté sur le site : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22065fr/s22065fr.pdf>
- Lamiaux, M., Rouzard, F. et Woods, W. 2011. Private health sector assessment in Mali: the post-Bamako Initiative reality (No. 212). Publications de la Banque mondiale. Consulté sur le site : http://healthsystemshub.org/uploads/resource_file/attachment/41/Mali_PSHA.pdf
- Maïga, D., et Williams-Jones, B. 2010. Assessment of the impact of market regulation in Mali on the price of essential medicines provided through the private sector. Health Policy, 97(2), 130-135.
- Maïga, Minkaila, Amara Chérif Traoré et Diadié Maïga. 2003. « Évaluation du secteur pharmaceutique au Mali. » Ministère de la santé/ OMS/WHO. Consulté sur le site : <http://collections.infocollections.org/whocountry/en/d/js6887f/>
- Mbengue, C., Senauer, K., et Rosensweig, F. 2012. Scaling Up Community-Based Health Insurance in Mali. Brief. Bethesda, Maryland: Health Systems 2020, Abt Associates Inc.
- MHHP/Inspection de la santé. 2017. Répertoire en chiffres des établissements de santé privés du Mali. Mali
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées. 1990. Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population, Article 36, Réédition 1995. Consulté sur le site : http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&view=article&id=161:declaration-politique-sectorielle-sante-1995&catid=58&Itemid=87
- Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées Secrétariat Général. Mai 2010. Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de Santé au Mali.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. 2014. Plan d'action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires. 2014. Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, et Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. 2014a. Programme de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 (PRODESS III). Consulté sur le site : <http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille, et de l'Enfant. 2014b. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023. Consulté sur le site : <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147674.pdf>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Pharmacie Populaire du Mali. Octobre 2014. Plan Stratégique 2015-2019 de la Pharmacie Populaire du Mali.

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, et Développement Social et Promotion de la Famille. 2015. Comptes de la santé du Mali, édition 2013.
- Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). 2017. Rapport d'activité de l'ANAM 2016.
- Organisation mondiale de la Santé 2009. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2009. Chapitre 6, Personnel de Santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels, page 95, 105 pages. Consulté sur le site : http://www.who.int/whosis/whostat/FR_VHS09_Full.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. 2015. Mali – Tuberculosis Profile. Consulté sur le site : https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=ML&LAN=EN&outtype=html
- Organisation mondiale de la Santé. 2016. Global Health Work Force Alliance: Mali. Consulté sur le site : <http://www.who.int/workforcealliance/countries/mli/en/>
- Organisation mondiale de la Santé. 2017. Achieving the health-related MDGs. It takes a workforce! Consulté sur le site : http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/
- Ouattara, O. et R. Ag Tachrist, 2005. Les Prix des Médicaments au Mali dans le rapport de l'OMS/HAI. Consulté sur le site : http://www.who.int/medicines/areas/coordination/mali_prices.pdf
- Ouattara, O., R. Ag Tachrist, M. Maïga, C. Chorliet, A Diawara et S. Chorliet. 2004. Les Prix des Médicaments au Mali. OMS / Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- President's Malaria Initiative. 2016. President's Malaria Initiative Mali Malaria Operational Plan FY 2016. Consulté sur le site : <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy16/fy-2016-mali-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=5>
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose. 2012. Plan stratégique tuberculose 2013-2017, Relance de la lutte anti tuberculose au Mali. Consulté sur le site : <http://www.initiative5pour100.fr/wp-content/uploads/2013/06/Plan-strat%C3%A9gique-tuberculose-2013-2017-final.pdf>
- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) 2016. Human Development Report 2016, Human Development for Everyone. Consulté sur le site : http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
- Tefft, J., Coulibaly, S., Dioné, J, et Diarra, A. 1997. La dévaluation du FCFA sur le secteur de la santé en Afrique de l'Ouest. Quel bilan après trois ans ? Impact de la dévaluation du FCFA sur le secteur de la santé du Mali. Institut du Sahel/CILSS. Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) 2013. Mali Statistiques. Consulté sur le site : https://www.unicef.org/infobycountry/mali_statistics.html
- USAID-Mali. 2013. Health Strategy: October 1, 2013 to September 30, 2018. Bamako Mali: USAID. Consulté sur le site : <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAID-Mali%20Health%20Strategy%202014-2018.pdf>
- Xu, K., D.B. Evans, G. Karan, A. Mylena et A.Rivera. 2005 (2). « Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. » *Technical Briefs for Policy Makers*. Consulté sur le site : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70005/1/WHO_EIP_HSF_PB_05.02_eng.pdf



Health Finance
& Governance

Expanding Access. Improving Health.

